Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 6 | 2018
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 79. Jahrgang

Foto: Fotolia.com – ra2 studio / Katja Kölsch

Zertifizierte Fortbildung: Schwindel – Teil I
Diagnostische und therapeutische Aspekte beim fachübergreifenden Leitsymptom Schwindel

Jubiläum: 50 Jahre Versorgungswerk
Impressionen der Jahresfeier mit einem Vortrag zum Thema Demographie und Digitalisierung

OEG-Trauma-Netzwerk: Organisation und Aufgaben
Zeitnahe therapeutische Versorgung von psychisch traumatisierten Gewaltopfern in Hessen

© Foto: Vera Friederich

Wie unabhängig ist unabhängig?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mittlerweile haben Sie die Wahlunterlagen für die Kammerwahl erhalten. Bitte nehmen Sie Ihr Wahlrecht wahr und stärken Sie die ärztliche Selbstverwaltung durch eine hohe Wahlbeteiligung. Denn nur eine starke ärztliche Selbstverwaltung kann die Interessen und Anliegen der Ärzteschaft sowie unserer Patientinnen und Patienten wirkungsvoll vertreten.

Um dies zu erreichen, bedarf es nicht zuletzt eines geschlossenen Auftritts aller Ärztinnen und Ärzte, denn stark sind wir nur gemeinsam.

Eines der schützenswertesten Ziele unserer täglichen Arbeit ist der Erhalt des vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses. Gerade hier gibt es jedoch immer wieder Versuche, Misstrauen zu säen. Dies, obwohl unbestreitbar genau dieses Verhältnis die unabdingbare Bedingung für das erfolgreiche Gelingen einer Behandlung ist. Unberechtigte Kritik, die dieses Verhältnis in Frage stellt, gefährdet den gesamten Behandlungserfolg. Wie soll ein behandlungsbedürftiger Mensch Vertrauen in seinen Arzt oder seine Ärztin fassen, wenn dem Arzt, der Ärztin oder gar dem gesamten Berufsstand Eigeninteresse unterstellt oder gar die Kompetenz abgesprochen wird?

Salus aegroti suprema lex – Das Heil des Kranken sei höchstes Gesetz! Dieser Satz bestimmt unter Achtung von Würde und Autonomie der Patienten das Handeln von Ärztinnen und Ärzten. Zudem unterliegen Ärztinnen und Ärzte der Berufsordnung, die keineswegs im luftleeren Raum schwebt, sondern immer wieder überprüft und bei Bedarf angepasst wird. Und selbstverständlich wird die Einhaltung dieser Berufsordnung überwacht und deren Nichteinhaltung sanktioniert.

Brauchen Patientinnen und Patienten tatsächlich eine unabhängige Beratung? Mit dieser Frage meine ich explizit nicht eine ärztliche Zweitmeinung, sondern Angebote anderer Stellen. Bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland, einer Einrichtung, die den im Sozialgesetzbuch verankerten Anspruch der Patienten auf Beratung umsetzt, stellen sozialrechtliche Fragen rund 73 Prozent der Themen dar, die die Patienten mitbringen. Meist geht es dabei um Rechnungen, Krankengeld, Gutachten oder Einstufungen in Pflegegrade. Medizinische Fragen im engeren Sinn spielen eine deutlich untergeordnete Rolle. Das lässt darauf schließen, dass sich Patienten in medizinischen Fragen bei ihren Ärztinnen und Ärzten gut aufgehoben fühlen.

Das Sozialrecht ist allerdings wirklich ein weites Feld, das selbst Experten manchmal ein wenig ratlos lässt. Wie aber soll sich ein Patient, vielleicht hochaltrig und alleinstehend, in diesem hochkomplexen Umfeld zurechtfinden? Hier ist eine entsprechende Hilfestellung zweifelsohne nötig und sehr willkommen. Alleine die Sektoren unseres deutschen Gesundheitssystems sind für Patienten kaum zu durchschauen. Umso wichtiger ist es daher, dass sich Ärztinnen und Ärzte unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zum ambulanten oder stationären Versorgungsbereich für das Wohl von Patientinnen und Patienten einsetzen und im Rahmen ihrer Möglichkeiten die Sektorengrenzen in der medizinischen Versorgung zugunsten einer sinnvollen Kooperation überwinden. Dieses Ziel muss innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung an oberster Stelle stehen. Das gilt auch und gerade für die Politik und die Kostenträger. Denn die gesetzlichen Rahmenbedingungen werden nun einmal von der Politik bestimmt. Immer neue Modellvorhaben sind hier nicht die Lösung. Statt einer Zersplitterung der Versorgungslandschaft mit Modellverträgen, die oft sinnvolle Ideen und Ziele verfolgen, dann aber keinen Eingang in die Regelversorgung finden, brauchen wir dringend eine Vereinfachung und Entschlackung der bestehenden Gesetze und Regelungen.

Wem aber dient die Patientenberatung durch die Krankenkassen, dem Patienten oder der Krankenkasse? Sicher gibt es hier gute oder zumindest gut gemeinte Beratungsangebote und dennoch kommt mir dabei die Redewendung „wes Brot ich ess, des Lied ich sing“ in den Kopf.

Ihr

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

Inhalt

Foto: Fotolia.com – mim

CME: Diagnostische und therapeutische Aspekte beim Leitsymptom Schwindel – Teil I
Der Fortbildungsartikel befasst sich mit Grundlagen des Orientierungssystems sowie der Anamnese und Diagnostik wichtiger Schwindelsyndrome. Der Schwerpunkt liegt dabei auf vestibulären Störungen und einer interdisziplinären Betrachtungsweise.

378

Foto: Julia Schwager

Jubiläum: Das Versorgungswerk der LÄKH feiert 50-jähriges Bestehen
Zum Jubiläum des Versorgungswerks feierten Gäste aus Ärzteschaft und Politik gemeinsam in Frankfurt. Der Festvortrag zum Thema „Demographie und Digitalisierung" behandelte zwei große gesellschaftspolitische Themen und deren Zusammenhänge.

384

Editorial: Wie unabhängig ist unabhängig? ... **375**

Ärztekammer
Ja zur Kammerwahl! Serie zur Kammerwahl 2018 ... **386**
Befragung der Transplantationsbeauftragten in Hessen 2017 – Was hat sich seit 2015 verändert? ... **388**
121.Deutscher Ärztetag: Unverbindlicher Auftakt – Liberalisierung des Fernbehandlungsverbots ... **401**
Laudationes auf Prof. Dr. med. Sebastian Harder und Dr. med. Thomas Klippstein ... **421**

Fortbildung
Diagnostische und therapeutische Aspekte beim Leitsymptom Schwindel – Teil 1: Diagnostik (CME) ... **378**
Eine Art des Kompressionssyndroms der A. poplitea als seltene Ursache der Claudicatio intermittens ... **390**

Carl-Oelemann-Schule
Vernetzt gegen resistente Keime: MRE-Netzwerk Mittelhessen informiert MFA-Auszubildende der COS ... **416**
20 Jahre Aids-Aufklärung an der Carl-Oelemann-Schule – Verabschiedung von Dr. med. Hedwig Förster ... **417**

Bekanntmachungen

- **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung ... **403**
- **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule ... **409**
- **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** ... **424**
- **Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen** ... **429-433**

Aus dem Versorgungswerk
Impressionen von der 50-Jahresfeier des Versorgungswerkes mit einem Vortrag von Prof. Julian Nida-Rümelin ... **384**
Bericht des Versorgungswerkes aus der 15. Delegiertenversammlung am 17. März 2018 ... **387**

Foto: Fotolia.com – hikrcn

Opferentschädigungsgesetz:
Das OEG-Trauma-Netzwerk Hessen

Psychisch traumatisierte Gewaltopfer brauchen eine zeitnahe therapeutische Versorgung. Das OEG-Trauma-Netzwerk bietet schnelle und kompetente Hilfe sowie ein sofortiges Therapieangebot, um Langzeit- und Spätfolgen zu vermeiden.

392

Foto: Isolde Asbeck

Parlando:
Die Grauen Busse: „Wohin bringt ihr uns?"

Sie erinnern an die systematische Ermordung von Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung durch die Nationalsozialisten: die Grauen Busse. In einer Führung brachte Dr. med. Siegmund Drexler den Zuhörern die Geschichte zum Denkmal näher.

412

Mensch und Gesundheit
Zeitnahe therapeutische Versorgung von psychisch traumatisierten Gewaltopfern in Hessen ... **392**
„Das uns Bekannte im Fremden" – Der besondere Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen ... **394**
Erfahrungen und Belastungen in der Begleitung Sterbender ... **414**

Parlando
Die Grauen Busse: „Wohin bringt ihr uns?" – Eine Führung mit Dr. Siegmund Drexler ... **412**
Verblüffende Schönheit und Vielfalt – Microsculpture: Insektenportraits in Darmstadt ... **413**

Ansichten und Einsichten: Die Rolle der Gesundheitswirtschaft für die Entwicklung der Region Nordhessen ... **397**

Aus den Bezirksärztekammern: Update digital mit dem Wiesbadener Ärzteclub ... **411**
Personalia: Laudatio auf Prof. Dr. med. Jürgen Dippell ... **422/423**
Leserbriefe ... **418/420**
Impressum ... **428**

Bücher

Transkulturelle Medizin

H. Böhles, M. Qirshi

S. 400

Wenn Arzneimittel wechselwirken

G. Geisslinger, S. Menzel

S. 420

Kammerwahl

Alle Mitglieder der LÄKH sind aufgerufen, sich vom 24. Mai bis 6. Juni an der Kammerwahl 2018 zu beteiligen. Unter www.laekh.de/Kammerwahl 2018 sind häufig gestellte Fragen (FAQs) sowie die Wahlwerbung der Listen und die offiziellen Bekanntmachungen zu finden.

Foto: Fotolia.com – mim

Diagnostische und therapeutische Aspekte beim Leitsymptom Schwindel

Teil 1: Diagnostik

VNR: 2760602018197940001

Prof. Dr. med. habil. Leif Erik Walther

Einleitung

„Schwindel" ist ein häufiges, fachübergreifendes Leitsymptom in der ambulanten und stationären Medizin. Der subjektive, unspezifische Charakter dieses Symptoms, individuelle Unterschiede in der Wahrnehmung sowie die semantische Unschärfe des Begriffes „Schwindel" im deutschen Sprachgebrauch können zu Schwierigkeiten in der Diagnostik führen. Mit Hilfe einer strukturierten Anamnese, modernen, objektiven diagnostischen Verfahren und Algorithmen hat sich eine differenzialdiagnostische Zuordnung heute vor allem bei den häufigen vestibulären Schwindelformen deutlich verbessert [1, 2].

„Schwindel" kann sich als dominierendes oder Begleitsymptom bei unterschiedlichen Erkrankungen sowohl im Notfall (akut) oder chronisch (episodisch, permanent) manifestieren.

„Schwindel" als Notfall erfordert eine zügige interdisziplinäre Abklärung und den Ausschluss gravierender Komplikationen. Bei chronischen Schwindelsyndromen stehen vestibuläre (periphere Vestibulopathien wie der gutartige Lagerungsschwindel), funktionelle Schwindelformen (zum Beispiel primärer, sekundärer somatoformer Schwindel) bzw. multifaktoriell verursachte Schwindelsyndrome im höheren Lebensalter im Vordergrund [3, 4].

Die Komplexität der Beeinträchtigungen durch Schwindelsyndrome beeinflusst die Lebensqualität, die Selbstbestimmung zur Fortbewegung und kann Ängste sowie depressive Entwicklungen begünstigen. Nicht selten sind eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit und berufliche Beeinträchtigungen die Folge [1, 2].

Dieser Fortbildungsartikel befasst sich mit Grundlagen des Orientierungssystems, der Anamnese und Diagnostik wichtiger Schwindelsyndrome. Der Schwerpunkt liegt auf den häufigsten vestibulären Störungen und einer interdisziplinären Betrachtungsweise.

Für das Verständnis der komplexen Zusammenhänge und pathologischer Mechanismen sind Kenntnisse über die sensorische Aufnahme, Verarbeitung, Stabilisierung und Beeinflussung von Bewegungsreizen erforderlich.

„Schwindel“ und Orientierungssinn

Die zielgerichtete Bewegung im Raum (Navigation) setzt intakte Sinneseingänge (vestibuläre Rezeptoren/Sensoren: drei Bogengänge und zwei Otolithenorgane), reflektorische Verbindungen (Nervenbahnen, vestibuläre Reflexe), eine ungestörte aufrechte Haltung und Bewegung (Stand- und Gangkontrolle in Ruhe und bei Bewegungen/Zusammenspiel von Hautnerven/Muskeln/Gelenken) sowie ein stabiles Abbild auf der Retina (Blickstabilisierung/vestibulookulärer Reflex) voraus. Ein gesunder menschlicher Organismus ist in der Lage, sich in Abhängigkeit vom Lebensalter in Ruhe und bei unterschiedlich schnellen Bewegungen räumlich und zeitlich problemlos zu orientieren. Das geschieht unmerklich.

Visuelle (Augen), propriozeptive (Haut, Muskeln, Gelenke) und vestibuläre Sinneseingänge (Bogengänge, Utriculus und Sacculus) sind die „Haupteingänge“ des Orientierungssinnes. Zusätzlich modulieren stabilisierende Faktoren (zum Beispiel Hörvermögen, Somatosensorik, ein intaktes Herz-Kreislaufsystem sowie eine ungestörte Psyche) und externe Faktoren die Stabilität des Orientierungssinnes und garantieren beispielsweise einen ungestörten Gang sowie die Stabilisierung der Blickachse unter unterschiedlichen Anforderungen im Alltag [1–4].

Eine Funktionsstörung eines oder mehrerer Elemente oder die Interaktion mit destabilisierenden Faktoren beeinflusst das Zusammenwirken dieser verschiedenen Funktionen und kann zu krankhaften Störungen führen, die unabhängig von der Ursache dann (nur) als „Schwindel“ wahrgenommen werden kann (siehe Tabelle 2) und ist unter anderem Ursache für die Unspezifität dieser Wahrnehmung.

Aus pathophysiologischer Sicht versteht man unter „Schwindel“ eine Störung des Orientierungssinnes, bzw. eine gestörte Wahrnehmung der Körperposition im Raum. Kinetosen (sogenannter Bewegungsschwindel) und „Schwindel“ in der Höhe hingegen stellen keine Erkrankungen, sondern individuell unterschiedlich ausgeprägte physiologische Phänomene dar. Sie basieren auf einem sensorischen Konflikt, der bei der Kombination unterschiedlicher, simultan einwirkender Reize auftritt [1–4].

Ziel der Diagnostik ist es, die Elemente, welche zu einer vermutlichen Störung („Schwindel“) führen mittels gezielter Befragung einzugrenzen (Anamnese) und differenzialdiagnostisch fachspezifisch zuzuordnen. Singuläre, vestibuläre Störungen sind häufig mit Augenbewegungsstörungen und Nystagmus assoziiert, die heute orientierend ohne und mit moderner Technik apparativ untersucht und objektiviert werden können. Schwierig ist die Identifizierung der tragenden Anteile bei multifaktoriell bedingten Störungen im Alter oder funktionellen (zum Beispiel sekundär-somatoformen) Schwindelsyndromen. In der Praxis und im Rahmen der medizinischen Begutachtung ist dann eine interdisziplinäre Kooperation erforderlich [1–4].

In den vergangenen Jahren hat sich ein international einheitliches Vokabular für die ärztliche Kommunikation und für Erkrankungen mit dem Leitsymptom „Schwindel“ durchgesetzt.

Diagnostische Grundbegriffe bei „Schwindel“

„Schwindel“ dominiert als subjektives, jedoch nie als isoliertes Symptom, sondern tritt immer in Kombination mit weiteren subjektiven Symptomen (Angst, vegetative Begleiterscheinungen) und objektiven Störungen (Beeinträchtigungen von Stand und Gang) auf. Man spricht daher bei Erkrankungen mit dem Leitsymptom „Schwindel“ von „Schwindelsyndromen“ (siehe ICD 10 H81 und H82, Version 2016). Die Einteilung von Schwindelsyndromen folgt im Wesentlichen topologisch-fachlichen Entstehungsursachen. Die Orientierung an Fachgrenzen spielt im Rahmen der Diagnostik und Therapie und im Rahmen der medizinischen Begutachtung eine wichtige Rolle.

Entsprechend des Entstehungsortes werden vestibuläre Schwindelsyndrome (Vestibulopathien) in periphere Schwindelsyndrome (periphere Vestibulopathie) und zentrale Schwindelsyndrome (zentrale Vestibulopathie) unterteilt. Periphere Schwindelsyndrome sind im HNO-Fachgebiet angesiedelt und machen die Mehrzahl aller Schwindelsyndrome überhaupt aus (zum Beispiel Gutartiger Lagerungsschwindel, Schwindel bei Mittelohrfunktionsstörungen, Labyrinthitis, Otobasale Frakturen und Kopfanpralltraumen, Neuritis vestibularis, Morbus Menière usw.). Zentrale Schwindelsyndrome sind Gegenstand des Fachgebietes Neurologie (zum Beispiel Multiple Sklerose, Schwindel bei zentralen Augenbewegungsstörungen und Gangstörungen).

Internistische Ursachen (zum Beispiel Orthostatische Hypotonie, Herzrhythmusstörungen) bei denen vestibuläre Reflexe nicht ursächlich beteiligt sind, werden häufig

Tabelle 1: Orientierungssinn

Sinneseingänge	Stabilisierende Faktoren	Externe Faktoren
vestibulär, visuell, propriozeptiv	Psyche, Hörvermögen, Somatosensorik	Umwelt, Medikation

unter dem Begriff „nicht-vestibulärer Schwindel“ zusammengefasst.
Für die psychogene Entstehung und Mitbeteiligung werden, je nach Ursache, unterschiedliche Begriffe in der Fachliteratur (primärer und sekundärer somatoformer „Schwindel“, phobischer Schwankschwindel, chronischer subjektiver „Schwindel“) verwendet. In der letzten Zeit wird zusammenfassend der Begriff „funktionelle Schwindelsyndrome“ benutzt [1–5].
Seltenere Ursachen im augenärztlichen Bereich (zum Beispiel Refraktionsprobleme) werden häufig mit den Begriffen „okulärer“ oder „ophthalmologischer Schwindel“ bezeichnet. Kontroversen gibt es um den „zervikalen“ oder „zervikogenen Schwindel“.
Entsprechend der Zeitdauer der Beschwerden unterscheidet man akute und chronische Schwindelsyndrome. Schwindelsyndrome mit symptomfreien Intervallen werden als episodischer (attackenartiger) „Schwindel“ bezeichnet. Diese können von solchen mit kontinuierlichen Beschwerden (Dauerschwindel) abgegrenzt werden. Die Diagnostik von Schwindel „Schwindel“ spielt sich in einem fortlaufenden Erkenntnisprozess ab. Die fachliche Zuordnung ist eine Voraussetzung, um auf qualitativ hohem Niveau zu einer zügigen Diagnose und damit zu einer Therapieentscheidung zu kommen. Eine strukturierte Anamnese ist dabei ein wichtiger Mosaikstein.

Tabelle 2: Mögliche Ursache bei akutem Schwindel und Zuordnung zu Fachgebieten (alphabetisch)

Fachgebiet	Diagnosen
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Erstmanifestation eines Morbus Menière, Neuritis vestibularis (cave akutes vestibuläres Syndrom zentraler Ursache), Gutartiger Lagerungsschwindel, Kopfanpralltrauma mit Labyrinthkontusion/ intralabyrinthäre Blutungen, Otobasisfrakturen, Cholesteatom mit Arrosion der Bogengangsstrukturen, Exsudativer Tubenmittelohrkatarrh mit toxischer Labyrinthitis im Rahmen von Virusinfekten, Grippeotitis und akuter Otitis media, periphere Vestibulopathie bei Infektion mit neurotropen Viren (Mumps, Masern), ototoxische Störungen von Medikamenten (Aminoglykoside, Schleifendiuretika) ototoxischen Gefahrstoffe (Kohlenmonoxid) und ototoxischen Genussmitteln (Alkohol, Drogen, chininhaltige Nahrungsmittel), bakterielle und Virusinfekte im HNO-Bereich, Barotrauma, Vestibularisschwannom
Innere Medizin	Pathologischer Blutdruck (Hypertonie, Hypotonie), Diabetes mellitus (Hypoglykämie), Elektrolytstörungen (Hyponatriämie); Herzrhythmusstörungen mit/ohne Synkopen, Angina pectoris, Myokardinfarkt, Orthostatische Hypotension, Gefäßdissektionen, akute intrakorporale Blutungen mit Anämie, Virusinfektionen (Mononukleose), grippale Infekte, Medikamentennebenwirkungen und Interaktionen (zum Beispiel Klasse-IA-Antiarrythmika und hypotensiv wirksame Medikamente)
Neurologie	Akutes vestibuläres Syndrom zentraler Ursache (ischämischer/hämorrhagischer Schlaganfall), vestibuläre Migräne, Nebenwirkungen von Medikamenten (Antikonvulsiva), Multiple Sklerose, Neubildungen
Psychiatrie	Angststörungen, Depressionen, primärer/sekundärer somatoformer Schwindel/funktionelle Schwindelsyndrome

Anamnese

Mit Hilfe einer gezielten Befragung können Informationen über die Art und Dringlichkeit der Beschwerden, die Gesamtbeeinträchtigung sowie das soziale und berufliche Umfeld des Patienten ermittelt werden. Die Klärung folgender Fragen hat sich in der Praxis bewährt [1, 2]:

1. **Dringlichkeit der Beschwerden.** Akuter Schwindel (seit Stunden/wenigen Tagen vorhanden) ist ein Notfall. Chronischer Schwindel über Wochen bis Monate (zum Beispiel wiederkehrende Schwindelattacken bei peripherer Vestibulopathie).
2. **Subjektive Charakteristik.** Zum Beispiel Drehschwindel, Schwanken oder Probleme beim Stehen und Gehen, Bewegungsillusionen der Umwelt („äußerer Schwindel“) oder des eigenen Körpers („innerer Schwindel“).
3. **Intensität und Zeitdauer der Beschwerden.** Quantitative Einschätzung der subjektiven Beeinträchtigung (zum Beispiel visuelle Analogskala) im Zeitverlauf bei episodischen oder permanenten (konstant, alternierend) Schwindelsyndromen.
4. **Provozierbarkeit**. Klärung der Frage, ob in welcher Situation sich die Beschwerden verstärken oder provozieren lassen (zum Beispiel visuelle Unschärfen bei schnellen Kopfbewegungen, beim Valsalva-Versuch, Tragusdruck, Änderungen der Kopf- Körperposition, im Dunkeln und beim Gehen).
5. **Ohrsymptome.** Beurteilung, ob begleitende „Ohrsymptome“ (Tinnitus, Ohrsekretion, Otalgie, Hörstörungen, Ohrdruck/Völlegefühl) vorhanden sind, die auf eine otologische Störung hinweisen können.

6. **Auswirkungen auf das tägliche Leben und im Beruf.** Herausarbeiten, bei welchen Situationen im Tagesablauf die Beeinträchtigungen vorhanden sind (zum Beispiel im Sitzen, Stehen und Gehen, bei alltäglichen Arbeiten, Führen von Kraftfahrzeugen, Radfahren, Treppensteigen, Arbeiten in bestimmten Situationen).
7. **Ergänzende Informationen.** Evaluierung von Vor- und Begleiterkrankungen (zum Beispiel Arthrose, Sehstörungen, psychische Erkrankungen), Operationen, Medikamentenliste, Noxen, Unfälle, Ohrerkrankungen, Infektionskrankheiten, Auslandsaufenthalte, Stürze und Beinahe-Stürze und Eingriffe mit Auswirkung auf das Orientierungssystem.

Orientierende Untersuchungen dienen in Ergänzung zur Anamnese der weiteren Eingrenzung von „Schwindel". Mit dem „Blick in die Augen" lassen sich Augenbewegungsstörungen und Nystagmen bereits ohne Hilfsmittel identifizieren und vestibuläre von weiteren Schwindelsyndromen klar abgrenzen.

Klinische Untersuchung bei vestibulär bedingten Schwindelsyndromen

Orientierende vestibuläre Untersuchungen bei „Schwindel"

Orientierenden Untersuchungen beim Leitsymptom „Schwindel" werden ohne apparative Hilfe durchgeführt. Die Funktionsprüfungen dienen der Erhärtung von qualitativen Symptomen von Störungen der Sinneseingänge des Orientierungssinnes. Eine Untersuchung von Augenbewegungsstörungen und Nystagmus sowie Stand und Gang stehen im Vordergrund. Es gibt eine Vielzahl von Untersuchungsmöglichkeiten. Sie dienen der Plausibilisierung von Beschwerden und liefern qualitative Befunde und vor allem fachspezifische Hinweise für die weitere Abklärung.

Inspektion, Untersuchung von Stand/Gang/Kopfhaltung und Augenregionen

Der Bewegungsablauf kann bereits beim Betreten des Wartezimmers beurteilt werden. Werden Gehhilfen benötigt, ist das meist ein sicherer Hinweis für stattgehabte/drohende Stürze. Die Lidstellung und die Relation von Augenstellung, Kopf- und Körperhaltung können auf Erkrankungen (zum Beispiel Augenmuskelparesen) hinweisen. Aufsteh- und Gehtests, Steh- und Tretversuche (Romberg-Versuch, Unterberger-Tretversuch) mit offenen und geschlossenen Augen, unter verschärften Bedingungen (Tandem-Romberg, Einbeinstand) sind unspezifisch, geben jedoch Aufschluss über Probleme beim Stand und Gang. Zeigeversuche (Finger-Nase-Test, Finger-Folge-Test) prüfen die Koordination. Pathologische sind reproduzierbare Seitenprävalenzen (zum Beispiel Seitenabweichung oder Fallneigung), in den meisten Fällen zur Seite der Läsion.

Visuelle Beobachtung von Augenbewegungsstörungen und Nystagmus

Störungen der Augenbewegung und der Okulomotorik lassen sich im Rahmen der nachfolgend beschriebenen Untersuchungsgänge grob erkennen. Bei der Durchführung wird ein Gegenstand in der Hand des Untersuchers bei fixiertem Kopf verfolgt und Augenbewegungen in den neun Blickpositionen untersucht. Dabei erhält der Untersucher vor allem Informationen über einen vorliegenden Spontannystagmus (Blickrichtungswinkel jeweils ca. 30 Grad) und die Augenmotilität. Ein so genannter vestibulärer Spontannystagmus ist richtungsbestimmt (Richtung nach schneller Nystagmusphase, horizontale Nystagmen sind meist peripher, otogen bedingt, in seltenen Fällen kann eine zentrale Störung vorliegen).

Vertikale Spontannystagmen haben eine zentrale vestibuläre Entstehungsursache. Ein Blickrichtungsnystagmus ist durch eine Zunahme der rhythmischen Augenbewegungen in den Blickrichtungen (zum Beispiel horizontal, vertikal) gekennzeichnet. Blickrichtungsnystagmen lassen sich anhand ihrer Formen/Läsionen zentral topografisch-anatomisch zuordnen. Sonderformen sind zum Beispiel ein downbeat Nystagmus (Zunahme der rhythmischen Augenbewegungen beim Blick nach unten und seitwärts). Störungen der Okulomotorik, wie Abduktionsdefizite (zum Beispiel bei Abduzenzparese) oder Adduktionsdefizite (zum Beispiel bei internukleäre Ophthalmoplegie) fallen bei diesen einfachen Untersuchungen ebenfalls auf. Spontanystagmen dominieren meist die Akutphase vestibulärer Störungen.

Lagerungsprüfungen

Lagerungsmanöver werden bei anamnestischen Hinweisen für einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPLS) durchgeführt, einer meist idiopathischen, altersassoziierten Dislokation von Otokonien und organischem Material aus dem Utriculus in einen der drei Bogengänge. Am häufigsten sind die hinteren Bogengänge betroffen, hierfür eignet sich das Dix-Hallpike-Lagerungsmanöver: Der Patient wird dabei aus der sitzenden Position schnell in die linke bzw. rechte Kopfhängelage bewegt (Analyse der in den meisten Fällen betroffenen hinteren Bogengänge). Eine spezifische, zeitweilige Nystagmusreaktion (Lagerungsnystag-

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Diagnostische und therapeutische Aspekte beim Leitsymptom Schwindel – Teil 1: Diagnostik" von Prof. Dr. med. habil. Leif Erik Walther 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 vom 25.05.2018 bis 24.05.2019 möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben.

Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Die Inhalte des Artikels sind produkt- und/oder dienstleistungsneutral. Es bestehen keine Interessenkonflikte des Autors.

mus) gilt als Beweis für das Vorliegen der Erkrankung, wenn die klassischen Definitionen für einen peripheren BPLS erfüllt sind (kurze Latenz, kurze Dauer, Erschöpfbarkeit des Nystagmus, „Schwindel“ mit vegetativen Symptomen, Richtungsänderung bei Lagerungswechsel). Für eine effektive Therapie sollte die betroffene Seite analysiert werden.

Provokationsystagmus
Mit der Provokation durch Kopfschütteln, in der Ebene der horizontalen Bogengange und ggf. vertikal, können unilaterale Vestibulopathien zeitweilig demaskiert werden (ca. zehn Mal, 45° Amplitude, Frequenz 2 Hz). Für eine periphere Vestibulopathie spricht der Nachweis eines horizontalen Nystagmus (5–10 erschöpfliche Nystagmusschläge), der mit seiner langsamen Phase in Richtung der Seite der Läsion schlägt.

Fixationssuppression
Bei Fixation eines stationären Zieles in Geradeausposition kann geprüft werden, ob sich ein Spontannystagmus, als Zeichen einer peripheren Läsion, unterdrücken lässt oder (bei zentralen Störungen) eher zunimmt.

Klinischer Kopfimpulstest
Der klinische (bedside) Kopfimpulstest (KIT) ist ein moderner und inzwischen unverzichtbarer Bestandteil der orientierenden Untersuchung bei „Schwindel“. Der Test prüft den vestibulookulären Reflex bei Blickstabilisierung auf beiden Seiten. Dabei blickt der Untersucher in die Augen des Patienten und der Patient fixiert zum Beispiel die Nase oder die Stirnmitte des Untersuchers. Anschließend erfolgen ca. 5–10 Kopfimpulse von der Mittelstellung aus nach lateral (ca. 15 Grad) in der Ebene der horizontalen Bogengänge. Für eine periphere Läsion spricht der Nachweis einer sichtbaren Korrektursakkade (in die Gegenrichtung). Ein vorhandener Spontannystagmus stört die Untersuchung nicht.

Tabelle 3: Anamnese, Befunde und Differenzialdiagnosen bei häufigen in der Praxis vorkommenden Schwindelsyndromen.

Erkrankung	Anamnese	Befund	Differenzial-diagnose
Benigner paroxysmaler Lagerungs-schwindel	Schwindel bei Lagerungswechsel (meistens in der Nacht), beim Vorbeugen oder Bücken, anschließender Schwank-schwindel (auch Stunden/ Tage andauernd)	Schwindel bei Lage-rungswechsel (meistens in der Nacht), beim Vorbeugen oder Bücken, anschließender Schwankschwindel (auch Stunden/Tage andauernd)	Orthostatische Hypotonie, zentrale lageinduzierte Schwindelsyndrome
Funktionelle Schwindel-syndrome	Schwanken, Drehen, belastungsunabhängig, familiäre oder berufliche Konfliktsituationen, Angst, Depression	Schwanken, Drehen, belastungsunabhängig, familiäre oder berufliche Konfliktsituationen, Angst, Depression	Psychische Komorbidität bei nicht kompensierten peripheren Vestibulopathien (ca. >50%), Otolithenfunktionsstörungen
Neuritis vestibularis	Akuter Beginn, vegetative Symptome, Fallneigung	Akuter Beginn, vegetative Symptome, Fallneigung	Akutes vestibuläres Syndrom zentraler Ursache (ca. 1–5%)
Morbus Menière	Drehschwindelepisoden mit mindestens 20 min Dauer, Tinnitus und Hörstörung	Drehschwindelepisoden mit mindestens 20 min Dauer, Tinnitus und Hörstörung	Vestibuläre Migräne
Multikausaler Schwindel im höhen Lebensalter	Schwanken, Schwierigkeiten beim Laufen, Stürze	Schwanken, Schwierigkeiten beim Laufen, Stürze	Bilaterale Vestibulopathie, Zentrale Gangstörungen, funktionelle Schwindelsyndrome, neurologische und psychische Erkrankungen

Fallbeispiel 1:

Ein 72-jähriger Patient stellte sich am Morgen in der Praxis wegen einer akuten Schwindelsymptomatik vor. Die Befragung ergab, dass er beim Aufstehen in der Nacht eine kurzzeitige Drehschwindelepisode (ca. 1 Minute) erlitt. Nach dem Aufstehen klagte der Patient über Unsicherheit, Schwanken und Probleme beim Laufen. Der Patient ist ansonsten gesund ohne Begleiterkrankungen und nimmt keine Medikamente. Die orientierende Untersuchung ergibt eine Nystagmusreaktion beim Dix-Hallpike-Manöver.

Erläuterung: Es handelt sich um einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel. Die nachfolgende Schwindelsymptomatik mit Schwanken und Gangstörung erklärt sich durch eine Störung der Otolithenfunktion (dislozierte Otokonien, gestörte einseitige Schwerkraft- und Linearbeschleunigungswahrnehmung).

Apparative Untersuchung des vestibulären Systems

Die apparative Vestibularisdiagnostik hat das Ziel, die sich aus den orientierenden Untersuchungen ergebenden qualitativen Hinweise zu erhärten, zu objektivieren und das quantitative Ausmaß der Beeinträchtigung mit Hilfe apparativer Methoden durch „Messung" zu ermitteln. Ziel moderner und etablierter diagnostischer Verfahren ist eine objektive Diagnosestellung. Die Möglichkeiten der apparativen Diagnostik sind vielfältig und meist fachspezifisch. Nachfolgend sind wichtige vestibuläre Untersuchungsmethoden zur Objektivierung vestibulärer Störungen [1–3, 6, 7].

Untersuchung mit der Leuchtbrille

Mit Hilfe einer Leuchtbrille (Nystagmusbrille) können Spontannystagmen oder auch Provokationsnystagmen identifiziert werden, die sich einer visuellen Beobachtung bei der orientierenden Untersuchung entziehen können. Darüber hinaus ist die Nystagmusbrille bei der Identifizierung von Provokationsnystagmen, die beim gutartigen Lagerungsschwindel induziert werden, ein hilfreiches Instrument. Bikonvexgläser (ca. +15 Dioptrien) erschweren eine Fixation und damit eine Suppression eines vestibulären Spontannystagmus. Die Leuchtbrille ist ein wichtiges fachübergreifendes Instrument, in der Differenzialdiagnostik vestibulärer Störungen.

Untersuchung des vestibulookulären Reflexes mittels thermischer Prüfung

Thermische Reize im Gehörgang (zum Beispiel mit Wasser, Luft) führen zur Induktion von Nystagmen. Kaltreize führen zu Nystagmen in die Gegenrichtung des gereizten Ohres und Warmreize verursachen Nystagmen, die in das gereizte Ohr gerichtet sind. Mit Hilfe einer Videobrille (Videonystagmografie) oder periokulärer Elektroden (Elektronystagmografie) und einer Software lässt sich die thermische Reaktion quantifizieren. Damit sind Rückschlüsse auf die Funktion der Bogengänge (insbesondere horizontaler Bogengang) und der nachgeschalteten Reflexwege (vestibulo-okulärer Reflex) möglich. Periphere Vestibulopathien können mit einer Reduktion der thermischen Reaktion (einoder auch beiderseitig) einhergehen. Videobrillen haben den Vorteil einer Dokumentation von Augenbewegungsstörungen und Nystagmen in Videodateien.

Untersuchung der vestibulären Rezeptoren mittels Videokopfimpulstest

Der Kopfimpulstest ist eine relativ neue aber effiziente Methode in der Gleichgewichtsdiagnostik. Beim Videokopfimpulstest werden Kopf- und reflektorische Augenbewegungen (vestibulookulärer Reflex) mit einer ultraleichten Videobrille und einer Software im Millisekundenbereich objektiviert und quantitativ beurteilt.

Normalerweise gehen Kopf- und Augenbewegung auf Grund der kurzen Latenz des vestibulookulären Reflexes (ca. 7–10 ms) ohne wesentliche Verzögerung einher. Bei peripheren Vestibulopathien kommt es zu einer Dissoziation von Kopf- und Augenbewegung (verzögert), was sich in so genannten Korrektursakkaden objektiv widerspiegelt [8].

Diese Verzögerung bei Kopf-/Augenbewegungen führt zur Störung eines stabilen Abbildes auf der Retina und Objektunschärfen) wird von den Patienten oft nicht bemerkt, ist jedoch die Ursache für den wahrgenommenen „Schwindel". Vorteile sind ein geringer Zeitaufwand der Untersuchung, die Nichtinvasivität und bettseitige Nutzung in Notfallsituationen. Eine umfassende Einschätzung der Funktion des vestibulookulären Reflexes erfordert mehrere Verfahren, u. a. thermische Prüfung und Videokopfimpulstest. Bei einigen vestibulären Erkrankungen weist die thermische Prüfung eine höhere Sensitivität auf (zum Beispiel Morbus Menière, Vestibularisschwannom) als der Videokopfimpulstest.

Fallbeispiel 2:

Eine 68-jährige Patientin stellte sich wegen chronischer Schwindelproblematik vor. Die Beschwerden verstärken sich bei Bewegung (Gehen, Laufen) und im Dunkeln. Es ist eine arterielle Hypertonie als Begleiterkrankung bekannt, die medikamentös behandelt wird (ACE-Hemmer). Hausärztlich-internistische Untersuchungen waren regelrecht. Die orientierende Untersuchung mit dem klinischen Kopfimpulstest zeigte Rückstellsakkaden (Korrektursakkaden) beiderseits. Die Untersuchung beim HNO-Arzt zeigte eine fehlende thermische Erregbarkeit beider Labyrinthe bei Warm- und Kaltreizung. Die Rückstellsakkaden beiderseits konnten mit dem Videokopfimpulstest objektiviert werden.

Erläuterung: Es handelt sich um eine bilaterale Vestibulopathie. Bei dieser Erkrankung ist der vestibulookuläre Reflex beiderseits gestört. Kopf- und Augenbewegung zeigen daher bei Bewegungen eine Dissoziation, die zu „Schwindel" führt, der sich bei schlechten Lichtverhältnissen verstärkt. Weiterführende Untersuchungen (MRT, Neurologie) ergaben keine weiteren Aufschlüsse über die Ätiologie (zum Beispiel Cogan-Syndrom, bilaterales Vestibularisschwannom).

Fazit für die Praxis

Der Umgang mit „Schwindel" (Neurootologie, engl. neuro-otology) setzt spezielle Kenntnisse in Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie des vestibulären Systems und eine fachübergreifende Sichtweise voraus. Schwindelsyndrome sollten zügig differenzialdiagnostisch abgeklärt werden, um eine Chronifizierung, Beeinträchtigung der Lebensqualität, Ängste und depressive Entwicklungen, soziale Isolation und längere Arbeitsunfähigkeit sowie Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter infolge Sturzfolgen durch eine frühe Einleitung von Therapien zu vermeiden.

Prof. Dr. med. habil. Leif Erik Walther
HNO-Gemeinschaftspraxis
Main Taunus Zentrum
65842 Sulzbach (Taunus)
Fon: 069 309905
E-Mail: leif.walther@hno-praxis-sulzbach.de

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

Multiple Choice-Fragen:

Diagnostische und therapeutische Aspekte beim Leitsymptom „Schwindel“ Teil 1: Diagnostik

VNR: 2760602018197940001

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage bezüglich des Orientierungssystems ist nicht korrekt?

1) Schwindelsyndrome können durch eine Beeinträchtigung der vestibulären Sensoren (Bogengänge, Otolithenorgane) zustande kommen.
2) Höhenschwindel und Kinetosen basieren auf einem sensorischen Konflikt, der bei der Kombination unterschiedlicher, simultan einwirkender Reize auftritt.
3) Ein gesunder menschlicher Organismus kann sich bei unterschiedlich schnellen Bewegungen räumlich und zeitlich nicht orientieren.
4) Aus pathophysiologischer Sicht versteht man unter „Schwindel“ eine Störung des Orientierungssinnes.
5) Medikamentennebenwirkungen und -interaktionen können zu „Schwindel“ führen.

2. Welche der folgenden Erkrankungen gehört nicht zu den Vestibulopathien?

1) Erkrankungen der Gleichgewichtsorgane
2) Morbus Menière
3) Herzrhythmusstörungen
4) Gutartiger Lagerungsschwindel
5) Zentrale Vestibulopathien

3. Welche der folgenden Fragestellungen gehört nicht zur Anamnese bei „Schwindel“

1) Klärung, ob akute oder chronische Beschwerden (Dringlichkeit) vorliegen.
2) Analyse der subjektiven Wahrnehmung der Schwindelbeschwerden.
3) Befragung bezüglich der Auswirkungen der Beschwerden auf das tägliche Leben und den Beruf.
4) Klärung der Frage, ob episodische oder permanente Beschwerden vorliegen.
5) Aufklärung, ob ein Nystagmus vorliegt.

4. Welche Antwort der nachfolgenden Antworten zum Spontannystagmus ist falsch?

1) Spontannystagmus kann ohne Hilfsmittel untersucht werden.
2) Wird in den neun Blickpositionen geprüft.
3) Die Richtung orientiert sich an Richtung der schnellen Komponente.
4) Die Richtung orientiert sich an der Seite der Läsion.
5) Spontannystagmen sind meistens bei akuten vestibulären Störungen vorhanden.

5. Welche Antwort der nachfolgenden Antworten zu Nystagmen ist falsch?

1) Blickrichtungsnystagmen lassen sich anhand ihrer Formen/Läsionen zentral topografisch-anatomisch zuordnen.
2) Bei einer peripheren Läsion lässt sich ein Spontannystagmus durch Fixationssuppression unterdrücken, bei einer zentralen Ursache nicht.
3) Durch Provokation können unilaterale periphere Vestibulopathien demaskiert werden.
4) Ein Provokationsnystagmus wird untersucht, indem der Kopf in der Horizontalebene (ca. 10mal, 45° Amplitude, Frequenz 2 Hz) schnell bewegt wird.
5) Ein Spontannystagmus ist vor den Lagerungsprüfungen bei einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel bereits sichbar.

6. Welche Antwort zur orientierenden Untersuchung bei „Schwindel“ ist falsch?

1) Ein Spontannystagmus wird in den neun Blickpositionen geprüft.
2) Ein Provokationsnystagmus kann sich nach Kopfschütteln zeigen.
3) Bei der Fixationssupression wird geprüft, ob sich ein Spontannytagmus unterdrücken lässt.
4) Dix-Hallpike-Lagerungsmanöver führt man bei einem Verdacht auf einen gutartigen Lagerungsschwindel durch.
5) Der Videokopfimpulstest dient der orientierenden Untersuchung bei „Schwindel“.

7. Welche Antwort zum Klinischen Kopfimpulstest trifft zu?

1) ...ist ein wichtiges Element bei der apparativen Untersuchung bei „Schwindel“.
2) ...für eine periphere Läsion spricht der Nachweis einer sichtbaren Korrektursakkade.
3) ...wird in durch zehnfachens Kopfnicken durchgeführt.
4) ...wird nicht zur Differenzierung akuter peripherer und zentraler Störungen eingesetzt.
5) ...kann nicht bei einem vorhandenen Spontannystagmus durchgeführt werden.

8. Welche Antwort zur thermischen Prüfung ist nicht korrekt?

1) Thermische Reize im Gehörgang führen zur Induktion von Nystagmen.
2) Kaltreize führen zu Nystagmen in die Gegenrichtung des gereizten Ohres.
3) Warmreize führen zu Nystagmen in das stimulierte Ohr.
4) Periphere Vestibulopathien können mit einer Verminderung der thermischen Reaktion einhergehen.
5) Hochfrequente Störungen vestibulärer Nervenbahnen lassen sich mit der thermischen Prüfung erfassen.

9. Welche Antwort zur apparativen Diagnostik mit dem Videokopfimpulstest ist falsch?

1) Hochfrequente Störungen vestibulärer Nervenbahnen lassen sich mit dem Videokopfimpulstest erfassen.
2) Der Videokopfimpulstest ist ein geeignetes Instrument für die Notfalldiagnostik bei Schwindel.
3) Mit dem Videokopfimpulstest lässt sich der vestibulookuläre Reflex objektivieren und darstellen.
4) Der Videokopfimpulstest eignet sich zur Diagnostik bei peripheren Vestibulopathien.
5) Mit dem Videokopfimpulstest werden thermische Reize analysiert.

10. Welche Aussage ist nicht korrekt?

1) Episodischer Schwindel geht mit Schwindelattacken einher.
2) Chronischer Schwindel kann psychische Ursachen haben.
3) Akuter Schwindel ist ein Notfall.
4) Ohrsekretion, Otalgie, Tinnitus und Ohrdruck sind Ohrsymptome.
5) Ein instabiles Abbild auf der Retina (Objektunschärfen) führt nie zu Schwindel.

Literatur zum Artikel:

Diagnostische und therapeutische Aspekte beim Leitsymptom Schwindel

Teil 1: Diagnostik

von Prof. Dr. med. habil. Leif Erik Walther

[1] Plontke SK, Walther LE (2014) Differentialdiagnose „Schwindel". Laryngo-Rhino-Otologie 2014; 93: 543–571

[2] Walther LE (2017) Current Diagnostic Procedures for Diagnosing Vertigo and Dizziness. Laryngo-Rhino-Otologie 96, S 01:183-S208

[3] Brandt T, Huppert D, Strupp M, Dieterich M (2015) Functional dizziness: diagnostic keys and differential diagnosis. J Neurol; 262: 1977–1980

[4] Straumann D, Müri RM, Hess K. Neurootologie und Neuroopthalmologie. In: Hess K, Steck AJ. Kompendium der Neurologie; 2002; Hans Huber Verlag: 355–372

[5] Staab JP. Chronic subjective dizziness (2012) Continuum Lifelong Learning. Neurol 18: 1118–1141

[6] Brandt T, Dieterich M, Strupp M (Hrsg). Vertigo-Leitsymptom Schwindel. 2. Auflage 2013; Springer, Heidelberg

[7] Strupp M, Dieterich M, Zwergal A et al. (2015) Periphere, zentrale und funktionelle Schwindelsyndrome. Der Nervenarzt; 86: 1573–1587

[8] Walther LE. Application of the new diagnostic tests for vertigo (2013) Differentiated analysis of vestibular function. HNO; 61:730–737

Get-together zu Beginn der Feier zum 50-jährigen Bestehen des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen.

Sommerliche Leichtigkeit, Alter und Digitalisierung

Impressionen von der 50-Jahresfeier des Versorgungswerkes mit einem Vortrag von Prof. Julian Nida-Rümelin

Mediterrane Stimmung am Fluss: Wolkenlos und blau wölbt sich der Himmel über dem Main, der Frankfurt wie ein glatter Spiegel in zwei Hälften teilt. Boote dümpeln auf dem Wasser, die Temperaturen hüllen den Westhafen in sommerliche Leichtigkeit: Beste Voraussetzungen für eine gelungene Feier in modernem Ambiente. Anlässlich seines 50-jährigen Bestehens hatte das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen zur Jubiläumsveranstaltung in den Westhafen Pier 1 eingeladen.

Rasch füllte sich das Foyer zum Get-together mit vielem, was in der hessischen Ärzteschaft und Gesundheitspolitik Rang und Namen hat. Bei in bunten Farben schillernden Willkommensdrinks stimmten sich die Gäste auf den Abend ein, während Festredner Professor Julian Nida-Rümelin, Philosophieprofessor und Staatsminister a. D., etwas abseits stand, um sich mental auf seinen Vortrag „Der demographische Wandel in Zeiten der Digitalisierung als ökonomische, ethische und kulturelle Herausforderung“ vorzubereiten.

Kein Fest ohne Musik: Mit jazzigen Klängen sorgte das GOETHE KOMMchester für eine beschwingte Überleitung zu den Rednern. Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg, Vorsitzender des Vorstandes des Versorgungswerkes, lud verbal zu einem Ausflug in die Vergangenheit ein und erinnerte daran, dass die Gründung der berufsständischen Versorgungseinrichtung keineswegs geradlinig verlaufen – „Da war auch viel Glück dabei“ – und nach einer „Risikoschwangerschaft“ letztlich dem Eingreifen des damaligen hessischen Sozialministers zu verdanken gewesen sei.

Unverzichtbarer Garant für die Altersversorgung

Dessen aktueller Nachfolger, Staatsminister Stefan Grüttner, gratulierte, auch im Namen von Ministerpräsident Volker Bouffier, zum Jubiläum und würdigte das Gründungsjahr 1968 als Zeit großer gesellschaftlicher Veränderungen. Das Versorgungswerk charakterisierte er als professionell arbeitendes, unverzichtbares Unternehmen – „und dies bei einer nicht einfachen Berufsgruppe“. Ausdrücklich sprach sich Grüttner für den Erhalt der Einrichtung und gegen deren Überführung in die gesetzliche Rentenversicherung aus: „Sie sind ein Garant für die Alterssicherung Ihrer Mitglieder.“

Er wolle Brücken schlagen zwischen Philosophie und Menschen, erklärte Nida-Rümelin einleitend, um dann die Demographie ins Zentrum seines Vortrages zu rücken. „Eigentlich sind wir alle überflüssig“, lächelte er provozierend und berief sich dabei auf den verstorbenen FAZ-Herausgeber Frank Schirrmacher, der die Gegenwart mit einem neuen Phänomen kon-

Stefan Grüttner, Hessischer Minister für Soziales und Integration

frontiert gesehen habe, dem des alten Menschen nämlich. Es müsse uns allerdings skeptisch machen, dass im Alten Testament eine ganz andere Botschaft enthalten sei, hielt Nida-Rümelin Schirrmachers These entgegen.

Demographie und Digitalisierung

Auch die antiken Philosophen seien sehr alt geworden. „Die Menschheit ist keine reine Fortschrittsgeschichte", stellte der Festredner fest. Dies wirke sich nicht zuletzt auf die Lebenserwartung aus. Während das mediane Alter zu Beginn der Industrialisierung bei 25 Jahren gelegen habe, pendele es sich inzwischen bei 75 Jahren ein, Tendenz steigend. Gleichzeitig sinke die Fertilität. „Wenn die Prognostiker Recht haben, befinden wir uns auf der abschüssigen Bahn des langsamen Aussterbens."

Wie hängen Demographie und Digitalisierung zusammen? Nida-Rümelin unterteilte die heutige Gesellschaft in „Digital Natives" – Menschen, die in der digitalen Welt aufgewachsen sind – und „Digital Immigrants"– Menschen, die diese Welt erst im Erwachsenenalter kennengelernt haben. Während erstere keine profunden Hintergrundkenntnisse hätten und die eigene Kompetenz im Umgang mit digitalen Medien kritisch sähen, setzten die sogenannten Babyboomer die neuen Technologien effizienter ein, behauptete der Philosoph.

Die Digitalisierung sei hochrelevant und gleichzeitig umstritten, weil sie die Arbeitswelt verändere. Tatsächlich gäbe es Ältere, die in Folge der Digitalisierung ihre Arbeit verlören. Aber dies sei kein generelles Generationenproblem. Während manche Studien behaupteten, dass in einigen Jahren 80 Prozent unserer Arbeitsplätze verschwänden, belegten Untersuchungen aus den USA einen Schub auf dem Arbeitsmarkt infolge der technologischen Entwicklung.

Fotos: Julia Schwager

Prof. Dr. phil. Dr. hc. Julian Nida-Rümelin, Staatsminister a.D.

Foto: Julia Schwager

Festredner: Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg, Vorsitzender des Vorstandes des Versorgungswerkes (links), und Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der LÄKH.

„Arbeitskraft der Älteren ist überlebensnotwendig"

Wenn die Digitalisierung in Deutschland nicht an Fahrt aufnehme, bedeute dies weniger Produktivität und einen dramatischen Einbruch des Bruttosozialprodukts, warnte Nida-Rümelin. „Deshalb ist die Arbeitskraft der älteren Generation überlebensnotwendig." Ja, die Digitalisierung sei eine Herausforderung und führe dazu, dass Arbeit anders gestaltet werden könne. Dadurch, dass Ältere sich à jour halten müssten, werde es jedoch leichter, Menschen jenseits von 65 Jahren im Job zu halten. „Und das ist wichtig", unterstrich der Philosoph, der sich sowohl gegen ein bedingungsloses Grundeinkommen als auch gegen ein frühes Renteneinstiegsalter aussprach.

Eine längere, dem steigenden Lebensalter angepasste Lebensarbeitszeit führe auch zu mehr Gerechtigkeit im Rentensystem. Eine Gesellschaft, in der es immer mehr Ältere gäbe und die zugleich einen Jugendkult betreibe, sei nicht vital, urteilte Nida-Rümelin. „Hier muss sich etwas ändern, und es ändert sich." So hätten der Respekt und die Kooperation zwischen den Generationen zugenommen, lautete sein optimistisches Credo. Die Kultur des Alterns könne nicht darin bestehen, das Altern aufzuhalten, vielmehr gelte es, die eigenen Fähigkeiten einzusetzen: Hin zu einer Kultur der Integration und weg von einer Kultur der Segregation.

Bedeutsam für Ärztinnen und Ärzte

„Wir haben sehr viel über das Alter gehört", fasste Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach später beim festlichen Abendessen zusammen. Wäre der Jubilar eine Person, könne man sagen: Kinder, wie die Zeit vergeht. „Für uns Ärztinnen und Ärzte ist das Versorgungswerk etwas sehr Bedeutsames", betonte von Knoblauch zu Hatzbach und wies auf das kapitalgedeckte Verfahren des Versorgungswerkes hin. Schon im Alten Testament würden die Älteren gewarnt, ihre Kinder nicht zu überfordern. Übertragen auf die Alterssicherung heiße dies, dass die Jungen in der Sorge für die Älteren nicht überstrapaziert werden dürften. Wichtig für die Jungen sei, dass man im Alter noch ein geregeltes Auskommen habe. „Wenn wir von der auf den Kopf gestellten Alterspyramide sprechen, sind wir mit unserem Versorgungswerk besser dran."

Katja Möhrle

Ärztliche Selbstverwaltung – was heißt das überhaupt? Wie ist die Landesärztekammer strukturiert, welche Aufgaben hat sie und was bietet sie ihren Mitgliedern? Mit dieser Folge zur Organisation der Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten durch die Landesärztekammer Hessen schließen wir die Artikelserie zur Kammerwahl 2018 ab, die vom 24. Mai bis 6. Juni stattfindet.

Kompetente Mitarbeiter für die hessische Ärzteschaft

Um ihrem Versorgungsauftrag nachkommen zu können, brauchen die hessischen Ärztinnen und Ärzte kompetente Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Medizinische Fachangestellte (MFA) sind die „rechte Hand“ des Arztes, für diese Tätigkeit sind gute Kenntnisse in Medizin und Verwaltung notwendig. Damit in der Ausbildung die notwendigen Fähigkeiten vermittelt werden, ist die Landesärztekammer gemäß dem Berufsbildungsgesetz zuständig für den Ausbildungsberuf; sie überwacht die Durchführung der Ausbildung von MFA, berät in Ausbildungsbildungsfragen und organisiert das Prüfungswesen.

Vor über 40 Jahren hat die Delegiertenversammlung der Kammer entschieden, die Aus- und Fortbildung von Angehörigen medizinischer Fachberufe durch einen eigenen Schulbetrieb zu fördern und die Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim gegründet. Zu den Hauptaufgaben der Schule gehören:

- Durchführung der Überbetrieblichen Ausbildung zur Ergänzung als Ergänzung der Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten.
- Durchführung des praktischen Teils der Abschlussprüfung.
- Förderung und Durchführung beruflicher Anpassungs- und Aufstiegsfortbildungen.

Die Organe der Carl-Oelemann-Schule sind die Delegiertenversammlung und das Präsidium der Landesärztekammer. Erstere ist für grundsätzliche Fragen der Schule zuständig ebenso wie für Änderungen und Ergänzungen der Satzung. In dieser sind unter anderem die Aufgaben der Schule definiert. Die Bildungsarbeit der Schule wird überwacht und gesteuert durch deren Vorstand und den Ausschuss für die Überbetriebliche Ausbildung. Die Mitglieder des Vorstandes werden vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen berufen, das darüber hinaus auch den Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden bestimmt. Beide Positionen müssen von Delegierten der Kammer besetzt werden. Der Ausschuss Überbetriebliche Ausbildung ist ein vom Berufsbildungsausschuss der Landesärztekammer Hessen gebildeter Unterausschuss. Er hat unter anderem bei der Festlegung der Lehrpläne ein Entscheidungsrecht.

Entscheiden Sie mit!

Mit Ihrer Stimme tragen Sie dazu bei, die Aufgabe der Aus- und Weiterbildung der Medizinischen Fachangestellten als wichtige Zuständigkeit der Selbstverwaltung auch für die Zukunft zu stärken und zu erhalten.

An der Kammerwahl können Sie sich vom vom 24. Mai bis 6. Juni 2018 beteiligen.

Katja Möhrle
Caroline McKenney

Bericht des Versorgungswerkes aus der 15. Delegiertenversammlung am 17. März 2018

DRV-Befreiung für zeitlich befristete berufsfremde Tätigkeiten

Bislang hatten angestellte Ärzte die Möglichkeit, sich nicht nur für ihre Haupttätigkeit von der Versicherungspflicht bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) befreien zu lassen, sondern eine Befreiung auch für zeitlich befristete berufsfremde Tätigkeiten zu beantragen (sog. Erstreckungsbefreiung nach § 6 Abs. 5 Satz 2 SGB VI). Voraussetzung war, dass auf die Haupttätigkeit mehr als 50 % des Arbeitsumfanges entfielen. Das Bundesversicherungsamt hat diese Vorgehensweise kürzlich beanstandet. Daraufhin hat die DRV ihre Verwaltungspraxis geändert und erklärt, dass sie in den genannten Fällen keine Erstreckungsbefreiung mehr aussprechen wird.

Bilanzieller Zins kann weiter reduziert werden

Das Versorgungswerk kann auch im Geschäftsjahr 2017 den sogenannten bilanziellen Rechnungszins weiter absenken: und zwar von 3,55 % auf 3,52 %. Dieser Zinssatz gibt an, welche Verzinsung mindestens notwendig ist, um die Verpflichtungen erfüllen zu können. Es handelt sich dabei quasi um einen Mischzinssatz der drei verschiedenen Zinsen nach der Beitrags- und Leistungstabelle von 4,0 %, 3,5 % und 3,0 %. Das Versorgungswerk reagiert mit der Absenkung des bilanziellen Zinses auf den Rückgang des allgemeinen Zinsniveaus an den Kapitalmärkten. Für die jüngste Reduzierung des Zinses müssen der Deckungsrückstellung rund 68 Mio. € zugeführt werden.

Bessere Anrechnung von Kindererziehungszeiten

CDU/CSU und SPD haben sich in ihrem Koalitionsvertrag darauf verständigt, Eltern von vor 1992 geborenen Kindern besserzustellen, wenn sie drei und mehr Kinder haben: In Zukunft werden Ihnen drei statt zwei Erziehungsjahre für eine Rente der Deutschen Rentenversicherung gutgeschrieben. Für ab 1992 geborene Kinder werden bereits jeweils drei Jahre Kindererziehungszeit angerechnet. Damit gilt nur noch für die Eltern eine andere Regelung, die ein oder zwei vor 1992 geborene Kinder haben, weil in diesem Fall pro Kind nur zwei Jahre Kindererziehungszeit berücksichtigt werden.

Johannes Prien
Referent des Vorstandes

Anzeige

Befragung der Transplantationsbeauftragten in Hessen 2017 – Was hat sich seit 2015 verändert?

Silke Nahlinger[1], Katrin Israel-Laubinger[1], Dr. med. Martha von Westerholt[2], Prof. Dr. med. Andreas A. Schnitzbauer[3], Nina Walter[1]

Das Hessische Ausführungsgesetz des Transplantationsgesetzes

Im Jahr 2012 wurden die Länder nach der Novellierung des Transplantationsgesetzes (TPG) verpflichtet, nähere Regelungen bezüglich der Qualifikation des Transplantationsbeauftragten und zu den Rahmenbedingungen seiner Tätigkeit zu treffen. Am 20. November 2013 verabschiedete Hessen als erstes Bundesland die entsprechenden Änderungen im Hessischen Gesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (HAGTPG), dessen Gültigkeit am 31.12.2019 auslaufen und zurzeit evaluiert wird. Ziel des HAGTPG ist es, die Zahl der Organspenden zu erhöhen und die Aufgabe der Organspende als Gemeinschaftsaufgabe zu konkretisieren. Den Transplantationsbeauftragten der hessischen Entnahmekrankenhäuser kommt in diesem Zusammenhang eine tragende Rolle zu. Das Erstellen von Handlungsanweisungen, die Überprüfung der Pflichterfüllung des jeweiligen Entnahmekrankenhauses und das Führen orientierender Gespräche mit Angehörigen potentieller Spender spiegelt nur einen Teil der vielen Aufgaben, die ein Transplantationsbeauftragter zu erfüllen hat, wider.

Befragungen der LÄKH

Um ein Bild der Rahmenbedingungen und Voraussetzungen der Funktionsausübung der Transplantationsbeauftragten in Hessen zu erhalten und sie besser bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützen zu können, wurde im Jahr 2015 eine Befragung der hessischen Transplantationsbeauftragten durchgeführt. Der Fragebogen wurde durch die Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), Dr. med. Martha von Westerholt vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) sowie Prof. Dr. med. Andreas Schnitzbauer (Leitender Oberarzt (ACH) des Universitätsklinikums Frankfurt) erstellt. Um herauszufinden, ob und inwieweit sich die Rahmenbedingungen verändert haben, fand 2017 eine Wiederholung der Befragung statt. Eine Modifizierung des Fragebogens fand nur eingeschränkt statt, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisteten. Die LÄKH versendete die Fragebögen an die hauptverantwortlichen Transplantationsbeauftragten der 99 hessischen Entnahmekrankenhäuser. Die Befragungen gliederten sich jeweils in zwei teilstandardisierte Fragebögen – die Aufteilung war notwendig, um die Anonymität der Transplantationsbeauftragten bei der inhaltlichen Auswertung wahren zu können. Der erste Fragebogen enthielt Fragen zur Person des jeweiligen Transplantationsbeauftragten, der jeweiligen Einrichtung und der bisherigen Qualifikation und diente vorrangig der Erstellung bzw. Aktualisierung der Datenbank. Im zweiten Fragebogen wurde nochmals auf die Qualifikation eingegangen sowie auf die gegebenen Rahmenbedingungen und den subjektiven Einschätzungen zur Funktionsausübung. Im Jahr 2015 konnte für den zweiten Fragebogen ein Rücklauf von 89 %, im Jahr 2017 von 85 % verzeichnet werden.

Qualifikation der Transplantationsbeauftragten

Gemäß HAGTPG muss der Transplantationsbeauftragte mindestens in der Funktion eines Oberarztes bestellt werden und über eine Facharztweiterbildung mit entsprechender intensivmedizinischer Erfahrung verfügen. Im Jahr 2017 sind 57 % der Antwortenden in der Stellung eines Oberarztes, 29 % in der eines Chefarztes benannt, wenige geben an Facharzt, Ärztlicher Direktor oder eine sonstige Funktion inne zu haben. Dies unterscheidet sich nicht nennenswert von den Ergebnissen aus dem Jahr 2015, was auch für die fachärztliche Qualifikation und das Fachgebiet, in dem die Transplantationsbeauftragten tätig sind, gilt.

Ein Großteil ist Facharzt für Anästhesiologie (55 %) oder Innere Medizin (32 %), ein geringerer Anteil (7 %) ist Facharzt in einem chirurgischen Fach oder Facharzt für Neurologie (6 %). Dieser Verteilung entsprechend arbeiten 53 % im Bereich Anästhesiologie, 28 % in der Inneren Medizin, 7 % in der Neurologie und 5 % in der Chirurgie. Insgesamt 71 % der Transplantationsbeauftragten verfügen über eine durch das HAGTPG geforderte Qualifikation gemäß dem Curriculum der BÄK oder alternativ durch einen Kurzkurs für erfahrene Transplantationsbeauftragte gemäß dem Erlass des HMSI. Dieser Anteil fiel im Jahr 2015 mit 49 % noch deutlich geringer aus. Das durchschnittliche Qualifikationsniveau ist also deutlich angestiegen.

Subjektive Einschätzungen

Durch die Befragung sollte unter anderem eruiert werden, wie die Transplantationsbeauftragten ihre Funktionsausübung subjektiv wahrnehmen. Die Befragten wurden gebeten, verschiedene Aussagen anhand einer sechsstufigen Skala (von 1 für „trifft gar nicht zu“ bis 6 für „trifft voll zu“) zu bewerten (siehe Tabelle 1). Ihren Kenntnisstand zum Thema Organspende bezogen auf die medizinische, organisatorische und ethische Perspektive schätzen die Befragten bei einem Median von 4 ein, bezüglich der kulturell-religiösen Perspektive bei nur 3. 2017 fällt die subjektive Einschätzung des Kenntnisstandes kritischer als 2015 aus, damals lag dies bei allen vier genannten Perspektiven bei Median 5.

Im § 9 TPG ist klar geregelt, dass der Transplantationsbeauftragte bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben unabhän-

[1] Stabsstelle Qualitätssicherung LÄKH, [2] Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, [3] Universitätsklinikum Frankfurt, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Abbildung 1: Wie ist Ihre Tätigkeit als TxB vertraglich geregelt?

gig ist und keinen Weisungen unterliegen darf. Weisungsunabhängig fühlen sich laut der Befragung in 2017 insgesamt 93 % (63 % „voll gewährleistet" und 30 % „in der Regel gegeben"), in 2015 sind dies 95 %. Weiterhin wurde ermittelt, inwieweit sich die Befragten in der Ausübung ihrer Zusatzfunktion von Mitarbeitern und Kollegen wertgeschätzt fühlen. Dazu sollte die Aussage „Von meiner/m Vorgesetzen und meinen Kolleg/innen fühle ich mich in meiner Zusatzfunktion als TxB wertgeschätzt" anhand einer sechsstufigen Skala (1 für „trifft gar nicht zu" bis 6 für „trifft voll zu") bewertet werden, die im Jahr 2017 mit einem Median von 5 beantwortet wird. Diese Einschätzung fällt im Vergleich zum Jahr 2015 (Median: 4) etwas besser aus.

Rahmenbedingungen und Strukturen

Um zu erfahren, unter welchen Bedingungen die Transplantationsbeauftragten ihre Funktion ausüben, wurden Fragen zu vertraglichen Aspekten und Vergütung gestellt. Sowohl 2017 als auch 2015 liegt bei 75 % der Antwortenden keine besondere Regelung im Anstellungsvertrag bezüglich der Funktion als Transplantationsbeauftragter vor, bei 12 % existiert eine Ergänzung oder Nebenabrede zum Anstellungsvertrag, 4 % verfügen über einen gesonderten Vertrag (siehe Abbildung 1). Nahezu alle Antwortenden verneinen in beiden Befragungswellen die Frage, ob es eine festgelegte Regelung betreffend der prozentualen Verteilung ihrer normalen Tätigkeit und der als Transplantationsbeauftragter gibt.

Vor dem Hintergrund des pauschalen Zuschlags, den Einrichtungen für die Bestellung von Transplantationsbeauftragten erhalten, sollte eruiert werden, ob und wie diese Funktion vergütet wird. 92 % geben an, keine explizite Vergütung zu bekommen. Nur wenige erhalten beispielsweise einen funktionsabhängigen Zuschlag oder eine freivertragliche Vergütung. Ferner ist 39 % der Befragten der finanzielle Zuschlag, den die Einrichtungen erhalten, nicht bekannt. Im Vergleich zum Jahr 2015 gibt es keine Veränderungen.

Die Bestellung zum Transplantationsbeauftragten erfolgte sowohl 2015 als auch 2017 bei 36 % auf dem Wege der Delegation, 57 % wurden gefragt und konnten dies selbst entscheiden, 7 % haben sich aktiv für die Bestellung beworben.

Keine großen Veränderungen in den vergangenen zwei Jahren

Im Vergleich zu 2015 ergeben sich somit keine großen Veränderungen der ärztlichen Qualifikationsstruktur oder der Verteilung über die Fachgebiete. Die Aufgaben der Transplantationsbeauftragten werden nach wie vor meist delegiert bzw. die Erfüllung angefragt. Ferner fühlen sich die meisten der befragten Transplantationsbeauftragten sowohl in 2015 als auch in 2017 in ihrer Tätigkeit weisungsunabhängig.

Das Gefühl der Wertschätzung von Kollegen und Vorgesetzten hat seit der letzten Befragung erfreulicherweise zugenommen. Während die Transplantationsbeauftragten 2015 ihren Kenntnisstand im Median mit 5 bewertet haben, fällt die Bewertung 2017 differenzierter aus und wird etwas kritischer beurteilt.

Wie schon 2015 ist die Tätigkeit der Transplantationsbeauftragten auch im Jahr 2017 meist nicht vertraglich geregelt und der prozentuale Anteil an der regulären Arbeit nicht festgelegt. Eine separate Vergütung erfolgt meist nicht, mehr als einem Drittel ist der pauschale Zuschlag für Entnahmekrankenhäuser nicht bekannt.

Leider sind seit der letzten Befragung keine Entwicklungen bezüglich der vertraglichen Regelungen und Vergütung für die Funktion des Transplantationsbeauftragten festzustellen. Da die Befragung bisher nur im Zuständigkeitsbereich der LÄKH durchgeführt wurde, ist die zugrundeliegende Fallzahl begrenzt. Um belastbarere Aussagen über die Funktion der Transplantationsbeauftragten erhalten zu können, wäre eine Ausweitung der Befragung auf weitere Bundesländer wünschenswert. Auch, um entsprechend unterschiedliche gesetzliche Regelungen und dessen Auswirkungen feststellen und evaluieren zu können.

Korrespondenzadresse:
Silke Nahlinger, MPH
wissenschaftliche Teamassistentin
Landesärztekammer Hessen
E-Mail: silke.nahlinger@laekh.de

Perspektive	2017	2015
	Median	Median
Medizinische Perspektive	4	5
Organisatorische Perspektive	4	5
Ethische Perspektive	4	5
Kulturell-Religiöse Perspektive	3	5

Tabelle 1: Bewerten Sie folgende Aussage aus der jeweiligen Perspektive: „Mein Kenntnisstand zum Thema Organspende ist sehr gut."

Eine Art des Kompressionssyndroms der A. poplitea als seltene Ursache der Claudicatio intermittens

Dr. Tarek Hassanein, Oliver Dörnenburg, Prof. Dr. med. Norbert Rilinger

Fallvorstellung

Die stationäre Aufnahme eines 47-Jährigen Patienten erfolgte zur erneuten angiographischen Abklärung bzw. Perkutanen transluminalen Angioplastie (PTA) bei Claudicatio-typischen Beschwerden des linken Beines nach 100 Metern Gehstrecke. Zwei Monate zuvor erfolgte eine PTA an unserem Institut bei p-AVK Stadium-III des linken Beins bei hochgradiger Stenose der A. poplitea. Aktuell war der linke Fuß im Seitenvergleich kälter, ohne Zyanose oder kritischer Ischämie. Ein Ruheschmerz bestand nicht. Die hierbei erfolgte Dopplerdruckmessung ergab einen ABI rechts von 0,96 und links von 0,72. Aufgrund der aktuellen Beschwerden wurde eine erneute digitale Subtraktionsangiographie (DSA) mit PTA (Abb. 1) und ein MRT (Abb. 2 und 3) durchgeführt.

Bildanalyse

Die DSA zeigte eine hämodynamisch relevante, glatt berandete Stenose der A. poplitea links im P1 Segment bei sonst unauffälligen Beinarterien. In der gleichen Sitzung wurde eine PTA mittels Ballonkatether (6 x 40 mm respektive 7 x 40 mm) durchgeführt. Die Kontrollangiographie zeigt keine wesentliche Veränderung (Abb. 1).

Die postinterventionell dokumentierte scharf berandete und bogenförmige Einengung in der Abschlussangiographie entspricht dem Bild eines sogenannten Scimitar-Zeichens als Hinweis auf ein Kompressionssyndrom der A. poplitea.

Daraufhin erfolgte ein MRT (3 Tesla, Philips Achieva) des linken Kniegelenkes mit einer 8 Kanal Knie-Spule (Philips).

Das Protokoll umfasste folgende Sequenzen: axiale und sagittale PD SPIR, axiale T1w nativ sowie mit KM, axiale T2w, sagittale T1w post KM mit Fettsuppression.

Im P1-Segment der linken A. poplitea zeigte sich eine in der Protonensequenz signalreiche, zystisch imponierende Struktur mit einer craniocaudalen Ausdehnung von ca. 37 mm, ventrodorsal von ca. 8 mm und mediolateral von ca. 11 mm. Die Arterie wurde nach ventrolateral hochgradig komprimiert. Es konnte weder zentral, noch im Randbereich der Raumforderung eine Kontrastmittelanreicherung nach Gadoliniumapplikation nachgewiesen werden.

Abb. 1: Hochgradige, glatt berandete Stenose im P1-Segment, die trotz PTA mittels 6 x 40 mm Ballonkatheter in der Kontrollangiographie nahezu unverändert zur Darstellung kommt.

Diagnose und Verlauf

In Zusammenschau mit der Klinik, der Angiographie und dem MRT entspricht der Gesamtbefund dem typischen Bild einer zystischen Adventitiadegeneration. Die zystische Adventitiadegeneration stellt eine seltene Ursache der Claudicatiosymptomatik dar und kann erfolgreich behandelt werden. In unserem Fall wurden die chirurgischen therapeutischen Möglichkeiten eingehend mit dem Patienten besprochen. Er möchte sich noch Bedenkzeit nehmen.

Diskussion

Krankheitsbild

Klinisch steht eine belastungsabhängige Beschwerdesymptomatik mit einer Claudicatio im Vordergrund. Durch wechselhafte Füllungszustände der intramuralen Zysten wird eine intermittierende Minderdurchblutung mit entsprechender Claudicatio Symptomatik ausgelöst. Das Ischämie-Syndrom ist im Ruhestand rückläufig [1].

Diagnostik

Untersuchung und Bildgebung: Im Vordergrund der Diagnostik der zystischen Adventitiadegeneration steht neben einer exakten Anamneseerhebung, einer Laufbandergometrie sowie einer Messung der Dopplerverschlussdrücke auch die Durchführung funktioneller Provokationstests [2]. Pathognomonisch für eine zystisch bedingte Kompression ist der Provokationstest nach Ishikawa, welcher einen Durchblutungsstopp während der Beugung im Kniegelenk nachweist [3].

Als bildgebende Diagnostik erweisen sich die Duplexsonographie, die Angiographie und das MRT sowie die Computertomographie als richtungsweisend. Von vielen Autoren werden heute die Kernspintomographie sowie die MR-Angiographie favorisiert, wobei sowohl die alleinige MR-Angiographie als auch die DSA lediglich eine

grobe Einschätzung bezüglich der Lage und das Ausmaß der Gefäßkompression wiedergeben. Dagegen bietet die Bildgebung mittels MRT-Untersuchung mit einer dezidierten Knie-Spule gleichzeitig die Möglichkeit, die Lagebeziehung zwischen der Muskulatur und dem Gefäß- und Skelettsystem darzustellen. Eventuell bestehende Anomalien sowie die Identität der Raumforderung können präzise bestimmt werden.

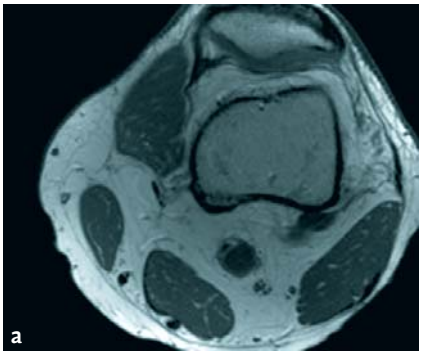
Histologie

Der Zysteninhalt besteht aus Proteinen, Mucopolysacchariden und insbesondere aus Hyaluronsäure. Die Wand ist aus kollagenem Bindegewebe aufgebaut und wird von Mucin sezernierendem Endothel ausgekleidet [4].

Das Durchschnittsalter der Patienten liegt bei ca. 35 Jahren. Männer sind bevorzugt betroffen. Am häufigsten betroffen ist die A. poplitea.

Therapie

Versuche, die Einengung des Gefäßes durch eine Punktion und Entleerung der Zyste zu beheben, führten häufig zu Rezidiven, so dass heute in den meisten Fällen eine chirurgische Sanierung mittels Resektion der Zyste und eine Patchplastik angestrebt wird [5]. Bei den ausgedehnten Befunden kann eine Resektion des ganzen Gefäßes mit Interposition einer autologen Vene erforderlich sein. Eine Alternative bietet die sogenannte Exarterektomie – dabei wird die Adventitia im betroffenen Bereich komplett zirkulär entfernt. Die Media wird nicht eröffnet. Bisherige Ergebnisse sind vielversprechend [5].



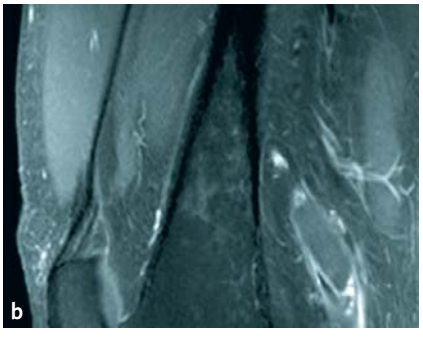


Abb. 3: Keine Kontrastmittelanreicherung nach Gadoliniumgabe
a) T1w-TSE axial b) PDw-SPAIR sag.

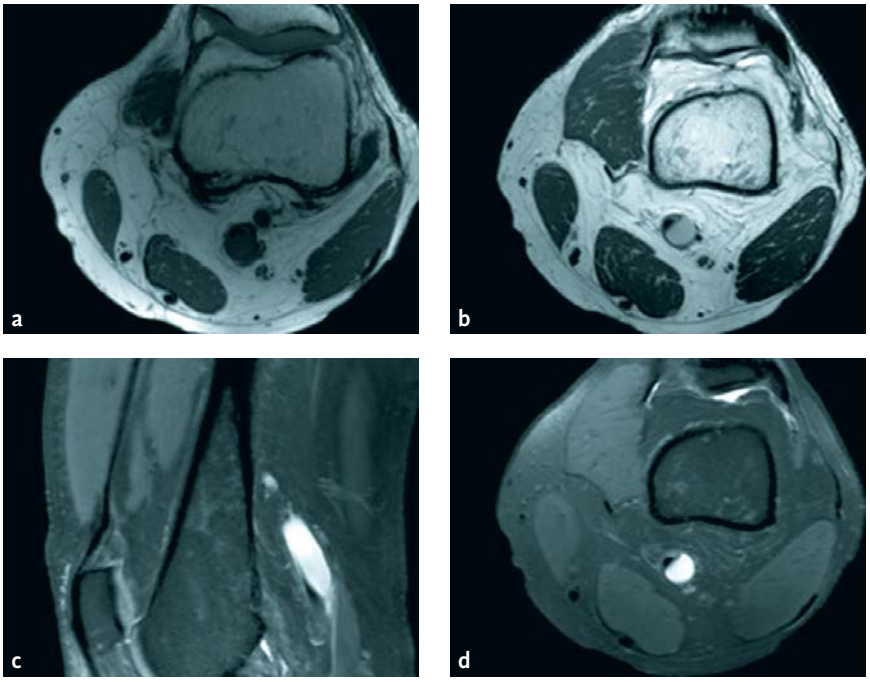


Abb. 2: MRT des linken Kniegelenkes a) T1w-axial mit gefäßkomprimierender hypointenser RF. b) T2w-axial mit in der Adventitia gelegenen hyperintensen Zyste. c) PDw-SPAIR sag. hyperintense 8 x 37 mm große Zyste. d) PDw-SPAIR axial.

Differenzialdiagnosen

Als Hauptursache für die Claudicatio Symptomatik der unteren Extremität ist die Arteriosklerose anzusehen.
Differenzialdiagnostisch kommen Kompressionssyndrome der Fossa poplitea (zystische Adventitiadegeneration/ Entrapment-Syndrom) mit einer Pelottierung der A. poplitea in Frage, was auch als differenzialdiagnostisches „Chamäleon" der akuten Claudicatio bezeichnet wird [6]. Das popliteale Entrapment-Syndrom wird definiert als intermittierende oder permanente Kompression der Poplitealgefäße, bedingt durch konnatale Verlaufsanomalien der A. poplitea und der umgebenden Gastrocnemius-Muskulatur [7]. Die Prävalenz wird anhand von Autopsiestudien mit 0,17 bis 3,5 Prozent (%) angegeben. 40 % der Patienten sind jünger als 30 Jahre, betroffen sind überwiegend Leistungssportler.

Korrespondenzadresse
Dr. Tarek Hassanein
Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Sana Klinikum Offenbach
Starkenburgring 66, 63069 Offenbach
Fon: 049 69 8405-7432
Mail: thassanein@klinikum-offenbach.de

Literaturangaben finden sich auf der Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt".

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:

Eine Art des Kompressionssyndroms der A. poplitea als seltene Ursache der Claudicatio intermittens

von Dr. Tarek Hassanein, Oliver Klaus Dörnenburg, Prof. Dr. med. Norbert Rilinger

Literatur

[1] Cassar und Engeset, 2005
[2] Luther, 2001; Ruppert et al. 2004; Nitschmann et al., 2005
[3] Ishikawa et al., 1961
[4] Leu, 1977; Lazic und Stierli, 1994
[5] Lazic und Stierli, 1994; Stierli et al., 2005
[6] Diener et al.
[7] Hamming, 1995; Levien und Veller, 1999; Levien, 2003

Foto: Fotolia.com – hikrcn

Zeitnahe therapeutische Versorgung von psychisch traumatisierten Gewaltopfern in Hessen

Im Spätsommer 2015 wurde ein Meilenstein in der Opferversorgung gesetzt: 18 hessische Facheinrichtungen mit Trauma-Therapieangeboten haben sich vertraglich verpflichtet, Opfer von Gewalt nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) vorrangig psychotherapeutisch zu behandeln. Das Regierungspräsidium Gießen (RP) initiierte das OEG-Trauma-Netzwerk im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration (HMSI).

Was ist das Opferentschädigungsgesetz?

Wer in Deutschland einen gesundheitlichen Schaden durch eine Gewalttat erlitten hat, kann Rentenleistungen sowie Heil- und Krankenbehandlungen erhalten, wenn eine Anerkennung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) durch das zuständige Hessische Amt für Versorgung und Soziales (HAVS) vorliegt.

Die Geschichte der Versorgungsverwaltung reicht weit bis ins 19. Jahrhundert zurück und bezog sich ursprünglich auf die Versorgung der Soldaten und deren Hinterbliebene. Nach wie vor ist das Soziale Entschädigungsrecht, unter das die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz) fällt, eine Kernaufgabe der hessischen Versorgungsverwaltung. Im Laufe der Zeit hat sie jedoch neue Aufgaben erschlossen und die Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes finden auch bei den Sondergesetzen ihre Anwendung.

Zu diesen Sondergesetzen zählt das OEG. Mit dessen Inkrafttreten im Jahre 1976 sollte dem Leitgedanken Rechnung getragen werden, dass die staatliche Gemeinschaft für die Opfer von Gewalttaten einstehen muss, wenn es ihr trotz aller Anstrengungen zur Verbrechensverhütung nicht gelingt, diese zu verhindern. Bei Betrachtung der Entwicklung des OEG ist festzustellen, dass die Bedürfnisse der Opfer von Gewalttaten heutzutage wesentlich andere sind, als die der ehemaligen Soldaten und bei Inkrafttreten des Gesetzes. Die Antragsteller nach dem OEG sind heute in großer Zahl Opfer von Überfällen, Sexualstraftaten, schweren Körperverletzungen, aber auch unmittelbare Zeugen von Tötungsdelikten oder Angehörige (Eltern, Kinder, Geschwister) von Opfern, die durch eine Gewalttat ihr Leben verloren haben. Die Bedürfnisse von Gewaltopfern haben sich insofern geändert als eine Zunahme der psychischen Störungen als Langzeitfolgen der Schädigungen zu verzeichnen ist.

Aufgabe des OEG-Trauma-Netzwerkes in Hessen

Bei der Bearbeitung der Anträge nach dem OEG zeigt sich: Die Opfer haben oft keine Kraft, selbst Hilfe zu organisieren und es besteht eine große Schwellenangst vor dem persönlichen Kontakt mit der zuständigen Behörde. Die hierdurch bedingten langen Zeiträume zwischen Gewalttat und Zeitpunkt der Antragstellung führen zu kostenintensiven Klärungen des Sachverhaltes und zeitaufwendigen Ermittlungen, da häufig keine Befunde zeitnah zur Gewalttat beizuziehen sind. Die Folge sind lange Laufzeiten der Anträge, eine inhaltlich dürftige und nicht ausreichende Befundlage und eine hierdurch bedingt hohe Zahl an erforderlichen sozialmedizinischen Begutachtungen.

Die Opfer selbst berichten über eine Unsicherheit bei der Therapeutenwahl und Wartezeiten bis zu neun Monaten und mehr im niedergelassenen Bereich.

Insbesondere an dieser Stelle soll das Netzwerk für Opferbetreuung und -soforthilfe nach einer in Hessen erfolgten Gewalttat ansetzen. Ziel des Netzwerkes ist das zusätzliche Angebot von schneller und kompetenter Hilfe für Opfer von Gewalttaten und deren Angehörigen, insbesondere, wenn diese keinen zeitnahen Therapieplatz nach dem

SGB V erhalten können. Jedes Opfer einer Gewalttat, das einer Behandlung seiner psychischen Gesundheitsstörungen bedarf, soll durch das Netzwerk ein sofortiges Therapieangebot bekommen. Ziel ist es, chronische Belastungsstörungen und psychische Langzeit- und Spätfolgen zu vermeiden.

Die Aufgabe des OEG-Trauma-Netzwerkes besteht daher nicht nur darin, notwendige Maßnahmen bereitzustellen, um die Gesundheit, Leistungsfähigkeit und eine angemessene wirtschaftliche Versorgung zu erhalten, zu bessern und wiederherzustellen. Es beinhaltet vielmehr auch vorbeugende Maßnahmen, damit psychische Gesundheitsstörungen nicht nur gelindert und geheilt werden, sondern das Auftreten dauerhafter psychischer Gesundheitsstörungen verhindert wird. Nach den Ergebnissen aktueller Studien kann dies erreicht werden, wenn eine möglichst zeitnahe fachkompetente Therapie sichergestellt ist.

Dies ist durch ein ausreichendes Angebot an Therapieplätzen ohne lange Wartezeiten zu erreichen, wobei gleichzeitig eine flächendeckende Therapiewahl und eine gute regionale Erreichbarkeit sichergestellt ist.

Wer kann diese Leistungen nach dem OEG-Trauma-Netzwerk erhalten?

Es muss eine Gewalttat im Sinne eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen eine Person vorliegen. Dies kann zum Beispiel eine vorsätzliche Körperverletzung, Vergewaltigung, sexueller Missbrauch, Schaden durch Vergiftung und Brandstiftung oder ein Tötungsdelikt sein. Die Gewalttat muss auf deutschem Boden, Schiff oder Flugzeug erfolgt sein.

Nicht nur der/die Geschädigte selbst, sondern zum Beispiel auch Personen, die Zeuge einer schweren Gewalttat wurden oder zu dem geschädigten Opfer in einer engen emotionalen Bindung stehen, können die Leistungen des Netzwerks erhalten, sofern die entsprechende Gewalttat nicht länger als ca. ein Jahr in der Vergangenheit liegt.

Wie kann das Opfer das Netzwerk in Anspruch nehmen?

Es bestehen drei Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit dem Netzwerk.

Grundsätzlich muss immer eine Gewalttat und eine Antragstellung nach dem OEG vorliegen. Das Opfer kann eine der Kliniken des Netzwerkes direkt aufsuchen, wobei die Therapeutinnen und Therapeuten beim Ausfüllen eines Kurzantrages helfen und diesen an das zuständige HAVS weiterleiten. Alternativ kann sich das Opfer an das zuständige HAVS wenden und wird dort auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme des Netzwerkes hingewiesen.

Das Opfer kann natürlich auch außerhalb des Netzwerks nach wie vor unter den Voraussetzungen des SGB V eine niedergelassene Therapeutin oder einen niedergelassenen Therapeuten aufsuchen. Sollte durch Auslastung der Kapazitäten im niedergelassenen Bereich eine sofortige Behandlung dort nicht möglich sein und eine längere Wartezeit bestehen, kann die Therapeutin/der Therapeut das Opfer auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme des Netzwerkes hinweisen.

Welches Leistungsspektrum bietet das OEG-Trauma-Netzwerk?

Das Leistungsspektrum umfasst fünf probatorische Sitzungen und kann im Einzelfall auf maximal 15 Sitzungen erweitert werden. Daneben werden die Kosten für die Therapien, Fahrtkosten zu den Therapien und eventuelle Dolmetscherleistungen von der Versorgungsverwaltung übernommen. Erbrachte Leistungen werden von dem Opfer nicht zurückgefordert, auch wenn es zu einer Ablehnung des Antrages kommen sollte. Die Kostenerstattung erfolgt über das RP Gießen an dem Leistungserbringer in Höhe der vertraglich vereinbarten Pauschale. Die Kliniken verpflichten sich dazu, aussagekräftige Befundberichte nach der ersten, fünften und 15. Sitzung zu erstellen.

Positive Auswirkungen des Netzwerkes

Um eine kompetente und sensible Beratung und Begleitung der Opfer sicherzustellen, werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der HÄVS für den Umgang mit diesen Menschen sensibilisiert und damit eine opfergerechte Kommunikation gefördert. Durch eine zeitnahe Antragstellung zur Gewalttat und die Beiziehung aussagekräftiger Befunde können verkürzte Laufzeiten der Anträge sowie reduzierte sozialmedizinische Untersuchungen und Begutachtungen erzielt werden. Hierzu wurden Standards für Behandler und Gutachter ausgearbeitet, die sowohl bei der Befundanforderung und Befunderstellung, als auch bei der Begutachtung zu beachten und anzuwenden sind.

Eine enge Kommunikation zwischen Therapeuten und der Verwaltung, ausreichende Fortbildungsangebote zur Steigerung der Befundaussagekraft und eine kontinuierliche Aus- und Weiterbildung der sozialmedizinischen Gutachter sichern eine kompetente Opferberatung und Opferbegleitung und eine qualifizierte Befunderstattung und Begutachtung.

Fazit

Das Trauma-Netzwerk sieht also Leistungen zur schnellen, unmittelbaren und unbürokratischen Hilfe vor, die ein Opfer nach dem OEG in Anspruch nehmen kann. Ziel ist, eine zeitnahe Versorgung von traumatisierten Gewaltopfern in jedem Fall sicherzustellen. Durch die Zusammenarbeit der Versorgungsverwaltung mit verschiedenen Kliniken für Erwachsene, aber auch speziell für Kinder- und Jugendliche, kann zeitnah und fachkompetent geholfen und dadurch eine Chronifizierung der psychischen Traumafolgen vermieden werden.

Informationsmaterial

Ein Flyer über das Netzwerk ist auf der Internetseite des RPGI unter https://rp-giessen.hessen.de/OEG-Traumanetzwerk zu finden.

Ruth Böhr
Leitende Medizinaldirektorin
Sozialmedizin
Abteilung Soziales
Regierungspräsidium Gießen (RPGI)
E-Mail:
ruth.boehr@rpgi.hessen.de

„Das uns Bekannte im Fremden“

Der besondere Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen

Kurt Heilbronn, Dr. med. Wolfgang Merkle, Dr. med. habil. Hamid Peseschkian, Dr. med. Axel Schüler-Schneider

Nicht erst seit 2015 stellt der Umgang mit Menschen aus anderen Religionen und Kulturen eine besondere Herausforderung dar. In Zeiten der Globalisierung und Zuwanderung wird es schwieriger, unsere Patienten zu verstehen, auch die deutschen Patienten. Das Interesse an fremden Ländern, Kulturen und Menschen hat enorm zugenommen. Wie ist sonst die Reisefreudigkeit der Deutschen zu erklären? Doch offensichtlich ist es ein großer Unterschied, ob wir die Fremden besuchen, oder die Fremden bei uns nicht nur zu Gast sind, sondern hier dauerhaft leben. Fremde Kulturen und Religionen machen neugierig. Dieser Neugier sollten wir nachgehen und uns für den Anderen interessieren. Dieses Interesse ist die Grundvoraussetzung für ärztliches und psychotherapeutisches Handeln. Allerdings neigen Menschen dazu, von sich auf Andere zu schließen. Sie nehmen an, dass der Andere die gleichen Ideale, Werte und Moral besitzt wie er selbst. So kommt es unausgesprochen zu Missverständnissen und unbewussten Spannungen. Diese führen zu Konflikten und können zur Radikalisierung führende Prozesse auslösen.

Diese Vorgänge können psychodynamisch verstanden werden. Psychodynamische Prozesse finden auf der interindividuellen aber auch internationalen oder interkulturellen Ebene statt. Dies haben u.a. Vamik Volkan und Stavros Mentzos anschaulich beschrieben. Für die Integration ist Geduld, Ausdauer und viel Verständnis, Verstehen erforderlich. Aber auch die Grenzen der Toleranz gilt es aufzuzeigen und klar zu ziehen.

Für die therapeutische Arbeit stellen sich viele Fragen. Wie unterschiedlich ist die psychische Entwicklung in verschiedenen Kulturen? Welchen Einfluss hat die Religion auf die psychische Struktur? Ist Integration in eine Gesellschaft möglich, wenn der intrapsychische Integrationsprozess noch nicht abgeschlossen ist? Wie definieren und begrenzen wir die Toleranz?

Die Referenten haben langjährige Erfahrung mit Menschen, Patienten aus anderen Kulturen, bzw. stammen selbst aus einer anderen Kultur und können ihre fundierten Erfahrungen weitergeben. Im ersten Vortrag stellte Dr. med. Axel Schüler-Schneider ein psychodynamisches Modell vor, das auf der Grundlage der menschlichen Persönlichkeitsentwicklung zeigt, wie Identität und die Angst vor dem Fremden und damit auch die Aggression auf das Fremde entsteht. Außerdem stellte er das Problem der Toleranz und deren Grenzen dar.

Fallbeispiel

Zuerst ein Fallbeispiel: Ein 38-jähriger Algerier arbeitet in einer Kindertagesstätte. Er ist als Erzieher im Praktikum angestellt und übernimmt die ganze Verantwortung für eine Kindergruppe. Er sei in jungen Jahren aus Marokko nach Deutschland immigriert, habe hier sein Abitur abgelegt und danach ein Restaurant eröffnet und mehrere Jahre geführt. Er möchte sich jetzt für Kinder engagieren und Erzieher werden. Seit der stellvertretende Leiter der Kindertagesstätte im vergangenen Jahr diese verlassen hatte, ist er der einzige Mann unter den Erzieherinnen.

Er engagiert sich für die muslimischen Kinder, möchte ihnen die marokkanische Kultur vermitteln. Er ist offenbar von den Eltern akzeptiert, es kommt aber immer wieder zu Konflikten mit den Erzieherinnen, die im Gegensatz zu ihm eine abgeschlossene Berufsausbildung und Berufserfahrung für sich in Anspruch nehmen können. Wenn er kritisiert wird oder Anregungen bekommt, fühlt er sich diskriminiert – als Muslim, als Ausländer, als Mann. Er möchte vollwertig akzeptiert werden, und seitdem er der einzige Mann im Kinderladen ist, beansprucht er auch eine gewisse Führungsrolle. Seine Kolleginnen erzählen sogar, dass er sich nicht scheue, falsche Tatsachen zu behaupten.

An diesem Beispiel wird der Konflikt mit Migrantinnen und Migranten* deutlich. Respekt und Menschlichkeit wird erwartet und das Gegenteil befürchtet. Die Toleranz und Identität des Einzelnen und die Identität der Gruppe, zu der sich jeder zugehörig fühlt, spielen dabei eine entscheidende Rolle.

Entwicklungspsychologie

Die Kernidentität wird in den ersten drei Lebensjahren gebildet, einer Zeit, die in der Regel der frühkindlichen Amnesie unterliegt. Die individuelle Identität ist etwas Einmaliges, sehr Persönliches, Privates und Unverwechselbares, gleichzeitig aber auch einer stetigen Veränderung und Entwicklung unterworfen. Dabei spielen die Beziehungen zu Objekten wie Mutter, Sekundärgruppe, Peergroups und andere Identifikationsobjekten eine entscheidende Rolle. Versteht man diese Beziehung zwischen Selbst und Objekt unter einem bipolaren Aspekt, erklärt sich auch die Spannung zwischen diesen beiden Polen. Das bedeutet auch eine Spannung zwischen Autonomie und Abhängigkeit von diesem Objekt. In der weiteren Entwicklung kommt es zu Wir-Bildungen, das heißt zur Identifikation mit der Gruppe, mit der Nation, mit der religiösen Überzeugung oder der politischen Überzeugung. Hierbei spielen passende Ziele der Externalisierung (Targets of Externalization, V. Volkan) eine entscheidende Rolle.

Diese Ziele der Externalisation sind kulturelle nationale Symbole, wie Schottenröcke für Schotten, die Sauna für die Finnen, Matzenklößchensuppe für jüdische Kinder. Sie verbinden und verhelfen umgekehrt zu einer Stabilisierung der Selbst-

* Der besseren Lesbarkeit wegen, wird im Folgenden zumeist der männliche Plural gebraucht.

wertregulation in schwierigen Zeiten. Diese Mechanismen bleiben meist unbewusst, bewirken das Gefühl der „Wirheit". Nur zu Beginn hängt dies von real existierenden Objekten in der äußeren Welt ab.
In Krisensituationen kann dieser unbewusste Mechanismus zu einer Radikalisierung führen, wenn es zu einer Regression kommt. Diese dient der Stabilisierung der Selbstwertregulation. Für die Großgruppe bedeutet dies, dass die Aufrechterhaltung des Nichtgleichseins und die Wahrung einer psychologischen Grenze für das Überleben der Psyche unverzichtbar sind. Solange Nachbarn in Frieden miteinander leben, stellen Ähnlichkeiten eine Verbindung her; wird jedoch der Nachbar zum Feind der Großgruppe, setzt der beschriebene regressive Mechanismus ein.

Toleranz

Den Begriff der Toleranz sollte man von verschiedenen Seiten beleuchten. Zum einen ist er als moralischer Wert zu verstehen. Die hierfür besonders von theologischer Seite häufig zitierte Ringparabel aus Lessings Nathan der Weise gilt wegweisend als eine Möglichkeit der gegenseitigen Toleranz der drei großen Weltreligionen. Sie beschreibt einen Vater, der einen Ring weitervererben muss, der die Eigenschaft besitzt, seinen Träger vor Gott und den Menschen angenehm zu machen, wenn der Besitzer ihn in dieser Zuversicht trägt. Er wurde über viele Jahre vom Vater an jenen Sohn vererbt, den er am meisten liebte. Doch jetzt möchte der Vater keinen Sohn bevorzugen und lässt den Ring für alle drei Söhne kopieren. Nach dem Tod des Vaters ziehen die Söhne vor Gericht, um die Echtheit klären zu lassen. Doch auch der Richter kommt nur zu einem salomonischen Urteil, sie mögen den Ring doch an seiner Wirksamkeit testen, der Vater habe sie wohl alle drei gleich gern gehabt und wollte keinen von ihnen begünstigen. Wenn sie an die Wirkung des Ringes glaubten, werde sich die Echtheit beweisen.
So ist derjenige tolerant, der von seinem Glauben überzeugt auch den anderen ihren eigenen Glauben zugestehen kann und so auch den anderen beiden Glaubensrichtungen ihren Platz einräumen und deren Wahrheitsanspruch anerkennen kann. Mitscherlich beleuchtet den Begriff der Toleranz aus der triebtheoretischen Sicht. Es sei das Abgelehnte, auf das mit Toleranz reagiert werde und dies erfordere „Selbstüberwindung" (Mitscherlich 1983, Seite 257).
Lessing setzt mit seiner Sichtweise am Über-Ich, an Moral und Ethik an, während Mitscherlich am Es, dem Triebhaften, der Aggression ansetzt. Ihm geht es um Macht, Machtgefälle und Ungleichheit. Toleranz ist letztendlich eine Ich-Leistung, die es ermöglicht, ein labiles Gleichgewicht zu stabilisieren. Toleranz beinhaltet somit auch ein großes Maß an Intoleranz und Macht, aber auch eine Einsicht in die Notwendigkeit, den Gegner nicht vernichten zu können. Seine Analyse ist rational und frei von Idealisierung.

Psychosoziale Regelversorgung

Kurt Heilbronn war viele Jahre Leiter einer Abteilung des Internationalen Familienzentrums in Frankfurt und kennt sehr genau die Konflikte, die mit Integration verbunden sind. Er stellte die Teilhabe von Migranten und Migrantinnen an der psychosozialen Regelversorgung in den Mittelpunkt seines Vortrages. Nach der Definition der Begriffe Migrant, Kultur und der statistischen Daten erläuterte er den Akkulturationsprozess nach John W. Berry und stellte Fragen:

- Sind Migranten psychosozial-rehabilitatorisch ausreichend versorgt?
- Sind für Migranten besondere Zugehens-Formen notwendig?
- Ist ein spezifischer Dienst gerechtfertigt?
- Welche Faktoren wirken auf die Persönlichkeit ein, wenn psychischen Erkrankungen entstehen?

Die Klärung erfolgt nach dem Bio-psychosozialen Modell mit Klärung des Krankheits- und des Gesundheitsbegriffs in Bezug auf die Psychosoziale Versorgung von Migranten. Im Weiteren galt es den Begriff Migration und Religion im Psychosozialen Prozess zu klären. Heilbronn schilderte die Psychiatrisch-Psychosoziale Versorgung in Frankfurt.

- Zur Interkulturellen Kompetenz gehörten: Offenheit für Neues, Fremdes, Unbekanntes, „Angstmachendes" (offen/verdeckt), Berater oder Behandelnde als Lernende;
- In-Frage-Stellen landläufiger alltäglich und selbstverständlich erscheinender Werthaltungen und Situationsbeurteilungen; zum Beispiel Nähe-Distanz; konformes oder nicht-konformes Rollenverhalten;
- Fähigkeit, zum eigenen kulturellen Hintergrund in Distanz zu treten;
- Erkenntnis des eigenen „Fremden";
- Akzeptieren und nicht Nivellieren von Verschiedenheiten;
- Kenntnisse über andere kulturelle Werte und Normen, Religionen, Geschichte und aktuelle politische Situationen anderer Länder etc.;
- wenn möglich muttersprachliche Kenntnisse in einer häufig erforderlichen Sprache;
- Auseinandersetzung mit eigener Migrations- (Nicht) Erfahrung und mit eigenen Migrationsfantasien.

Resümee

Regelversorgung für alle!
Migrantinnen und Migranten sind bleibender Bestandteil der deutschen Versorgungslandschaft. Arbeit mit Migranten ist zeitaufwendiger als mit deutsche Klienten und Patienten. Interkulturelle Kompetenz ist erlernbar und nicht naturgegeben.

Transkulturelle Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten

Dr. med. habil. Hamid Peseschkian hat nicht nur selbst einen bikulturellen Hintergrund, sondern ist als Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie seit über 20 Jahren in der Weiterbildung von Ärzten und Psychotherapeuten national und international tätig. Er leitet die Wiesbadener Akademie für Psychotherapie.
In seiner Präsentation über „transkulturell kompetente Ärztinnen und Ärzte" be-

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)

schäftigte er sich zunächst mit fünf Leitprinzipien zum Verständnis kultureller Unterschiede, dann mit den notwendigen Eigenschaften eines transkulturell kompetenten Arztes, und schließlich mit typischen Missverständnissen, die im transkulturellen Kontext entstehen. Ausgehend von der Hypothese, dass „jede Beziehung eine transkulturelle Beziehung ist", da jeder Mensch seine eigene (Familien-)Kultur hat, ging es in diesem Vortrag um eine grundsätzliche, kulturübergreifende Haltung, die es ermöglicht, mit unterschiedlichsten Menschen zu arbeiten.

Was die erforderlichen persönlichen Kompetenzen und Eigenschaften angeht, die eine transkulturelle Kompetenz ausmachen, zählte Peseschkian unter anderem auf: ein positives, humanistisches Menschenbild, ein Verständnis für die Relativität menschlichen Verhaltens und kultureller Werte, ein Bewusstsein für menschliche Vielfalt und die Gleichwertigkeit aller Menschen, die Fähigkeit, für das Gegenüber eine emotional sichere Atmosphäre aufzubauen, Offenheit für alles Neue und Unbekannte, Humor, Flexibilität und die Fähigkeit, mit Überraschungen umzugehen, Optimismus und eine eigene zeitgemäße religiöse Weltanschauung. Praktische Beispiele aus dem Alltag rundeten die lockere und humorvolle Präsentation ab.

Integration von chinesischer Medizin und europäischer Psychotherapie

Abschließend berichtete Dr. med. Wolfgang Merkle, Leiter der psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt und maßgeblich an einem Ausbildungsprojekt in Shanghai beteiligt, über die dortige Weiterbildung chinesischer Ärzte und Psychologen zu Psychotherapeuten.

Dabei zeige sich, dass chinesische Medizin und europäische Psychotherapie durchaus integrierbar seien. Obwohl die chinesische Kultur mit der konfuzianischen Ausrichtung, der Betonung der Hierarchie, der Achtung von Familie und Oberhaupt, dem Priorisieren des Interesses der Gruppe durch die maoistische Prägung der analytischen Denkweise und der Betonung des Individuums dessen autochthoner Entfaltung diametral entgegen zu stehen scheine, machte Merkle als Mitglied einer Gruppe von Psychoanalytiker die Erfahrung, dass gerade in der heutigen Zeit des wirtschaftlichen Aufschwungs, der westlichen Orientierung und der sozialen Umbrüche in China ein tiefes Interesse an dieser Form des Zugangs zu der menschlichen Seele und Entwicklung besteht. Dabei falle auf, dass das chinesische Denken in der Betonung des Prozesshaften des Werdens und der Vagheit in der Sprache der Haltung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit von Freud wesentlich näher sei als das westliche, intentionale, planmäßige, zielgerichtete Denken und Vorgehen.

In den vergangenen 20 Jahren wurden von deutschen Ärzten und Psychologen in China über 2.500 Ärzte, Psychiater, Psychologen etc. ausgebildet, so Merkle; allein in Shanghai finden jährlich zwei Veranstaltungen über acht Tage mit fortlaufenden Ausbildungen, Weiterbildungen und Supervisionen statt und erfahren eine große Resonanz. Auch die Psychosomatik habe nun mit Grund- und fortgeschrittenen Kursen begonnen, das Wissen um die integrierte multimethodale psychosomatische Intensivbehandlung zu transferieren. Die traditionell chinesische Medizin sei an diesen verfeinerten westlichen Psychotherapiemethoden nicht weniger interessiert als die westliche Medizin in China. Vielfältige Entwicklungen in China rückten die psychosozialen Probleme in den Vordergrund und begründeten die Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung (zum Beispiel über 200.000 Suizide pro Jahr). Wie Merkle berichtete, sind die deutschen Psychotherapiefachleute mit ihrer Aus- und Weiterbildungsangeboten die gefragtesten in China („Zhong de Ban"). Die zunehmende Akzeptanz psychischer Erkrankungen in Staat und Gesellschaft habe 2012 zur Verabschiedung eines „Mental Health-Gesetzes" durch den Volkskongress geführt, mit Integration der Psychotherapie.

Organisiert hat sich der deutsch-chinesische Austausch in der Deutsch-Chinesischen Akademie für Psychotherapie, die im Jahr 2017 ihr 20-jähriges Bestehen mit vielen Kongressen in China feierte und der Merkle aktuell als Präsident vorsteht. Die bisherigen Erfolge des westlichen Engagements in China drücken sich, so der Referent, unter anderem

- in einer zunehmenden Akzeptanz durch Staat und Gesellschaft,
- der Einrichtung einer Versorgungskette in psychologischer Beratung und Psychotherapie,
- der Anerkennung von Psychotherapie als wissenschaftlich-medizinischer Disziplin,
- der Qualitätssicherung durch staatliche Kommissionen, der Verabschiedung ethischer Grundsätze und
- der Verabschiedung eines „Mental Health-Gesetzes" durch den Volkskongress; Integration der Psychotherapie (2012) aus.

Hier und heute gehe es darum, die Möglichkeiten unseres Handelns als Ärztinnen und Ärzte zu erweitern, aber auch gleichzeitig die Grenzen dieser Möglichkeiten zu sehen und zu akzeptieren. „Nur das schützt uns vor Verzweiflung, Verbitterung und Radikalisierung."

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Axel Schüler-Schneider
Frankfurt/Main
E-Mail:
doc.schueler-schneider@t-online.de

Foto: Katja Kölsch

Ihr „Heißer Draht" zum Präsidenten

Telefonsprechstunde mit
Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach:
Wie kann sich die Landesärztekammer noch besser für Sie und Ihre Anliegen engagieren?
Der Präsident der Landesärztekammer Hessen ist an folgenden Terminen von 19 bis 20 Uhr unter der Telefonnummer 069 97672-777 für Sie erreichbar (jeweils dienstags):
• 29.Mai 2018 • 26. Juni 2018

Wachstum und Innovation durch Vernetzung

Die Rolle der Gesundheitswirtschaft für die Entwicklung der Region Nordhessen

Holger Schach, Geschäftsführer Regionalmanagement Nordhessen GmbH

Fotos: Regionalmanagement Nordhessen

Impressionen von den Gesundheitstagen Nordhessen, links die neoklassizistische Fassade des Kongress Palais Kassel (Stadthalle).

Wirtschaftliche Bedeutung

Die Region Nordhessen, definiert als Verbund der Landkreise Kassel, Schwalm-Eder, Waldeck-Frankenberg, Werra-Meißner, Hersfeld-Rotenburg und der Stadt Kassel, hat sich im Wettbewerb der Regionen erfolgreich positioniert. Die Arbeitslosenquote liegt mit 4,6 Prozent (%) mittlerweile unter dem hessischen Durchschnitt, in Teilbereichen herrscht mit unter 4 % nahezu Vollbeschäftigung. Dies ist nicht nur Folge der positiven konjunkturellen Entwicklung der vergangenen Jahre, sondern auch im Vergleich mit anderen Regionen, unter anderem dem Rhein-Main-Gebiet, haben sich die wesentlichen Kennziffern überproportional positiv entwickelt. Dies war nicht immer so.

Noch vor 15 Jahren bot der Blick in die Zukunft eher Anlass zu Pessimismus. Die ehemalige Zonenrandregion konnte von dem Nachwendeboom nicht profitieren, Investitionen und Wachstum sollten – so die Experten – im Zuge der EU-Erweiterung andernorts stattfinden. Vor diesem Hintergrund haben sich Politik und Wirtschaft darauf verständigt, im Rahmen einer gemeinsamen Gesellschaft – der Regionalmanagement Nordhessen GmbH – die Entwicklung der wichtigsten Branchen, sogenannte Cluster, in der Region gezielt zu unterstützen. Hierzu gehören die Mobilitätswirtschaft, die Dezentralen Energietechnologien, der Tourismus und – die Gesundheitswirtschaft.

Gesundheit als Wirtschaftsfaktor

Darf man das Thema Gesundheit, bei dem vor allem ethische Fragen und die Daseinsvorsorge im Vordergrund stehen – ökonomisch betrachten? Ärzte würden über diese Frage sicher streiten, Regionalökonomen nicht. Denn die Gesundheitswirtschaft ist der beschäftigungswirksamste und umsatzstärkste Geschäftszweig in der Region Nordhessen. Mit 94.400 direkten Erwerbstätigen hängt inzwischen jeder fünfte Arbeitsplatz von den Gesundheitsbranchen ab, darunter 83,8 % in der dienstleistungsorientierten und 16,2 % in der industriellen Gesundheitswirtschaft. Auch die Bruttowertschöpfung weist mit 4,2 Milliarden Euro bei rund 12 Milliarden Euro Umsatz ein höheren Anteil auf als alle anderen Leitbranchen. Diese Wirtschaftskraft verteilt sich auf rd. 100 Kliniken, etwa 1.500 Praxen, ca. 100 Unternehmen im Bereich der Medizintechnik, zahlreiche Gesundheitsdienstleister und elf Kurorte. Solche Zahlen machen deutlich, dass die Gesundheitswirtschaft eine der tragenden Säulen der Region ist. Es ist also sinnvoll, dass Nordhessen auf die Trends und Veränderungsprozesse im Gesundheitssektor reagiert, um diesen wichtigen Faktor für Wachstum und Beschäftigung zu sichern und da, wo möglich, aktiv zu gestalten und auszubauen.

Strategie

Doch wie kann man eine solche Herausforderung angehen? Am Anfang steht die Analyse. Wer in der Region übernimmt welche Aufgaben, wo können Akteure voneinander profitieren? Wie kann man die Vielzahl der gesundheitsorientierten Einrichtungen, Akteure und Marktteilneh-

mer zueinander in Beziehung setzen? Und wie lässt sich daraus ein Nutzen für die Region generieren? Der Cluster Gesundheit als Geflecht von Wechselwirkungen zwischen Versorgungseinrichtungen, Zulieferern, Dienstleistern, Fort- und Weiterbildungsinstitutionen wurde nach Akteuren ausdifferenziert (Kliniken, Ärzte, Apotheken, Pflegeeinrichtungen, Gesundheitsämter, Medizintechnik, Gesundheitshandwerk, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen etc.) und als Handlungsschwerpunkt für die künftige Regionalentwicklung bei der Regionalmanagement Nordhessen GmbH angesiedelt. Ziel war die Profilierung Nordhessens als leistungsfähige Gesundheitsregion, die sich den Herausforderungen des demographischen Wandels stellt, durch Kooperationen und Innovationen neue Wertschöpfungspotentiale erschließt und mit ihrer Gesundheitskompetenz auch im Standortwettbewerb punkten kann – also das Thema Gesundheit als Standortfaktor entwickelt. Diese Strategie musste zunächst mit möglichst vielen Akteuren besprochen und gemeinsam ausgestaltet werden.

Hierzu hat die Auftaktveranstaltung zum Cluster Gesundheit im Jahr 2005 in Bad Wildungen mit rd. 300 Teilnehmern stattgefunden, die gemeinsam die Handlungsfelder Forschung und Entwicklung, Selbstzahlermarkt, Aus- und Weiterbildung, Marketing und Gesundheit am Arbeitsplatz definiert haben und aus der sich mittlerweile ein stabiles Netzwerk entwickelt hat. Ganz entscheidend war dabei, dass die Regionalmanagement Nordhessen GmbH eine neutrale Plattform bietet, auf der die Partner der Gesundheitsregion außerhalb der bestehenden Konkurrenzsituation zusammenarbeiten und Projekte entwickeln können, die einen Mehrwert für alle Beteiligten leisten.

Gesundheitstage als Plattform

Wichtig war zunächst, die Netzwerkpartner selbst und die Öffentlichkeit für das hohe Potential der Gesundheitsregion zu sensibilisieren. Mit diesem Ziel 2002 unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. med. Hans-Jörg Melchior ins Leben gerufen, haben sich die Kasseler Gesundheitstage, seit 2015 die Gesundheitstage Nordhessen, fest etabliert. Als Schaufenster der regionalen Gesundheitskompetenz, aber auch als Austauschplattform für Ärzte und Pflegeberufe sowie den Dialog zwischen Gesundheitsanbietern und -nachfragern hat damit das Thema Gesundheit an Beachtung gewonnen. Mit jährlich rd. 10.000 bis 15.000 Besuchern, rd. 150 Ausstellern und rd. 70 Seminaren und Vorträgen, flankiert durch eine breite Öffentlichkeitsarbeit in Kooperation mit den lokalen Medien, hat die Sensibilisierung für Gesundheits- und Präventionsfragen deutlich zugenommen.

In Zusammenarbeit mit den nordhessischen Schulen gelingt es auch, Schülerinnen und Schüler auf altersspezifische Gesundheitsthemen, Fragen der Gesundheitsvorsorge und berufliche Perspektiven in Ausbildung und Studium aufmerksam zu machen. Fortbildungsseminare für Ärzte stehen für Patienten offen, so dass es Gelegenheit gibt, sich umfassend über das Spektrum medizinsicher Kompetenzen und Therapiemöglichkeiten in Nordhessen zu informieren. Übergeordnete Themen wie die Finanzierung des Gesundheitssystems, der Wettbewerb der Gesundheitssektoren oder die integrierte Versorgung werden in hochkarätigen Diskussionsrunden vertieft.

Marketing und Selbstzahlerangebote

Neben dieser zentralen Netzwerkplattform wurden im Rahmen des Gesundheitsclusters zahlreiche weitere Projekte umgesetzt. Im Handlungsfeld Marketing stand die Profilierung Nordhessens als Gesundheitsregion mit ihren vielfältigen Gesundheitsangeboten und die Entwicklung neuer Produkte für den zweiten Gesundheitsmarkt im Vordergrund. Weil Nordhessen zu diesem Zeitpunkt über die politische Entscheidung zum Aufbau der Gesundheitsregion und mit dem Regionalmanagement über eine Trägerstruktur verfügte, wurde Nordhessen im Jahr 2007 bereits als eine von 18 Gesundheitsregionen gelistet, die in der Financial Times Deutschland vorgestellt und damit erstmals bundesweit als Gesundheitsregion wahrgenommen wurde.

Daraus leitete sich dann auch das nötige Selbstbewusstsein ab, sich am Bundeswettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ im Jahre 2008 zu beteiligen, wo Nordhessen bei über 80 Bewerberregionen zu den ausgewählten 20 gehörte, die durch eine kontinuierliche Begleitforschung gefördert wurden. Neben der überregionalen Aufmerksamkeit sollte auch in der Region selbst Transparenz über die vielfältigen Gesundheitsanbieter hergestellt werden. Hierzu wurde über den Förderverein Pro Nordhessen das Projekt „Gesundheitsatlas Nordhessen“ entwickelt, mit dem die Hessisch-Niedersächsische Allgemeine in einer Auflage von 200.000 Exemplaren vierteljährlich über Gesundheitsthemen und regionale Anbieter informiert hat. Aufgrund der hohen Reichweite hat dieses Projekt maßgeblich die Selbstwahrnehmung Nordhessens als Gesundheitsregion befördert.

Auch in der Produktentwicklung wurden neue Wege beschritten: Im Verbund von Hotels, Tourismusveranstaltern, Kliniken, Ärzten und Gesundheitsdienstleistern wurde das Projekt „Medical Wellness Nordhessen“ entwickelt. Ziel war, Gesundheitsangebote mit einem Urlaubsaufenthalt in Nordhessen zu verknüpfen – von der Zahnbehandlung im Schloss bis hin zu ärztlichen Ein- und Ausgangschecks im 4-Sterne-Hotel mit individuell angepassten Therapievorschlägen.

Im Zukunftssegment „Medical Wellness“ war Nordhessen damit eine der ersten Regionen, die flächendeckend über buchbare Produkte verfügt – allerdings wirtschaftlich nicht so erfolgreich wie erhofft. Dennoch haben die Beteiligten durch die enge Zusammenarbeit gelernt, wie der zweite Gesundheitsmarkt funktioniert. Mit dem Projekt „Tandem-Urlaub“ und dem Netzwerk der nordhessischen Alten- und Pflegeheime „Starke Vielfalt“ wurden auch für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die Möglichkeit geschaffen, gemeinsamen Familienurlaub mit attraktivem Rahmenprogramm zu buchen.

Aus- und Weiterbildung

In diesem Handlungsfeld, das sich nicht zuletzt mit der zentralen Frage des Fachkräftenachwuchses beschäftigt, wurden gemeinsam mit den Netzwerkpartnern neue Aus- und Weiterbildungsangebote entwickelt, die bis hin zur Krankhauseinsatzplanung für Krankenhäuser in Notfall-

situationen reichten. Vor allem sind aber mit Informationsformaten für die unterschiedlichen Gesundheitsberufe, z. B. auf den Kasseler Gesundheitstagen, junge Menschen in der Berufsorientierungsphase angesprochen und für Berufe im Gesundheitswesen gewonnen worden.

Gesundheit am Arbeitsplatz

Das Handlungsfeld „Gesundheit am Arbeitsplatz" hat über die betriebliche Gesundheitsförderung hinaus eine ganz wichtige Hebelfunktion für die Regionalentwicklung. Denn durch entsprechende Maßnahmen in der betrieblichen Prävention sinken Krankenstände und Fehlzeiten, für die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen und damit der gesamten Region ein zentraler Faktor. Um hierfür auch ein stärkeres Bewusstsein in der Öffentlichkeit und bei den Unternehmen herzustellen, wurde der Wettbewerb „Gesunde Betriebe Nordhessen " ins Leben gerufen und seit 2009 im Zweijahres-Turnus umgesetzt. Die Idee war, vorbildliche Konzepte zur Förderung der betrieblichen Gesundheit unter Mitwirkung des Hessischen Wirtschaftsministers auszuzeichnen und darüber andere Betriebe zur Nachahmung zu motivieren. Dabei war zu berücksichtigen, dass kleine, mittlere und große Unternehmen unterschiedliche Herausforderungen zu bewältigen haben, aber auch über unterschiedliche Ressourcen zur Umsetzung wirksamer Konzepte verfügen. Die Wettbewerbsergebnisse waren so vielfältig und beeindruckend, dass sich daraus Folgeprojekte entwickelt haben. Bspw. wurde die Idee des Unternehmens Technoform, ehrenamtliche Gesundheitslotsen als vertrauensvolle Ansprechpartner für die Mitarbeiter einzusetzen, für so innovativ und wirksam gehalten, dass daraus das Folgeprojekt „Gesundheitslotsen im Betrieb" zwischen Regionalmanagement und der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck entstanden ist. Die Ausbildung wurde professionalisiert, mittlerweile sind über 40 Gesundheitslotsen aus unterschiedlichsten Branchen ausgebildet und in ihren Unternehmen als Baustein der betrieblichen Gesundheitsförderung fest verankert.
Ein weiteres Folgeprojekt befasst sich mit dem Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf", für das nach demselben Prinzip ehrenamtliche Ansprechpartner in den Betrieben ausgebildet werden. Diese Beispiele machen deutlich, dass aus den langjährig aufgebauten Netzwerkstrukturen stetig neue Ideen entwickelt werden, die dann mit hoher Multiplikatorenwirkung in der Region umgesetzt werden können.

Forschung und Entwicklung

Für die Zukunft ist das Handlungsfeld Forschung und Entwicklung ganz entscheidend. Hierzu wurden unterschiedliche Projekte mit Partnern aus Gesundheitswirtschaft, Hochschulen, Forschungsinstituten und kommunalen Gebietskörperschaften realisiert. Das Projekt KLIMZUG hat ausgelotet, welche Folgewirkungen durch den Klimawandel mit häufigeren Hitzeperioden und Unwettersituationen auf die Bevölkerung und die dafür medizinisch notwendigen Ressourcen zu erwarten sind. Im Rahmen dieses durch das Bundesforschungsministerium geförderten Projektes wurden zusammen mit der Universität Kassel, den nordhessischen Landkreisen, Unternehmen und Krankenhäusern Klimaauswirkungen auf das Arbeitsumfeld, die Gesundheitsversorgung und die medizinische Notfallversorgung analysiert und Lösungskonzepte vorgeschlagen.
Gezählt wurden nicht in Europa heimische Insekten, die neue Krankheitserreger übertragen können, entwickelt wird aktuell aber auch das Freiwilligen-vor-Ort-System FvOS in den beiden Modellorten Wangershausen und Weißenborn mit entsprechenden Verhaltensregeln und Einsatzplänen für Dorfbewohner, um pflegebedürftige und alte Menschen auch dann versorgen zu können, wenn in klimabedingten Unwettersituation weder Feuerwehr noch Notärztliche Dienste kommen können. Als besonders wirksames Netzwerk ist der Zusammenschluss von rund 120 Gesundheitseinrichtungen zur Bekämpfung multiresistenter Erreger einzuschätzen (MRE-Netzwerk Nord- und Osthessen). Auch hier wird deutlich, dass ein so gravierendes Problem nur gemeinsam, nämlich durch Austausch von Erfahrungen und Entwicklung von Verhaltensregeln, wirksam eingedämmt werden kann.

Künftige Herausforderungen

Diese nicht abschließende Aufzählung von Projektaktivitäten soll einen Einblick in Vielfalt und Aufgaben eines Gesundheitsclusters am Beispiel der Gesundheitsregion Nordhessen vermitteln. Festzuhalten ist, dass durch Vernetzung und Kooperation in der Region Wissen weitergeleitet, Erfahrung genutzt und Innovation und Wachstum generiert werden können. Die positive Darstellung der bisherigen Entwicklung soll allerdings nicht verleugnen, dass die großen Herausforderungen für die medizinische Versorgung in Nordhessen noch bevorstehen. Denn einerseits ist die demografische Entwicklung, das heißt eine alternde Bevölkerung mit höherem Bedarf an Gesundheitsleistungen, eine wichtige Triebfeder für die Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft auch in Nordhessen. Auf der anderen Seite sind innovative Lösungen gefordert, um die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum sicherzustellen.
Ärztemangel auf dem Land – das ist ein Thema für die Bundespolitik, die entsprechende Rahmenbedingungen zu setzen hat. Helfen können aber auch kleinteilige unternehmerische Modelle vor Ort, um in Kooperation von Ärzten, Pflegediensten und IT-Unternehmen die Versorgungssicherheit bei geringer werdender Ärztedichte aufrecht zu erhalten. Auch hier verfügt Nordhessen über interessante Unternehmen, beispielsweise Medical Networks oder BodyTel.
In diesem Zusammenhang hat das Regionalmanagement gemeinsam mit dem Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt, der Philipps-Universität Marburg und dem Bundesverband SAPV das Projekt ELSAH (Evaluation der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung am Beispiel Hessens) entwickelt. In dieser zukunftsweisenden Studie wird erforscht, inwieweit ambulante Palliativteams im Interesse der Patienten unter Beachtung steigender Fallzahlen und rückläufiger Versorgungsressourcen mit Erfolg eingesetzt werden können. Daraus sollen neue Handlungsansätze entwickelt werden, die künftig in gesetzlichen Regelungen einfließen werden. Ebenfalls ein demografiebedingtes Zukunftsthema sind altersgerechte Assistenzsysteme (AAL), für die sich im Rah-

men des nordhessischen Gesundheitsclusters ein Netzwerk aus 23 Partnern konstituiert hat. Ziel ist, gemeinsam Anwendungen zu entwickeln, in Zusammenarbeit mit Wohnungsbauunternehmen Modell-Wohnungen auszustatten und angesichts des sich abzeichnenden Pflegenotstandes technische, aber ethisch einwandfreie Ergänzungslösungen anzubieten.

Und nicht zu vergessen: Die Digitalisierung ist eine der wichtigsten Innovationsmotoren, aber auch Lösungsstrategien für die Gesundheitsversorgung der Zukunft, insbesondere in ländlichen Regionen. Hierfür bedarf es einer flächendeckenden Infrastruktur, also leistungsfähiger Hochgeschwindigkeitsglasfasernetze. Da diese im ländlichen Raum über die einschlägigen Telekommunikationsunternehmen nicht realisiert werden, hat sich die Region Nordhessen unter dem Dach des Regionalmanagements für den landkreisübergreifenden und kommunal betriebenen Ausbau der Glasfaserinfrastruktur entschieden. Damit verfügt Nordhessen ab 2020 über das größte regional betriebene Glasfasernetz in Europa. Die Voraussetzungen für die Nutzung von telemedizinischen Anwendungen liegen damit vor und können in den nächsten Jahren und Jahrzehnten ausgestaltet werden.

Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten: Die Gesundheitsversorgung in Regionen wird durch Vernetzung effizienter und leistungsfähiger. Unter Beachtung vor- und nachgelagerter Produktions- und Dienstleistungsbereiche ist Gesundheit der wichtigste Wirtschaftsfaktor in Nordhessen. Innovationen sind nötig, um die Zukunftsaufgaben gemeinsam zu meistern. Deshalb gilt: Ungeachtet der schwierigen und komplexen Interessenslagen der beteiligten Akteure ist Austausch und Kooperation der einzige Weg, dieses Ziel zu erreichen. Nordhessen zeigt, wie dies auf regionaler Ebene gelingen kann.

Holger Schach
Geschäftsführer
Regionalmanagement
Nordhessen GmbH
Ständeplatz 13, 34117
Kassel
E-Mail:
schach@regionnordhessen.de

Foto: Carsten Herwig

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

Bücher

Hansjosef Böhles, Mayyada Qirshi: Transkulturelle Medizin – Migranten aus muslimischen und afrikanischen Lebenswelten im ärztlichen Alltag

Springer 2018, 187 Seiten,
ISBN 9783662560341, € 34

Um Menschen, die aus anderen Kulturkreisen stammen, angemessen begegnen zu können, sind transkulturelle Kompetenzen notwendig, nach denen meist dann gerufen wird, wenn Patienten nicht therapieadhärent sind oder auf unverständliche Weise reagieren. So ist es bemerkenswert, dass der ehemalige Direktor der Frankfurter Universitäts-Kinderklinik, Hansjosef Böhles, mit der Neuropädiaterin Mayyada Qirshi ein Büchlein vorlegt, welches Handreichungen im Umgang mit Patienten, insbesondere Familien und Kindern, aus anderen Lebenswelten gibt. Im Vordergrund stehen die kulturellen, insbesondere religiösen Einstellungen und Krankheitsvorstellungen von Familien aus dem arabisch-islamischen und afrikanischen Kulturkreis. Denn für die alltäglichen Gesundheitsfragen ist eher ein soziokultureller als ein naturwissenschaftlicher Zugang notwendig, nicht nur in der täglichen Praxis, besonders im Krankenhaus. Wie es Seelsorger und Ethiker im Krankenhaus gibt, sollte es auch Kulturwissenschaftler geben!

Das Buch beginnt mit einem Überblick über die Bedeutung der Herkunftskultur, insbesondere der Religionen. Weitere Themen sind kulturspezifische Kommunikationsformen, Familienbeziehungen, Geschlechterbegegnung, Schwangerschaft und Geburt, Erziehung und kulturspezifischen Ernährungsformen.

Im zweiten, mehr medizinisch geprägten Teil des Buches geht es um die kulturspezifischen Einstellungen zur Vorsorge, zum Impfen, zu Eingriffen im Genitalbereich, zu Geistes- und Gemütskrankheiten und zu psychotherapeutischer Hilfe. Ethnomedizinische Therapien finden ebenso Platz wie kulturtypische Suchtformen. Am Ende der Lektüre stellt sich der Leser die Frage, mit welchen Vorstellungen und welchem Menschenbild wir behandeln: Wir sind ebenso kulturell verwurzelt und erleben, dass ärztliche Kunst mehr ist als Medizin, eben eine Kulturwissenschaft. Dieser Ansatz führt aus der traditionellen Rolle der Medizin als einer „kulturell desinteressierten Kulturwissenschaft“ (Roelcke) hinaus und macht das leicht lesbare, teils geradezu im Plauderton geschriebene, schlanke Büchlein empfehlenswert.

Dr. med. Stephan H. Nolte

Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Mabuse Verlages.

121. Deutscher Ärztetag: Unverbindlicher Auftakt – Lockerung des Fernbehandlungsverbots

Mit kritischen Tönen, der Aufforderung zu ärztlicher Rebellion gegen Kommerzialisierung, aber auch dem erklärten Willen zur Zusammenarbeit mit der Politik begann der 121. Deutsche Ärztetag vom 8. bis 11. Mai 2018 in Erfurt. „Gemeinsam mit der Politik können wir viel bewegen", sagte Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery in seiner Eröffnungsrede, in der er Zustimmung und Kritik an den Plänen der großen Koalition formulierte. Zugleich betonte er die Bereitschaft der Ärzteschaft, bei den anstehenden Reformen Verantwortung zu übernehmen. Jens Spahn, neuer Bundesgesundheitsminister, revanchierte sich, indem er den Ärzten gleich zu Beginn seines Grußwortes für ihre Arbeit dankte.

Vor seinem Auftritt hatte Spannung in der Luft gelegen: Welche Akzente würde Spahn in seiner Rede setzen? Im Ton freundlich, im Gestus den Ärztinnen und Ärzten zugewandt, rhetorisch überzeugend, aber inhaltlich eher unverbindlich – so präsentierte sich der Minister.

Mit seinem Bekenntnis zu den gesundheitspolitischen Plänen, auf die sich Union und SPD im Koalitionsvertrag geeinigt hatten, stieß er auf hörbaren Unmut der Delegierten. So hielt Spahn die von vielen gesetzlich Krankenversicherten als zu lang empfundenen Wartezeiten keineswegs für ein „gefühltes Problem". Auch bestätigte er die Koalitionspläne, die Mindestsprechzeiten von 20 auf 25 Wochenstunden und die Terminservicestellen auszuweiten.

Foto: Christian Griebel, helliwood.com

Jens Spahn, MdB, Bundesminister für Gesundheit, und Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages.

Forderung nach neuen Strukturen

Das hörbare Grummeln seiner Zuhörer ebbte erst ab, als Spahn sich klar gegen die Bürgerversicherung aussprach. Auf die Verabschiedung einer neuen ärztlichen Gebührenordnung in der aktuellen Legislaturperiode machte er indes keine Hoffnung. Er werde an der Einsetzung einer wissenschaftlichen Kommission zur Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) festhalten. Dabei seien die von der Bundesärztekammer gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung erarbeiteten Vorschläge „mehr als hilfreich". Es reiche nicht, immer nur mehr Geld für die Versorgung zur Verfügung zu stellen, erklärte Spahn mit Blick auf das Notfallstufenkonzept des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Dieser hatte darin Mindeststandards definiert, die Krankenhäuser zu erfüllen haben, wenn sie auch künftig Zuschläge für die Notfallversorgung erhalten wollen.

„Wir müssen Strukturen verändern", forderte der Bundesgesundheitsminister. Es sei ihm ein Anliegen, die Gesundheitsberufe, insbesondere die Pflege, für den Nachwuchs attraktiver zu machen. Zur Förderung des ärztlichen Nachwuchses wolle er sich bei den Ländern dafür stark machen, zügig den Masterplan Medizinstudium 2020 umzusetzen. Dazu gehöre auch, den Zugang zum Studium nicht länger von der Abiturnote abhängig zu machen und die Zahl der Medizinstudienplätze zu erhöhen, sagte er unter dem Beifall der Delegierten.

Eindringlich rief Spahn den Ärztetag auf, das Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung in der Berufsordnung aufzuheben und damit die weitere Digitalisierung im Gesundheitswesen zu ermöglichen.

Lockerung des Fernbehandlungsverbots

Mit überwältigender Mehrheit beschlossen die Delegierten am 10. Mai die von dem Vorstand der Bundesärztekammer vorgeschlagene Lockerung des Fernbehandlungsverbots und damit eine Neufassung des § 7 Absatz 4 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Drei Minuten nach Bekanntgabe des Abstimmungsergebnisses verkündete BÄK-Präsident Prof. Frank Ulrich Montgomery, eine SMS des Bundesgesundheitsministers mit Glückwünschen zur Lockerung des Fernbehandlungsverbots durch die deutsche Ärzteschaft erhalten zu haben. Dem Erfurter Beschluss waren allerdings intensive und kontroverse Diskussionen vorausgegangen.

Digitale Techniken sollen Ärzte unterstützen

„Der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt stellt weiterhin den ‚Goldstandard' ärztlichen Handelns dar", betonte Dr. med. Josef Mischo, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und Vorsitzender der Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer. Digitale Techniken sollten die ärztliche Tätigkeit unterstützen, dürften aber nicht die persönliche Zuwendung von Ärztinnen und Ärzten ersetzen.

Ein ausführlicher Bericht über den 121. Deutschen Ärztetag folgt in der nächsten Ausgabe 7/8 2018.

Katja Möhrle

Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

© Fabio Parenzan

50. Internationaler Seminarkongress

26.08. – 31.08.2018 in Grado/Italien

Eröffnung am Sonntag, 26. August 2018 um 17:30 Uhr

Abendvortrag: „Il Giardino della Minerva“
am Dienstag, 28. August 2018 um 20:00 Uhr, Referentin: Melina Elena Stylianou

Festliches Abendessen am Mittwoch, 29. August 2018 ab 19:30 Uhr

Schwerpunktthemen der Seminare vom 27. August bis 31. August 2018:

- Notfall in der Praxis, Prof. Dr. med. Peter Sefrin, Würzburg
- Körperliche Aktivität und Gesundheit, Prof. Dr. med. Dr. phil. Winfried Banzer, Frankfurt
- Viel hilft nicht immer viel: Zwischen Unterversorgung und Über-Aktionismus, Dr. med. Simon Kostner, Bozen
- Diabetes mellitus - *die* metabolisch-vaskuläre Krankheit, PD Dr. med. Rainer Lundershausen, Erfurt, Prof. Dr. med. Reinhard Fünfstück, Weimar
- Was Sie schon immer vom Radiologen wissen wollten, Prof. Dott. Univ. Pisa Volkmar Jacobi, Frankfurt
- Bewegung mit künstlichen Gelenken, Dr. med. Joachim Wagner, Ottweiler

Zusatzkurse:

- Notfall in der Praxis - Praktischer Teil, Prof. Dr. med. Peter Sefrin und Rainer Schmitt, Würzburg
- Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gem. RöV, Prof. Dott. Univ. Pisa Volkmar Jacobi, Frankfurt
- Power-Aging, Dr. med. Mathias Glück, Dr. med. Simone Glück, Markus Klaus, Kühbach

Die Teilnahme an der gesamten Seminarwoche wird mit 43 Fortbildungspunkten anerkannt.
Die Österreichischen Ärztekammern und die Ärztekammer Südtirol erkennen diese Veranstaltung als Fortbildungsmaßnahme an.
Änderungen für alle Seminare und Kurse bleiben vorbehalten.

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

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

© Katja Möhrle

© Massimo Crivellari

© Katja Möhrle

Kooperationspartner:
Collegium Medicinae Italo-Germanicum e.V.
Ärztekammer für Tirol
Ärztekammer für Kärnten
Landesärztekammer Baden-Württemberg
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Mit freundlicher Unterstützung des Deutschen Ärzteverlags:
Deutscher Ärzteverlag
Ärztekammer des Saarlandes
LÄK Thüringen
Bayerische Landesärztekammer

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!

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art" – Kinder-Kardiologie, -Chirurgie und -Psychosomatik
Mi., 20. Juni 2018, 15:00 – 20:00 Uhr **7 P**
Leitung: Prof. Dr. med. K.-P. Zimmer, Gießen
Gebühr: € 75 (Akademiemitglieder kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung:
A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de

Moderatorentraining für ärztliche Qualitätszirkel

Fr., 28. – Sa., 29. September 2018 **20 P**
Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda
Gebühr: € 360 (Akademiemitglieder € 324)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Hautkrebs-Screening

Mi., 28. November 2018, 13:00 – 21:00 Uhr
Leitung: Dr. med. H.-M. Hübner, Langgöns
Dr. med. E. Reichwein, Villmar
Gebühr: € 180 (Akademiemitglieder € 162)
zzgl. € 70 Schulungsmaterial
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Ethik

Blended Learning-Veranstaltung gem. Curriculum der AEM.
Theorieteile: **Fr., 31. Aug. – Sa., 01. Sep. 2018, Mi., 19. September 2018 und Mi., 31. Oktober 2018**
Moderationskurs: **Fr., 30. Nov. – Sa., 01. Dez. 2018**
Leitung: PD Dr. med. C. Seifart, Marburg
Gebühren: Theorieteil € 650
(Akademiemitglieder € 585)
Moderationskurs € 300
(Akademiemitglieder € 270)
Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,
E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Datenschutz

Datenschutz 2.0 – Wie kann der interne Datenschutzbeauftragte die neuen Anforderungen erfüllen?
Diese Veranstaltung richtet sich auch an medizinisches Fachpersonal mit Vorkenntnissen.
Sa., 09. Juni 2018
Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda
Ort: **Fulda,** Kolpinghaus
Gebühr: € 70 (Akademiemitglieder € 63)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Rechtsmedizin

Was, wenn die Verletzung eine Straftat ist? Ärzte als sachverständige Zeugen
Teil 1: **Mi., 19. September 2018**
Teil 2: Fallbeispiele **Mi., 17. Oktober 2018**
Leitung: Prof. Dr. med. M. Verhoff
Gebühr: jeweils € 70 (Akademiemitglieder € 63)
Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Arbeitsmedizin

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)
MIMA: Erstschulung **Mi., 20. Juni 2018** **6 P**
FOBI: Refresher **Mi., 19. September 2018** **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

Impfkurs

Sa., 27. Oktober 2018, 09:00 – 17:30 Uhr **12 P**
Leitung: Dr. med. P. Neumann, Frankfurt
Gebühr: € 180 (Akademiemitglieder € 162)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Kenntniskurs (Theoretische und Praktische Unterweisung)
Sa., 20. Oktober 2018 **je 4 P**
Gebühr: Theorie: € 100 (Akademiemitgl. € 90)
Praxis: € 60 (Akademiemitgl. € 54)

Aktualisierungskurs
Sa., 10. November 2018, 09:00 – 16:15 Uhr **8 P**
Gebühr: € 150 (Akademiemitglieder € 135)

Spezialkurs Computertomografie
Di., 12. – Mi., 13. Juni 2018, 17:00 – 20:30 Uhr **8 P**
Gebühr: € 180 (Akademiemitglieder € 162)
Ort: **Frankfurt,** Universitätsklinikum

Spezialkurs Röntgendiagnostik
Fr., 07. – Sa., 08. Dezember 2018, 09:00 – 17:00 Uhr
+ prakt. Halbtag (Termine werden noch bekannt gegeben)
Gebühr: € 340 (Akademiemitglieder € 306)
Leitung: Prof. Dr. med. Dr. med. habil. B. Bodelle
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Infektiologie

Antibiotic Stewardship
Modul 2 – Fellow: **Mo., 04. – Fr., 06. Juni 2018** **40 P**
Leitung: PD Dr. med. B. Jahn-Mühl,
Prof. Dr. med. S. Herold,
Dr. med. J. Keßel
Ort: **Frankfurt**
Gebühr: € 1.000 (Akademiemitglieder € 900)

Modul 1 - Basic: **Mo., 20. – Fr., 24. August 2018** **40 P**
Leitung: Prof. Dr. med. H.-R. Brodt,
Prof. Dr. med. V. Kempf,
Dr. med. J. Keßel,
Prof. Dr. med. C. Stephan
Ort: **Frankfurt**
Gebühr: € 900 (Akademiemitglieder € 810)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
Mail: heike.cichon@laekh.de

Innere Medizin

Rheuma an einem Tag
In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim
Mi., 31. Oktober 2018 **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim
Ort: **Bad Nauheim,** REHA-Zentrum
Gebühr: € 75 (Akademiemitglieder kostenfrei)
Max. Teilnehmerzahl: 40
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Notfallmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)
Fr., 02. – So., 04. November 2018 **30 P**
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
M. Leimbeck, Braunfels
Gebühr: € 420 (Akademiemitglieder € 378)

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt
Sa., 29. September 2018 **10 P**
Leitung: Dr. med. T. Schneider, Wiesbaden
Gebühr: € 240 (Akademiemitglieder € 216)
Ort: **Mainz-Kastel,** Feuerwehrwache II

Sa., 17. November 2018 **12 P**
Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel
Gebühr: € 260 (Akademiemitglieder € 234)
Ort: **Kassel,** Hess. Landesfeuerwehrschule

39. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar
In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin
des Universitätsklinikums Frankfurt (UKF).
Mo., 22. – Fr., 26. Oktober 2018 **55 P**
Leitung: Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer
Prof. Dr. med. J. Bojunga
Prof. Dr. med. G. Rohde, Frankfurt
Gebühr: € 620 (Akademiemitglieder € 558)
Ort: **Frankfurt,** Universitätsklinikum

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

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der
Deutschen Stiftung Organspende (DSO).
Theoretischer Teil: Mo., 18. – Mi., 20. Juni 2018 **35 P**
Beginn Telelernphase: 18. Mai 2018

Kriseninterventionsseminar (folgende Termine zur Auswahl):
Mi., 26. September 2018 oder **Mi., 24. Oktober 2018** **8 P**
Gebühren: Theorie: € 600 (Akademiemitgl. € 540)
Kriseninterventionsseminar: € 150 (Akademiemitgl. € 135)

Refresher für Transplantationsbeauftragte Ärzte
Di., 20. November 2018, 09:30 – 17:30 Uhr **9 P**
Gebühr: € 150 (Akademiemitglieder € 135)
Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt
PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung
Modul II: **Sa., 20. Oktober 2018** **8 P**
Gebühr: € 130 (Akademiemitglied € 117)
Aufbaumodul für Sozialmediziner
Sa., 09. Juni 2018
Gebühr: € 140 (Akademiemitglied € 126)
Weitere Module unter www.akademie-laekh.de
Verkehrsmedizinische Begutachtung
Modul IV **Fr., 26. – Sa., 27. Oktober 2018** **12 P**
Modul V **Sa., 27. Oktober 2018** **4 P**
Gebühren:
Modul I-III, IV je: € 230 (Akademiemitglieder € 207)
Modul V: € 80 (Akademiemitglieder € 72)

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203, E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Hygiene / Öffentliches Gesundheitswesen

Leitliniengerechter Einsatz von Antibiotika: Resistenzen in der Arztpraxis – Was gibt es Neues?
Sa., 16. Juni 2018, 10:00 – 15:30 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt
Gebühr: € 75 (Akademiemitglieder kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287, E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de
Intensivkurs Hygiene in Arztpraxen
Diese Veranstaltung richtet sich auch an medizinisches Fachpersonal.
Mi., 26. September 2018, 13:00 – 21:00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth, S. Niklas
Gebühr: € 160 (Akademiemitglieder € 144)
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Einführung in die Schlafmedizin

Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe nach BUB-Richtlinien (anerkannt von DGSM und KV). In Kooperation mit der Gesellschaft für Schlafmedizin Hessen e. V. (GSMH).
Teil 1: **Fr., 14. – Sa., 15. September 2018**
Teil 2: **Fr., 28. – Sa., 29. September 2018**
Teil 3 (Praktikum): **Fr., 19. Oktober 2018**
Ort Praktikum: **Hofheim,** Schlafmedizinisches Zentrum
Gebühr: € 650 (Akademiemitglieder € 585)
Leitung: Dr. med. J. Heitmann
Dipl.-Psych. M. Specht
Prof. Dr. med. R. Schulz
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Ultraschall

Gefäße
Aufbaukurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße
Do., 21. – Fr., 22. Juni 2018 (Theorie)
Sa., 23. Juni 2018 (Praktikum)
Gebühr: € 420 (Akademiemitglieder € 378)
Ort Praktikum: **Frankfurt**, Krankenhaus Nordwest
Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße
Fr., 30. November 2018 (Theorie)
Sa., 01. Dezember 2018 (Praktikum)
Gebühr: € 340 (Akademiemitglieder € 306)
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
Abschlusskurs
Sa., 03. November 2018 (Theorie)
und zwei Termine je 5 Std. (Praktikum)
Gebühr: € 380 (Akademiemitglieder € 342)
Orte Praktika: **Rhein-Main-Gebiet,** div. Kliniken
Leitung der Kurse für Abdomen: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt
Aufbaumodul Farb- und Spektral-Dopplersonographie abdomineller Gefäße
Sa., 20. Oktober 2018, 09:00 – 18:00 Uhr
Gebühr: € 250 (Akademiemitglieder € 225)
Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt
Aufbaumodul Schilddrüse
Sa., 15. Dezember 2018, 09:00 – 17:00 Uhr
Gebühr: € 250 (Akademiemitglieder € 225)
Ort: **Frankfurt,** Universitätsklinikum
Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt
Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211, E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Fachgebundene genetische Beratung

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung
Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Laborarztpraxis Dres. Walther, Weindel und Kollegen.
Modul 3: Frauenheilkunde- und Geburtshilfe **16 P**
Sa., 16. Juni 2018 / Beginn Telelernphase: 16. Mai 2018
Leitung: Dr. med. Dipl.-Biol. E. Schwaab
Gebühr: € 200 (Akademiemitglieder € 180)
Weitere Module unter www.akademie-laekh.de
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

EKG

EKG-Kurs mit praktischen Übungen
Fr., 10. – Sa., 11. August 2018 **22 P**
Gebühr: € 320 (Akademiemitglieder € 288)
EKG-Refresher-Kurs
Do., 23. August 2018 **10 P**
Gebühr: € 140 (Akademiemitglieder € 126)

Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hess. Fachvereinigung für Diabetes (HFD); zertifizierte DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2.
Teile 1 + 2: Mittwoch, 19. September 2018
Leitung: Dr. med. D. Winter, Bad Nauheim
Dr. med. B. Fischer, Gießen
Gebühr: € 75 (Akademiemitglieder kostenfrei)

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

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.
Die Blöcke werden als Blended Learning-Veranstaltung angeboten, ihnen geht eine Telelernphase voraus.
Die ArbMedVV „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen" ist in Block B2 integriert.
Kurstage: Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!
A2 **Mi., 05. – Mi., 12. September 2018**
Beginn Telelernphase: 01. August 2018
B2 **Mi., 24. – Mi., 31. Oktober 2018**
Beginn Telelernphase: 24. September 2018
C2 **Mi., 28. Nov. – Mi., 05. Dezember 2018**
Beginn Telelernphase: 24. Oktober 2018
Gebühr: jeweils € 600 (Akademiemitgl. € 540)
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,
E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Einsteigerseminar

Bereitschaftsdienst im Krankenhaus
Zielorientiertes ärztliches Handeln bei notfallmedizinischen Krankheitsbildern, rechtliche Rahmenbedingungen und organisatorische Fallstricke.
Mi., 07. November 2018, 09:00 – 17:30 Uhr **11 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen,
Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
Prof. Dr. med. K. Mayer, Gießen
Gebühr: € 180 (Akademiemitglieder € 162)
Auskunft/ Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Palliativmedizin

Fallseminar Aufbaukurs Modul 2 **40 P**
Mo., 11. – Fr., 15. Juni 2018 (ausgebucht)
Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel
Gebühr: € 650 (Akademiemitglieder € 585)
Fallseminar Modul 3 **40 P**
Mo., 12. – Fr., 16. November 2018 (ausgebucht)
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: € 750 (Akademiemitglieder € 675)

Kurs-Weiterbildung (Basiskurs) **40 P**
Di., 03. – Sa., 07. Juli 2018
Di., 04. – Sa., 08. Dezember 2018
Leitung: Dr. med. K. Mattekat
Gebühr: € 650 (Akademiemitglieder € 585)

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

Repetitorium Innere Medizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.
Mo., 12. – Sa., 17. November 2018 **insg. 63 P**
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder,
Gebühr ges.: € 560 (Mitglieder Akademie, BDI und DGIM € 504)
Gebühr/Tag: € 150 (Mitglieder Akademie, BDI und DGIM € 135)

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

Suchtmedizin

Curriculum Qualifikation Tabakentwöhnung **20 P**
als Blended Learning-Veranstaltung
Einführungsseminar: **Fr., 28. September 2018**

Telelernphase: **Sa., 29. September –**
Fr., 30. November 2018

Präsenzphase: **Sa., 01. Dezember 2018**

Gebühr: € 300 (Akademiemitglieder € 270)
Leitung: D. Paul, Frankfurt

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

Akupunktur

In Kooperation mit der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur e. V. / DÄGfA.
I. Teil Theorie (120 Std.)
G7 – G8: Fr., 08. – Sa., 09. Juni 2018
G9 – G10: Fr., 10. – Sa., 11. August 2018
G11 – G12: Fr., 21. – Sa., 22. September 2018
G13 – G14: Fr., 26. – Sa., 27. Oktober 2018
G15 (A-Diplom): Sa., 01. Dezember 2018
II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)
Fr., 07. – Sa., 08. September 2018
Fr., 07. – Sa., 08. Dezember 2018

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

Krankenhaushygiene

Hygienebeauftragter Arzt
Mo., 24. – Fr., 28. September 2018 **40 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann,
K-U. Wucher
Gebühr: € 750 (Akademiemitglieder € 675),
Ort: **Gießen,** Universitätsklinikum
Hygienebeauftragter Arzt, Refresher
Mi., 07. – Do., 08. November 2018 **16 P**
Gebühr: € 300 (Akademiemitglieder € 270)
Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann

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

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung
für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs B: Fr., 21. – Sa., 22. September 2018 **20 P**
Leitung: Dr. med. W. Hönmann, Kelkheim

Gebühren: Kurs A, B jeweils € 300
(Akademiemitglieder € 270)

Für Teilnehmer des Weiterbildungskollegs der Kompetenzzentren Hessen gelten ermäßigte Gebühren. Bitte fragen Sie uns.

Repetitorium Allgemeinmedizin
Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.
Fr., 22. – Sa., 23. Juni 2018 **16 P**

Leitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt
Dr. med. A. Wunder, Frankfurt

Gebühr: € 260 (Akademiemitglieder € 234)

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

Spezielle Schmerztherapie

Block D: **Fr., 15. – Sa., 16. Juni 2018** **20 P**
Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt
Dr. med. F. Kretschmer, Frankfurt
Gebühr: € 280 (Akademiemitglieder € 252)

Block C: **Fr., 07. – Sa., 08. September 2018** **20 P**
Leitung: C. Drefahl, Frankfurt
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt
Gebühr: € 280 (Akademiemitglieder € 252)

Block B: **Fr., 02. – Sa., 03. November 2018** **20 P**
Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel
Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel
Gebühr: € 280 (Akademiemitglieder € 252)

Orte: Block C, D: **Bad Nauheim,** FBZ
Block B: **Kassel,** Klinikum

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

Psychosomatische Grundversorgung

24. 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, das heißt insgesamt 80 Stunden.
Die Balintgruppenarbeit ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.

Fr., 10. – Sa., 11. August 2018 (ausgebucht) **16 P**
Fr., 19. – Sa., 20. Oktober 2018 (ausgebucht) **16 P**
Fr., 07. – Sa., 08. Dezember 2018 **16 P**

Leitung: P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt
Gebühren je Block: € 280 (Akademiemitglieder € 252)

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 07. – Sa., 10. November 2018 **ges. 42 P**

Themenübersicht:
Mi., 07. November 2018
Gynäkologische Onkologie

Do., 08. November 2018
Endokrinologie, Reproduktionsmedizin

Fr., 09. November 2018
Gynäkologie, Urogynäkologie

Sa., 10. November 2018
Geburtshilfe, inkl. Pränataldiagnostik

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

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

Notfallmedizin

Notfallmedizin machbar machen
Mi., 28. November 2018 **6 P**
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
Gebühr: € 180 (Akademiemitglieder € 162)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

In der Regel werden Akademieveranstaltungen ohne Sponsoren durchgeführt. Interessenskonflikte der Veranstalter, der Referenten und der Veranstaltungsleitung bestehen nicht. Abweichungen werden auf der Internetseite der jeweiligen Veranstaltung angezeigt. Alle Veranstaltungen sind produkt- und dienstleistungsneutral.
Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.
Anmeldung: Im Internet schnell und kostenfrei unter: **https://portal.laekh.de** oder **http://www.akademie-laekh.de** möglich. Gerne können Sie sich auch schriftlich zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-200, Fax: 06032 782-220. Erst nach Rücksendung Ihrer unterschriebenen Anmeldeunterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Bitte beachten Sie die AGBs und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn Veranstaltungen kurzfristig abgesagt werden müssen, werden Sie von der Akademie benachrichtigt.
Veranstaltungsort (sofern nicht anders angegeben): Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim.
Kinderbetreuung: Für Kinder von drei bis acht Jahren freitags und samstags kostenfrei möglich! Telefonische Informationen: Christina Ittner, Fon: 06032 782-223.
Gebühr (sofern nicht anders angegeben): gilt inklusive Seminarunterlagen und Pausenverpflegung.
Teilnehmerzahl: Für alle Veranstaltungen gibt es eine Begrenzung der Teilnehmerzahl. Gerne setzen wir Sie in diesem Fall auf die Warteliste oder informieren Sie zeitnah über die nächste Veranstaltung.
Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Gebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Bitte informieren Sie sich über die Mitgliedsbeiträge online oder bei Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de

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

Qualifizierungslehrgänge: NäPA (Nicht-ärztliche Praxisassistenz)

Nichtärztliche Praxisassistenten/-innen unterstützen Haus- und Fachärzte bei der Patientenversorgung. Im Rahmen der delegationsfähigen ärztlichen Leistungen können sie selbstständig Hausbesuche und Besuche in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durchführen und zum Beispiel Wunden versorgen, Blutdruck- und Blutzuckerwerte kontrollieren sowie die Sturzprophylaxe übernehmen. Informationen & Termine im Internet: www.carl-oelemann-schule.
Kontakt: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Neu: Neurologie und Psychiatrie

Inhalte:
Vertiefung und Erweiterung von Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten im Bereich der fachspezifischen Versorgung von Patienten mit neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen.

- Neurologische und psychiatrische Untersuchung und Befunderhebung.
- Neurologische und psychiatrische Symptomlehre; Notfallmanagement.
- Neurologische Krankheitsbilder; Patienten- und Angehörigenbegleitung.
- Psychiatrische Krankheitsbilder; Patienten- und Angehörigenbegleitung.

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

NEU: Studienassistenz in Prüfstellen

Der Qualifizierungslehrgang besteht aus drei Modulen à 40 Unterrichtsstunden:

1. **Basismodul: Studienassistenz**
   Überblick über die Aufbau- und Ablauforganisation in klinischen Forschungen und ausgewählte Aufgabenbereiche im Studienbüro durchführen.
2. **Aufbaumodul 1: Studienbüro Organisation**
   Steuerungsinstrumente anwenden, Maßnahmen zur Erfüllung der Anforderungen an Prüfpräparate einleiten und Auswahlkriterien für Studien benennen.
3. **Aufbaumodul 2: Studienkoordination**
   Fachliche Aufgabenstellungen in einem umfassenden, sich veränderndem beruflichen Tätigkeitsfeld selbstständig planen, bearbeiten und nach abgestimmten Vorgaben durch den Prüfer/die Prüferin Studien koordinieren.

Termin: Basismodul:Mo., 24.09.2018 – Fr., 28.09.2018
Gebühr: € 640 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle
Kontakt: Monika Kinscher, Fon: 06032 782-187,
E-Mail: monika.kinscher@laekh.de

Ein- bis zweitägige Fortbildungen

NEU: Professionelles Termin- und Telefonmanagement
Inhalte: Tipps zu Stimme und Sprache, Herstellung einer positiven Gesprächsatmosphäre, Gesprächsführung mit „herausfordernden Patiententypen", Telefon-Knigge, Praxisorganisation, Stressmanagement, souveräner Umgang mit Konflikten.
Termin (PAT 3): Sa., 15.09.2018, 10:00 – 17:30 Uhr
Teilnahmegebühr: € 105

Fachkraft für Impfmanagement (40 Stunden)

Der Qualifizierungslehrgang gliedert sich in vier Schwerpunkte: Medizinische Grundlagen, organisatorische Grundlagen, Erarbeitung einer Fallstudie, Best practice des Impfmanagements. Die Teilnehmer/-innen erarbeiten Fallbeispiele für ihren Tätigkeitsbereich. Das Lehrgangskonzept beschreibt eine zeitliche Anerkennung von zehn Stunden, die anhand einer Aufgabenstellung von den Teilnehmern selbstständig erarbeitet wird.
Die Teilnahme an der 8-stündigen Fortbildung „Impfen" wird beim Qualifizierungslehrgang „Impfmanagement" anerkannt.
Termine (IMP): Fr., 19.10.2018 – Sa., 20.10.2018 und
Fr., 02.11.2018 – Sa., 03.11.2018
Gebühr: 410 € inkl. Lernerfolgskontrolle
Information: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax -180

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin – Aufbaulehrgang

Inhalte: Der Aufbaulehrgang wurde für Absolventen des 60-stündigen Curriculums „Betriebsmedizinische Assistenz" der Landesärztekammer Hessen entwickelt, die ihre Qualifikation auf das Niveau des neuen 140-stündigen Curriculums erweitern möchten.
Die Anerkennung basiert auf der Übergangsregelung gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer. Sie ist befristet bis zum 31.12.2018.
Beginn (BET Aufbau): Mi., 15.08.2018 (72 Stunden)
Gebühr: € 950 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle
Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Durchführung der Ausbildung – Fortbildung in Wiesbaden

Die 40-stündige Fortbildung richtet sich an alle Medizinischen Fachangestellten oder Arzthelfer/-innen, die an der Planung und Durchführung in der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten mitwirken und damit den Arzt oder die Ärztin unterstützen und entlasten.
Termin (PAT 20): Fr., 17.08.2018 – Sa., 18.08.2018 und
Do., 13.09.2018 – Sa., 15.09.2018
Gebühr: € 480
Kontakt: Monika Kinscher, Tel.: 06032 782-187, Fax -180

Onkologie/Palliativversorgung

Zusätzlicher Termin! Modul ONK_PAL
Inhalte: Allgemeine medizinische Grundlagen in der Onkologie und Palliativversorgung, Versorgung und Betreuung von Patienten, Psychosoziale Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter/-innen im Bereich der onkologischen und palliativen Versorgung.
Termin: Do., 20.09.2018 bis Sa., 22.09.2018
Gebühr: 255 €
Kontakt: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax -180

Aufbaufortbildung Onkologie

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

Psychoonkologie
Inhalte: Die dreitägige Aufbaufortbildung richtet sich insbesondere an Medizinische Fachangestellte, Arzthelfer/-innen, die bereits erfolgreich an einem 120-stündigen Qualifizierungslehrgang „Onkologie" oder „Palliativversorgung" teilgenommen haben. Die Inhalte der Fortbildung orientieren sich an der im Januar 2014 veröffentlichten S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten".
Termin (ONK A 3): Do., 13.09.2018–Sa., 15.09.2018 (24 Std.)
Gebühr: € 280
Kontakt: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax -180

Palliativversorgung (120 Stunden)

Die Regelung zur „Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung" bezieht die Medizinischen Fachangestellten verstärkt ein. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Palliativpatienten besteht aus zwei Blockveranstaltungen. Zusätzlich sind die Fortbildungen „Kommunikation und Gesprächsführung" (95 €) sowie „Wahrnehmung und Motivation" (95 €) zu belegen. Informationen finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Homepage. Gerne senden wir Ihnen den Informationsflyer zu.
Beginn:
Blockveranstaltung PAL: ab Mi., 24.10.2018
Gebühr: 705 € zzgl. 60 € Prüfungsgebühr

Blockveranstaltung ONK PAL 1–3:
Do., 20.09. – Sa., 22.09.2018
Gebühr: 255 €

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

Ernährungsmedizin (120 Stunden)

Als Mitglied des ernährungstherapeutischen Teams sollen die fortgebildeten Mitarbeiter/-innen bei der Organisation von Präventionsleistungen sowie Therapiemaßnahmen ernährungsbedingter Krankheiten qualifiziert unterstützen und delegierbare ärztliche Leistungen übernehmen.
Termin (ERM): ab 10.09.2018
Teilnahmegebühr: € 950 zuzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle
Zusätzlich sind die Themen: Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden.
Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die Module:
• Betriebswirtschaftliche Praxisführung
• Patientenbetreuung & 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 Praxismanagement als 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 COS-Fortbildungsprogramm, in dem u. a. die Qualifizierungslehrgänge beschrieben sind, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden. Tätigkeitsbeschreibung: www.fortbildung-mfa.de.
Termin (FAW 3): ab 18.10.2018
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 COS.
Veranstaltungsort (soweit nicht anders angegeben)**:**
Carl-Oelemann-Schule (COS)
Website: www.carl-oelemann-schule.de
Carl-Oelemann-Weg 5 | 61231 Bad Nauheim
Fon: 06032 782-100 | Fax: 06032 782-180
Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:
Gästehaus der COS | E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de
Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim
Fon: 06032 782-140 | Fax: 06032 782-320

Update digital mit dem Wiesbadener Ärzteclub

„Digitalisierung der Medizin: Nutzen – Risiko“. Mit diesem brandaktuellen Thema hatte der Ärzte Club Wiesbaden e. V. zu seiner Jahresveranstaltung eingeladen. Im März 2018 trafen sich rund 100 Kolleginnen und Kollegen der Region aus Klinik und Niederlassung im Wiesbadener Museum. Nach dem Grußwort des Wiesbadener Gesundheitsdezernenten Detlef Bendel fesselte der Vortrag „Digitalisierung in der Medizin: Vision und Wirklichkeit“ das Auditorium.

Bunte Datenberge generiert von Gesundheitsapps und Wearables halten Einzug in die Sprechstunde. Ob sie praxistauglich sind, wird zur Zeit an der technischen Hochschule in Gießen getestet. Prof. Dr. med. Henning Schneider, unter anderem Direktor im Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health des Landes Hessen, Dekan des Fachbereichs Gesundheit an der Technischen Hochschule Mittelhessen, veranschaulichte die Möglichkeiten und Grenzen der digitalen Anwendungen.

Kritisch nahm er Stellung zur elektronischen Gesundheitskarte und der bevorstehenden Telematikinfrastrukturanbindung. Seine Botschaft: Ab April 2018 können sich Ärztinnen und Ärzte mit Fragen bezüglich der Digitalisierung an das hessische Kompetenzzentrum in Gießen wenden, E-Mail: info@ehealth-zentrum.de.

Im Beitrag „Mensch ist Information“ zeigte Simon Kissel die Verletzbarkeit der Gesellschaft durch „Big Data“. Der Gründer und CEO Viprinet Europe GmbH erklärte eindringlich Sicherheitslücken der digitalen Kommunikationstechnik. „Daten sind das neue Öl“ zitierte der bekennende NERD und übersetzte sofort: „Daten sind Macht“. Dem überarbeitete Datenschutzgesetz, welches ab Mai 2018 in Kraft tritt, konnte man nach seinem Vortrag positive Seiten abgewinnen. Trotz der aufwendigen Maßnahmen das mit harten Strafen bewährte Regelwerk vor Ort umzusetzen, schärfe es das Bewusstwerden über die jetzt schon vorhandenen Gefahren des Datenmissbrauchs. Die Moderierenden des Abends, Dr. med. Richard Melamed, unter anderem Lehrbeauftragter für „Medizintechnik und Smart-Health“, Hochschule Rhein-Main und Dr. med. Susanne Springborn, Mitglied im Clubvorstand, waren sich mit dem Publikum einig: Die Digitalisierung wird algorithmische Tätigkeiten im ärztlichen Alltag übernehmen. Dadurch könnten sich Ärzte und Ärztinnen wieder mehr auf ihre Kernkompetenzen fokussieren.

Kolleginnen und Kollegen nutzten den Abend intensiv zum Austausch untereinander, das Rahmenprogramm mit Informationsständen, Kinderbetreuung und einer Museumsführung fand regen Anklang. „Wir machen die Medizin“ – dieses Motto des Ärzte Club Wiesbaden gab der Vorsitzende, Dr. med. Jörg Hempel, den Anwesenden mit auf den Weg bis zum nächsten Treffen im März 2019. Informationen zum Club gibt es im Internet unter: http://aerzteclub-wiesbaden.de

Dr. med. Susanne Springborn

Foto: Charlotte Daum

Abschlussfeier: Die Bezirksärztekammer Kassel feierte kürzlich mit einer festlichen Zeugnisübergabe den Abschluss von 37 Absolventinnen zur Medizinischen Fachangestellten. Durch das Programm führte Dr. med. Lothar Hofmann, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Kassel, unterstützt von Beiträgen durch Charlotte Daum, Abteilungsleiterin der „Willy-Brandt-Schule“ Kassel und Sabine Faupel vom Verband medizinischer Fachberufe e. V. Besonders geehrte wurde als „Einser-Kandidatin“ Jana Pistorius-Michel. Das Foto zeigt die Absolventinnen aus den Schulbereichen Kassel, Bad Wildungen, Korbach, Fulda und Eschwege.

Stilles Gedenken

Fotos: Isolde Asbeck

Die Grauen Busse: „Wohin bringt ihr uns?“

Eine Führung mit Dr. Siegmund Drexler

Wuchtig und grau steht das Mahnmal auf dem Rathenauplatz, nicht weit von der bronzenen Monumentalstatue Johann Wolfgang von Goethes entfernt. Frankfurt ist bereits die 20. Station des reisenden Denkmals der Grauen Busse, das an die systematische Ermordung von Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung durch die Nationalsozialisten erinnern soll.

In Farbe und Größe entspricht der steinerne Bus den grau angestrichenen Postbussen, mit denen die Nationalsozialisten 1941 über 1.000 Frankfurterinnen und Frankfurter mit psychischen Krankheiten oder geistigen Behinderungen in die Euthanasie-Anstalt Hadamar bei Limburg transportierten, wo sie kurz nach ihrer Ankunft mit Kohlenmonoxid vergast wurden. Noch bis Ende Mai ist das von Horst Hoheisel und Andreas Knitz entworfene Denkmal in der Mainmetropole zu sehen und zu begehen.

Ein Spalt teilt den Bus in zwei Hälften; bei näherem Hinsehen entpuppt er sich als schmaler Gang mit der Inschrift „Wohin bringt ihr uns?“ Das Denkmal sei so von den Künstlern geschaffen worden, dass man in dem Durchgang die Ängste und Einsamkeit jener Menschen erahne, die einst mit den Grauen Bussen in den Tod gefahren wurden, erklärt Dr. med. Siegmund Drexler. Der Internist und Suchtbeauftragte der hessischen Ärztekammer war von 2013 bis 2016 Vorsitzender des Beirats des Forschungsprojekts „Geschichte der Landesärztekammer Hessen“. Seit vielen Jahren setzt sich Drexler intensiv mit der Rolle der Ärzteschaft in der Zeit des Nationalsozialismus auseinander. Im Rahmen einer Führung brachte er rund 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ärztekammer in diesem April das Denkmal der Grauen Busse mit Erklärungen und Informationen näher: „Es steht nicht für sich als Betonmonstrum da, sondern ist eine Art Staffelholz, das wir als Bürgerinnen und Bürger annehmen sollen.“ Als mahnende Erinnerung, aber auch als Anstoß, sich mit der Rolle der Ärzteschaft im Umgang mit ethischen Herausforderungen zu beschäftigen.

„Leiden am Siechtum des kranken Körpers“

Die nationalsozialistische Idee von Rassenpflege und -hygiene beruhe auf falsch verstandenem Darwinistischen Denken, so Drexler: der Aussortierung von Kranken und Schwachen zum Wohl der Stärkeren. Dabei hätten die Nationalsozialisten Begriffe aus der Medizin missbraucht, von „Volksgesundheit“ und „Volkskörper“ gesprochen. „Wir alle leiden am Siechtum des kranken Körpers“, behauptete Hitler in „Mein Kampf“. Mitleid verkehrte sich im Nationalsozialismus in die Notwendigkeit, zum Erhalt der „Reinheit und Überlegenheit“ des deutschen Volkes „unwertes“ Leben zu vernichten.

Eine Einstellung, die sich auch viele Ärzte jener Zeit zu Eigen machten. So pries etwa der Würzburger Psychiater Professor Carl Schneider die Maßnahmen zur „Erbgesundung des deutschen Volkes“ ausdrücklich. „Die Medizin war eine der Säulen des NS-Staates, unter Missbrauch der Rolle der Ärzteschaft“, fasste Drexler zusammen. „Die Mehrheit der Ärzte hat in dem System mitgemacht.“

Ein prominenter Vertreter des erbbiologischen Denkens war Professor Heinrich Wilhelm Kranz, der ab 1934 Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik an der Universität Gießen lehrte. 1945 wurde er Rektor der Frankfurter Universität, flüchtete jedoch, als die Amerikaner kamen und beginn Selbstmord. Von „Schlacken der menschlichen Gesellschaft“ habe Kranz seinerzeit angesichts von rund einer Million „lebensunwerter“ Menschen gesprochen, die zu eliminieren seien, berichtete Drexler.

Im Zuge des 1933 erlassenen „Gesetzes zur Verhütung erbranken Nachwuchses“ wurden 400.000 bis 450.000 Menschen in der NS-Zeit zwangssterilisiert. Ab 1935 plante das Zentrum der NSDAP, mit Beginn des Krieges „lebensunwertes Leben“ zu vernichten und umschrieb dies mit der Formulierung „den Gnadentod gewähren“. Die ärztlichen Gutachter, die entschieden, ob jemand getötet werden sollte oder nicht, hätten ihre Patienten nie gesehen, so Drexler weiter. Nachdem die Ermordung beschlossen war, wurden die Betroffenen in eine der NS-Tötungsanstalten des Deutschen Reichs für das nationalsozialistische Euthanasie-Programm gebracht.

In der Tötungsanstalt Hadamar im mittelhessischen Hadamar wurden zwischen Januar 1941 und März 1945 – im Rahmen der sogenannten Aktion T4 – etwa 14.000 Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen umgebracht. Hadamar waren neun sogenannte Zwischenanstalten zugeordnet, in welche die zu ermordenden Menschen aus den einzelnen Heilanstalten ohne vorherige Information der Angehörigen in Sammeltrans-

porten verlegt wurden. Von dort wurden sie in Hadamar abgerufen und zur gezielten Ermordung abtransportiert.
Dass die Menschen in der Umgebung wussten, was dort geschah, „ist ziemlich sicher“, sagte Drexler. Irgendwann sei allerdings die Unruhe in der Bevölkerung so groß geworden, dass Kirchenvertreter wie beispielsweise der Bischof von Limburg in seiner Predigt die Ungeheuerlichkeit des Mordens verurteilt und auch Parteimitglieder die Verantwortlichen zu Korrekturen aufgefordert hätten.

„Nicht verarbeitetes Trauma“

Im Sommer 1942 fiel daher in Berlin die Entscheidung, dass die Gasmordaktion nicht mehr fortgeführt und die Vergasungsanstalten aufgelöst werden sollten. Auch in Hadamar wurden daraufhin die entsprechenden Anlagen entfernt und benutzte Gebäudeteile wieder in den Ursprungszustand versetzt.
Unter der Leitung von Oberarzt Adolf Wahlmann und Landessekretär Alfons Klein ging die Ermordung von behinderten und psychisch kranken Menschen allerdings ab August 1942 weiter; nun jedoch nicht mehr in einer Gaskammer, sondern durch von Ärzten und Pflegern verabreichte Injektionen, überdosierte Medikamente sowie durch planmäßiges und vorsätzliches Verhungernlassen.
Ann Anders, frühere Grundsatzreferentin im Kulturdezernat der Stadt Frankfurt, die gemeinsam mit Ulrich Schöttler, dem einstigen Leiter des Straßenverkehrsamts, die Projektleitung für die „Grauen Busse“ in Frankfurt hat, bezeichnet die nationalsozialistische „Euthanasie“ als ein „nicht verarbeitetes Trauma“.
Vor 35 Jahren wurde die Gedenkstätte Hadamar eröffnet. Als einzigartiges Denkmal der NS-Euthanasie-Verbrechen ist dort auch die „T4“ Busgarage zu sehen, die nach einer denkmalpflegerischen Restaurierung 2006 nahe dem Originalstandort bei der Gedenkstätte wieder aufgebaut wurde.
Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen, dankte Drexler für die Erläuterungen und unterstrich, wie wichtig die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit für jeden einzelnen und für die Ärzteschaft sei. „Wir müssen uns selbst Rechenschaft darüber ablegen, welche Konsequenzen wir aus dem Geschehenen in Zukunft ziehen werden.“

Katja Möhrle

Erinnerung an die NS-Euthanasieverbrechen: Dr. med. Sigmund Drexler (rechts vorne) und Mitarbeiter der LÄKH sowie weitere Interessierte vor dem Denkmal der Grauen Busse auf dem Frankfurter Rathenauplatz.

Dreifarbiger Prachtkäfer © Levon Biss

Verblüffende Schönheit und Vielfalt

Microsculpture: Insektenportraits in Darmstadt

Sie sirren und summen über Wiesen, bestäuben Blüten, führen in Waldlichtungen Lufttänze auf oder plagen Mensch und Tier mit ihren Stichen: Insekten, die artenreichste Klasse der Gliederfüßer, verblüffen durch die Vielfalt ihrer Formen. Unter dem Titel „Microsculpture“ widmet ihnen das Hessische Landesmuseum in Darmstadt mit den hochaufgelösten Fotografien des britischen Fotografen Levon Biss vom 4. Mai bis 5. August eine bemerkenswerte Ausstellung.
Biss’ Arbeiten zeigen Insekten aus der Sammlung des Oxford University Museum of Natural History und stellen sie – aufwendig ausgeleuchtet und durch ein Elektronenmikroskop fotografiert – in ein neues Licht.
Ein strahlend roter Panzer, auf dem sich, wie von Künstlerhand gemalt, schwarze und gelbe Flecken verteilen. Fühler, die wie Arme in die Höhe ragen, eine violett-grüne schimmernde und von einem Haarkranz gesäumte Rüstung: In einer Kombination zwischen Fotokunst und Wissenschaft konfrontiert Biss den Betrachter in seinen Insektenportraits mit der ungeahnten Schönheit der Insekten. Auf einem Touch-Screen können Besucher in die Fotos hinein zoomen, Tastmodelle machen die mikroskopischen Strukturen haptisch erfahrbar. Darüber hinaus thematisiert die Ausstellung, welche vielschichtigen Aufgaben Insekten im Ökosystem übernehmen.

Katja Möhrle

Hessisches Landesmuseum Darmstadt
Friedensplatz 1, 64283 Darmstadt

Erfahrungen und Belastungen in der Begleitung Sterbender

Hintergrund

Ein großer Teil der in jüngerer Zeit veröffentlichten Studien zu den spezifischen Erfahrungen und Belastungen der Mitarbeiter, die sterbende Menschen betreuen, wurde in palliativen Versorgungsbereichen erhoben. So stellt sich die Frage, ob die dort erhobenen Ergebnisse auf andere Versorgungsbereiche des Krankenhauses, der stationären Pflegeeinrichtungen und der ambulanten Versorgung übertragen werden können, denn nur maximal 30 Prozent (%) aller sterbenden Patienten werden in Deutschland durch palliative Versorgungsangebote erreicht.

Über diese Fragestellung hinaus wurde in der vorliegenden explorativen Studie geprüft, ob frühe, noch zum Teil vorberufliche Erfahrungen mit Tod und Sterben einen Einfluss auf die berufliche Sozialisation und hier insbesondere auf die Betreuung Sterbender besitzen und mit welchen Konsequenzen die eigene Arbeit einhergeht.

Fragebogen und Methode

Verwendet wurde ein zu diesem Zweck entwickelter Fragbogen, dessen 82 Items (davon sechs offene) sechs Erfahrungsbereichen zuzuordnen sind:

1. vorberufliche Erfahrungen im Elternhaus und Schule,
2. frühe berufliche Erfahrungen,
3. zentrale berufliche Prägungen,
4. subjektive Belastungen,
5. subjektive Entlastungen,
6. Konsequenzen der spezifischen Erfahrungen.

Letztgenannter Erfahrungsbereich (Konsequenzen) wurde der Art erfasst, dass die Fähigkeiten des „idealen" Mitarbeiters ermittelt wurden (a), ob persönliche Angehörige im eigenen Arbeitsbereich versterben könnten (b), ob Mitarbeiter die in der Betreuung Sterbender arbeiten Schaden (Zynismus, Burn-out etc.) nehmen (c) und ob sich die Befragten – aufgrund der beruflichen Erfahrungen – gut auf ihr eigenes Sterben vorbereitet wähnten.

Foto: Fotolia.com – bilderstoeckchen

Haben vorberufliche Erfahrungen mit Tod und Sterben Einfluss auf die berufliche Sozialisation und Arbeitsweise? Diese Studie weist nur geringe Effekte nach – arbeitet aber mit vergleichsweise kleinen Fallzahlen.

Ergebnisse

496 Teilnehmern aus insgesamt 383 Einrichtungen (Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanter Versorgung) unterschiedlicher Versorgungsektoren, Bundesländer und Trägerschaft gelangten in die Datenauswertung. In den deskriptiven Auswertungen kann gezeigt werden, dass bei ca. der Hälfte eine erste, in aller Regel gelungene (82 %) Thematisierung von Tod und Sterben im Elternhaus stattfand. 30 % können sich an eine schulische Auseinandersetzung erinnern. Im Durchschnittsalter von 13 Jahren findet die erste Konfrontation mit einem verstorbenen Angehörigen statt. Für 36 % ist dies auch rückblickend eine schwierige Erfahrung gewesen. Die Hälfte der Befragten attestiert der beruflichen Ausbildung eine gute vorbereitende Wirkung. In der beruflichen Praxis kommt es für die Mehrzahl (62 %) zeitnahe zu substanziellen Erfahrungen mit Sterbenden. 24 % geben an, dass sie diese nur schwer bewältigen konnten.

Es sind die praktischen Erfahrungen mit Sterbenden (a) und die mit den Angehörigen (b), die als wichtigste Einflussfaktoren der beruflichen Identitätsbildung benannt werden, wirksamer als modellhaft arbeitende Kollegen oder Fort- und Weiterbildungen.

Folgen Sie der LÄKH auf Facebook!

Freuen Sie sich auf:
- Nachrichten aus der LÄKH
- Veranstaltungshinweise
- Infos zu Aufgaben und Serviceleistungen der LÄKH
- u.v.m.

www.facebook.com/LAEKHessen
Die Seite ist öffentlich und kann auch ohne Facebook-Konto betrachtet werden!

Hoher Arbeitsdruck, ein schlechtes Arbeitsklima, das Versterben junger Menschen, aber auch die eigene Unzufriedenheit sind in absteigender Reihenfolge die wichtigsten Belastungsfaktoren. In einem offenen Item werden Umfang und Art der Belastung ausführlich, in zumeist appellativen Charakter „es bestehe seit Jahren weniger ein Erkenntnis-, sondern Umsetzungsproblem" niedergelegt.

Die persönlichen Werthaltungen, das kollegiale Gespräch und die gedankliche Auseinandersetzung mit dem Erlebten sind – in dieser Reihenfolge – die wichtigsten Ressourcen der Mitarbeiter. Menschliche Zugewandtheit, die Fähigkeit Distanz zum Sterbenden halten zu können, Kommunikationsfähigkeit, psychische und physischer Gesundheit und die Fähigkeit Abschalten zu können werden als die wichtigsten Mitarbeitervoraussetzungen genannt. Es sind nur 30 %, die angeben, dass die betroffenen Mitarbeiter keinen Schaden nehmen würden.

So sind es auch nur 35 % der Befragten, die sich gut vorstellen können, dass ein Familienangehöriger in ihrer Einrichtung versterben würde. Demgegenüber formulieren 65 % zum Teil erhebliche Einschränkungen. 28 % sehen sich aufgrund ihrer Erfahrungen besser, 12 % eher beeinträchtigter auf das eigene Sterben vorbereitet.

In drei Gruppenvergleichen (Varianzanalysen) kann gezeigt werden, dass

erstens die Art der beruflichen Ausbildung (Arzt, Kranken-, Altenpflege, Therapeuten),

zweitens die Unterschiedlichkeit des Arbeitsplatzes (Intensiv, Allgemein, Onkologie, Palliativ) und

drittens die Art des Versorgungssektors (Heim, Krankenhaus, Ambulant) zum Teil deutliche Akzentuierungen entstehen lassen.

Es sind die Ärzte, die der Ausbildung die geringste Vermittlungsqualität attestieren, zugleich am zurückhaltendsten gegenüber möglichen Effekten von Weiterbildung sind. Gleichzeitig sind es die Ärzte, die ihre ersten beruflichen Erfahrungen am schwersten unter den unterschiedlichen Berufsgruppen bewältigen konnten.

In den Pflegeheimen bestehen die größten Belastungen, gleichzeitig beschreiben sich die Mitarbeiter dort als am vorbereitetsten für die Betreuung Sterbender. Unzureichende materielle Entlohnung wird hier am stärksten problematisiert. Zugleich sind es die Altenpflegekräfte, die am stärksten Abstand von der Möglichkeit nehmen, dass in der eigenen Einrichtung ein Familienmitglied versterben könnte. Die Mitarbeiter in der ambulanten Versorgung können sich weit stärker mit dem zu Hause als Sterbeort identifizieren, als dies für die Mitarbeiter des Krankenhauses oder der Pflegeheime für den eigenen Arbeitsplatz möglich ist.

Im innerkrankenhäuslichen Vergleich fällt unter anderem auf, dass sich die Mitarbeiter von Palliativstationen am stärksten von den anderen Gruppen (Intensivstation, onkologische Station, Allgemeinstation) unterscheiden. So zeichnen sich die Mitarbeiter von palliativen Stationen durch besonders hohe Ansprüche an sich, die erreichten Arbeitsergebnisse und auch an andere Mitarbeiter aus. Auch sind diese Mitarbeiter besonders empfänglich für Störungen des Arbeitsklimas.

Interpretation

Es konnten nur schwache Hinweise dahingehend gefunden werden, dass frühe positive bzw. problematische Erfahrungen in Elternhaus und Schule zu nachhaltigen Effekten führen. Klar gezeigt werden konnte indes die große Bedeutung der ersten beruflichen Erfahrungen im Umgang mit Sterbenden. Dass die tägliche Arbeit mit den Sterbenden und deren Angehörige als bedeutsamste Lernerfahrung benannt werden, ist nicht überraschend. Nicht erwartet wurde die hervorragende Bedeutung des eigenen Wertesystems als größte persönliche Ressource, mit den Belastungen klar zu kommen. Als Konsequenz der eigenen beruflichen Erfahrungen wünschen sich die Befragten Kollegen als ideale, neue Mitarbeiter, die durch menschliche Zuwendung einerseits und die Fähigkeit Distanz zu halten ausgezeichnet sind. Es sind zu viele Befragte, die angeben, dass die Gefährdungen durch diese Art der Arbeit zu beruflich begründeten Schädigungen der Mitarbeiter führen. Dies deckt sich mit dem problematischen Ergebnis, dass der eigene Arbeitsplatz für sehr viele Mitarbeiter gerade in den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern als Sterbeort für einen eigenen Familienangehörigen nicht der richtige Ort zu sein scheint.

Es konnte gezeigt werden, dass im Vergleich zu den palliativen Versorgungsbereichen in den Pflegeeinrichtungen und den anderen Stationen des Krankenhauses unterschiedliche Erfahrungen und Belastungsszenarien zu identifizieren sind. Auch die unterschiedlichen Versorgungsaufträge und berufliche Herkünfte gehen mit differenziellen Erfahrungs- und Belastungsprofilen einher, die in weiteren vergleichenden Studien geschärft werden sollten – auch um selektive Interventionen zielgerichteter vorzutragen.

Trotz der nur schwachen statistischen Beziehung zwischen den Erfahrungen aus Elternhaus/Schule und den entstehenden beruflichen Sozialisationserfahrungen überzeugt die hervorragende Bedeutung der persönlichen Werte und Ethik der befragten Ärzte. Dies war so nicht erwartet worden. Da die Gruppengröße für einige der Gruppenvergleiche zum Teil relativ klein war, ist die spezifische Ergebnisübertragung durch weitere Studien mit größeren Fallzahlen zu ergänzen.

Die Literaturliste kann angefordert werden per E-Mail an: george@transmit.de.

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Wolfgang M. George
Jahnstr. 14
35394 Gießen
Fon: 0641 9482-111

Foto: privat

Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. 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.

Vernetzt gegen resistente Keime

MRE-Netzwerk Mittelhessen informiert MFA-Auszubildende der Carl-Oelemann-Schule

„MRSA & Co – W(D)as geht es mich an?!" – unter diesem Titel hat das mittelhessische Netzwerk zur Bekämpfung Multiresistenter Erreger (MRE-Netz Mittelhessen) in Zusammenarbeit mit der Carl-Oelemann-Schule (COS) erstmals eine Fortbildung im Rahmen der Überbetrieblichen Ausbildung angeboten.

Das MRE-Netz Mittelhessen war Ende 2016 mit der Idee an die COS herangetreten, sowohl das Thema multiresistente Erreger als auch die Bedeutung, Funktion und Aufgaben der MRE-Netze in der wichtigen Berufsgruppe der MFA bekannt zu machen. Denn beim Thema MRE und dem Umgang mit resistenten Keimen herrscht auch im professionellen Medizin- und Pflegewesen häufig Verunsicherung. Oft ist nicht bekannt, dass es MRE-Netze gibt und welche Aufgabe diese haben. Dem soll durch eine breit angelegte Kommunikationsstrategie zur Thematik entgegengewirket werden. Die Initiative dazu ist bei der COS sofort auf Interesse und fruchtbaren Boden gestoßen.

„MRSA & Co. – Das geht mich an!" – Eine Fortbildung im Rahmen der Überbetrieblichen Ausbildung.

Zeitnah wurden verschiedene Umsetzungsmöglichkeiten diskutiert und zunächst auf die Überbetriebliche Ausbildung fokussiert, da auf diese Weise alle MFA-Auszubildenden eines Jahrgangs aus ganz Hessen erreicht werden können. Der innerhalb der Lehrgangswoche als freiwillige Abendveranstaltung von Dozenten des MRE-Netz Mittelhessen gehaltene Vortrag stieß auf erfreulich große Resonanz: Insgesamt nahmen 135 Auszubildende das neue Angebot wahr.

„Das Engagement der Auszubildenden, die um 18 Uhr noch freiwillig eine 90 minütige Fortbildung besucht haben, hat mich begeistert", berichtet Referent Dr. med. Jörg Bremer, ehemaliger Leiter des Gesundheitsamtes Gießen. „Dies zeigt, welche Bedeutung das Thema MRE hat und bestätigt uns darin, dass es richtig und wichtig ist, die Auszubildenden zu informieren. Darüber hinaus wünschen wir uns sehr, dass die Auszubildenden das Thema als Multiplikatoren in ihr berufliches Umfeld weitertragen."

Neben der Darstellung von Organisation, Arbeitsschwerpunkten und Informationsangeboten des MRE-Netzes Mittelhessen war es das vorrangige Anliegen, die in der täglichen Praxis in Zusammenhang mit MRE zu beobachtenden Ängste zu thematisieren und den Auszubildenden Handlungssicherheit im Umgang mit multiresistenten Erregern zu vermitteln.

Die Ursachen der MRE-Entstehung, der Unterschied von Besiedelung und Infektion, Sanierungsmöglichkeiten sowie die Bedeutung der rationalen Antibiotika-Therapie für die Vermeidung multiresistenter Erreger waren Gegenstand des Vortrages; außerdem wurde insbesondere auf Übertragungswege und Schutzmaßnahmen eingegangen und dabei die herausragende Bedeutung einer konsequent eingehaltenen Standard-Hygiene betont.

„Dass die Vorträge im zweiten Ausbildungsjahr gehalten werden, passt daher zeitlich sehr gut", sagt Referent Kay-Uwe Wucher, leitender Fachkrankenpfleger für Hygiene am Universitätsklinikum Gießen, „da die Inhalte auf dem Wissen der Überbetrieblichen Ausbildung des ersten Ausbildungsjahres, in dem beispielsweise die Händehygiene unter Anwendung von optischen Aufheller per UV-Licht-Kontrolle geübt wird, aufbauen."

Das MRE-Netz Mittelhessen bringt Einrichtungen des professionellen Medizin- und Pflegewesens zusammen und erarbeitet Empfehlungen zum Umgang mit MRE in der täglichen Routine (beispielsweise zur Hygiene und MRSA-Sanierung) und für stets wiederkehrende Probleme, beispielsweise bei der Versorgung von MRE-Patienten an Schnitt- und Übergabestellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Außerdem hält es sowohl für den professionellen Sektor als auch für Betroffene und deren Angehörige ein breitgefächertes Informations- bzw. Fortbildungsangebot bereit.

Die Vermeidung der Weiterverbreitung multiresistenter Erreger und die Verhinderung der MRE-Entstehung sind zentraler Schwerpunkt der Arbeit des MRE-Netz Mittelhessen. Hierzu gehören sowohl Ansätze zur Umsetzung einer rationalen Antibiotika-Therapie als auch die Etablierung des Themas MRE in der Ausbildung medizinischer und pflegerischer Fachberufe. Neben den Vorträgen an der COS hält das MRE-Netz Mittelhessen seit zwei Jahren auch Vorlesungen für Medizinstudierende in Marburg.

Die positive Resonanz der Fortbildungsangebote motivieren die Initiatoren sehr. Alle freuen sich daher auf die nächste Runde ab November 2018, wenn die Auszubildenden zur MFA des zweiten Ausbildungsjahres wieder in Bad Nauheim sein werden. Das Veranstaltungsformat erreicht die Basis der zukünftigen medizinischen Fachkräfte, die ebenso wichtig sind wie Medizinstudierende und alle anderen Berufsgruppen des Medizin- und Pflegewesens.

Informationen und Kontaktdaten:
http://www.mre-netz-mittelhessen.de

Dr. med. Martin Just
in Kooperation mit der
Carl-Oelemann-Schule

Vorstand der Carl-Oelemann-Schule mit Gästen und Dr. med. Hedwig Förster (1. Reihe, 5. von links).

20 Jahre Aids-Aufklärung an der Carl-Oelemann-Schule

Verabschiedung von Dr. med. Hedwig Förster

„Was bedeutet HIV, was ist AIDS, wie kann ich mich schützen"? Fragen, die Dr. med. Hedwig Förster in über 20 Jahren als ehrenamtliche Mitarbeiterin der Aids-Aufklärung Frankfurt mit Auszubildenden der Überbetrieblichen Ausbildung der Carl-Oelemann-Schule (COS) in den freiwilligen Vortragsabenden in der Grundstufe besprochen hat.

Nun gibt sie den Stab weiter an ihre Nachfolger in der Aids-Aufklärung. Im Rahmen der Sitzung des Vorstandes der COS im März bedankten sich der Vorstand, der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, sowie Vertreter des Vereins Aids-Aufklärung e. V. bei Hedwig Förster für ihre langjährige ehrenamtliche Tätigkeit. „Sie haben etwas ganz Besonderes geschaffen", betonte Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Vorsitzende des Vorstandes, in ihrer Rede und bedankte sich im Namen des Vorstandes für die wertvolle und engagierte Arbeit der Aufklärung von Auszubildenden zur/zum Medizinischen Fachangestellten zum Thema Aids. „Sie haben mit Ihren Vorträgen über 2.000 junge Menschen positiv für ein wichtiges Thema sensibilisiert, Ängste abgebaut und positiv beeinflusst."

Dr. med. Dagmar Charrier, Vorstandsvorsitzende des Vereins Aids-Aufklärung, dankte Dr. Förster für die vielen Jahre ihres Engagements und erinnert an die Hintergründe der Gründung des Vereins. Der Frankfurter Arzt Prof. Dr. med. Wolfgang Stille habe bereits früh vorausgesehen, dass Aids jeden betreffen kann – unabhängig der sexuellen Orientierung. Es war ihm deshalb wichtig, die Bevölkerung über Aids und den HI-Virus aufzuklären. Gemeinsam mit der Journalistin Helene Seidel und Prof. Dr. med. Eilke Brigitte Helm gründete er dafür im Jahr 1986 den Verein Aids-Aufklärung. Dr. Förster sei von Anfang an dabei gewesen und habe großartige Arbeit in der Prävention geleistet, hob Charrier hervor.

Silvia Happel, Schulleiterin der COS, freut sich, dass auch nach dem Weggang von Förster der Verein Aids-Aufklärung die Carl-Oelemann-Schule weiter mit Vortragsveranstaltungen zum Thema „Aids und sexuell übertragbare Infektionen" unterstützen wird. Dass es auch in Zukunft lebhafte und spannende Vortragsabende geben wird, haben Wolfgang Schmitz und Dr. med. Ulrike Hübner-Knapp, Mitarbeiter der Aids-Aufklärung, bereits unter Beweis gestellt.

„Wir leben von Vorbildern, und das sind Sie", sagte von Knoblauch zu Hatzbach in seiner Rede und bedankte sich ebenfalls herzlich bei Dr. Förster. Mit ihrer Arbeit sei sie eine große Stütze für die Ärzte gewesen, besonders auch im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Dr. Hedwig Förster erinnerte an ihre Anfänge in der Aidsaufklärung. Sehr berührt habe sie ihre Hospitation auf der Aidsstation, in der sie mit den unterschiedlichen Schicksalen der Patienten konfrontiert war. Über Aids aufzuklären sei ihr deshalb immer wichtig gewesen. Sehr gerne habe sie mit den Auszubildenden in der Carl-Oelemann-Schule über das Thema Aids gesprochen. Die Bereitschaft der jungen Menschen, nach einem langen Tag an der COS eine freiwillige Veranstaltung zu besuchen, habe sie immer wieder beeindruckt.

Gabriele Brüderle-Müller
Assistentin der COS-Schulleitung

Vortragsveranstaltungen an der COS

Die Carl-Oelemann-Schule bietet Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Überbetrieblichen Ausbildung in jeder Fachstufe einmal pro Woche eine Vortragsveranstaltung in den Abendstunden an. Der Besuch ist freiwillig.

- 1. Ausbildungsjahr: „Aids und STis"
- 2. Ausbildungsjahr: „„MRSA & Co – W(D)as geht es mich an?!"(siehe nebenstehender Artikel auf S. 416).
- 3. Ausbildungsjahr: Der Verband medizinischer Fachberufe bietet einen Infoabend über die Arbeit des Verbandes und rund um den Beruf an.

Leserbrief zum Editorial „Ist das neue Genfer Gelöbnis wirklich neu?“, Hessisches Ärzteblatt 02/2018, S. 75

Das Neue Genfer Gelöbnis – Persönliche Einwürfe

Einleitung

In der Ausgabe 02/2018 des Hessischen Ärzteblattes erschien im Wortlaut das neue Genfer Ärztegelöbnisses [1]. Der hessische Landesärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach benennt im kommentierenden Editorial [2] drei neu aufgenommenen Themenbereiche:

1. „Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.“
2. „Ich werde mein medizinisches Wissen zum Wohle der Patientin oder des Patienten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung teilen.“
3. „Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.“

Meine Reaktion auf die Lektüre war Skepsis, ob tatsächlich, wie behauptet, sich in diesem Text der gemeinsame Grundkonsens der Ärztinnen und Ärzte ausdrücke.

Patientenautonomie

Erstmals werde im Genfer Gelöbnis die Patientenautonomie betont, was für Ärztinnen eigentlich eine Selbstverständlichkeit sei. Dass diese seit jeher zentraler Bestandteil der Arzt-Patienten-Beziehung sei und insbesondere vor dem Erstarken ökonomischer Interessen besonders geschützt werden [3] müsse, ist jedoch nicht so.

Die ärztliche Tradition in der Folge des Hippokratischen Eides hatte stets ein paternalistisches Modell der Arzt-Patienten-Beziehung vor Augen. Als medizinischer Experte verstand sich der Arzt eingedenk des Unbedingtheitsanspruchs des ärztlichen Ethos als fürsorgender Helfer, der der Patientin die beste medizinische Maßnahme verordnet. Aufgrund der gesellschaftspolitischen Veränderungen der Moderne kann jedoch nicht mehr von einer einheitlichen Weltanschauung und einem einheitlichen Wertesystem ausgegangen werden. Die Ärzteschaft wurde im Umfeld der westlichen Demokratien gezwungen, einen neuen Stil in der Medizinethik und damit in der Arzt-Patienten-Beziehung einzuführen

Individualität ist die Voraussetzung für die Autonomie des Patienten. Dabei spielt es keine Rolle – so lesen wir es zum Beispiel bei Beate Rössler [4] –, woher die Überzeugungen und Wünsche des Individuums stammen. Entscheidend ist, dass es meine Wahl ist, dass ich entschieden habe, dass ich ggf. möglichst viel konsumieren will. Hierzu bedarf es der Identifikation des Individuums mit seinem Wunsch und der Authentizität, dass der Wunsch wirklich der meinige sei.

Autonomie bezieht sich auf die innere Willensstruktur des Individuums, nicht auf die gegebenen äußeren Strukturen der Genese individueller Wünsche. Damit die Patientenautonomie respektiert werden kann, bedarf es einer ausreichend großen Auswahlmöglichkeit unter Alternativen. Wo es keine Alternativen gibt, gibt es auch keine Patientenautonomie, es sei denn, Autonomie würde reduziert auf ein bloßes Abwehrrecht.

Würde des Patienten

Erstmals taucht im neuen Genfer Gelöbnis auch die zu respektierende Würde des Patienten auf. Wie bei Susanne Baer [5] nachzulesen, ist die Aufnahme des Würde-Begriffs in das Grundgesetz 1949 das Nie wieder des deutschen Verfassungsrechts eingedenk der nationalsozialistischen Greul.

Der Schutz der menschlichen Würde taucht erstmals in der europäischen Verfassungsgeschichte in den dreißiger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts in Irland, Portugal und Spanien auf. Dort, wo der Lebensvollzug nicht dem gängigen oder erwünschten kulturellen Verständnis von Würde entsprach, griff der Staat bevormundend ein. Vor allem ein starker Würde-Begriff steht in der Gefahr, kulturelle Tabus zu stützen, die auch geschlechtsspezifisch und damit machtpolitisch zu lesen sind.

So ist zum Beispiel der Würde-Begriff für Männer mit Ehre konnotiert und für Frauen mit Schamhaftigkeit. Könnte eine derartige Lesart nicht auch für das Genfer Gelöbnis gelten, das endet mit Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre?

Vielleicht lohnte sich die Lektüre des Leviathan von Thomas Hobbes [6], um zu begreifen, welche machtpolitischen Implikationen ein archaischer Begriff wie Ehre besitzt. Für mich folgt daraus, dass dort, wo ein starker Würde-Begriff als Trojanisches Pferd für aus einem starken Autonomie-Begriff abgeleitete Bevormundung dient, ich manche Handlungskonsequenzen nicht tolerieren, geschweige respektieren kann.

Grund- und Menschenrechte

Wie nun ist der Satz aus dem neuen Genfer Gelöbnis zu lesen: Ich werde selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten oder bürgerlichen Freiheiten anwenden? Hätten nicht die Menschenrechte gereicht? Warum mussten die bürgerlichen Freiheiten neu eingefügt werden, deren inhaltliche Ausformung zum Beispiel bei Jean-Jacques Rousseau [7] in dessen Gesellschaftsvertrag zu finden ist und vor allem das Recht auf Eigentum formuliert? Gemeint waren vielleicht die Bürgerrechte, die an die Staatsbürgerschaft geknüpft sind.

Die Menschenrechte sind Rechte, die jedem Menschen kraft Menschseins zustehen. Anders die Bürgerechte. Sie stehen den Menschen mit einer bestimmten Staatsbürgerschaft in einem bestimmten Staat zu und nur diesen im Verhältnis zu ihrem jeweiligen Staat.

Der auch für Ärzte in Deutschland gültige Würde-Begriff des Artikels 1 des Grundgesetzes bezieht sich auf jeden Menschen, was den leidenden Menschen, den kranken Menschen, eben jeden Menschen einschließt und darum sowohl für die Patientin als auch für die Ärztin gilt

Wissen

Der ganzheitliche – totalitäre – Grundton des neuen Genfer Gelöbnisses konkretisiert sich in der Aufforderung an die Ärztin, ihr medizinisches Wissen teilen zu sollen, was heißt, dass die Agenten des Gesundheitswesens den vollständigen Zugriff auf den Arzt, eine Art Gedankenpolizei des medizinischen Wissens betreiben. Von Wissenschaft ist hier nicht die Rede, es geht um Wissen, das nach Kant ein subjektiv und objektiv zureichendes Fürwahrhalten sei [8].

Die Institutionen, die für die Doktrinalisierung und die Operationalisierung des medizinischen Wissens zuständig sind, werden alles daran setzen, um die Kontrolle über das Wissen und die Wissenden zu behalten. Die hierzu notwendigen Hilfsmittel sind die Überwachung, die Kontrolle und die Prüfung. Bereits Immanuel Kant stellte diese Tradition des ärztlichen Berufes in Der Streit der Fakultäten dar [9].

Ärztinnen sind letztlich Werkzeuge der jeweils herrschenden Regierung. Unter der Aufsicht der medizinischen Fakultät dürfen sie von ihrem Können und Wissen öffentlichen Gebrauch machen. Ärztliches Wohlverhalten wird gut honoriert und Fehlverhalten als unärztlich verurteilt und verachtet, je nach der gerade gültigen Weltanschauung.

Deshalb sollte sich der Arzt vor allem an die geltende Medizinalordnung halten, was im neuen Genfer Gelöbnis Gute medizinische Praxis und Verbesserung der Gesundheitsversorgung genannt wird. Teil dieses machtinstrumentellen Zugriffes ist die neue Forderung der Selbstkontrolle des Arztes über seine Gesundheit und sein Wohlergehen. Im besten Sinne einer Schönen neuen Welt ist solche Selbstkontrolle moralische Pflicht, damit die Leistungsfähigkeit des Leistungserbringers keine Einbußen erfahren muss. Der Sprung von einer Gesundheitsutopie hin zu einer Gesundheitsdystopie ist dann nur eine Frage des weiteren Schrittes.

Schluss

Dass Patientenautonomie eigentlich eine Selbstverständlichkeit sei und insbesondere vor dem Erstarken ökonomischer Interessen besonders geschützt werden müsse, dass die Forderung nach geteiltem Wissen die Selbstverständlichkeit eines Kompetenzerhaltes sei, dass Ärzte auf ihre Gesundheit und ihr Wohlergehen achten sollten, damit Kolleginnen und Kollegen nicht Raubbau betreiben, können mich nicht überzeugen. Wir haben es hier mit einer Übermoralisierung zu tun, die aus taktischen Gründen im Kampf um begrenzte Ressourcen die Medikalisierung des Lebens (Ivan Illich) [10] betreibt.

Der erhobene Zeigefinger richtet sich üblicherweise gegen die Ökonomisierung der Medizin. Wie immer im Leben, so eindeutig ist Gut und Böse nicht zu scheiden. So wie ein Exkurs in die medizinische Ethik [11] für Gesundheitsökonomen sinnvoll ist, so ist ökonomische Literatur auch für Ärzte sinnvoll, um z.B. von Gary Becker zu lernen, wie Altruismus in ökonomischen Modellen berechenbar wird [12]. Die Frage der gerechten Verteilung der knappen Ressourcen für das Gesundheitswesen ist im Genfer Gelöbnis völlig ausgespart. Stattdessen wird einer liberalen Konsummedizin das Wort geredet, die aus der Durchschnittserfahrung des white middleaged able-bodied heterosexual men, als dem Exponenten der meritokratischen Funktionseliten – zu denen auch wir Ärztinnen gehören – , definiert wird.

Prof. Dr. med. Ralf Bickeböller
Frankfurt/Main
E-Mail: ralf-bickeboeller@t-online.de

Zu dem Leserbrief gibt es ein Literaturverzeichnis, das im Internet über die Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“, Ausgabe 06/2018 abrufbar ist.

Bernd Tersteegen-Preis & Georg Haas-Preis

Stifter: Verband Deutsche Nierenzentren (DN) e. V.

Bernd Tersteegen-Preis 2018

- Dotierung: 8.000 Euro
- Der Preis will die theoretische, vor allem aber die anwendungsorientierte Forschung zu aktuellen Themen der chronischen Niereninsuffizienz fördern sowie der Nierenersatztherapien.
- Bewerben können sich Mediziner, Naturwissenschaftler und Ingenieure, die auf den Gebieten Nierenerkrankungen und Nierenersatztherapie wissenschaftlich arbeiten.
- Eingereicht werden können Originalarbeiten (keine Dissertationen & Habilitationen), die innerhalb 2017/2018 publiziert worden oder noch unveröffentlicht sind.

Georg Haas-Preis 2018

- Dotierung: 2.600 Euro
- Doktorandenpreis im Fachgebiet Nephrologie: Dissertationen zum Gesamtspektrum der Urämie werden gefördert.
- Zugelassen sind ausschließlich Dissertationen, die innerhalb der Jahre 2017/2018 eingereicht wurden.

Sonderauszeichnung des Wissenschaftlichen Instituts für Nephrologie

Seit 2010 behält die Jury sich vor, herausragende Arbeiten mit übergeordnetem wissenschaftlichem Interesse mit einer unabhängigen „Sonderauszeichnung des Wissenschaftlichen Institutes für Nephrologie“ zu bedenken. Die Sonderauszeichnung ist mit 1.200 Euro dotiert.

Für beide Ausschreibungen gilt:

- **Einsendeschluss:** 17. Juli 2018 per E-Mail an: info@dnev.de
- **Informationen: www.dnev.de**

Zum Artikel: „Erinnerungen an die düsterste Epoche Deutschlands und der deutschen Kinderheilkunde – Dr. med. Felix Blumenfeld (1873–1942) aus Kassel" von Dr. med. Stephan Heinrich Nolte, HÄBL 04/2018, S. 256–258

Formulierungen mit Bedacht wählen

Für Ihren Artikel im Hessischen Ärzteblatt „Erinnerungen an die düsterste Epoche Deutschlands und der deutschen Kinderheilkunde Dr. med. Felix Blumenfeld (1873–1942) aus Kassel" möchte ich Ihnen danken. Ich habe ihn mit großem Interesse gelesen, da mich das Thema „Ärzte im Nationalsozialismus" schon lange beschäftigt. Mein Anliegen betrifft einen Satz im Abschnitt „Berufsverbot und Enteignung", in dem es heißt: „Am 25. Januar 1942 beging Felix Blumenfeld Selbstmord, um der Deportation zu entgehen und seine Frau vor weiteren Repressalien zu schützen."

Ich meine, diese Formulierungen werden der Situation von Felix Blumenfeld nicht gerecht, weil der Begriff „entgehen" leicht mit der Assoziation „einer Strafe entgehen" verknüpft werden kann. Durch die Verwendung des veralteten und meines Erachtens unzutreffenden Begriffes „Selbstmord" wird dieser Eindruck noch verstärkt. Während in dem Artikel das Schicksal von Felix Blumenfeld einfühlsam beleuchtet wird, wirkt dieser Satz wie aus der Perspektive eines unbeteiligten Schreibtischtäters. Nicht nur psychiatrische Kollegen lehnen den Begriff ab, weil dem Suizid bzw. der Selbsttötung unter anderem der Aspekt der Heimtücke fremd ist. Ich hoffe, mein Hinweis ist ein Anstoß zum Nachdenken.

Dr. med.
Annette Bänsch-Richter-Hansen
Wiesbaden

Erinnerungen an den Holocaust wachhalten

Vielen Dank an den Autor für den beeindruckenden und ausführlichen Beitrag über das Leben, Wirken und Schicksal des jüdischen Kinderarztes Dr. Blumenfeld. Es ist sehr wichtig und erschütternd zugleich, in Erinnerung zu halten, wozu das Land der „Dichter und Denker" fähig war und was dies für einzelne Menschen bedeutete.

Prof. Dr. med. Matthias Elzer
Hofheim am Taunus

Bücher

Gerd Geisslinger, Sabine Menzel: Wenn Arzneimittel wechselwirken

Wichtige Interaktionen erkennen und vermeiden. Wiss. Verlagsgesellschaft Stuttgart 2017, 132 S. € 24.80
ISBN (Print) 9783804737471
ISBN (E-Book) 9783804737853

Fünf oder mehr verordnete Medikamente sind bei Älteren und chronisch Kranken keine Seltenheit. In der Folge solch häufiger Polypharmazie lauern vielfältige Risiken durch pharmakodynamische und pharmokokinetische Interaktionen. Sie werden in standardisierten Fachinformationen und Interaktionsdatenbanken zwar beschrieben, sind aber im Praxis-Alltag nicht leicht im Blick zu halten. Das Warndilemma, die „alert fatigue", kann wegen der Vielfalt möglicher Probleme dabei zu riskanter Desensibilisierung des Arztes gegenüber möglichen „Gefährdern" im Verordnungsalltag führen. Also ohne Navi durch den dunklen Wald der Interaktionen fahren? Dem wollen die Autoren durch ihr leicht verständliches, gut gegliedertes und sehr gut gestaltete Taschenbuch entgegen wirken.

Häufige Interaktionen wie zum Beispiel bei Antiarrhythmika, Antidepressiva, Schmerzmitteln, NSAID, Statine, oder Antikoagulanzien werden exemplarisch besprochen. Es gibt prägnante Tabellen dazu, immer auch mit klinischen Bezügen, es werden Alternativen und No-Go's benannt. Metabolische Interaktionen im Dschungel der vielfältig möglichen CYP-Enzymhemmungen sind gut erklärt und übersichtlich gelistet.

Man kann das Wichtigste auch einmal schnell nachsehen, da viele Alltagsfälle angesprochen werden: Wie geht das, bei akuten Schmerzen Ibuprofen einem Patienten unter Dauerbehandlung mit Thrombozytenaggregationshemmern zusätzlich zu geben? Welche Antibiotika kann ich einem Patienten unter Antidepressiva problemlos verordnen? Was hat das mit neu aufgetretenen, heftigen Muskelschmerzen auf sich, wenn ein beleibter Dauerpatient mit Hypertonie, Hypercholesterinämie und Refluxbeschwerden zusätzlich eine Tripel-Eradikationstherapie wegen Helicobacter-pylori-Befall bekommt? Derartige Fallbeispiele zum Selbsttest und eine kommentierte Zusammenstellung typischer Interaktionspärchen runden das Taschenbuch ab. Es sollte im Sprechzimmer möglichst griffbereit neben dem Rezeptblock stehen.

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

Literatur zum Leserbrief:

Das Neue Genfer Gelöbnis – Persönliche Einwürfe

von Prof. Dr. med. Ralf Bickeböller

[1] Weltärztebund: Das ärztliche Gelöbnis. Deklaration von Genf in der revidierten Fassung der 68. Generalversammlung des Weltärztebundes, Chicago, Vereinigte Staaten von Amerika, Oktober 2017. Hessisches Ärzteblatt 2018; 79:86

[2] von Knoblauch zu Hatzbach G: Editorial – Ist das neue Genfer Gelöbnis wirklich neu. Hessisches Ärzteblatt 2018; 79:75

[3] von Knoblauch zu Hatzbach G zitiert von Schlitt R: Orientierung geben. Deutsches Ärzteblatt 2018; 115:A 12

[4] Rössler B: Autonomie. Ein Versuch über das gelungene Leben. Berlin: Suhrkamp 2017

[5] Baer S: Menschenwürde zwischen Recht, Prinzip und Referenz. Deutsche Zeitschrift für Philosophie 2005; 53: 571–588

[6] Hobbes T: Leviathan. Stuttgart: Reclam 1970; 79–89

[7] Rousseau JJ: Gesellschaftsvertrag. Stuttgart: Reclam 1977; 22

[8] Kant I: Kritik der reinen Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1977; 688, A 822

[9] Kant I: Der Streit der Fakultäten. Hamburg: Felix Meiner 2005; 109–132

[10] Illich I: Die Nemesis der Medizin. München: C.H. Beck 1995

[11] von Knoblauch zu Hatzbach G: Reden ist Silber, Zuhören ist Gold. Hessisches Ärzteblatt 2018; 79:215

[12] Becker G: Ökonomische Erklärung menschlichen Verhaltens. Tübingen: J.C.B.

„Prof. Ethik“ feiert seinen 60. Geburtstag

Gratulation für Prof. Dr. med. Sebastian Harder

Prof. Dr. med. Sebastian Harder

Am 16. Mai 2018 feierte Prof. Dr. med. Sebastian Harder, Vorsitzender der Ethikkommission bei der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und Vorsitzender der Ethikkommission des Fachbereichs Medizin der Goethe Universität Frankfurt, seinen 60. Geburtstag. Harder, Klinischer Pharmakologe mit breiter wissenschaftlicher Expertise, studierte an der Goethe Universität in Frankfurt Humanmedizin. Nach Promotion und Habilitation hat er dort seit 2001 eine außerplanmäßige Professur inne. Daneben verfolgt er unter anderem Tätigkeiten als langjähriger Vorsitzender der Arzneimittelkommission am Universitätsklinikum Frankfurt, 2. Vorsitzender der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie sowie Mitglied im Sachverständigenrat der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer.

Und dann kommt da noch seine Tätigkeit als „Professor Ethik“als Vorsitzender zweier Ethikkommissionen: seit 2004 am Fachbereich Medizin der Goethe Universität und seit 2005 bei der LÄKH. Die Arbeit in der Ethikkommission ist vielfach geprägt von sachlichen Zwängen, die für viele ziemlich „dröge“ daher kommen. Entscheidend ist es, und das repräsentiert Professor Harder während jeder Sitzung, wissenschaftliche Forschung möglich zu machen, pragmatische Ansätze zu finden und nicht das Forschungsprojekt vor lauter regulatorischen Gegebenheiten aus den Augen zu verlieren. Das gilt für Medizinprodukte, arzneimittelrechtliche und berufsrechtliche Beratungsvorgänge gleichermaßen. In diesem strengen Korsett ist er immer Mensch geblieben und macht die Beratungsvorgänge für alle Beteiligten – inklusive der Rapporteure – zu einem angenehmen und stets lehrreichen Erlebnis. Wir wünschen unserem lieben Kollegen und Freund auf diesem Weg alles Gute und gratulieren ganz herzlich, auch zu seiner erfolgreichen Tätigkeit. Für die kommenden Jahre Gesundheit, Freude und die nötige Energie, die vielfältigen Aufgaben weiterhin so erfolgreich und gelassen zu meistern.

PD Dr. med. Jochen Graff
Prof. Dr. med. Hansjürgen Bratzke

70 Jahre und kein bisschen leise…

Zum runden Geburtstag von Dr. med. Thomas Klippstein

In Fulda geboren, studierte Dr. med. Thomas Klippstein Medizin in Frankfurt und Freiburg, promovierte 1975. Von 1976–1983 erwarb er den Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie an der Universitätsklinik Frankfurt/Main. Sein Schwerpunkt lag auf der Erforschung und Behandlung solider Tumoren. Ebenfalls beschäftigte er sich mit der chromosomalen Veränderung hämatologischer Systemerkrankungen – angesichts der heutigen Entwicklung damals schon wegweisend. 1984 trat Klippstein in das onkologische Centrum für Hämatologie und Onkologie am Bethanien-Krankenhaus ein – damals die erste Einrichtung in Deutschland, die Hämatologie- und Onkologiebehandlungen ambulant durchführte.

Thomas Klippstein war in zahlreichen Ausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, seit 1994 ist er Mitglied

Dr. med. Thomas Klippstein

des Gebührenordnungsausschusses der Landesärztekammer Hessen (LÄKH). Dessen Vorsitz übt er ununterbrochen seit Oktober 2000 aus. Er leitet den Ausschuss hochkompetent, dynamisch, eloquent und mit dem ihm eigenen Humor. Dabei gelingt ihm der Spagat zwischen der Unzufriedenheit der Patienten und der Ärzte angesichts einer hoffnungslos überalterten Gebührenordnung für Ärzte. Thomas Klippstein hat dieses Amt geprägt. Dies hat ihm die Anerkennung zahlreicher Präsidien der LÄKH eingetragen. Vielseitig kulturell interessiert und stets gut informiert, insbesondere in der Berufspolitik, hat er auch für Menschliches stets ein offenes Ohr. So geraten die Sitzungen bei ernsthafter Auseinandersetzung mit der komplizierten Materie durchaus humorvoll, mit Schwung und Augenzwinkern. Schwung – dieser haftet ihm besonders an, lässt ihn nicht zur Ruhe kommen. Mögen ihn diese seine Persönlichkeit auszeichnende Dynamik und der Humor nicht verlassen.

Am 17. Juni wird Thomas Klippstein 70 Jahre alt – unsere herzlichsten Glückwünsche begleiten dich, lieber Thomas.

Prof. Dr. med. Ulrich Finke
stellv. Vorsitzender des
Gebührenordnungsausschusses der LÄKH

Prof. Dr. med. Sebastian Wutzler (links) und Prof. Dr. med. Klaus Wenda (rechts).

Der langjährige Leiter der Klinik für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie an den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken, **Prof. Dr. med. Klaus Wenda**, ist Ende 2017 in den Ruhestand gegangen. Er übergab den Staffelstab an **Prof. Dr. med. Sebastian Wutzler** (40). Wenda war 22 Jahre Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie. Zuvor arbeitete er an der Universitätsklinik Mainz. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte umfassten die Vermeidung von Komplikationen bei unfallchirurgischen und orthopädischen Operationen und die Knochenheilung. Für die Entdeckung der Embolisation bei unfallchirurgischen Operationen erhielt er den Gerhard Küntscher Preis. Unter seiner Leitung wurde die Klinik, in der insgesamt 18 Ärzte tätig sind, als überregionales Traumazentrum zertifiziert. Wutzler war zuvor leitender Oberarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Frankfurt. Seine klinischen Schwerpunkte sind die Versorgung von Schwerverletzten, kindliche Verletzungen, Wirbelsäulenverletzungen, komplexe Gelenkchirurgie sowie die Versorgung von Brüchen und Lockerungen von Hüft- und Knieprothesen. Seit 2009 fungiert er als Sekretär und Mitorganisator der drei regionalen und des überregionalen hessischen Traumanetzwerks.

Prof. Dr. med. Holger Poppert, MHBA, (Foto) ist neuer Direktor der Klinik für Neurologie an den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden. Er folgt auf **Prof. Dr. med. Oliver Singer**, der im vergangenen Jahr die Klinik verließ, um andere berufliche Wege einzuschlagen. Der 47-jährige Poppert wechselt vom Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, an der er zuletzt als Oberarzt der Neurologischen Klinik tätig war und die dortige Schlaganfall-Einheit leitete. Er will den Schwerpunkt Schlaganfall an den HSK weiter ausbauen, unter anderem mit der Einführung eines IT-Moduls zur Unterstützung der Schlaganfallbehandlung, sowie neue Bereiche ansiedeln wie zum Beispiel die stationäre Versorgung von Bewegungsstörungen.

Prof. Dr. med. Christoph Hermann Theodor Mulert (Foto) hat den Ruf auf die W3-Professur für Psychiatrie am Universitätsklinikum Gießen als Nachfolger des in den Ruhestand wechselnden **Prof. Dr. med. Bernd Gallhofer** angenommen. Mulert war zuvor als W2-Professor an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Uniklinikums Hamburg-Eppendorf tätig.

Prof. Dr. med. Tobias Struffert (47) ist vom Universitätsklinikum Erlangen nach Gießen gewechselt, wo er die Vertretung der Professur für Neuroradiologie der Justus-Liebig-Universität Gießen und die kommissarische klinische Leitung der Abteilung Neuroradiologie am Universitätsklinikum Gießen übernommen hat. Er ist Facharzt für diagnostische Radiologie und Neuroradiologie. 2013 erhielt er den Kurt-Decker-Preis der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie.

Prof. Dr. med. Dietmar Lorenz (63), seit 2014 Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Sana Klinikum Offenbach, ist als neuer Direktor der Chirurgischen Klinik I – Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie ans Klinikum Darmstadt gewechselt. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen in der Onkologie des oberen Gastrointestinal-Traktes, in minimalinvasiven OP bei onkologischen Erkrankungen, in der Fortentwicklung der Viszeralmedizin zusammen mit der Gastroenterologie und in multiviszeralen Resektionen gemeinsam mit der gynäkologischen Onkologie.

Prof. Dr. med. Andrea May (Foto) ist seit April neue Chefärztin der Medizinischen Klinik II/IV am Sana Klinikum Offenbach und übernimmt damit die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Christian Ell**, der diese Klinik vier Jahre lang geleitet hat. Die 52-Jährige ist Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie. Ihre klinischen und wissenschaftlichen Spezialgebiete sind die diagnostische und interventionelle Endoskopie im oberen Gastrointestinaltrakt und Dünndarm sowie die endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) am chirurgisch veränderten Gastrointestinaltrakt.

Dr. med. Michael Pauthner (Foto) ist neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Sana Klinikum Offenbach. Er arbeitet bereits seit 2014 am Sana Klinikum, zuletzt als Leitender Oberarzt unter seinem Vorgänger **Prof. Dr. med. Dietmar Lorenz** (siehe weitere Personalia-Meldung auf dieser Seite). Pauthner möchte die erfolgreiche Entwicklung der Abteilung weiterführen. Das bestehende zertifizierte Darmzentrum ist ein wichtiger Teil der Abteilung, daneben plant der Chefarzt den weiteren Ausbau des Bereiches Refluxchirurgie bei Sodbrennen und Zwerchfellbruch. Zu seinen wichtigen Anliegen gehört auch die Fortführung der erfolgreichen Kooperation mit der gastroenterologischen Klinik im Viszeralmedizinischen Referenzzentrum am Sana Klinikum Offenbach.

Foto: Uniklinikum Frankfurt

Prof. Dr. med. Anton Moritz, seit 1995 Direktor der Klinik für Thorax-, Herz- und thorakale Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt/M., wurde kürzlich mit einem Symposium ihm zu Ehren in den Ruhestand verabschiedet. Moritz hat die Herz- und Thoraxchirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt über mehr als zwei Dekaden geprägt. In diesem Zeitraum wurden, so heißt es seitens der Uniklinik, viele Patienten mit komplexen Erkrankungen des Herzens und der Lunge erfolgreich versorgt, zahlreiche Kolleginnen und Kollegen ausgebildet sowie moderne Therapieansätze nach experimenteller Bewertung in die klinische Therapie integriert.

Die Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf-Hals-Chirurgie und Plastische Operationen am St. Elisabethen-Krankenhaus steht seit Februar unter der neuen Leitung von Chefarzt **PD Dr. med. Balazs B. Lörincz, Ph. D.** Lörincz stammt aus Ungarn und studierte dort. Der 43-Jährige hat seine Facharztausbildung für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde an der Uni-Klinik Bergen (Norwegen) bei Prof. Jan Oloffson abgeschlossen. Seit 2010 war Lörincz in Hamburg tätig – zunächst am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, anschließend an der Asklepios-Klinik in Hamburg Altona als leitender Arzt. Er erlangte dort die Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen". Am UKE ist es ihm gelungen, die transorale, roboterassistierte Chirurgie als Alleinstellungsmerkmal im Großraum Hamburg zu etablieren. An der Asklepios-Klinik konnte er seine Tätigkeit in diesem minimalinvasiven Operationsverfahren weiter ausbauen.

Foto: Dagmar Claussen

Foto: Maik Reuß/Klinikum Höchst

PD Dr. med. Hendrik Manner (Foto) hat die Leitung der Klinik für Gastroenterologie, Diabetologie, Infektiologie und Allgemeine Innere Medizin am Klinikum Frankfurt Höchst übernommen. Der 44-Jährige ist international anerkannter Experte für die endoskopische Diagnostik und Therapie bei Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes. Sein Vorgänger **Prof. Dr. med. Klaus Haag**, der die Klinik mit großem Renommee über 20 Jahre leitete, verabschiedete sich zum Jahreswechsel in den Ruhestand.

Foto: Helios HSK Wiesbaden

Dr. med. Daniel Stanze ist seit 1. März neuer Leiter der Palliativmedizin an den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden ist. Er folgt auf Dr. med. Bernd Wagner, der die Palliativmedizin rund vier Jahre lang leitete.

Foto: Bernd Roselieb

Der Chefarzt der Frauenklinik des Bürgerhospitals Frankfurt, **PD Dr. med. Franz Bahlmann**, wurde zum außerplanmäßigen Professor ernannt. Die Goethe-Universität Frankfurt würdigt damit sein Engagement in Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Geburtshilfe und Pränatalmedizin. Seit 2004 Chefarzt am Bürgerhospital, hat er die dortige Frauenklinik als Hessens geburtenstärkste Klinik etabliert, spezialisiert nicht nur auf Risikoschwangerschaften, sondern auch auf Mehrlingsgeburten. Im Jahr 2017 freuten sich der Chefarzt und sein Team über 222 Zwillings- und elf Drillingsgeburten.

Einsendungen für diese Rubrik an:
isolde.asbeck@laekh.de

Prof. Dr. med. Jürgen Dippell: 50 Jahre Kinderarzt in Frankfurt

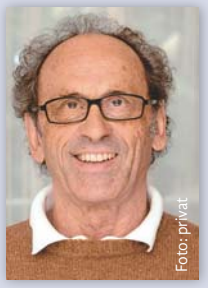


Foto: privat

Am 20. Juni 2018 feiert Prof. Dr. med Jürgen Dippell seinen 80. Geburtstag. Er blickt dann auf eine fast fünfzigjährige Tätigkeit als Kinderarzt zurück. Ab 1969 an der Universitätskinderklinik Frankfurt 13 Jahre lang tätig, erreichte er dort neben dem Facharzt für Kinderheilkunde mit Spezialisierung in Kindernephrologie auch die Habilitation und Lehrbefugnis in seinem Fach. 1982 übernahm er als ärztlicher Direktor das Clementine Kinder-Krankenhaus in Frankfurt. 1983 wurde dort eine Kinderdialyse eröffnet, 2018 kann das 35-jährige Bestehen gefeiert werden. Das ehemals kleine Stadtteilkrankenhaus wurde unter seiner Leitung erweitert. Die Etablierung einer psychosomatischen Abteilung mit stationärer und ambulanter Versorgung war für ein allgemeinpädiatrisches Krankenhaus seinerzeit ein Novum und wegweisend – auch für die Weiterbildung der angehenden Pädiaterinnen und Pädiater. Weitere Subspezialitäten wie die pädiatrische Pneumologie, Rheumatologie und Neurologie folgten. In enger Zusammenarbeit mit dem Bürgerhospital wurde dort im Jahr 2001 eine Neugeborenen-Intensivstation eröffnet. Auch die Ansiedlung eines sozialpädiatrischen Zentrums in einem Neubau an der Theobald-Christ-Straße gehört zu Dippells Projekten. 2003 verließ er das Hospital – nicht in den Ruhestand, sondern um als niedergelassener Kinderarzt zu arbeiten. In seiner Praxis im Frankfurter Nordend arbeitet er seit 15 Jahren als Kindernephrologe und vertritt Kollegen in der Gemeinschaftspraxis auch als Allgemeinpädiater. Mittlerweile hat Dippell außerdem sein Studium der Philosophie abgeschlossen. Die ihm eigene körperliche und intellektuelle Spannkraft möge ihn noch viele intensiv gelebte Jahre begleiten.

Barbara Mühlfeld

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Der Deutsche Ärztinnenbund Regionalgruppe Gießen lädt ein:

„Wie schlagen Frauenherzen heute und andere Herzensangelegenheiten“

Wissenschaftliche Würdigung des Lebenswerkes von Prof. Dr. med. Ingeborg Siegfried anlässlich ihres 90. Geburtstags.

Termin: Sa., 9. Juni 2018, 10 bis 13 Uhr
Ort: Medizinisches Lehrzentrum Raum 1, Alte Chirurgie, Klinikstr. 29, Gießen
Begrüßung: Dr. med. Eva-Maria Becker, Vorstand Deutsche Ärztinnenbund, (DÄB), Regionalgruppe Gießen
Vortrag:

- Dr. med. Astrid Most, Leitung Chest-Pain-Unit, Oberärztin der Medizinischen Klinik I, Innere Medizin/Kardiologie, Universitätsklinik Gießen – „Frauenherzen 2018“
- Dr. med. Friederike M. Perl, DRCOG, Fachärztin für Gynäkologie, Stuttgart – „Das Herz in der Schwangerschaft“

Grußwort: Dr. med. Hans-Martin Hübner, Vorsitzender BezÄK Gießen

Statements von Referentinnen und Teilnehmerinnen Kongress 1999:

- Dr. med. Carmen Brosig
- Dr. med. Jutta Leib-Ehlicker
- Dr. med. Inge Mootz
- u. a.

Schlusswort:
Prof. Dr. med. Ingeborg Siegfried

Moderation: Dr. med. Brigitte Ende, DÄB Regionalgruppe Gießen

Musikalische Umrahmung:
Musikschule Busecker Tal
Ausklang in geselliger Runde im Foyer

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060053566 ausgestellt am 04.04.2018 für Prof. Dr. med. Yalcin Cetin, Hannover

Arztausweis-Nr. 060032750 ausgestellt am 27.02.2014 für Prof. Dr. med. Martin Deichmann, Gelnhausen

Arztausweis-Nr. 060052902 ausgestellt am 22.02.2018 für Asimakis Gkremoutis, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060038221 ausgestellt am 22.04.2015 für Dr. med. Sharifa Latif, Hochheim

Arztausweis-Nr. 060053573 ausgestellt am 05.04.2018 für Prof. Dr. med. Markus Lengsfeld, Eltville

Arztausweis-Nr. 060050869 ausgestellt am 07.11.2017 für Dr. med. Lothar Matzanke, Seligenstadt

Arztausweis-Nr. 060033227 ausgestellt am 07.04.2014 für Dr. med. Konstantin Meyer, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060045849 ausgestellt am 30.11.2016 für Dr. med. Jörg Mitze, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060029540 ausgestellt am 12.04.2013 für M.B.Ch.B./Univ. Bagdad Martin Naisan, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060032815 ausgestellt am 05.03.2014 für Ivana Pavlovic, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060033294 ausgestellt am 14.04.2014 für Dr. med. Cornelia Ries, Eltville

Arztausweis-Nr. 060044543 ausgestellt am 29.08.2016 für Giovanni Visciani, Weimar

Broschüre „HIV früh erkennen – Aids vermeiden“

Mehr als 50.000 Praxen in Deutschland bekommen jetzt die Broschüre „HIV früh erkennen – Aids vermeiden“ der Kampagne „Kein Aids für alle!“ zugeschickt. Sie soll Ärztinnen und Ärzten helfen zu erkennen, wann ein HIV-Test angebracht ist und diesen Patienten möglichst frühzeitig anzubieten. Der Grund: Jedes Jahr erkranken in Deutschland mehr als 1.000 Menschen an Aids oder einem schweren Immundefekt, weil sie nichts von ihrer HIV-Infektion wissen und deswegen nicht behandelt werden können. Oft haben sie vorher mit vielfältigen Symptomen, die auf einen Immundefekt hinweisen, Praxen besucht, ohne dass ein HIV-Test durchgeführt wurde. Rund 12.700 Menschen leben in Deutschland nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts unwissentlich mit HIV – teilweise schon viele Jahre. Ihnen droht eine vermeidbare Aids-Erkrankung, während eine Behandlung ihnen ein langes und weitgehend normales Leben ermöglichen würde.

Die Broschüre beinhaltet Informationen zu Ursachen für Spätdiagnosen, Erkennen von Indikatorerkrankungen, Tipps zur Gesprächsführung rund um Sexualität und sexuell übertragbare Infektionen, Hinweise auf Testverfahren und Abrechnungsmöglichkeiten und zum Vorgehen bei positivem Testergebnis. Sie kann im Internet kostenfrei heruntergeladen werden unter dem Link: https://www.aidshilfe.de/shop/hiv-fruh-erkennen-aids-vermeiden. Der QR-Code für Smartphones führt direkt dorthin.

www.aidshilfe.de/shop/hiv-fruh-erkennen-aids-vermeiden

Goldenes Doktorjubiläum

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Bezirksärztekammer Gießen

Bezirksärztekammer Marburg

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

Bezirksärztekammer Kassel

Wir gedenken der Verstorbenen

„Ärzte ohne Grenzen“ stellen Arbeit vor

Sie interessieren sich für die Arbeit von Ärzte ohne Grenzen und möchten mehr erfahren? Ärzte ohne Grenzen lädt alle Interessierten zu einem Informationsabend ein. Ein Projektmitarbeiter oder eine Projektmitarbeiterin stellt die Organisation vor, zeigt die Möglichkeiten der Mitarbeit auf und berichtet von persönlichen Erfahrungen. Anschließend werden die Fragen der Teilnehmenden beantwortet. Für die Projekte werden Ärzte, Chirurgen, Anästhesisten, Gynäkologen, Hebammen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Operationspfleger, medizinische Laborant, Epidemiologen, Psychologen, Psychiater, Apotheker und technisch und handwerklich begabte „Allrounder“ als Logistiker sowie Personalkoordinator und Finanzfachkräfte gesucht. Für Studenten ist die Veranstaltung im Hinblick auf die Berufsplanung interessant. Die Teilnahme ist kostenlos, eine Anmeldung ist nicht nötig!

- **Universitätsklinikum Frankfurt**
  am 21. Juni 2018 um 19 Uhr
  Haus 22, Seminarraum 1
  Theodor-Stern-Kai 7
  60590 Frankfurt (Main)
- **Klinikum Kassel**
  am 12. Juli 2018 um 19 Uhr
  Haus E – Eingangsgebäude,
  Ebene 8 – Konferenzebene, Raum 3
  Mönchebergstr. 41–43
  34125 Kassel

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Wichtige Ausbildungsbestimmungen

Zum Beginn des neuen Ausbildungsjahres macht die Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte der Landesärztekammer Hessen auf wichtige Ausbildungsbestimmungen aufmerksam, zum Beispiel:

- Verbundausbildung
- Wichtige gesetzliche Bestimmungen, zum Beispiel Berufsbildungsgesetz (BBiG) und Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)
- Probezeit
- Teilnahme an Prüfungen
- Freistellungen
- Kostenübernahmen
- Vertragliche Bestimmungen (zum Beispiel Gehalts- und Manteltarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen, Berufsausbildungsvertrag)
- Betriebliche Altersvorsorge und Entgeltumwandlung

Diese Information „Ausbildungsbestimmungen" kann im Internet unter: www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/vorschriften-und-vertraege/ abgerufen werden. Nebenstehender QR-Code Nr. 1 führt via Smartphone direkt dorthin.

Externenprüfung für angehende Medizinische Fachangestellte

Der Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf gilt als „Mindestvoraussetzung" für einen erfolgreichen Berufseinstieg und ein stabiles Beschäftigungsverhältnis. Ohne Ausbildungsabschluss gibt es kaum noch Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Die Abteilung Ausbildungswesen macht deshalb darauf aufmerksam, dass nach § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz auch Kandidaten zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte zugelassen werden können, die keine dreijährige Vollzeitausbildung im dualen System durchlaufen haben. Weitere Informationen zur „Externenprüfung" können im Internet unter www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Pruefungen/Erwerb_Abschluss_MFA_Externenpruefung.pdf/ abgerufen werden. Nebenstehender QR-Code Nr. 2 führt via Smartphone direkt dorthin.

QR-Code Nr. 1: Ausbildungsbestimmungen

QR-Code Nr. 2: Externenprüfung

Büchertipps von Lesern für Leser

Liebe Leserinnen und Leser,
vielleicht gibt es unter den zahlreichen Neuerscheinungen jedes Jahr den ein oder anderen Titel, den Sie weiterempfehlen wollen. Sie sind herzlich eingeladen, dies in Form eines kurzen Buchtipps an die Redaktion weiterzugeben.
E-Mail: haebl@laekh.de

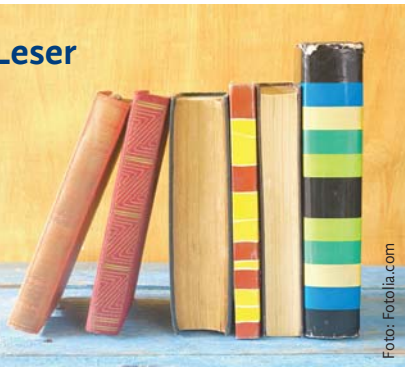


Foto: Fotolia.com

Geburtstage

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Ehrungen MFA/ Arzthelferinnen

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. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg

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

Verkauf Industrie Medizin

Gebiet Nord: Miriam Fege, Tel. +49 4175 4006499,
Mobil +49 172 5792180, fege@aerzteverlag.de

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

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

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

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

Layout: Urszula Bartoszek

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. 4, gültig ab 01.01.2018

Auflage Lt. IVW 1. Quartal 2018:
Druckauflage: 37.233 Ex.; Verbreitete Auflage: 36.914 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.

79. 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

LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
- Geschäftsstelle -

Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen auf der Grundlage des Bedarfsplans 2017 mit dem Arztstand 01.03.2018 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das HMSI

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 12. April 2018 unter zu Grunde Legung des Arztstandes 01.10.2017 folgende Beschlüsse gefasst:

I. Es wird festgestellt, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in den in den Tabellen 1 bis 4 jeweils dargestellten Versorgungsebenen in den mit ÜV gekennzeichneten Planungsbereichen und Fachgruppen eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt.

II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für diese Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.

III. Bei den Planungsbereichen und Fachgruppen, in denen gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 26 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zulassungen erfolgen dürfen, ist die Anzahl der freien Sitze in den Tabellen 1 bis 4 ausgewiesen.

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind bis zum 16.07.2018 an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapie, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt, zu senden.

Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit).

► siehe Anlage 1 bis 4

Redaktioneller Hinweis:
Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 12. April 2018 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte/Psychotherapie diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten/Psychotherapeuten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder dem für den Niederlassungsort zuständigen KVH-BeratungsCenter über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

Matthias Mann
Rechtsanwalt
Vorsitzender des Landesausschusses

Anlage 1

HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

Beschluss Landesausschuss 12.04.2018
Arztbestand 01.03.2018

PLANUNGSBEREICH	Hausärzte	PLANUNGSBEREICH	Hausärzte
Allendorf (Eder)/Battenberg	4,00	Hofgeismar	3,00
Alsfeld	2,00	Homberg (Efze)	1,00
Bad Arolsen	ÜV	Hünfeld	ÜV
Bad Hersfeld	ÜV	Idstein	9,50
Bad Homburg/Oberursel/Friedrichsdorf	0,50	Kassel-Nord	ÜV
Bad Orb	ÜV	Kassel-Stadt	ÜV
Bad Schwalbach	ÜV	Kassel-Süd	4,50
Bad Wildungen	ÜV	Kirchhain	1,00
Bebra/Rotenburg a.d.Fulda	1,00	Königstein/Kronberg/Schwalbach/ Bad Soden/Eschborn	ÜV
Bensheim/Heppenheim	4,00	Korbach	1,50
Biedenkopf	5,50	Lampertheim/Viernheim	7,00
Borken (Hessen)	2,00	Lauterbach	ÜV
Büdingen	4,50	Lich/Hungen/Reiskirchen	4,00
Butzbach	0,50	Limburg	7,50
Darmstadt	2,00	Marburg	ÜV
Dieburg/Groß-Umstadt	20,00	Melsungen	0,50
Eltville	ÜV	Michelstadt	5,00
Erbach	3,50	Neu-Isenburg/Dreieich/ Langen	5,50
Eschwege	3,50	Nidda	ÜV
Frankenberg (Eder)	1,00	Offenbach	ÜV
Frankfurt	ÜV	Rüdesheim/Geisenheim	ÜV
Friedberg/Bad Nauheim	1,50	Rüsselsheim	16,50
Fritzlar	ÜV	Schlüchtern	ÜV
Fulda	ÜV	Schwalmstadt	ÜV
Gelnhausen	1,50	Seligenstadt	ÜV
Giessen	ÜV	Sontra	3,50
Gladenbach	ÜV	Stadtallendorf	2,50
Groß-Gerau	8,50	Taunusstein	1,00
Grünberg/Laubach	ÜV	Usingen	3,00
Haiger/Dillenburg	1,00	Wächtersbach/Bad Soden-Salmünster	3,50
Hanau	5,00	Weilburg	ÜV
Hattersheim/Hofheim/Kelkheim	2,00	Wetzlar	ÜV
Herborn	0,50	Wiesbaden	ÜV
Heringen (Werra)	ÜV	Witzenhausen	ÜV
Hessisch Lichtenau	ÜV	Wolfhagen	1,00
Heusenstamm/Rödermark/Rodgau/Dietzenbach/Obertshausen	16,50		
Hochheim/Flörsheim	ÜV		

ÜV - Überversorgung
Versorgungsgrad 100 bis 110 %
Versorgungsgrad unter 100 %
drohende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Anlage 2

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

Beschluss Landesausschuss 12.04.2018
Arztbestand 01.03.2018

PLANUNGSBEREICH	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Urologen	Psychothera-peuten	freie Arztsitze gesamt
Darmstadt, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Frankfurt am Main, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Offenbach am Main, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00
Wiesbaden, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Kreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Landkreis Darmstadt-Dieburg	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Kreis Groß-Gerau	ÜV	ÜV	0,50	0,50	1,00	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	3,00
Hochtaunuskreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Main-Kinzig-Kreis	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,5**	2,00
Main-Taunus-Kreis	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	1,00
Odenwaldkreis	2,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	3,00
Landkreis Offenbach	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Rheingau-Taunus-Kreis	3,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	3,00
Wetteraukreis	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,5**	1,50
Landkreis Gießen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00
Kreis Limburg-Weilburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Landkreis Marburg-Biedenkopf	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Vogelsbergkreis	0,50	ÜV	1,50	0,50	1,00	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	0,5**	5,00
Kassel, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Stadt und Landkreis Fulda	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,5**	0,50
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	ÜV	ÜV	ÜV	1,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,50
Landkreis Kassel	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Schwalm-Eder-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	1,50
Landkreis Waldeck-Frankenberg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,0**	1,00
Landkreis Werra-Meißner	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	1,00	0,5**	3,00
freie Arztsitze gesamt	8,50	0,50	2,50	3,50	3,00	1,50	4,00	0,00	1,50	0,00	29,50

ÜV Überversorgung
* geöffnet für KJP
** geöffnet für ÄPT

Versorgungsgrad 100 bis 110 %
Versorgungsgrad unter 100 %
drohende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Anlage 3

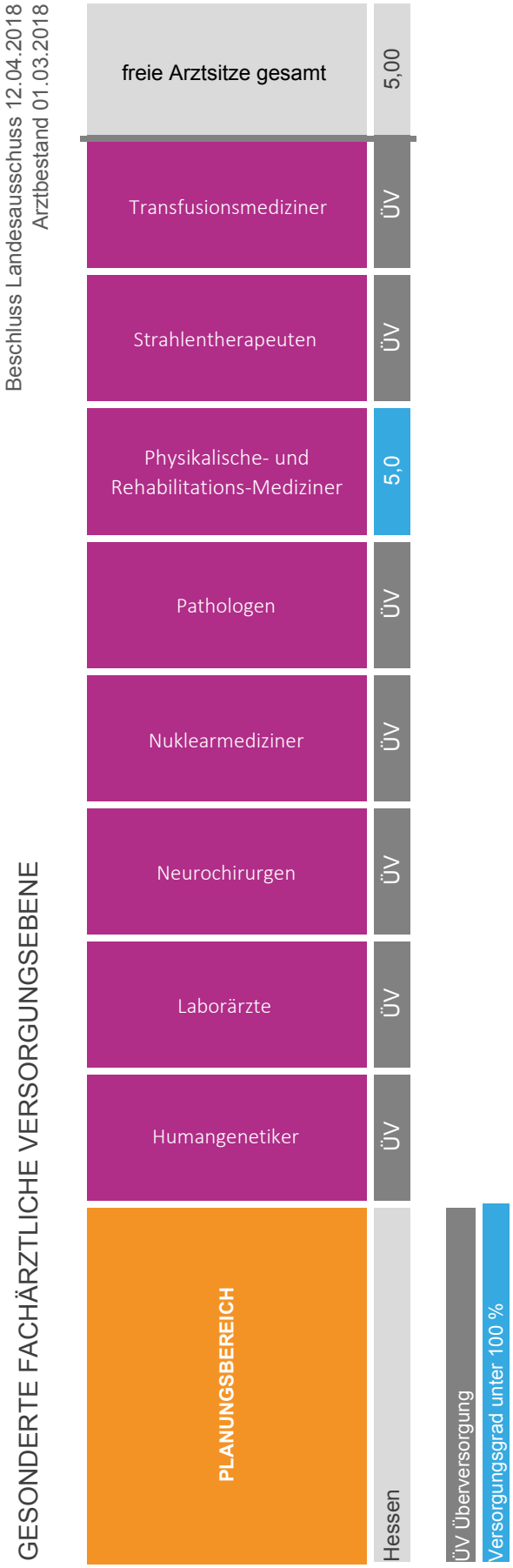
SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

Beschluss Landesausschuss 12.04.2018
Arztbestand 01.03.2018

Planungsbereich	Anästhesisten	Fachinternisten	Kinder- und Jugendpsychiater	Radiologen	freie Arztsitze gesamt
Mittelhessen	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	1,00
Nordhessen	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	1,00
Osthessen	ÜV	ÜV	4,00	ÜV	4,00
Rhein-Main	ÜV	ÜV	11,00	ÜV	11,00
Starkenburg	ÜV	ÜV	5,00	ÜV	5,00
freie Arztsitze gesamt	0,00	0,00	22,00	0,00	22,00

ÜV Überversorgung
Versorgungsgrad 100 bis 110 %
Versorgungsgrad unter 100 %
Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Anlage 4


GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE
Beschluss Landesausschuss 12.04.2018
Arztbestand 01.03.2018
PLANUNGSBEREICH
Hessen
freie Arztsitze gesamt
5,00
Humangenetiker
ÜV
Laborärzte
ÜV
Neurochirurgen
ÜV
Nuklearmediziner
ÜV
Pathologen
ÜV
Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner
5,0
Strahlentherapeuten
ÜV
Transfusionsmediziner
ÜV
ÜV Überversorgung
Versorgungsgrad unter 100 %