



Infektionen durch Stechmücken



Tiger Beetle, stark vergrößert – Foto: © constantincornel – stock.adobe.com

Psychische Traumen im Alter
Seit über 70 Jahren ist der Zweite Weltkrieg zu Ende. Die heutigen Schwierigkeiten der damaligen „Kriegskinder“ sind Thema mehrerer Artikel

Junge Ärztinnen und Ärzte
Das Projekt „Landtage in Hessen“ für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung startet und informiert über Praxismodelle im ländlichen Raum

UMZUG

Die Landesärztekammer Hessen zieht um!

Ab 17. Juni sind wir in der Hanauer Landstr. 152
60314 Frankfurt

Verordnungskompetenz liegt beim Arzt

Wie nah doch auch in Hessen die Gegensätze zwischen einer medizinischen Versorgung auf höchstem Niveau auf der einen Seite und nicht gedeckter Basisversorgung auf der anderen Seite liegen, zeigt sich deutlich an zwei in jüngster Zeit erfolgten Ankündigungen.

So teilte die Rhön-Klinikum AG mit, in diesem Jahr sämtliche Anteile und die Geschäftsführung an dem Marburger Ionenstrahl-Therapiezentrum (MIT GmbH) zu übernehmen, das bislang mehrheitlich vom Universitätsklinikum Heidelberg gehalten wurde. Der Betrieb soll in den kommenden Jahren sichergestellt werden. Die entsprechenden Verträge mit den Krankenkassen sollen nun auf das Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM) umgeschrieben werden. Die Strahlentherapie mit Kohlenstoff- und Wasserstoff-Ionen bietet die Möglichkeit, Tumore mit weit weniger starken Nebenwirkungen zielgenau und höchstdosiert zu zerstören, denn die Strahlen durchdringen den menschlichen Körper und entfalten erst im Tumor ihre zerstörerische Wirkung. Die Therapie findet in Form von klinischen Studien statt und wird streng wissenschaftlich begleitet. Bislang wurden ca. 700 Patienten behandelt. Große Hoffnungen begleiten insbesondere die Bestrahlung von Tumoren im Gehirn und im Kopf-Hals-Bereich, Weichteilsarkomen, nicht-operablen Pankreas-Karzinomen sowie aller lokalisierten Tumore bei Kindern und Jugendlichen.

Auf der anderen Seite steht die Behandlung von Menschen ohne Papiere. Die hessische Landesregierung will nun einen Fonds prüfen, der eine anonyme Krankenbehandlung ermöglicht. Damit folgt die Regierungskoalition einer Empfehlung der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 24. November 2018. Der sogenannte anonyme Krankenschein soll kranken Menschen ohne Papiere einen sicheren Besuch beim Arzt ermöglichen, ohne befürchten zu müssen, dass die Ausländerbehörde auf sie aufmerksam wird und sie abschiebt. Bislang sind Menschen ohne Papiere auf ehrenamtliche Angebote wie das der Malteser Migrantenmedizin angewiesen. Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat betont, dass die UN-Menschenrechtscharta jedem Menschen das Recht auf medizinische Behandlung und ärztliche Betreuung zuspricht. Gut, dass jetzt Bewegung in die Sache kommt.

Bewegung gab es vor zwei Jahren auch mit dem Inkrafttreten des Cannabisgesetzes. Seit März 2017 ist es Ärzten in Deutschland erlaubt, Patienten Cannabis auf Rezept zu verschreiben. Eine Sondergenehmigung ist nicht mehr notwendig. Ärzte jeder Fachrichtung (mit Ausnahme von Zahn- und Tierärzten) können seitdem THC/CBD-haltige Mittel verschreiben. Vor Behandlungs-

beginn müssen Patienten allerdings eine Genehmigung der Krankenkasse einholen, die von der Kasse aber „nur in begründeten Ausnahmefällen“ abgelehnt werden darf. Über die Anträge soll innerhalb von drei bis fünf Wochen entschieden werden. Erfolgt die Verordnung im Rahmen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung verkürzt sich die Genehmigungsfrist auf drei Tage. Eine Verordnung mittels Privatrezept kann jederzeit und unabhängig von einer Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgen. Doch ungefähr ein Drittel der Anträge wird von den Krankenkassen abgelehnt. Wie verträgt sich das mit der Indikationsstellung und der Entscheidungskompetenz von Ärztinnen und Ärzten? Ich meine, gar nicht. Schließlich gehen die verordnenden Ärzte sorgsam mit dem Einsatz von Cannabis um. Die Verordnungshoheit muss beim behandelnden Arzt, der letztlich auch die Wirtschaftlichkeit der Therapie verantwortet, liegen und nicht beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Immerhin sieht der Gesetzentwurf für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung vor, dass nach einmal erfolgter Genehmigung kein erneuter Antrag bei der Krankenkasse notwendig ist, auch nicht im Falle einer Dosisanpassung, eines Wechsels der Blütensorte oder zwischen verschiedenen Cannabisextrakten. Außerdem soll die Genehmigungsfrist bei einer vertragsärztlichen Cannabis-Verordnung im Anschluss an eine Behandlung mit Cannabis-Arzneimitteln im Krankenhaus lediglich drei Tage betragen.



Foto: Katarina Ivanisevic

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: © smuay – stock-adobe.com

Reisemedizin: Infektion durch Stechmücken

Bei Reisen in Tropen und Subtropen bilden Infektionen durch Stechmücken eines der größten Risiken für die Gesundheit. In einer Übersicht werden die häufigen Infektionen, unter anderem Dengue und Gelbfieber, vorgestellt und die Möglichkeiten zu Diagnose und Therapie diskutiert.

223



Foto: © jr-graphics – stock-adobe.com

Schwerpunkt: Psychische Traumata im Alter

Seit über 70 Jahren ist der Zweite Weltkrieg zu Ende. Die „Kriegskinder“ von damals sind heute zwischen 73 und 90 Jahre alt. Ihre Erfahrungen blieben Jahrzehnte unbekannt und zum Verständnis ihrer Verhaltensweisen und Störungen unberücksichtigt. Ihre besondere Situation wird in mehreren Artikeln beleuchtet.

234–246

Editorial: Verordnungskompetenz liegt beim Arzt 219

Aus dem Präsidium: Ambulanter und stationärer Sektor – Mauern wie in Mexiko 222

Ärzttekammer

Neuer Vorstand der Carl-Oelemann-Schule 256

Olaf Bender feiert sein 25-jähriges Dienstjubiläum 260

Aktuelle medizinische Fortbildung: Internationaler Seminarkongress in Grado – Programm 232

Abgeordnete zum 122. Deutschen Ärztetag vom 28. bis 31. Mai in Münster 265

Fortbildung

Infektionen durch Stechmücken 223

Niedrigdosierte Röntgen-Schmerzbestrahlung – Therapie bei Tennisellenbogen, Fersensporn & Co. 257

Zertifizierter Online-Kurs zum Antibiotika-Einsatz – Teilnahme noch bis 31. Mai möglich 267

Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 247

■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 253

■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** 264

Medizinische Fachangestellte 268

Impressum 270



Foto: © Westend 61 – stock.adobe.com

Junge Ärztinnen und Ärzte

Mit „Landtage in Hessen“ startet ein Projekt für Ärzte in Weiterbildung, das über Praxismodelle im ländlichen Raum informiert. Die Landtage finden ab Mai 2019 in den Landkreisen Waldeck-Frankenberg, Werra-Meißner-Kreis, Schwalm-Eder-Kreis, Vogelsbergkreis, Odenwaldkreis sowie im Wetteraukreis statt.

261



Foto: © comnel_design – stock.adobe.com

Bücher

Vier ganz unterschiedliche Bücher werden in diesem Heft vorgestellt: „Das Trauma von Flucht und Vertreibung“, „Sozialpsychosomatik – Das vergessene Soziale in der Psychosomatischen Medizin“, „Internistische Therapie 2018/2019“ sowie „Informationsmanagement im Gesundheitswesen“.

239/243/260/263

Themenschwerpunkt Psychische Traumen im Alter

Die Kinder, die Krieg oder Verfolgung und Vernichtung überlebten, werden alt	234
Psychische Traumen im Alter	236
Psychosomatische Reaktionen nach Erfahrungen in der NS-Zeit und im Zweiten Weltkrieg	240
Deutschland im November 1918: Kranke, Krüppel, Hungertote	244

Junge Ärztinnen und Ärzte

Im Dialog mit dem ärztlichen Nachwuchs – Landesärztekammer Hessen auf dem Kongress „Operation Karriere“	255
Neues Angebot für Ärzte in Weiterbildung: Landtage in Hessen	261

Recht: Haftungsrecht: Vergütung für unbrauchbare ärztliche Leistung?	233
---	-----

Personalia: Nachruf auf Prof. Jaroslav Blahoš	262
--	-----

Bücher

Bücher

Das Trauma von Flucht und Vertreibung	239
Sozialpsychosomatik	243
Internistische Therapie 2018/2019	260
Informationsmanagement im Gesundheitswesen	263



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!

Ambulanter und stationärer Sektor – Mauern wie in Mexiko

Früher war alles ganz einfach. Die Behandlung eines grippalen Infekts oder einer Platzwunde erfolgte ambulant. Eine schwere Lungenentzündung, die Operation einer Leistenhernie oder eine Tumorabklärung wurden in der Klinik behandelt. Die Aufgabenbereiche waren getrennt, und die Vergütungen waren auskömmlich und auch getrennt. Über die Qualität wurde nur vom Hörensagen berichtet. Die einzigen Grenzgänger waren Belegärzte, die ambulant und stationär behandelten.

Der medizinische Fortschritt hat diese starren Grenzen hinweggefegt. Ein großer Teil der Diagnostik und der Therapie erfolgt ambulant – man denke an Endoskopien, Herzkatheter, Herzschrittmacher, CT- und MRT-Untersuchungen und vieles mehr. Vergleichbare oder ganz ähnliche Leistungen werden auch stationär erbracht, meist bei Patientinnen und Patienten, die entweder akut erkranken oder besondere Risiken mit sich bringen.

Die Entscheidung, ob eine medizinische Leistung ambulant oder stationär durchgeführt wird, ist keine Frage der Leistung, sondern alleine abhängig vom Zustand des Patienten und der Qualität der Leistungserbringung. Der Eingriff ist identisch, das Risiko unterschiedlich. Zwingende Voraussetzung für jedweden Eingriff ist neben der klaren Indikation eine gute Aufklärung und eine gute Qualität.

Es bleibt aber die starre Trennung von ambulanter und stationärer Medizin. Ambulant-stationäre Übergänge gibt es nicht wirklich. Die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) ist Spezialfällen vorbehalten. Seltene Erkrankungen wie Morbus Wilson, Mukoviszidose und andere werden ambulant in Zentren, meist Kliniken versorgt. Das ambulante Operieren (AOP) umfasst einen Katalog von chirurgischen und interventionellen Leistungen, die über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) abgewickelt werden. Auch die belegärztlichen Leistungen, quantitativ zu vernachlässigen, werden alleine über die KV abgerechnet.

Trennender Faktor der beiden Systeme sind die politische Verantwortung, die Honorierung und das Budget. Die politische Verantwortung für den stationären Bereich, die Kliniken, liegt bei den Bundesländern. Das gilt für die Planung ebenso wie für die meist unzureichenden Investitionen. Unterfinanzierung und Rücksicht auf einen vermuteten Wählerwillen schaffen keine effizienten Strukturen.



Foto: Katarina Ivanisevic

„Ein fließender Übergang von ambulanter zu stationärer Versorgung ist weiter Utopie.“

Für den ambulanten Bereich ist der Bund zuständig. Der Erweiterte Bewertungsmaßstab (EBM) und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) definieren Art und Umfang ambulanter Leistungen. Das funktioniert in der Selbstverwaltung träge, aber immerhin wissenschaftlich fundiert. Aktuelle und tiefgreifende politische Eingriffe in die Strukturen der Selbstverwaltung bis hin zu einzelnen ministeriellen Therapieentscheidungen sind allerdings ein Novum.

Die Voraussetzung für die Leistungserbringung und Honorierung könnten unterschiedlicher nicht sein. In der Praxis werden Einzelleistungen nach dem definierten Leistungskatalog des EBM bezahlt. Jede einzelne Leistung oder Leistungspauschale muss genehmigt sein (Erlaubnisvorbehalt). Ohne Erlaubnis und ohne EBM-Ziffer gibt es kein

Geld. Das System ist vielfältig budgetiert, Anpassungen des EBM an die medizinische Entwicklung erfolgen verzögert.

Im stationären Bereich gibt es lediglich einen Verbotsvorbehalt. Alle Leistungen können ohne Budgetierung über DRG abgerechnet werden. Krankenkassen und damit der MDK hinterfragen allerdings jede stationäre Leistung und schränken die Therapiefreiheit ein, um Geld zu sparen.

Im Sinne der Patientinnen und Patienten wäre eine Harmonisierung und enge Abstimmung der gesundheitsversorgenden Systeme durchaus wünschenswert. Voraussetzung für einen nahtlosen Übergang von ambulant zu stationärer Versorgung wären der Entfall der Budgets im ambulanten Bereich, ein Schreckgespenst für die Krankenkassen. Auch die KV'en verlören an Einfluss. Für die Patienten ein Vorteil, da mehr Eingriffe ambulant erfolgen könnten. Für den staatlich aufgepöppelten stationären Bereich ein Schreckgespenst wegen veränderter Patientenströme. Landes- und Kommunalpolitiker fürchten um ihre Wiederwahl.

Aufgrund der unterschiedlichen Systeme, Verantwortlichkeiten, Reglementierungen und Budgetierung ist aktuell an ein Zusammenwachsen der Systeme gar nicht zu denken. Ein fließender Übergang von ambulanter zu stationärer Versorgung ist weiter Utopie. Moderne Gesundheitspolitik muss neu gedacht werden.

Dr. med. Wolf Andreas Fach
Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer Hessen

Infektionen durch Stechmücken

Prof. Dr. med. Tomas Jelinek*, Nachdruck aus „Der Internist“ 1/2018



Foto: Dorian D. Dörge/Senckenberg & Goethe-Universität

Die asiatische Mücke *Aedes koreicus* kann unter anderem das Chikungunya-Virus verbreiten und Menschen mit Fadenwürmern (Dirofilarien) infizieren. Anfang März ist durch Forscher der Senckenberg-Gesellschaft und der Goethe-Universität eine Population in Wiesbaden nachgewiesen worden.

Zusammenfassung

Bei Reisen in Tropen und Subtropen bilden Infektionen durch Stechmücken eines der größten Risiken für die Gesundheit. Aktuell können lediglich Gelbfieber und die Japanische Enzephalitis durch eine Impfung vermieden werden, nur für die Malaria existiert eine Chemoprophylaxe. Bei allen anderen Infektionen kann nur zu Mückenschutz als Präventionsmaßnahme geraten werden. Bei der Untersuchung der Reiserückkehrer mit Fieber müssen die verschiedenen differentialdiagnostischen Optionen und die aktuelle Epidemiologie berücksichtigt werden. Die Übersicht stellt häufige Infektionen vor und diskutiert die Möglichkeiten zu Diagnose und Therapie.

Tab. 1: Aktuelle epidemiologische Informationen im Internet

Deutsch	Englisch
www.crm.de	www.who.int
www.rki.de	www.cdc.gov
www.auswaertiges-amt.de	

Das Wichtigste in Kürze

- Zahlreiche vektorübertragene Erkrankungen haben in jüngerer Zeit bei Reisenden erheblich zugenommen.
- Insbesondere Dengue-Fieber, Chikungunya und Zika stellen realistische Infektionsrisiken bei Aufenthalt in den Tropen und Subtropen dar.
- Mückenschutz trägt auf Reisen erheblich zur Krankheitsprävention bei.

Einleitung

Infektionen durch Stechmücken gehören neben dem Durchfall zu den wichtigsten Gesundheitsrisiken auf Reisen. Die Kenntnis der wichtigsten Erkrankungen (Tab. 2) ist grundlegend für die reisemedizinische Beratung, auch wenn den Reisenden häufig nur Expositionsprophylaxe als unmittelbare Schutzmaßnahme angeboten werden kann. Auch bei der Differenzialdiagnose der fieberhaften Tropenrückkehrer sind vektorübertragene Infektionen besonders zu berücksichtigen. Viele Erreger nutzen Insekten als Vektoren bei der Übertragung. Auch wenn hier teilweise äußerst komplexe Entwicklungs-

zyklen entstanden sind, hat sich diese Methode ganz offensichtlich evolutionär bewährt. Das Risiko der Übertragung und damit Infektion hängt wesentlich vom Vorkommen und der Aktivität des jeweiligen Vektors ab. Er ist auch der Schlüssel zur Bekämpfung der jeweiligen Krankheit, aber auch zu ihrer Verbreitung. Entsprechend der globalen Verschiebungen im ökologischen Gleichgewicht und auch mehr oder weniger erfolgreicher Bekämpfungsmaßnahmen sind einige Erkrankungen seltener geworden, andere haben zum Teil erheblich zugenommen. So können beispielsweise Dengue- und Chikungunya-Fieber durchaus als „Gewinner der Globalisierung“ bezeichnet werden, da ihre Inzidenz in den vergangenen 20 Jahren exponentiell zugenommen hat. Nicht alle vektorübertragenen Erkrankungen sind reisemedizinisch relevant. Manche kommen nur in stark begrenzten ökologischen Nischen vor, andere sind insgesamt sehr selten.

Dieser Beitrag konzentriert sich auf Erkrankungen, die tatsächlich relevante Infektionsrisiken für Reisende darstellen, manche häufig, manche seltener. Auf die Darstellung der Malaria wird hier aus Platzgründen verzichtet, diese rechtfertigt einen eigenen Artikel. Sie muss bei Rückkehr aus Endemiegebieten immer in die differentialdiagnostischen Überlegungen mit einbezogen werden. Aktuelle epidemiologische Informationen finden sich auch online. In Tab. 1 sind deutsch- und englischsprachige Quellen aufgeführt.

Dengue

Das Dengue-Virus mit seinen vier Serotypen gehört zur Familie der RNA-haltigen Flaviviridae und zur großen Gruppe der Arboviren (durch Arthropoden übertragene Viren). Die Replikation gelingt am besten in Moskitozellen. Überträger sind Stechmücken der Spezies *Aedes aegypti*. 1992 wurde Denguefieber von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) noch als eine der vernachlässigten Erkrankungen der Menschheit bezeichnet. Seitdem hat sich ein dramatischer Wandel ergeben: Mittlerweile wird die Erkrankung als eine der wichtigsten Infektionskrankheiten mit

* BCRT – Berliner Centrum für Reise- und Tropenmedizin, Berlin. Institut für medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene, Uniklinik Köln

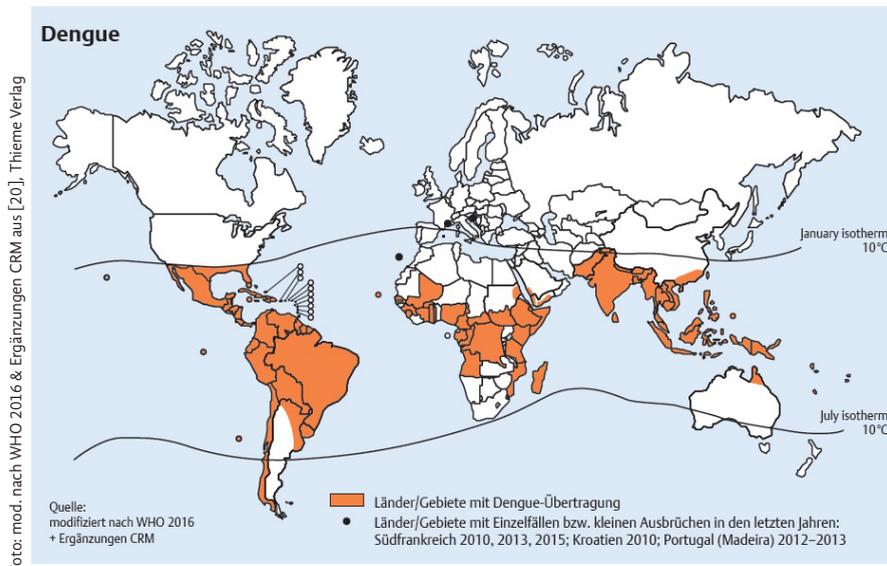


Abb. 1: Verbreitung des Dengue-Virus [20].

pandemischen Ausmaßen betrachtet. In mehr als 100 Ländern sind im vergangenen Jahrzehnt Ausbrüche aufgetreten. Die Gesamt-Inzidenz von Dengue-Infektionen ist über die vergangenen 50 Jahre mehr als 30-fach gestiegen [1–4].

Epidemiologie

Denguefieber kommt in den meisten Gebieten der Tropen und Subtropen vor (Abb. 1). Besonders viele Dengue-Infektionen kommen in Südostasien und in der Karibik vor, auch wird gelegentlich über Epidemien in Südamerika und Indien berichtet. Aufgrund mäßiger oder nicht vorhandener Surveillance-Systeme war vor 1980 kaum etwas über die Verbreitung des Denguevirus auf dem afrikanischen Kontinent bekannt. Seither sind Dengue-Ausbrüche in Ost- und West-Afrika beobachtet worden, jedoch fast ausschließlich als klassisches Dengue-Fieber und nicht als hämorrhagisches („dengue hemorrhagic fever“, DHF).

Genetische Gründe werden dafür verantwortlich gemacht, dass Denguefieber bei Schwarzafricanern nur mild verläuft. Auch bei fieberhaft erkrankten europäischen Reisenden, die aus diversen Ländern Afrikas zurückkehrten, konnte das Denguevirus nachgewiesen werden. Die Inzidenz der Erkrankung hat vor allem auf dem amerikanischen Kontinent seit 1977 erheblich zugenommen. Hier hat der Import zuvor unbekannter Serotypen in

den 1990er-Jahren zu zahlreichen Epidemien mit einer erheblichen Anzahl an DHF auch bei Erwachsenen geführt.

Die WHO geht davon aus, dass derzeit ständig 100–150 Millionen Menschen mit Dengue infiziert sind. Faktoren, die zu dieser explosionsartigen Ausbreitung geführt haben können, sind

- internationale Reisetätigkeit,
- Verstädterung und vor allem Verslumung großer Gebiete in Entwicklungsländern,
- Überbevölkerung,
- Armut und
- der Kollaps der Strukturen öffentlicher Gesundheits- und Hygienesysteme.

In der westlichen Welt wird das erneute Auftauchen von Denguevektoren in den Südstaaten der USA, in Spanien, Südfrankreich, Albanien und Italien mit Sorge betrachtet. Eine der größten dokumentierten Dengue-Epidemien der Geschichte mit etwa 1 Million Erkrankten und mindestens 1.000 Todesfällen ereignete sich 1927–1928 vor der lokalen Ausrottung von *Aedes albopictus* in Griechenland. Erste autochthone Übertragungen von Dengueviren wurden seit 2010 unter anderem in Südfrankreich und in Kroatien beobachtet.

Die Übertragung wird durch wesentliche Aspekte der modernen Zivilisation begünstigt: *A. aegypti* und *A. albopictus*, die Hauptvektoren der Erkrankung, sind in ihrem Brutverhalten hervorragend an

schmutziges Wasser und Pfützen angepasst. Von diesen beiden ist *A. aegypti* die deutlich vektorkompetentere Mücke und hauptsächlich verantwortlich für die großen Dengue-Ausbrüche in den vergangenen Jahrzehnten.

Das Virus gelangt nach dem Stich der infizierten Mücke über regionale Lymphknoten in das retikulo-endotheliale System (RES). Dort erfolgt eine starke Vermehrung und Virämie mit Generalisation. Während der virämischen Phase (erster bis vierter Fiebertag) nehmen die Moskitos das Virus auf und bleiben während des ganzen Lebens (zwei bis vier Monate) infektiös.

Die zunehmende Aktivität von Dengue in den Tropen und die stetig steigende Zahl an internationalen Flugreisen führen dazu, dass Denguevirusinfektionen vermehrt auch bei europäischen Reisenden diagnostiziert werden. Zwischen 1999 und 2002 wurde im europäischen Netzwerk zur Surveillance importierter Infektionen (TropNet) bei insgesamt 481 Reisenden eine Dengue-Infektion diagnostiziert. Von diesen Reisenden kehrten 219 (45 %) aus Südost-Asien, 77 (16 %) vom Indischen Subkontinent, 147 (31 %) aus Mittelamerika, Südamerika und der Karibik sowie 38 (8 %) aus Afrika zurück. Im Zeitraum 2001 bis 2007 waren es bereits 967 Meldungen im selben Netzwerk.

Klinik

Im Anschluss an eine Inkubationszeit von zwei bis acht Tagen nach dem infizierenden Insektenstich beginnt die Erkrankung typischerweise schlagartig mit

- Fieber,
- Schüttelfrost,
- retroorbitalen Schmerzen,
- Lichtempfindlichkeit,
- ausgeprägten Myalgien und
- Arthralgien.

Weitere Symptome sind

- ein generalisiertes, makulo-papulöses Exanthem,
- Pruritus und
- vor allem eine nuchale Lymphadenopathie.

Bei der Blutuntersuchung finden sich eine deutliche Verminderung der Thrombozyten und eine leichte Erhöhung der Transaminasen. Das Blutbild zeigt eine relative Lymphozytose. Die Beschwerden halten

fünf bis sechs Tage an, bevor es zur Spontanremission kommt.

Im Allgemeinen ist der Krankheitsverlauf kurz und abrupt, jedoch sind lange Rekonvaleszenzen mit schweren Erschöpfungszuständen beschrieben, die durchaus über Wochen anhalten können. Regelmäßig tritt eine Begleithepatitis mit mäßiger Transaminasenerhöhung auf. Bei ca. 10 % der Erkrankten findet sich auch eine Enzephalitis. Besonders in dieser Gruppe zeigt sich nach Ablauf der akuten Erkrankung häufig ausgeprägte Abgeschlagenheit für mehrere Wochen im Sinne eines Erschöpfungssyndromes.

Ein besonderes Problem ist, dass man Dengue-Fieber mehrfach bekommen kann, je einmal pro Serotyp. Nach einer durchgemachten Dengueerkrankung besteht nur wenige Wochen bis Monate eine Kreuzimmunität. Danach kann man sich in einem Endemiegebiet wieder ein Dengue-Fieber mit einem anderen Serotyp zuziehen. Wichtig für die Klinik des Denguefiebers ist, dass eine zweite Denguevirusinfektion häufig schwerer verläuft als die erste.

Generell verläuft das Denguefieber im Kindesalter besonders schwer, vor allem auch die Zweitinfektion, die als DHF in Erscheinung treten kann und viele Todesfälle bei kleinen Kindern in Südostasien verursacht. Die Entstehung der DHF wird im Wesentlichen durch Wirtsfaktoren getriggert: eine durch Immunkomplexbildung exazerbierte Thrombopenie und Thrombozytenfunktionsstörung führen schließlich zu Spontanblutungen und beim Dengue-Schock-Syndrom (DSS) auch zur disseminierten intravasalen Koagulopathie mit Extravasation von Flüssigkeit und Schock. Hier findet sich früh das sehr sensitive, aber nicht unbedingt spezifische klinische Zeichen des positiven Stauchschlauchtests (Rumpel-Leede-Test).

Naturgemäß ist wegen der fehlenden Exposition ein DHF bei europäischen Reisenden nur nach häufigeren Tropenaufenthalten zu erwarten. Weltweit kommt es bei ca. 250.000–500.000 Erkrankten pro Jahr zum Auftreten von Komplikationen im Sinne eines DHF oder eines Dengue Schock Syndroms (DSS). Bei diesen Komplikationen beträgt die Todesrate hospitalisierter Patienten 1–5 % für DHF und 12–44 % für DSS. Nach durchgemachter

Infektion mit allen vier Serotypen besteht lebenslange Immunität.

Diagnostik

Die Diagnose des Denguefiebers wird auf Basis von

- Virusanzucht,
- Nachweis von Virus-RNA mittels Real-time-Polymerase-Kettenreaktion (RT-PCR) oder Real-time-quantitative-PCR (RQ-PCR),
- Nachweis von Antigen oder
- serologische Methoden

gestellt. Hierbei ist die erheblich eingeschränkte Sensitivität vieler Methoden zu beachten. Eine Virusanzucht gelingt während der akuten Infektion nur in ca. 50 % der Fälle, während der serologische Nachweis in diesem Stadium in der Regel noch nicht geführt werden kann. Diese Lücke kann gegebenenfalls durch den Nachweis von virusspezifischem NS1-Antigen gefüllt werden. Zum sicheren Nachweis der Infektion sind meist spätere Blutentnahmen unbedingt notwendig. Darüber hinaus können Kreuzreaktionen mit anderen Flaviviren falsch positive Reaktionen in der serologischen Diagnostik provozieren; diese Gefahr besteht auch bei Zustand nach Impfungen gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) oder Gelbfieber. Zur Diagnose einer gesicherten Denguevirusinfektion wird daher der direkte Virusnachweis oder ein vierfacher Titeranstieg in der serologischen Untersuchung inklusive Neutralisationstest gefordert. Der alleinige Nachweis von NS1-Antigen oder von Immunglobulin M (IgM) soll nach allgemeiner Übereinkunft lediglich zur Diagnose der wahrscheinlichen Denguevirusinfektion führen.

Therapie

Die Therapie des Dengue-Fiebers ist symptomatisch. Bei DHF oder DSS sind intensivmedizinische Überwachung und Substitutionsmaßnahmen indiziert. Die Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern ist kontraindiziert. Massenausbrüchen an Denguefieber kann man nur durch entsprechende Vektorenbekämpfung begegnen, wobei insbesondere die in der Nähe menschlicher Behausungen befindlichen Brutstätten von *A. aegypti* zu erfassen sind.

Prävention

Ein Impfstoff gegen Dengue ist bereits in einigen wenigen Ländern zugelassen, hat jedoch nur bei Personen, die bereits eine Dengue-Episode durchgemacht haben, eine überzeugende protektive Effektivität. Sie liegt bei maximal 60 %. Bei immunologisch naiven Personen beträgt die Effektivität um 20 %. Ein weiterer, deutlich vielversprechender Impfstoff befindet sich in klinischer Prüfung und könnte bis 2020 in Europa zugelassen sein. Da vorbestehende heterotope Antikörper das Risiko eines DHF oder DSS für den Wirt massiv erhöhen, muss eine Immunogenität von nahezu 100 % gegen alle vier Serotypen verlangt werden, bevor ein breiter Einsatz eines Impfstoffes gerechtfertigt werden kann.

So besteht der derzeit effektivste Schutz gegen Denguefieber in einer konsequent betriebenen Expositionsprophylaxe durch Einsatz von Repellentien und Moskitonetzen. Die Kleidung kann zur Verstärkung des Schutzes gegen jegliche Mückenstiche mit Permethrin eingesprüht bzw. imprägniert werden. Aufgrund der Ökologie



Die Asiatische Tigermücke ist ebenfalls auf dem Vormarsch nach Europa. Das Bild zeigt ein gerade geschlüpftes Exemplar der Gattung *Aedes albopictus*.

des Vektors besteht das größte Infektionsrisiko sicherlich in der Nähe von armen Wohngebieten ohne effektive Moskitokontrolle.

Chikungunya

Das Chikungunya-Virus (CHIKV) gehört zum Genus Alphavirus innerhalb der Familie Togaviridae [1]. Die aktuell ablaufende CHIK-Pandemie nahm Ende 2005 in Ostafrika ihren Ausgang. Dabei konnte sich ein neuer genetischer Typ durchsetzen, der sich seither auch nach Asien ausbreitet und die dort vorhandenen CHIKV-Stämme zusehends verdrängt. Es folgte die schnelle Ausbreitung über Tropen und Subtropen (Abb. 2). Aufgrund einer Mutation im Hüllprotein zeichnet sich dieser CHIKV-Stamm durch eine schnellere und effizientere Virusvermehrung in der asiatischen Tigermücke aus [5].

Epidemiologie

Das Chikungunya-Virus wurde erstmals 1952 in Tansania während einer bis 1953 andauernden Epidemie aus Stechmücken und Patienten mit Fieber isoliert [6]. Der Begriff „Chikungunya“ als bildliche Beschreibung des vor Schmerzen gebückten Mannes wurde aus der Sprache des Volksstammes der Makonde in Ostafrika übernommen. Seither wurde es immer wieder für Ausbrüche in Zentral-, Süd- und Westafrika verantwortlich gemacht. Im Gegensatz zu der Situation in Afrika scheint sich das Seuchengeschehen in Asien und Lateinamerika eher in den Metropolen und nicht den ländlichen Gegenden abzuspielen. In Australien kommt CHIKV derzeit noch nicht vor. In Europa gibt es regelmäßig importierte Fälle, aber CHIKV hat hier noch keinen Naturherd etabliert und kommt somit natürlicherweise nicht vor. Nachdem ein italienischer Tourist in der virämischen Phase aus Indien zurückkehrte, kam es 2007 zu einem kleineren Ausbruch von autochthonem Chikungunya-Fieber in Norditalien mit 334 Fällen [7]. CHIKV ist ursprünglich ein Affenvirus. Der natürliche Übertragungszyklus von CHIKV läuft zwischen Affen und bestimmten *Aedes*-Stechmückenarten ab. Die Adaption des Virus an den mittlerweile weltweit verbreiteten „asiati-

schen Tigermoskito“ (*A. albopictus*) wird seit der Epidemie im Frühjahr 2006 für die rasante Ausbreitung von CHIKV verantwortlich gemacht. Da auch Menschen während einer Infektion sehr hohe Virustiter produzieren, ist ein von Affen unabhängiger Übertragungszyklus zwischen Mensch und *A. albopictus* (sog. urbaner Übertragungszyklus) entstanden, der auch in Großstädten zu einer epidemischen Übertragung führt. Man spricht vom sog. urbanen Übertragungszyklus.

Klinik

Nach einer kurzen Inkubationsperiode von zwei bis sieben Tagen (maximal bis 12 Tage) kommt es plötzlich zu Fieber mit Schüttelfrost, Kopf- und Muskelschmerz sowie schweren Arthralgien. Das Fieber steigt dabei häufig auch bei Erwachsenen auf 40° C und höher an. Als Begleitsymptomatik sind unter anderem eine Konjunktivitis und Photophobie beschrieben. Oft wird dabei ein biphasischer Fieberverlauf beschrieben, wobei meist die zweite Fieberwelle etwas niedriger ausfällt als die erste. Die Gelenkbeteiligung stellt häufig das klinisch auffälligste Symptom dar, von dem die Erkrankung auch ihren ursprünglichen Namen (Chikungunya: „das was krümmt“) bekommen hat. Schwellung und Steifheit, vor allem aber der Schmerz können zur völligen Immobilisierung der betroffenen Gelenke führen. In etwa der

Hälfte der Fälle wiederum bleiben die Gelenksbeschwerden länger als einen Monat bestehen, teilweise über eine Dauer von Monaten bis Jahren.

In der zweiten Fieberphase kann ein stark juckendes, fleckig-makulopapulöses Exanthem auftreten. Lokal kann es vor allem im Bereich der Nase und des Gaumens zu petechialen Blutungen kommen. Diese Hämorrhagien treten jedoch nur in etwa einem Viertel der Fälle auf und sind selbstlimitierend. Neben der pathognomonischen Arthritis bzw. Arthralgie wurde in einzelnen Fällen eine Enzephalitis als Komplikation eines CHIK-Fiebers beobachtet. Todesfälle traten im Verlauf der jüngsten großen Pandemie vereinzelt auf.

Diagnose

Die Grundlage der klinischen Diagnosestellung ist neben der Reiseanamnese für bekannte Endemiegebiete das Fieber vergesellschaftet mit Arthralgien und/oder Hautausschlag. Es zirkulieren sehr hohe Virusmengen im Blut mit bis zu 10¹⁰ CHIKV pro ml Serum, sodass auch noch neun Tage nach Beginn der ersten Symptome virale RNA mittels PCR im Serum von Patienten nachgewiesen werden konnte. Bei allen Patienten sind spezifische IgM-Antikörper spätestens im Verlauf der zweiten Woche nach der Infektion mittels Immunfluoreszenztest (IFT) nach-

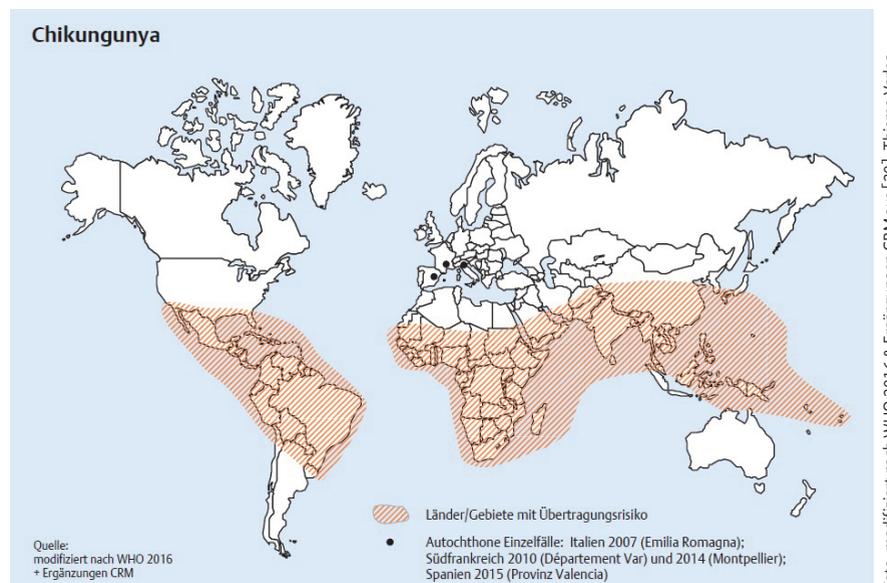


Abb. 2: Verbreitung des Chikungunya-Virus [20].

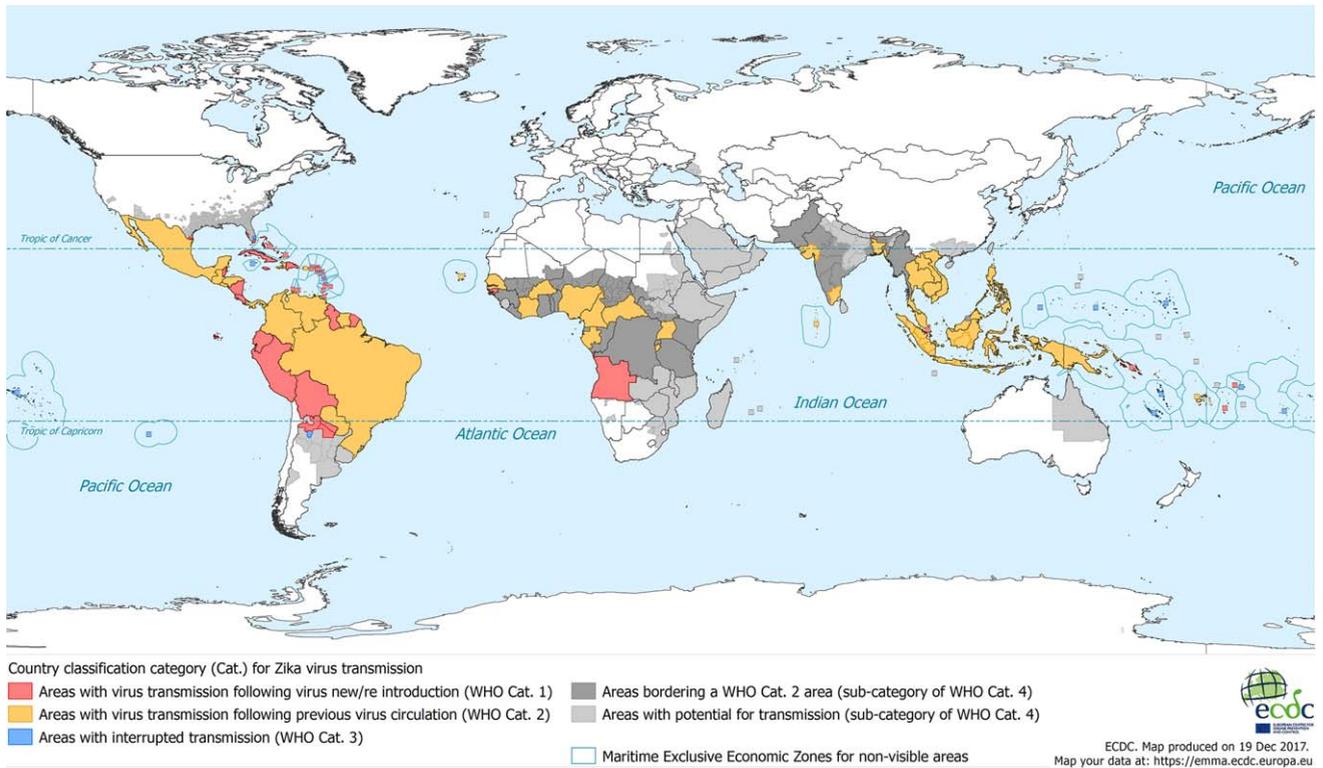


Foto: ECDC, Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten

Abb. 3: Weltweite Verbreitung des Zika-Virus, das durch Stechmücken der Gattung *Aedes* übertragen wird, die auch Vektoren für das Gelbfieber-Virus und das Dengue-Virus sind (Quelle: [21], ECDC 2017).

weisbar. Eine mindestens vierfache Erhöhung der spezifischen Immunglobulin-G (IgG)-Antikörper im gepaarten Serum bei Anwendung eines IFT oder „enzym-linked immunosorbent assay“ (ELISA) ist ebenfalls beweisend.

Therapie

Es existiert keine Kausaltherapie zur Behandlung einer CHIKV-Infektion. Dem initialen Fieber sollte mit einer entsprechenden antipyretischen Medikation begegnet werden. Zur Linderung der Gelenkschmerzen sind jedoch nichtsteroidale Antiphlogistika wie Diclofenac Mittel der Wahl. Bei Auftreten der meist kleinflächigen Hämorrhagien, die bei maximal einem Viertel der Patienten beschrieben sind, sollte auf Acetylsalicylsäure-Präparate zur Antipyrese und Analgesie verzichtet werden.

Prävention

An einem Impfstoff gegen Chikungunya wird gearbeitet, die Kandidaten befinden sich jedoch noch in früher klinischer Prüfung (Phasen I bis II). Daher kommt der Expositionsprophylaxe die Hauptbedeutung bei der Vorbeugung zu.

Zika

Epidemiologie

Erstmals wurde das Zikavirus 1947 im gleichnamigen Wald in Uganda bei einem Affen isoliert [8]. In der Folge traten sporadisch menschliche Erkrankungen in mehreren Ländern Afrikas und Südasiens auf. Im Jahr 2007 gab es einen Ausbruch auf der mikronesischen Yap-Insel, 2013 in Französisch Polynesien. Im Jahr 2014 wurden autochthone Erkrankungen aus Neukaledonien berichtet, im selben Jahr gab es auch Fälle auf den Cook-Inseln und auf der Osterinsel. Die ersten Fälle auf amerikanischem Festland wurden Ende April 2015 aus Brasilien gemeldet, danach verbreitete sich das Virus rapide auf dem südamerikanischen Kontinent und in der Karibik. Auch auf den Südseeinseln Amerikanisch Samoa, Samoa und Tonga gibt es lokale Übertragungen, ebenso in Asien (Abb. 3).

Das Zikavirus wird durch Stechmücken der Gattung *Aedes* übertragen, die auch Vektoren für das Gelbfieber-Virus und das Dengue-Virus sind [9, 10]. Auch durch eine Bluttransfusion kann das Virus übertra-

gen werden, ebenso perinatal von einer Mutter auf ihr Kind. Weiterhin gibt es eindeutige Hinweise auf eine sexuelle Übertragung. Offensichtlich zieht sich das Virus in immunprivilegierte Gewebe im Körper zurück, wo es einen gewissen Schutz vor der Immunantwort genießt. Hierzu gehören auch Hoden und Uterus. Sexuelle Übertragungen von Frau auf Mann und von Mann auf Frau sind dokumentiert, letztere bis 13 Wochen nach akuter Erkrankung durch Zika. Zudem wurde der Erreger in Urin und Speichel nachgewiesen, die Bedeutung hinsichtlich der Weiterverbreitung scheint aber gering zu sein.

Klinik

Etwa 80 % aller Infektionen verlaufen asymptomatisch, in den übrigen Fällen kommt es fast ausschließlich zu milden Verläufen. Neben erhöhter Temperatur, Kopf- und Gliederschmerzen treten ein Hautausschlag sowie eine nichteitrig Konjunktivitis auf. Die Symptome klingen nach etwa einer Woche von alleine wieder ab. Schwere Verlaufsformen bis hin zum Tod sind bislang nur vereinzelt bei Personen mit bereits bestehen-

den Grunderkrankungen beobachtet worden.

Bedingt durch die Neurotropie des Virus besteht ein Zusammenhang zwischen einer Zika-Infektion während der Schwangerschaft und Hirnfehlbildungen des Fötus [11]. In Brasilien und Französisch-Polynesien waren in zeitlicher Nähe zu Zika-Ausbrüchen vermehrt Kinder mit einem zu geringen Kopfumfang (sogenannte Mikrozephalie) zur Welt gekommen. Im Mausmodell konnte der Effekt bestätigt werden. Bei einigen Frauen, die ein Kind mit zerebraler Schädigung erwarteten, und im Gewebe von nach der Geburt verstorbenen betroffenen Babys konnte das Virus nachgewiesen werden. Eine Mikrozephalie ist meist mit geistiger Behinderung oder neurologischen Schädigungen verbunden.

Während Zika-Ausbrüchen wurde in verschiedenen Ländern, beispielsweise Kolumbien oder Venezuela, ein Anstieg der Inzidenz des Guillain-Barré-Syndroms registriert. In einigen Fällen konnte bei den Patienten eine vorangegangene Zika-Virusinfektion bestätigt werden oder sie hatten zumindest in der jüngeren Vergangenheit typische Symptome einer Zika-Infektion gezeigt. Vereinzelt kam es zu Todesfällen. Das Guillain-Barré-Syndrom ist eine Erkrankung der Nervenbahnen, vorwiegend derjenigen, die zum Bein ziehen. Es äußert sich durch eine Muskelschwäche, die letztlich zur vollständigen Lähmung der Beine, Arme sowie auch zu Atemlähmung führen kann. Mitunter treten Sensibilitätsstörungen auf, etwa beim Empfinden von Berührung, Schmerz oder Temperatur. Auch die Hirnnerven oder das autonome Nervensystem können betroffen sein. Unter einer entsprechenden Therapie bilden sich die Symptome in der Regel größtenteils zurück, manchmal auch vollständig. In den meisten Fällen ist eine zuvor durchgemachte Infektionskrankheit Auslöser des Guillain-Barré-Syndroms.

Diagnose

Bei symptomatischen Patienten erfolgt bis zum siebten Tag nach Krankheitsbeginn die Diagnostik mittels RT-PCR aus Serum oder Plasma und zusätzlich aus Urin. Vom achten bis zum 27. Tag der Erkrankung wird eine serologische Diag-

nostik aus Serum sowie zusätzlich eine RT-PCR aus Urin durchgeführt, ab dem 28. Tag nur noch die serologische Untersuchung. Für asymptomatische Reiserückkehrer kann eine serologische Diagnostik vier Wochen nach Reiserückkehr Klärung darüber bringen, ob der Patient eine Infektion durchgemacht hat und ob möglicherweise noch eine Infektiosität besteht. Dies gilt vor allem für Schwangere, Männer mit einer schwangeren Partnerin und Partner mit Kinderwunsch.

Therapie

Eine spezifische Therapie für eine Zika-Virus-Erkrankung existiert nicht. Zur symptomatischen Behandlung werden fiebersenkende und schmerzstillende Mittel verabreicht, zudem sollte der Patient viel Flüssigkeit zu sich nehmen.

Prävention

Ein erster Impfstoff gegen Zika befindet sich in der frühen klinischen Prüfung (Phase I). Mit einem fertigen Produkt ist in den nächsten Jahren nicht zu rechnen. Wichtigste persönliche Schutzmaßnahme ist das Vermeiden von Mückenstichen, etwa durch das Tragen körperbedeckender Kleidung und das Auftragen von Insektenabwehrmitteln auf unbedeckte Hautstellen. Die Kleidung kann zur Verstärkung des Schutzes mit Permethrin eingesprüht bzw. imprägniert werden. Die übertragenden Moskitos sind vorwiegend tagaktiv, wenn möglich, sollte man sich daher tagsüber weitestgehend in klimatisierten Räumen mit Mückengitter vor den Fenstern aufhalten.

Schwangere sowie Frauen mit Kinderwunsch sollten zum gegenwärtigen Zeitpunkt von nicht zwingend notwendigen Reisen in aktuelle Ausbruchgebiete absehen. Aufgrund der Möglichkeit einer sexuellen Übertragung wird Rückkehrern aus Ausbruchgebieten geraten, für einen Zeitraum von sechs Monaten Kondome zu benutzen.

West-Nil-Fieber

Das West-Nil-Virus (WNV) gehört zur Familie der Flaviviridae und wird mit anderen Erregern – wie zum Beispiel dem St.-Louis-Enzephalitis-Virus – in die Gruppe

der Japanische-Enzephalitis-Viren eingeordnet [12]. Mit diesen Viren weist es eine ausgeprägte Antigenverwandtschaft auf.

Epidemiologie

Das WNV ist in Afrika, aber auch in Indien und Israel sowie einigen anderen Mittelmeerländern, auf dem Balkan und um das Schwarze Meer endemisch und bei Ausbrüchen häufiger nachgewiesen worden. In den vergangenen Jahrzehnten sind auch aus Europa sporadische Fälle und Ausbrüche von Erkrankungen bei Menschen und Pferden aufgefallen. Daneben waren andere Haustiere und Vögel von diesen Infektionen betroffen.

Erste Berichte über den Virusnachweis in Europa kamen Anfang der 1960er-Jahre aus Südfrankreich und Russland. Im Laufe der Jahre folgten dann Virusisolierungen von erkrankten Menschen und Tieren in Bulgarien, Rumänien, Slowakei, Tschechien, Weißrussland, Ukraine, Österreich, Ungarn, Moldawien und Polen. In jüngerer Zeit waren Ausbrüche von WNV-Infektionen bei Menschen besonders in Italien, Griechenland, Russland, Serbien, Bulgarien und in Rumänien auffällig [7]. In Nordamerika hat sich das West-Nil-Virus nach seinem Import über Zuchtvögel (Gänse) im Jahr 1998 innerhalb weniger Jahre über die gesamten Kontinental-USA, Nord-Mexiko und Südkanada ausgebreitet [13]. Als Hauptreservoir des Erregers gelten wild lebende Vögel. Bei den meisten Vögeln beobachtet man eine lang anhaltende Virämie. Hauptüberträger des WNV sind verschiedene Mückenspezies, in Europa hauptsächlich *Culex pipiens* bzw. *modestus*, die auch in Deutschland prävalent sind.

Die transovarielle Übertragung des Virus von infizierten Mücken auf die Nachkommen wurde nachgewiesen. Infizierte überwinterte Mücken könnten den Transmissionszyklus sehr wahrscheinlich für begrenzte Zeit aufrecht erhalten. Aus Säugetieren (außer Pferden) wurde WNV in Europa nur selten und dann meist auch nur bei Ausbrüchen isoliert. Man kann daher davon ausgehen, dass die Transmission im Wesentlichen durch Mücken, die auf Vögeln saugen, aufrecht erhalten wird. Da in Europa nur gelegentlich Ausbrüche oder sporadische Fälle beobachtet werden, wird diskutiert, dass Zugvögel im

Tabelle 2: Mückenübertragene Erkrankungen bei Reisenden – differentialdiagnostische Kriterien

	Endemiegebiet	Inkubationszeit	Typische Symptome	Komplikationen	Diagnose	Therapie
Malaria	Tropen und Subtropen, vor allem Sub-Sahara-Afrika	6–28 Tage, selten auch deutlich länger	Fieber, ausgeprägte Erschöpfung	Organversagen, vor allem zerebrale Malaria	Blutausstrich, Dicker Tropfen, Antigennachweis	Atovaquone/Proguanil oder andere Malariamittel
Dengue	Tropen und Subtropen	2–8 Tage	Glieder- und Kopfschmerzen, Fieber, Exanthem	Blutungsneigung	Virusnachweis, Antigennachweis, Serologie	Symptomatisch
Chikungunya	Tropen und Subtropen	typisch 2–7, manchmal 12 Tage	Gelenkschmerzen, Fieber	anhaltende Arthralgien	Virusnachweis, Serologie	Symptomatisch
Zika	Tropen und Subtropen, vor allem Südamerika, Pazifik, Südostasien	3–4 Tage	Fieber, Lymphknotenschwellung	In Schwangerschaft Mikrozephalie	Virusnachweis, Serologie	Symptomatisch
West-Nil-Fieber	Ost- und Südost-Europa, Afrika, Westasien, Nordamerika	3–6 Tage	Unspezifische grippale Symptomatik, später Zeichen der Enzephalitis	neurologische Komplikationen der Enzephalitis	Virusnachweis, Serologie	Symptomatisch
Japanische Enzephalitis	Asien	2–15 Tage	Unspezifische grippale Symptomatik, später Zeichen der Enzephalitis	neurologische Komplikationen der Enzephalitis	Virusnachweis, Serologie	Symptomatisch
Gelbfieber	Afrika, Lateinamerika	3–6 Tage	Fieberschübe, Ikterus	Organ-komplikationen mit hoher Todesrate, vor allem Hepatitis, Nephritis, Enzephalitis	Virusnachweis, Serologie	Symptomatisch
Lymphatische Filariose	Tropen	Monate bis Jahre	Fieberschübe, später eventuell ödematöse Schwellung betroffener Extremität	Elephantiasis	Blutausstrich	Doxycyclin, Ivermectin

Frühjahr WNV aus Endemiegebieten einschleppen und dann in Europa auf Mücken übertragen. Unter günstigen Witterungsbedingungen können diese infizierten Mücken WNV auf andere Spezies wie den Menschen übertragen.

Klinik

Beim Menschen ruft WNV in der Regel eine fieberhafte, Influenza-ähnliche Erkrankung hervor. Die Inkubationszeit beträgt drei bis sechs Tage. Der Krankheitsbeginn ist abrupt mit Fieber (drei bis fünf Tage, teilweise biphasisch bzw. mit Schüttelfrost), Kopf- und Rückenschmerzen, Ab-

geschlagenheit und Lymphknotenschwellungen. Bei etwa 50 % der Erkrankten beobachtet man ein blasses, makulopapulöses Exanthem, das sich vom Stamm zum Kopf und zu den Gliedmaßen ausbreitet. In seltenen Fällen entwickelt sich eine akute aseptische Meningitis oder Enzephalitis (bei < 15 % der Erkrankten). Selten wurden Karditiden, Hepatitiden sowie hämorrhagische Verläufe beobachtet. In der Regel heilen manifeste WNV-Infektionen komplikationslos aus, bemerkenswert ist eine meist deutlich längere Rekonvaleszenz über mehrere Wochen. Bei Patienten über 50 Jahre besteht ein deut-

lich erhöhtes Risiko für die Manifestation einer Meningitis/Enzephalitis und auch für tödliche Verläufe.

Diagnose

Die labordiagnostische Sicherung von Verdachtsfällen ist in Deutschland in einigen Speziallaboratorien möglich. Ein direkter Virusnachweis ist nur im Frühstadium der Infektion mittels PCR möglich. Daher erfolgt in der Regel der serologische Nachweis von IgM und IgG mittels IFT oder ELISA, der jedoch erst frühestens ab dem 7. Krankheitstag Erfolg versprechend ist.

Therapie

Eine spezifische Therapie existiert nicht. Gerade bei schweren Verläufen hängt der Ausgang wesentlich von der Qualität der supportiven Behandlung ab.

Prävention

Die Prophylaxe besteht im Schutz vor Mückenstichen (Expositionsprophylaxe). Ein zugelassener Impfstoff ist nicht verfügbar. Reisebeschränkungen im Zusammenhang mit örtlichen Ausbrüchen werden bisher nicht für erforderlich gehalten.

Japanische Enzephalitis

Japanische Enzephalitis (JE) ist eine durch Flaviviren verursachte Virusinfektion, die ausschließlich in Asien vorkommt [14]. Überträger sind Stechmücken (*Culex*).

Epidemiologie

Wichtige Reservoirs sind Vögel und Schweine, aber auch Wasserbüffel und andere Haustiere. JE ist weltweit die zahlenmäßig häufigste Ursache viraler Enzephalitiden und in vielen ländlichen Regionen Asiens ein ernstes Gesundheitsproblem (Abb. 4). Die JE tritt hauptsächlich in der Nähe landwirtschaftlicher Betriebe auf, da für die Mücken Reisfelder ideale Brutplätze und Nutztiere ein wichtiges Virusreservoir darstellen.

Klinik

Nach Infektion kommt es zur Replikation der Viren im Lymphgewebe [14]. Von dort findet eine virämische Ausbreitung und Invasion in das ZNS statt. Es kommt zur Entzündung mit fokalen Nekrosen der Nervenzellen, Gliaknötchen und perivaskulären lymphozytären Infiltraten. Die Inkubationszeit beträgt zwei bis 15 Tage. Die Prodromalsymptome sind im ersten, virämischen Stadium uncharakteristisch: Fieber, Halsschmerzen, respiratorische Symptome, Schwindelzustände, Übelkeit und Erbrechen. Oft entwickeln sich sehr rasch zentralnervöse Erscheinungen wie Kopfschmerzen, Somnolenz oder auch gesteigerte Erregbarkeit mit Halluzinationen, Meningismus, Paresen, Krämpfen und Koma [14]. Die ausgeprägte Enzephalitis kann wenige

Japanische Enzephalitis – Endemiegebiete

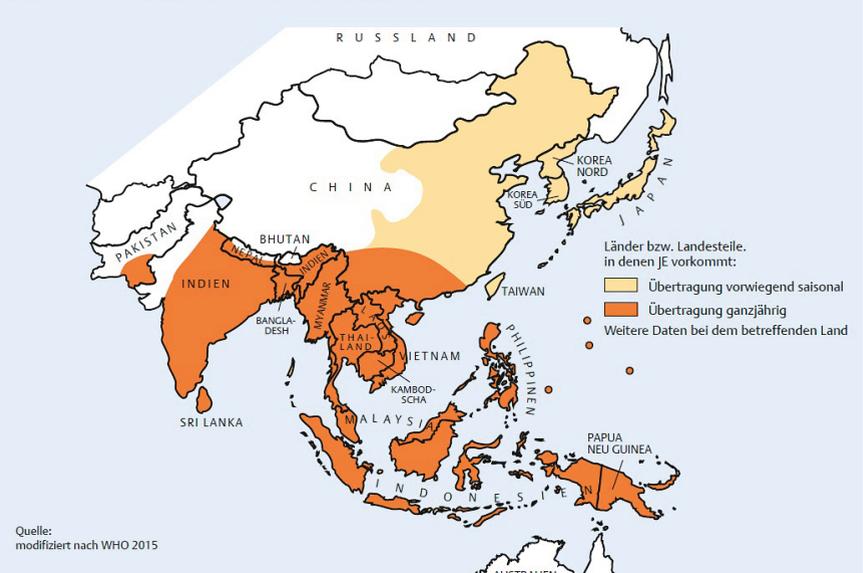


Abb. 4: Verbreitung der Japanischen Enzephalitis [20].

Foto: mod. nach WHO 2015, aus [20], Thieme Verlag

Tage, aber auch mehrere Wochen andauern. Die Rekonvaleszenz erstreckt sich bis zu mehreren Monaten mit Konzentrationschwäche, rascher Ermüdbarkeit, Persönlichkeitsveränderungen, Tremor und anderen postenzephalitischen Erscheinungen. Die Japanische Enzephalitis ist eine der ernstesten Enzephalitisformen mit einer Letalität von etwa 30 % sowie einer hohen Rate an Residualschäden bei den Überlebenden (etwa 35%).

Diagnose & Therapie

Eine klinische Diagnose ist aufgrund der unspezifischen Beschwerden kaum möglich. Im weiteren Verlauf lassen sich zunächst IgM-Antikörper und später ansteigende IgG-Titer nachweisen. Es sind nur symptomatische Therapiemaßnahmen möglich.

Prävention

Die JE handelt ist eine der wenigen impfpräventablen Erkrankungen, die durch Mücken übertragen werden. Bis Anfang 2009 wurde in Westeuropa ein Totimpfstoff mit befriedigender Immunogenität importiert. Mit der Zulassung einer in Europa produzierten Zellkulturvakzine im Mai 2009 hat sich die Situation deutlich verbessert. Die Vakzine zeigt in den Zulassungsstudien deutliche Vorteile bei der Immunogenität und Reaktogenität im

Vergleich zu den bisher verwendeten Impfstoffen [14]. Die Impfung gegen die JE kommt für alle Reisenden in Frage, die einen Aufenthalt in Endemiegebieten Asiens planen – vor allem China, Vietnam, Laos, Thailand, Malaysia, Kambodscha, Myanmar (Burma), Bangladesch, Indien, Nepal, Sri Lanka, Philippinen, Indonesien, Timor und Papua Neu Guinea [15]. Die Impfung wird zweimalig appliziert mit einem Mindestabstand an den Tagen 0 und 7. Nach der zweiten Dosis ist mit einer Schutzwirkung von ein bis zwei Jahren zu rechnen. Bei einer dritten Impfung innerhalb dieser Zeit verlängert sich der Impfschutz auf mindestens 14 Jahre.

Gelbfieber

Das Gelbfiebervirus ist ein Flavivirus und gehört zu den Arboviren. Überträger sind Moskitos, in Südamerika besonders *Haemagogus*-, in Afrika *Aedes*-Arten [16, 17].

Epidemiologie

Aedes und *Haemagogus* stechen typischerweise während des Tages mit einer Hauptaktivität zur Morgen- und Abenddämmerung. Bislang ist nicht bekannt, weshalb die Krankheit nur in Afrika und Südamerika verbreitet ist, obwohl der Vektor auch in Südostasien vorkommt. Hauptreservoir sind Affen der tropischen Urwaldgebiete. Dieser (enzootischer) Zy-

klus Mosquito-Affe-Mosquito ist Grundlage des „sylvatischen Gelbfiebers“. Der nicht-immune Mensch wird dabei nur gelegentlich infiziert, als Ende der Infektionskette. Ein epidemisches Auftreten mit Übertragung von Mensch zu Mensch erfolgt nur bei dichter Population als „urbanes Gelbfieber“. Hier ist dann der infizierte Mensch das wesentliche Virusreservoir. Der „Gelbfiebergürtel“ umschließt die tropischen Regenwälder, in Südamerika zwischen 10° nördlicher und 40° südlicher Breite (zwischen Venezuela und Bolivien), in Afrika zwischen 16° nördlicher und 10° südlicher Breite (zwischen Senegal und Angola), siehe Abb. 5.

Größere epidemische Ausbrüche durch Übergang des sylvatischen in das urbane Gelbfieber ereignen sich meist im Abstand von acht bis zehn Jahren. In Südamerika werden außerhalb größerer Epidemien durchschnittlich 200–300 Fälle pro Jahr gemeldet, in Afrika wird die Inzidenz auf ein Vielfaches geschätzt. Große Epidemien (zum Beispiel in Nigeria 1986/87) können 10.000 Menschen betreffen, bei 30–50%-iger Letalität klinischer Fälle. Insgesamt geht die WHO von einer massiven Meldelücke aus mit bis zu 200-fach höheren Fall- als Meldezahlen [16].

Klinik

Nach der virämischen Ausbreitung kommt es zur Organmanifestation, hierbei sind

vor allem Leber und Niere betroffen. Die Leberveränderungen sind charakteristisch und stellen sich als Leberzellnekrosen im intermediären Bereich der Läppchen dar. Histologisch typisch sind homogene Einschlüsse im Plasma als „Councilman-Körperchen“. In der Niere finden sich Nekrosen im Glomerulus- und Tubulusbereich mit Schädigung der Basalmembran. Die hämorrhagische Diathese, die alle Organe betreffen kann, beruht auf Gefäßwandschädigungen und Blutgerinnungsstörungen. Die Inkubationszeit des Gelbfiebers liegt bei drei bis sechs Tagen. In dieser Periode überträgt der Mensch den Virus auf Mücken (*Aedes* und *Haemagogus*).

Die Krankheit beginnt im virämischen Prodromalstadium (drei bis vier Tage) mit plötzlich einsetzendem Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerz, Muskelschmerzen, Übelkeit und Erbrechen. Nach einer kurzen Besserung für ein bis zwei Tage bei relativem Wohlbefinden entwickeln sich bei 5–20 % der Erkrankten ernsthafte Symptome in Form von Ikterus, Nierenversagen und inneren Blutungen.

In 10–20 % der Fälle tritt das Stadium der klinischen Organmanifestationen mit hepatorenenalen Symptomen ein. Dabei zeigt sich eine rasche Verschlechterung des Allgemeinbefindens bei Wiederanstieg des Fiebers. Es kommt zur Blutungsneigung mit blutigem Erbrechen, Nasenbluten und Meläna, aber auch Oligurie bis zur Anurie.

Ein Ikterus tritt meist erst um den siebten Krankheitstag auf, oft ist er nur an den Skleren sichtbar. Der Tod tritt meist zwischen dem sechsten und achten Krankheitstag ein, durch Urämie oder kardiovaskuläres Versagen. Die Sterberate variiert zwischen 5 und mehr als 50 % bei Epidemien.

Diagnose & Therapie

Klinisch ist Gelbfieber nur als Verdachtsdiagnose zu stellen. Hinweisende Laborbefunde sind

- Leukopenie,
- Thrombopenie,
- Verlängerung der Blutgerinnung,
- Erhöhung des Serumbilirubins und -kreatinins.

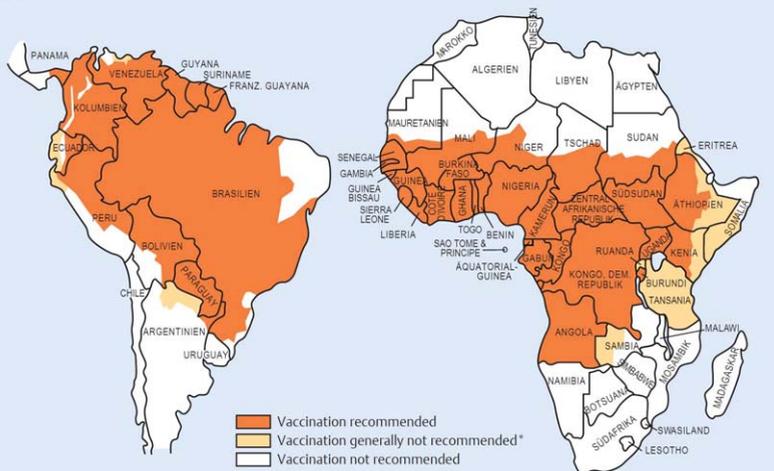
Ein Virusnachweis kann mittels PCR gelingen, später ist der Nachweis von Antikörpern beweisend. Die Behandlung erfolgt rein symptomatisch.

Prävention

Die Gelbfieberimpfung gehört zu den bekanntesten Reiseimpfungen. Aus der Abwesenheit von Gelbfieber-Fallmeldungen in einem Land kann nicht auf ein vernachlässigbares Risiko geschlossen werden, da die Impfung in vielen Endemiegebieten zu den Routineimmunisierungen im Kindesalter gehört. Die WHO empfiehlt die Impfung gegen Gelbfieber für alle Reisenden in Länder, in denen Gelbfieber vorkommt oder der Virus vermutlich unter Primaten verbreitet ist.

Tödliche Gelbfieberinfektionen bei Reisenden sind in jüngerer Zeit im Amazonasgebiet, Venezuela und Westafrika vorgekommen. Daher sollten alle Reisenden in Länder mit potenziellem Gelbfieberisiko eine Impfung erhalten. Formell darf die Impfung in Deutschland nur durch eine zugelassene Gelbfieberimpfstelle verabreicht werden. Eine Einzeldosis der Lebendvaccine bewirkt eine lebenslange Immunität in mehr als 95 % der Geimpften. Kombinationen mit anderen Lebendimpfungen, beispielsweise gegen Masern/Mumps/Röteln (MMR) oder Zoster, sind am selben Tag oder mit einem mindestens vierwöchigen Abstand möglich. Totimpfstoffe können jederzeit und in beliebiger Menge mit der Gelbfieberimpfung kombiniert werden. In sehr seltenen Fällen kommt es nach der Gelbfieberimpfung

Gelbfieber



*Yellow fever vaccination is generally not recommended in areas where there is low potential for exposure to yellow fever virus. However, vaccination might be considered for a small subset of travellers to these areas, who are at increased risk of exposure to yellow fever virus (e.g. prolonged travel, extensive exposure to mosquitoes, inability to avoid mosquito bites). When considering vaccination, any traveller must take into account the risk of being infected with yellow fever virus, country entry requirements, as well as individual risk factors (e.g. age, immune status) for serious vaccine-associated adverse events.

Abb. 5: Verbreitung des Gelbfiebers.

Foto: Quelle: nach WHO und PAHO (Pan American Health Organization) 2017

zum neurotrophen oder viscerotropen Impfgelbfieber mit potenziell tödlichen Komplikationen. Daher sollte die Impfung nur dann verabreicht werden, wenn sie wirklich notwendig ist. Zwischen 1996 und 2002 wurden weltweit 13 Einzelfälle mit schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen in zeitlichem Zusammenhang mit der Impfung gesehen, davon sechs mit tödlichem Ausgang. In fünf Fällen ist ein kausaler Zusammenhang aufgrund des Impfvirusnachweises anzunehmen. Die pathogenetischen Mechanismen sind nicht ausreichend geklärt, wahrscheinlich spielten Wirtsfaktoren die entscheidende Rolle [16]. Aktuelle Daten deuten darauf hin, dass Personen über 60 Jahre möglicherweise ein erhöhtes Risiko für schwere Nebenwirkungen haben. Der hauptsächliche Faktor für das Auftreten schwerer Nebenwirkungen scheint jedoch bei dem Vorhandensein bestimmter HLA-Subtypen (Human Leukocyte Antigen) zu liegen.

Lymphatische Filariose

Filarien sind gewebebewohnende, fadenförmige Rundwürmer (Nematoden). Vor allem die Erreger der lymphatischen Filariose werden durch Stechmücken übertragen und sind für Reisende relevant, dies sind *Wucheria bancrofti*, *Brugia malayi* und *Brugia timori* [18–19]. Die adulten Weibchen sind ca. 5–10 cm lang, die Männchen etwa halb so groß. Diese sogenannten Makrofilarien leben zusammengeknäult in den Lymphknoten und Lymphgefäßen, vorwiegend in den unteren Extremitäten und intraabdominal. Die Weibchen produzieren nach einer Präpatenzzeit von etwa acht Monaten täglich eine Vielzahl von Mikrofilarien (300 µm), die periodisch im peripheren Blut zirkulieren. Die Lebensdauer der Makrofilarien beträgt bis zu 20 Jahre (durchschnittlich fünf Jahre), die der Mikrofilarien ca. 1 Jahr.

Epidemiologie

Nach Schätzungen sind weltweit 120 Millionen Menschen infiziert, 90 % der Infektionen werden durch *W. bancrofti* verursacht. Der Mensch ist das einzige Reservoir von *W. bancrofti*, *B. malayi* kommt auch bei einige Primaten und Katzenarten vor. *W. bancrofti* ist in weiten Teilen

des tropischen Asiens, Afrikas und im Nordosten Südamerikas verbreitet. *B. malayi* kommt in Südostasien und China, *B. timori* im Südosten Indonesiens vor.

Die Erreger werden von verschiedenen Mückenarten (*Culex*, *Anopheles*, *Aedes* und *Mansonia*) übertragen. In Regionen in denen die nachtaktiven Vektoren *Culex* und *Anopheles* vorkommen, zeigt der Erreger eine erstaunliche Periodizität. Die Mikrofilarien zirkulieren hier hauptsächlich nachts im peripheren Blut, während auf den Pazifischen Inseln, wo die Übertragung hauptsächlich durch die tagaktiven *Aedes*-Mücken erfolgt, die Periodizität nicht so ausgeprägt ist und die Mikrofilarien auch tagsüber zirkulieren.

Klinik

Die meisten Infektionen verlaufen asymptomatisch, insbesondere bei Reisenden mit geringer Parasitenlast. Im frühen Stadium der Erkrankung kommt es zu rezidivierenden, fieberhaften Lymphadenitiden. Infektionen durch *W. bancrofti* mit Lymphangitis sind häufig durch Epididymitis und Orchitis gekennzeichnet. In einigen Fällen können passagere Lungeninfiltrate mit Fieber und Husten auftreten. Die Makrofilarien verlegen die Lymphgefäße und verursachen eine chronische Entzündung der Lymphbahnen. In der Folge können sich massive Lymphstauungen in den Extremitäten und Genitalien entwickeln. Eine resultierende lokale Immundefizienz führt zu rezidivierenden bakteriellen und mykotischen Superinfektionen. Im Extremfall resultiert hieraus eine ausgeprägte Elephantiasis.

Diagnose

Alle Filariosen führen in der Regel zu einer ausgeprägten Eosinophilie. Die serologischen Nachweismethoden sind zwar sensitiv, haben jedoch nur eine geringe Spezifität, so dass der direkte Erregernachweis angestrebt werden sollte, genauer der Nachweis der Mikrofilarien im Blut (Austrich/Dicker Tropfen) unter Beachtung der Periodizität (Blutentnahme nachts).

Therapie und Prävention

Therapeutisches Mittel der Wahl war lange Zeit Diethylcarbamazin, das jedoch nur noch in wenigen Ländern und nur außerhalb Europas verfügbar ist. Eine effektive

Alternative stellt heute Doxycyclin dar, das Endosymbionten der Parasiten abtötet. Insgesamt ist das Infektionsrisiko für normale Urlaubsreisende gering und nur für Langzeitreisende von Relevanz. Die meisten importierten Fälle betreffen Immigranten aus endemischen Regionen. Bei Reisen in endemische Gebiete wird eine konsequente Expositionsprophylaxe gegen nacht- und tagaktive Stechmücken empfohlen.

Fazit für die Praxis

- Viele vektorübertragene Erkrankungen haben in den vergangenen Jahren bei Reisenden erheblich zugenommen.
- Informationen zu vektorübertragenen Erkrankungen und insbesondere zur Expositionsprophylaxe gehören in jede reisemedizinische Beratung.
- Bei der Differentialdiagnose des fieberhaften Tropenrückkehrers sind vektorübertragene Infektionen besonders zu berücksichtigen.
- Neben der Malaria, die grundsätzlich mit abgeklärt werden sollte, sind heute vor allem die durch *Aedes*-Moskitos übertragenen Infektionen relevant. Insbesondere Denguefieber, Chikungunyafieber und Zika stellen realistische Infektionsrisiken bei Aufenthalt in den Tropen und Subtropen dar.
- Mückenschutz trägt auf Reisen erheblich zur Krankheitsprävention bei.



Prof. Dr. med.
Tomas Jelinek

BCRT – Berliner
Centrum für
Reise- und
Tropenmedizin

Friedrichstr. 134, 10117 Berlin
E-Mail: jelinek@bcrt.de

Die Literaturhinweise finden sich in der Online-Ausgabe 04/2019 auf der Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“. Der Text ist ein Nachdruck aus „Der Internist 01/2018, S. 57–72“, mit freundlicher Genehmigung der Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin.

Literatur zum Artikel:

Infektionen durch Stechmücken

Prof. Dr. med. Tomas Jelinek

- [1] Chen LH, Wilson ME. Dengue and chikungunya infections in travelers. *Curr Opin Infect Dis.* 2010;23:438–444.
- [2] Mohammed HP, Ramos MM, Rivera A, Johansson M, Muñoz-Jordan JL, Sun W, Tomashek KM. Travel-associated dengue infections in the United States, 1996 to 2005. *J Travel Med.* 2010;17:8–14.
- [3] Jelinek T. Trends in the epidemiology of dengue fever and their relevance for importation to Europe. *Euro Surveill.* 2009;14. pii: 19250.
- [4] Wilder-Smith A, Gubler DJ. Geographic expansion of dengue: the impact of international travel. *Med Clin North Am.* 2008;92:1377–1390.
- [5] Soumahoro MK, Fontenille D, Turbellin C, Pelat C, Boyd A, Flahault A, Hanslik T. Imported chikungunya virus infection. *Emerg Infect Dis.* 2010;16:162–163.
- [6] Tilston N, Skelly C, Weinstein P. Pan-European Chikungunya surveillance: designing risk stratified surveillance zones. *Int J Health Geogr.* 2009;8:61
- [7] Rezza G. Chikungunya and West Nile virus outbreaks: what is happening in north-eastern Italy? *Eur J Public Health.* 2009;19:236–237.
- [8] Desai SK, Hartman SD, Jayarajan S, Liu S, Galliciano GI. Zika Virus (ZIKV): a review of proposed mechanisms of transmission and associated congenital abnormalities. *Am J Stem Cells.* 2017 Jul 25;6(2):13–22.
- [9] Lei J, Hansen G, Nitsche C, Klein CD, Zhang L, Hilgenfeld R: Crystal structure of Zika virus NS2B-NS3 protease in complex with a boronate inhibitor. *Science* 353,503–5,2016
- [10] Wahid B, Ali A, Rafique S, Idrees M. Current status of therapeutic and vaccine approaches against Zika virus. *Eur J Intern Med.* 2017 Aug 7. pii:S0953–6205(17)30303–5.
- [11] Baud D, Gubler DJ, Schaub B, Lanteri MC, Musso D. An update on Zika virus infection. *Lancet.* 2017 Jun 21. pii: S0140–6736(17)31450–2.
- [12] Zuckerman JN. The traveller and West Nile virus. *Travel Med Infect Dis.* 2003;1:149–152.
- [13] Rodríguez Mde L, Rodríguez DR, Blitvich BJ, López MA, Fernández-Salas I, Jimenez JR, Farfán-Ale JA, Tamez RC, Longoria CM, Aguilar MI, Rivas-Estilla AM. Serologic surveillance for West Nile virus and other flaviviruses in febrile patients, encephalitic patients, and asymptomatic blood donors in northern Mexico. *Vector Borne Zoonotic Dis.* 2010;10:151–157.
- [14] Anonym. Japanese encephalitis vaccines. *Wkly Epidemiol Rec.* 2006;81:331–340
- [15] Jelinek T. Japanese encephalitis vaccine in travelers. *Expert Rev Vaccines.* 7 (2008) 689–693.
- [16] Anonym. Yellow fever situation in Africa and South America, 2005. *Wkly Epidemiol Rec.* 2006 18;81:317–324
- [17] Anonym. Yellow Fever Vaccine: Recommendations of the Advisory Committee on Immunizations Practices. *MMWR* 2002; 51(RR17):1–10.
- [18] Lipner EM, Law MA, Barnett E, et al; GeoSentinel Surveillance Network. Filariasis in travelers presenting to the GeoSentinel Surveillance Network. *PLoS Negl Trop Dis.* 2007;1(3):e88.
- [19] Michael E, Bundy DA, Grenfell BT. Re-assessing the global prevalence and distribution of lymphatic filariasis. *Parasitology.* 1996;112(Pt 4):409–28.
- [20] Jelinek T. CRM Handbuch für Reisemedizin. Thieme Verlag, Stuttgart, 2017.
- [21] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) – Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten in Stockholm ist eine Einrichtung der Europäischen Union. Das ECDC wurde mit der Absicht gegründet, sich im Vormarsch befindliche infektiöse Krankheiten wie Influenza, SARS und HIV/AIDS zu bekämpfen. Das ECDC liefert Überwachungsdaten und wissenschaftliche Beratung zu den 52 meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten, zu Krankheitsausbrüchen und sonstigen Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit.



© Fabio Parenzan

51. Internationaler Seminarkongress

25.08. – 30.08.2019 in Grado/Italien

Eröffnung am Sonntag, 25. August 2019 um 17:30 Uhr

Eröffnungsvortrag:

Medizin in beschleunigten Zeiten, Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing, Tübingen

Abendvortrag:

„Die Senckenberg-Idee im Zeitalter der Digitalisierung und Präzisionsmedizin“

am Montag, 26. August 2019 um 20:00 Uhr, Referent: Prof. Dr. med. Peter Wild, Frankfurt

Festliches Abendessen am Mittwoch, 28. August 2019 ab 19:30 Uhr

Schwerpunkthemen der Seminare vom 26. August bis 30. August 2019:

- Geriatrie – das sollte jeder Arzt wissen, PD Dr. med. Rupert Püllen, Frankfurt
- Übergewicht und Essstörungen, Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand, Essen
- Potenziale und Verletzlichkeit – Die verschiedenen Dimensionen des Alterns und Alters aus theoretischer und praktischer Sicht, Prof. Dr. phil. Dr. h.c. Andreas Kruse, Heidelberg
- Notfall in der Praxis, Prof. Dr. med. Peter Sefrin, Würzburg
- Würde am Ende des Lebens, Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing, Tübingen
- Psychosomatische Medizin für die Praxis, Dr. med. Wolfgang Hönnmann, Frankfurt
- Dermatologie und Allergologie für Hausärzte, N.N.

Zusatzkurse:

- Notfall in der Praxis – Praktischer Teil, Prof. Dr. med. Peter Sefrin und Rainer Schmitt, Würzburg
- Balint-Gruppen, Dr. med. Wolfgang Hönnmann
- Power-Aging, Dr. med. Mathias Glück, Dr. med. Simone Glück, Markus Klaus, Kühbach

Fortbildungspunkte werden bei der Landesärztekammer Hessen beantragt.

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:



Mit freundlicher Unterstützung
des Deutschen Ärzteverlags:



Haftungsrecht: Vergütung für unbrauchbare ärztliche Leistung?

Im Rahmen der ärztlichen Behandlung ist bekanntlich kein Erfolg geschuldet, sondern lediglich eine Dienstleistung nach fachärztlichem Standard. Im Falle eines Behandlungsfehlers führt dies zu der Frage, was mit der ärztlichen Vergütung geschieht. Darf der Arzt sie behalten, da er keinen Erfolg schuldet oder ist sie (auch) von einem Schadenersatzanspruch des Patienten umfasst?

Mit dieser Frage hat sich der Bundesgerichtshof [1] aktuell im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung auseinandergesetzt und folgende Leitgedanken aufgezeigt: Der ärztliche Behandlungsvertrag ist als Dienstvertrag über Dienste höherer Art anzusehen. Der Arzt verspricht regelmäßig nur eine den allgemeinen Grundsätzen der fachärztlichen Wissenschaft entsprechende Behandlung, nicht aber ihr – immer auch von der körperlichen und seelischen Verfassung des Patienten abhängiges – Gelingen [2]. Weil der Arzt als Dienstverpflichteter keinen Erfolg, sondern nur die Erbringung der von ihm versprochenen Dienste schuldet und das Dienstvertragsrecht keine Gewährleistungsregeln kennt, kann der Vergütungsanspruch bei einer unzureichenden oder pflichtwidrigen Leistung grundsätzlich nicht gekürzt werden oder in Fortfall geraten [3]. Liegt ein Behandlungsfehler vor, können sich allerdings Rechte und (Gegen-)Ansprüche des Patienten insbesondere aus § 628 Abs. 1 Satz 2 BGB bzw. § 280 Abs. 1 BGB ergeben [4]. Nach § 628 Abs. 1 Satz 2 Fall 2 BGB [5] hat der Arzt, wenn er durch sein vertragswidriges Verhalten (Behandlungsfehler) die Kündigung des Patienten gemäß § 626 BGB oder 627 BGB ausgelöst hat, keinen Vergütungsanspruch, soweit seine bisherigen Leistungen infolge der Kündigung für den Patienten kein Interesse mehr haben. Bei einer schuldhaften Fehlleistung des Arztes hat der Patient ferner einen Anspruch auf Schadenersatz aus § 280 Abs. 1 BGB. Ist die (fehlerhafte) Leistung des Arztes für den Patienten ohne Interesse und völlig unbrauchbar, besteht der (Mindest-)Schaden des Patienten unmittelbar darin, dass er für eine im Ergebnis unbrauchbare ärztliche Behandlung eine Vergütung zahlen soll. In diesem Fall ist der Schadenersatzanspruch unmittelbar auf Befreiung von der Vergütungspflicht gerichtet, wenn weder der Patient noch seine Versicherung bereits bezahlt haben [6]. Sind die ärztlichen Leistungen zwar fehlerhaft, aber nicht völlig unbrauchbar, kommt ein Schadenersatzanspruch des Patienten wegen der Kosten für eine fehlerbedingt erforderlich gewordene Nachbehandlung in Betracht, die dem fortbestehenden Honoraranspruch des Arztes – gegebenenfalls unter Berücksichtigung etwaiger Sowiesokosten – im Wege der Aufrechnung entgegengehalten werden kann.

Der Behandlungsvertrag kann als Dienstvertrag besonderer Art ohne Angabe von Gründen gekündigt werden; insbesondere bedarf es keines wichtigen Grundes, da der Arzt im Rahmen seiner Dienste höherer Art in einem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten steht.

Voraussetzung für den Entfall der Vergütung ist lediglich, dass der Arzt die Kündigung des Patienten durch vertragswidriges Verhalten im Sinne des § 628 Abs. 1 Satz 2 Fall 2 BGB veranlasst hat. Veranlassung bedeutet, dass zwischen dem vertragswidrigen Verhalten und der Kündigung ein unmittelbarer Zusammenhang bestehen muss. Dies ist dann der Fall, wenn die Vertragsverletzung Motiv für die außerordentliche Kündigung war und sie adäquat kausal verursacht hat. Das Merkmal „Veranlassung“ setzt ferner ein schuldhaftes Verhalten im Sinne der §§ 276, 278 BGB voraus [7]. Allerdings lässt ein bloß geringfügiges vertragswidriges Verhalten die Pflicht unberührt, die bis zur Kündigung erbrachten Leistungen nach § 628 Abs. 1 Satz 1 BGB zu vergüten. Da das Recht zur fristlosen Kündigung eines Dienstvertrags ein Rücktrittsrecht nach § 323 BGB ersetzt und Letzteres im Falle einer Schlechtleistung bei einer nur unerheblichen Pflichtverletzung ausgeschlossen ist (§ 323 Abs. 5 Satz 2 BGB), gilt unter dem Gesichtspunkt des aus § 242 BGB folgenden Übermaßverbots eine entsprechende Einschränkung im Rahmen der §§ 627, 628 BGB auch für die Vergütung gekündigter Dienste höherer Art.

Fazit

Bei einer schuldhaften Fehlleistung des Arztes hat der Patient einen Anspruch auf Schadenersatz aus § 280 Abs. 1 BGB. Ist die fehlerhafte Leistung des Arztes für den Patienten ohne Interesse und völlig unbrauchbar, besteht der (Mindest-)Schaden des Patienten darin, dass er für eine im Ergebnis unbrauchbare ärztliche Behandlung eine Vergütung zahlen soll. In diesem Fall ist der Schadenersatzanspruch unmittelbar auf Befreiung von der Vergütungspflicht gerichtet, wenn weder der Patient noch seine Krankenversicherung bereits bezahlt haben. Ist die fehlerhafte Leistung nur teilweise unbrauchbar, besteht zugunsten des Patienten ein aufrechenbarer Schadenersatzanspruch in Höhe der Nachbehandlungskosten.

Dr. jur. Thomas K. Heinz

Rechtsanwalt,

Fachanwalt für Medizinrecht

E-Mail: dr.tkheinz@freenet.de



Foto: Jens Haagen

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

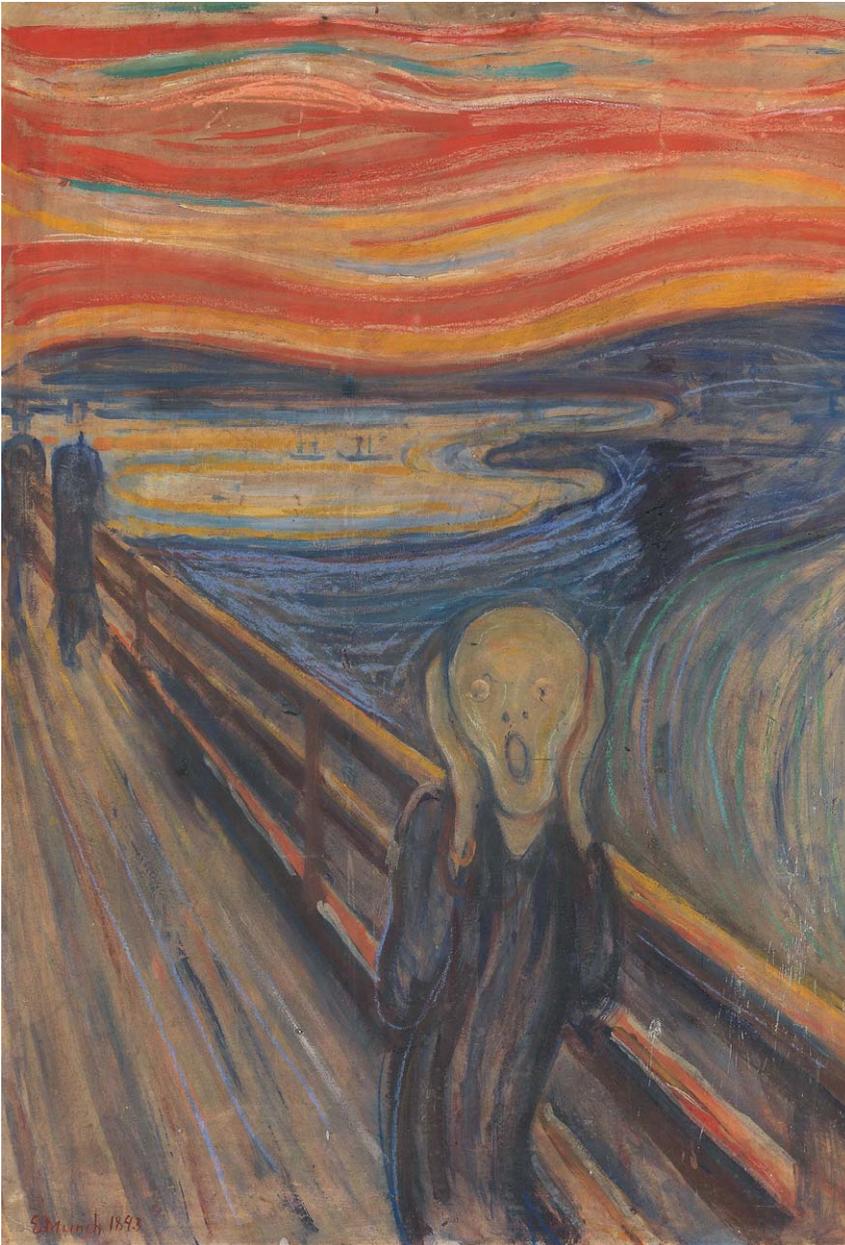
Literatur zum Artikel

Haftungsrecht: Vergütung für unbrauchbare ärztliche Leistung?

von Dr. jur. Thomas K. Heinz

- [1] BGH, GesR 2018, 712 ff
- [2] zuletzt BGH, NJW 2011, 1674; OLG Koblenz, GesR 2013, 224 = MedR 2014, 247, 248; KG, GesR 2010, 609 = MedR 2011, 45, 46; OLG Naumburg, NJW-RR 2008, 1056; im Jahre 2013 durch § 630b BGB klargestellt, der bestimmt, dass der Behandlungsvertrag ein besonderer Dienstvertrag ist, auf den grundsätzlich die allgemeinen Vorschriften des Dienstvertragsrechts (§§ 611 ff BGB) anwendbar sind.
- [3] OLG Koblenz, ebenda; OLG Köln, BeckRS 2015, 14256 Rz. 3f
- [4] BGH, GesR 2018, 712; KG, ebenda
- [5] § 628 Abs. 1 Satz 2 Fall 2 BGB – Teilvergütung und Schadensersatz bei fristloser Kündigung: Kündigt er, ohne durch vertragswidriges Verhalten des anderen Teiles dazu veranlasst zu sein, oder veranlasst er durch sein vertragswidriges Verhalten die Kündigung des anderen Teiles, so steht ihm ein Anspruch auf die Vergütung insoweit nicht zu, als seine bisherigen Leistungen infolge der Kündigung für den anderen Teil kein Interesse haben.
- [6] BGH, ebenda, zuvor schon OLG München, GesR 2006, 218; OLG Köln, MedR 1994, 198, 199
- [7] BGH, NJW 2011, 1674 Rz. 13 m.w.N.

Die Kinder, die Krieg oder Verfolgung und Vernichtung überlebten, werden alt



Der Schrei (norwegisch Skrik), von Edvard Munch, 1893, Tempera, Fettstift (91 x 73,5 cm)

Seit über 70 Jahren nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges 1945 erleben wir in Deutschland, in der Mitte Europas, eine Zeit des Friedens. Selbst wenn diese Zeit bis 1990 unter der Drohung einer (atomaren) Auseinandersetzung der beiden Weltmächte stand, die sich ebenfalls in der Mitte Europas abgespielt hätte. Diese Abwesenheit von Krieg hat es seit Ende

des Dreißigjährigen Krieges (1618–1648) so hier nicht mehr gegeben. Kann sich heute noch jemand vorstellen, dass in der Mitte Europas ein neuer Krieg ausgefochten würde? Dass beispielsweise die früheren „Erbfeinde“ Deutschland und Frankreich gegeneinander kämpfen? Diese Situation ohne Krieg ist selbstverständlich geworden.

Das Verbrechen des Holocaust liegt scheinbar lange zurück – besorgt reagieren wir auf zunehmende antisemitische Äußerungen und Handlungen. Bestehen noch Folgen von Krieg und Vernichtung? Sichtbare treffen wir nicht mehr an: Nur noch die schwarz-weißen Fotos der zerstörten Städte belegen das Ausmaß der damaligen Zerstörung. Sie werden als Zeugen einer lange zurückliegenden schrecklichen Geschichte verstanden. Diese Städte sind längst wieder aufgebaut; die Häuser aus der Nachkriegszeit werden bereits wieder abgerissen und ersetzt. Manchmal reaktiviert eine kurzfristige Räumung einer Straße oder eines Stadtviertels wegen des Fundes einer Sprengbombe (zum Beispiel in Frankfurt im Herbst 2017) bis dahin – auch der eigenen Familie – unbekannt psychische Folgen bei Älteren.

Die Erfahrungen der Kriegskinder

Die Jahrgänge 1928/1929 bis 1945/1947 haben die Kriegszeit (1939–1945) oder den Terror 1933–1945 und die direkte Nachkriegszeit in unterschiedlichen Lebensphasen als Jugendliche, Kinder oder Kleinkinder erlebt. Jetzt sind sie im Alter zwischen 73 und 90. Erst die heute 65-Jährigen, geboren 1953, sind als erste Gruppe lange nach dem Krieg geboren.

Zu den Erfahrungen der sogenannten „Kriegskinder“ gehören:

- Miterleben zahlreicher Bombenangriffe/Ausbombungen, teilweises Miterleben der Städtezerstörungen bzw. des „Feuersturmes“ mit vielen Toten.
- Evakuierungen (zusammen mit der Mutter und weiteren jüngeren Geschwistern) oder Kinderlandverschickungen (mit Trennung von der Mutter und der weiteren Familie).
- Flucht (vor dem näher rückenden Krieg und/oder nach Hause).
- Vertreibung mit Flucht und Aufwachsen in einer fremden bis feindselig eingestellten Umwelt (Sprache, Religion, Lebensgewohnheiten etc.) mit der

Foto: Nasjonalmuseet Oslo/Børre Høstland

Folge langen Hungers, Verarmung und sozialem Abstieg der Eltern.

- Langanhaltende väterliche Abwesenheit (Kriegsteilnahme und/oder Gefangenschaft) oder dauerhafte väterliche Abwesenheit (gefallen, vermisst, an Krankheit verstorben). Dazu kehrten diese Väter oft physisch/psychisch verheert/krank zurück und blieben abgekapselt/unerreichbar.
- Zusätzlicher Verlust der Mutter (Status als Vollwaise), weiterer Geschwister und näherer Verwandter (insbesondere der Großeltern).
- Gewalterfahrung (aktiv/passiv), z. B. Verwundungen, Tötungen, Vergewaltigungen.

Nach heutigen Kriterien müssen damals akut ca. 30 % dieser Kinder als ausgeprägt traumatisiert, weitere 30 % als zumindest deutlich beeinträchtigt angesehen werden. 40 % verfügen über keine derartigen Erfahrungen [1, 2].

Die folgenden Daten belegen den Umfang dieser Erfahrungen: Im Zweiten Weltkrieg kamen von mehr als 18 Millionen Soldaten ca. 5,3 Millionen ums Leben („Todesquote“ von ca. 28 %). Ca. 14 Millionen Menschen verloren zwischen 1944 und 1947 ihre Heimat, das heißt ¼ der damaligen Bevölkerung besitzt Erfahrung von Flucht und Vertreibung. Mehr als 0,47 Millionen Zivilisten kamen auf der Flucht und während der Vertreibung ums Leben (mehr als die Hälfte Frauen und Kinder). 0,5 Millionen wurden Opfer des Bombenkrieges.

Die Gefallenen/Vermissten hinterließen mehr als 1,7 Millionen Witwen sowie fast 2,5 Millionen Halbwaisen und Vollwaisen. Ungefähr ein Viertel aller Kinder wuchs nach dem Zweiten Weltkrieg auf Dauer ohne Vater auf [1, 2].

Der Leidensweg der jüdischen Kinder und Jugendlichen begann bekanntlich 1933. Aufgrund zunehmender Diskriminierung und Verfolgung wanderten zahlreiche mit ihren Familien aus. Ca. 10.000 Kinder kamen 1938/39 mit den Kindertransporten nach England. Sie überlebten in Pflegefamilien und wuchsen als Vollwaisen in der Fremde auf. Die hier gebliebenen Geschwister, ihre Eltern und Verwandten wurden fast vollständig umgebracht. Nur wenige überlebten den Holocaust [3].

Die transgenerationalen Folgen der Traumatisierungen sind inzwischen erforscht

[4, 5]. Die Erfahrungen der „Kriegskinder“ blieben Jahrzehnte unbekannt und zum Verständnis ihrer Verhaltensweisen und Störungen unberücksichtigt. Ihr Schicksal interessierte die Öffentlichkeit und die Wissenschaft, oft auch die eigene Familie, lange Zeit nicht. Es wurde nicht gefragt, und von sich aus erzählten sie auch nicht. Die zu ihnen so selbstverständlich gehörenden Ich-syntonen Verhaltensweisen (sparsam, altruistisch, geringe Rücksichtnahme auf eigene Bedürfnisse/Wünsche und den eigenen Körper, freundlich, angepasst, planend/organisierend, sich absichernd) störten nicht. Sie „funktionierten“ lebenslang.

Zeitgeschichtliche Prägung

Diesen Jahrgängen begegnen wir nun als Patienten in den Arztpraxen, in den Kliniken (auch Psychosomatischen Kliniken), in der Geriatrie (Tagesklinik, Klinik), in der Gerontopsychiatrie (Ambulanz, Tagesklinik, Klinik), dazu als Klienten in allgemeinen und speziellen Beratungsstellen sowie in Pflegestützpunkten, weiterhin als Pflegebedürftige (ambulant, Tagespflege und im Heim) oder im Hospiz – also überall in unseren Versorgungssystemen. Und aufgrund ihres chronologischen Alters zunehmend seltener in den psychotherapeutischen Praxen.

Ihre beklagten psychischen und psychosomatischen Symptome sind unspezifisch: diffuse Ängste, Phobien und Panikattacken, depressive Syndrome, Schmerzsyndrome, Schlafstörungen und funktionelle Störungen. Aber: Ihre spezifische Vorgeschichte, das heißt ihre Erfahrungen aus dem Zweiten Weltkrieg und der Nachkriegszeit sind unbekannt. Unverändert werden die Familienangehörigen der Angehörigen dieser Jahrgänge nicht nach ihren zeitgeschichtlichen Prägungen gefragt; sie selbst reden nicht darüber. Lebenslang sind sie danach in der Regel nicht gefragt worden. Teilweise können sie sich einen Zusammenhang ihrer Symptome mit ihren damaligen, so lange zurückliegenden zeitgeschichtlichen Prägungen nicht vorstellen. Ebenso wissen auch die Professionellen nicht um derartige Zusammenhänge und fragen daher auch nicht nach. Die entscheidende Aufforderung zur Erkundung lautet:

„Bekanntlich hat ihr Jahrgang viel erlebt.“ Wenn man deutlich jünger ist, hilft „Ich habe gelernt, dass Ihr Jahrgang viel erlebt hat.“ So wird gleich das Interesse des Behandlers deutlich. Erst aufgrund dieses Wissensstandes lässt sich die aktuelle Lebens- und Krankheitssituation der Älteren verstehen, so zum Beispiel:

- Handelt es sich um eine Trauma-Reaktivierung (aufgrund aktueller Trigger, zum Beispiel durch Fernsehberichte aus Syrien; durch erstmalige Besuche Vertriebener in ihrer damaligen Heimat oder der Gräber der gefallenen Väter) oder um eine Re-Traumatisierung (beispielsweise durch einen Wohnungseinbruch, Handtaschenüberfall oder unverschuldeten Verkehrsunfall)?
- Besteht eine erneute ausgeprägte Bedrohung aufgrund einer sich verändernden oder veränderten Lebenssituation (Heimaufnahme, lebensbedrohliche Erkrankung, Operation, beginnende Demenz)?
- Führt die Unfähigkeit zum Trauern anlässlich sich häufender Verluste von wichtigen Bezugspersonen zur depressiven Erstarrung?

Dann kann zusammen mit diesen Erwachsenen, die sich im höheren oder hohen Lebensalter befinden, besprochen werden, welche Möglichkeiten einer gezielten Unterstützung bestehen. Voraussetzung dafür sind genügend Zeit für das notwendige Gespräch, eigene zeitgeschichtliche Kenntnisse und Wissen um die lokal und regional bestehenden Angebote.

**Prof. em.
Dr. med.**

Hartmut Radebold

Facharzt für
Psychosomatische
Medizin und
Psychotherapie
sowie Nervenheilkunde

(Neurologie und Psychiatrie),

Kassel

Mail: hartmutradebold@t-online.de



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

Literatur zum Artikel:

Die Kinder, die den Krieg oder die Verfolgung und Vernichtung erlebten, werden alt

von Prof. em. Dr. med. Hartmut Radebold

- [1] Radebold, H. (2005) Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Hilfen für Kriegskinder im Alter. Klett-Cotta, 6.Aufl. 2015.
- [2] Radebold, H. (2017) Kindheit und Jugend im Zweiten Weltkrieg (1939–1945) In: Köhle, K. et al. Uexküll Psychosomatische Medizin, Elsevier, 8.Aufl., S. 217–224.
- [3] Bergmann, M. et al. (Hg.)(1995) Kinder der Opfer, Kinder der Täter, Psychoanalyse und Holocaust. S. Fischer.
- [4] Kogan, I. (2017) Transgenerationale Folgen des Holocaust. In: Köhle, K. et al. Uexküll Psychosomatische Medizin, Elsevier, 8. Aufl., S. 225–230.
- [5] Radebold, H. et al. (Hrsg.)(2008) Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten. Interdisziplinäre Studien zur Nachhaltigkeit historischer Erfahrungen über vier Generationen. 2.Aufl. 2009, Juventa.

Psychische Traumata im Alter

Christiane Schrader

Psychische Traumata spielen im Altersprozess eine doppelte Rolle. Zum einen wird der Mensch körperlich und seelisch verletzlicher. Seine psychischen Abwehr- und Bewältigungsmöglichkeiten lassen nach, und anhaltende Belastungen, körperliche Erkrankungen oder schwerwiegende Einbrüche wie Verluste wichtiger Personen und Sicherheiten, schwere körperliche Erkrankungen oder auch Unfälle und Überfälle können traumatisch wirken. Zudem ist bei den jetzt über 65-Jährigen, den 1953 und früher geborenen Kriegs- und Nachkriegskindern, mit den psychischen Folgen der Katastrophen des 20. Jahrhunderts zu rechnen. Ihre Kindheit war geprägt durch Nöte der Nachkriegszeit oder zuvor durch die Verfolgung und Vernichtung der Juden im Holocaust, durch Nationalsozialismus, Euthanasie, Krieg, Verfolgung, Flucht, Vertreibung und Gewalt einschließlich sexueller Gewalt, die bei vielen nachhaltige traumatische Erfahrungen einschlossen.

Hinzu kommen Traumatisierungen durch Verluste oder (sexuelle) Gewalt in Familien, Schulen, Heimen und die Einflüsse der nationalsozialistischen bindungsfeindlichen Erziehungsideologie. Andere erlitten in der Vor- und Nachkriegszeit Verfolgung und Repressionen in der ehemaligen DDR oder in anderen Herkunftsländern wie alternde ImmigrantInnen und Flüchtlinge. Im Zuge altersbedingter Labilisierungen und/oder angesichts spezifischer Erfahrungen im Alter (zum Beispiel auch im Rahmen intensivmedizinischer Versorgung und pflegerischer Betreuung) können diese oft lebenslang eingekapselten psychischen Traumata aufbrechen und die Betroffenen und ihre Angehörigen, aber auch ihr weiteres Umfeld in Kliniken, Praxen und anderen Institutionen mit völlig unerwarteten Reaktionen, Hilflosigkeit und überwältigenden und sich auch übertragenden Affekten oder aber mit zunächst schwer verständlichen körperlichen Leiden konfrontieren.

Daher ist die Beschäftigung mit diesem Thema für alle im medizinischen und psychosozialen Bereich Tätigen unerlässlich,



Foto: © i-graphics – stock-adobe.com

Kriegsgräuern, Flucht, Vertreibung und Gewalt waren für viele 1953 und früher geborenen Kriegs- und Nachkriegskinder mit nachhaltigen traumatischen Erfahrungen verbunden.

und insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte sind für jetzt ältere und alte Menschen überwiegend noch immer die erste Anlaufstelle.

Definition

Da der Traumbegriff heute bisweilen inflationär verwendet wird, ist ein differenzierender Blick erforderlich: Wie im medizinischen Sprachgebrauch, wo das Trauma die durch äußere Einwirkung entstandene körperliche Wunde bezeichnet, meint auch das psychische Trauma die Folgen für die seelische Struktur und Verarbeitungsmöglichkeit des Menschen, die durch äußere Ereignisse und Erfahrungen ausgelöst werden können.

Da psychische Traumata nur über ihre Folgen und Symptome erschlossen werden können, werden Ereignis und Erlebnis oft zusammen gedacht. Das Erlebnis wird sozusagen in das Ereignis hinein verlängert, und das Ereignis kann in verkürzender Weise an die Stelle des notwendigen klärenden Herausarbeitens der psychischen Folgen, des eigentlichen psychischen Traumas, treten. Aber gerade das Zusammendenken des Zusammenwirkens innerer und äußerer Faktoren zum Verständnis psychischer Traumata ist unerlässlich, ebenso für präventive Maß-

nahmen wie für das therapeutische Gespräch.

Das psychische Trauma ist eine Verlaufs-krankheit, bei der sich drei Phasen unterscheiden lassen [1]:

1. Die traumatische Situation umfasst die gesamte Ereigniskonstellation innerer und äußerer Faktoren – das Ereignis selbst, das seiner Natur nach die Bewältigungsmöglichkeiten des Individuums durch die Reizüberflutung überrollt und zu einem inneren Zusammenbruch mit Erfahrungen absoluter Angst, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Gefühlen des Ausgeliefertseins führt.
2. Die traumatische Reaktion ist zunächst eine Notfalllösung. Sie schließt Symptome der Erstarrung ebenso ein wie emotionale Ausbrüche und den Verlust der Kontrolle über Denken, Fühlen und andere körperlichen Funktionen. Das bis dahin bestehende Vertrauen in gute innere Objekte und eine Umwelt, die als „sicher genug“ erlebt wurde, bricht zusammen. Diese Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses und der Zusammenbruch psychischer, kognitiver oder behavioraler Funktionen äußert sich zum Beispiel in Schlafstörungen, wiederkehrenden Alpträumen, Konzentrationsstörungen und Störungen der Affektregulation und des Den-

kens durch einschließende, überwältigende Erinnerungen (flashbacks, Intrusionen).

3. Der traumatische Prozess umfasst die sich anschließenden und nachträglich anhaltenden Bewältigungsversuche des Individuums – zum Beispiel Abspaltung bzw. Dissoziation der Erinnerung an das Trauma oder Einkapselung, bzw. einen langfristigen und langzyklischen Wechsel von immer wieder eindringenden Erinnerungen und Affekten und deren erneuter Abwehr. In diesen Zyklen und der Entwicklung von „traumakompensatorischen Schemata“ als Teil der Persönlichkeit äußern sich die anhaltenden Bewältigungsversuche psychischer Traumen [2].

Symptome

Nicht alle psychischen Traumen führen zu posttraumatischen Belastungsstörungen – früher traumatische Neurosen genannt. Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, lt. ICD 10) sind: Intrusive Erinnerungsbilder (flashbacks, „als ob alles wieder da ist“), Nachhall-Erinnerungen, Alpträume, Gefühle von Betäubtsein, emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit, Freudlosigkeit, Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Zustände vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen, Ängsten, Depression und nicht selten Suizidgedanken. Diese Kriterien, so Maercker, werden im ICD 11 künftig noch enger gefasst [3, 4].

Unter wechselhaften Verläufen finden sich auch chronische Formen, die in eine andauernde Veränderung der Persönlichkeit münden, die künftig als Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen charakterisiert werden sollen [3, 4].

Darüber hinaus gibt es verschiedene Verläufe, je nach Art und Ausmaß der traumatischen Situation, des Entwicklungsstandes und der jeweiligen Lebensphase der betreffenden Person (Kind oder Erwachsener), ihrer Vorbedingungen und Resilienzen sowie eines mehr oder weniger vorhandenen Schutzes durch wichtige und Sicherheit vermittelnde Bindungspersonen und schützende Umweltfaktoren.

Aufgrund seiner Untersuchung von Kindern und Jugendlichen, die den Holocaust überlebt hatten, hat erstmals Keilson [5] herausgearbeitet, wie wichtig die sich an die traumatische Erfahrung anschließende Reaktion der Umwelt für die weitere Entwicklung und die Integration des traumatischen Prozesses ist. Sie sollte unbedingt Schutz und Sicherheit vermitteln und Retraumatisierungen verhindern helfen.

Der traumatische Prozess kann mit anhaltenden, chronisch werdenden Symptomen einhergehen (zum Beispiel Ängstlichkeit, Neigung zu Niedergeschlagenheit und zu depressiven Verstimmungen, Misstrauen gegenüber anderen). Er kann aber auch lange nach außen hin „still“ bleiben, weil eine schützende Einkapselung, die Vermeidung des traumatischen Sektors und die Entwicklung eines traumakompensatorischen Schemas mehr oder weniger gelungen ist. Je nach Bedingungen und Verlauf werden auch positive Entwicklungen und Resilienzen durch die Bewältigung des Traumas angestoßen [6]. Diese Verarbeitungsprozesse traumatischer Erfahrungen zeigen sich nicht isoliert, sondern verbinden sich mit der gesamten Persönlichkeitsentwicklung und werden hierdurch auch ausbalanciert. Altersbedingte Prozesse tragen jedoch eher zu einer Labilisierung dieser Gleichgewichte bei.

Psychische Traumen und traumatische Prozesse im Alter

Der Mensch wird im Alter in biopsychosozialer Hinsicht verletzlicher und durchlässiger für neue und frühere Ängste und Traumen. Das Alter ist insofern eine „sensible Phase“ [7] und gerade bei den Kriegs- und Nachkriegskindern treffen dann „die alten Bedrohungen auf die Bedrohungen des Alters“ (Heuft, [8]). Hier wirken verschiedene Prozesse zusammen:

1. Ältere Menschen sind weitgehend befreit vom Druck aktueller Lebensanforderungen und können daher Unbewältigtes eher wahrnehmen.
2. Der Alternsprozess geht mit einer verstärkten Wendung nach innen einher, die bereits Erikson [9] als die Konfrontation und Beschäftigung mit der Einzigartigkeit des eigenen Lebens in seinen verschiedenen, positiven und

negativen Aspekten prägnant erfasst hat. Das zunehmende Bewusstsein der begrenzten Lebenszeit kann zudem den Drang erhöhen, sich einer noch unerledigten Lebensaufgabe stellen zu wollen oder zu müssen, zum Beispiel über früher erlebte Missbrauchs- und Gewalterfahrungen nicht länger schweigen zu wollen.

3. Die emotionale Erlebensqualität von Abhängigkeit, Ohnmacht, Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein, die aufgrund altersbedingter Veränderungen und Verluste zunimmt, kommt derjenigen in der traumatischen Situation nahe und kann daher eine Reaktivierung früherer Traumen begünstigen – wie beispielsweise in der Pflege oder durch Katastrophen- und Kriegsberichterstattung in den Medien. Eine solche Traumareaktivierung wird durch selbst nicht traumatische Reize getriggert, die die Erinnerungen und Affekte angesichts der geschwächten Abwehr wieder lebendig werden lassen [10].
4. Hiervon klar zu unterscheiden ist die Retraumatisierung, bei der ein späteres Erlebnis, beispielsweise ein Verlust, eine Erkrankung, eine (körperliche) Überwältigung wie bei Unfällen oder Überfällen, die seelische Narbenbildung, die den früheren traumatischen Bereich geschützt hatte, wieder aufreißt.

Vollständige und unvollständige PTBS im Alter

In vorliegende Studien zur Prävalenz der PTBS bei über 60-Jährigen liegen deren Raten dreimal höher als bei Jüngeren (zum Beispiel Maercker et al.), was die Prägung dieser Kohorten durch Erlebnisse im Kontext von Verfolgung, Krieg, Flucht und Vertreibung erkennen lässt [11, 2]. Darüber hinaus ist es wichtig festzuhalten, dass die Anzahl der unvollständigen posttraumatischen Belastungsstörungen im Alter diejenige der vollständigen deutlich übersteigt. Glaesmer et al. fanden eine doppelte Rate [12]. Die unvollständige PTBS im Alter bedarf schon deshalb besonderer Aufmerksamkeit – und ebenso, weil sie wegen ihrer weniger spezifischen bis ganz unspezifischen Symptome die Diagnostik dieser Störung erschwert.

Diagnostik psychischer Traumatisierungen im Alter

Gerade die zuletzt genannten Verlaufsformen traumatischer Prozesse im Alter (unvollständige PTBS, Retraumatisierung, Traumareaktivierung), die in ihrer Symptomatik im Vergleich zur PTBS wenig spezifisch sind, kommen am häufigsten vor. Insbesondere Angst und/oder Wut/Erregung und/oder (funktionelle) Körperstörungen, Misstrauen, Rückzug, Hilflosigkeit, Schlafstörungen, Depressionen sollten hellhörig werden lassen und entsprechende Fragen aufwerfen.

Die Zusammenhänge mit lebensgeschichtlichen Erfahrungen sind den Betroffenen oft nicht bewusst oder die Affekte bleiben trotz bewusster Erinnerungen abgespalten. Sie können nur im Gespräch mit einem einfühlsamen, aber auch informierten Gegenüber deutlich werden – wie die Fallbeispiele von Dr. med. Wolfgang Merkle (siehe weiteren Artikel auf S. 240–243) deutlich zeigen. Zunächst hilft Patientinnen und Patienten das Wissen alleine nicht dabei, überschießende Affekte und Körperreaktionen zu regulieren. Gerade diese Verlaufsformen traumatischer Prozesse sind, wenn sie nicht selbst von den Patienten doch irgendwie erahnt werden, nicht leicht zu diagnostizieren. Sie erschließen sich erst über eine ausführliche Anamnese, welche die dynamischen Verbindungen mit früheren Erlebnissen aufspürt und erfragt. Hierbei ist die Klärung der aktuellen Trigger und auslösenden oder erneut traumatisierenden Erlebnisse ebenso wichtig wie die Berücksichtigung der früheren belastenden und traumatischen Erfahrungen – wie in den Beiträgen von Prof. em. Dr. med. Hartmut Radebold (S. 234f.) und Merkle (S. 240ff.) in dieser Ausgabe ausgeführt.

Inzwischen kommen auch die nach dem Krieg Geborenen als ältere Patienten zu uns. Sie haben zwar keine Traumata aufgrund von direkten Kriegshandlungen erlebt, aber Not, Verwahrlosung, Verluste und Leid konnten sich anders zeigen. Zum Teil war die Versorgungslage noch schlechter als während des Krieges, zum Beispiel im „Hungerwinter“ 1947. Viele Väter blieben vermisst, die zurückkehrenden waren oft nicht die herbeige-

sehten Retter aus der Not, sondern selbst körperlich und seelisch beschädigt oder gebrochen – was nicht selten die Kinder aufzufangen versuchten.

Viele Erwachsene waren mit sich beschäftigt, mit ihren Erlebnissen, Verlusten, Traumen oder den notwendigen Mühen der Lebensbewältigung und des Wiederaufbaus, sodass sie die Kinder sich selbst oder anderen Personen überließen, die sich keineswegs immer kümmerten. Prügel waren an der Tagesordnung. Manche spornte das an, andere verloren den Halt oder wurden zum Opfer von sexuellem Missbrauch und Gewalt.

In der Mehrheit der Familien wurde geschwiegen, aber Gefühlserbschaften wurden unbewusst vermittelt. „Wir schauen nach vorn, nicht zurück, sagte mein Vater, aber wir waren doch schuld, wir waren doch [vom Nationalsozialismus] begeistert“, berichtete eine meiner Patientinnen. Aufgrund ihrer unbewussten Identifizierung mit ihren Eltern und deren Schuld hatte sie bisher nicht erkennen und reflektieren können, dass sie als damals fünfjähriges Mädchen hierüber nicht hatte entscheiden können.

In anderen Familien musste immer wieder von den erlittenen Traumen erzählt werden, um deren Folgen irgendwie auszuhalten. So kamen zu den eigenen traumatischen Erfahrungen „vererbte Wunden“ und Gefühlserbschaften hinzu, die generationsübergreifend weitergegeben wurden [13, 14].

Fazit

Ältere und alte Patientinnen und Patienten suchen eher selten wegen akuter psychischer Traumen und posttraumatischer Belastungsstörungen Ärzte und Psychotherapeuten auf. Sie kommen hauptsächlich wegen anderer akuter Störungen und Probleme zur Behandlung, deren traumatische Anteile nicht unbedingt sofort offensichtlich sind, sondern erst durch die Anamnese oder später im Behandlungsverlauf deutlich erkennbar werden. Deshalb sollten Ärzte und Therapeuten auf die Möglichkeit traumatischer Prozesse, auf Retraumatisierungen und Traumareaktivierungen achten und gefasst sein.

Prävention, Pflege und Psychotherapie

Prävention und Therapie psychischer Traumen im Alter beginnen mit einschlägigen Informationen nicht nur zur psychobio-sozialen Perspektive auf das Alter, sondern auch zur Zeitgeschichte. Die entscheidenden Folgen für die Prävention psychischer Traumen im Alter im Rahmen medizinischer Versorgungssysteme liegen nahe: Vor notwendigen Eingriffen, insbesondere Narkosen und Operationen sollten Anamnese und Vorbereitungsgespräche die Frage früherer traumatischer Erfahrungen berücksichtigen.

In Pflegesituationen können traumatische Erfahrungen aktualisiert werden, wenn Pflegekräfte und oder Pflegehandlungen unwissentlich und unbeabsichtigt traumatische Erinnerungen wecken, zum Beispiel an frühere Gewalt/Schläge oder sexuelle Gewalt, an Einläufe, Strafmaßnahmen oder auch Verführungssituationen, die erst durch diese Art des Wiedererlebens der abgespaltenen Affekte und Erinnerungen „erkannt“ werden und Angst, Erregung oder Starre und Rückzug auslösen können. Im Pflegeheim können insbesondere nachts, begünstigt durch Einsamkeit und Schlaflosigkeit, Erlebnisse in Konzentrationslagern und die Kriegs- und Nachkriegszeit wieder lebendig werden. Dann sitzt beispielsweise die Bewohnerin im Tagesraum und wartet auf ihre Regelblutung, weil sie diese Sorge nach der früher erlebten Vergewaltigung ebenfalls gehabt hatte [15].

In der Psychotherapie geht es nach einem akuten traumatischen Zusammenbruch zunächst um die Stabilisierung. Erst danach werden eine schrittweise Konfrontation mit den traumatischen Erfahrungen und deren nachträgliche Bewältigung möglich, wenn Angst und Erregung ausgehalten und schrittweise bewältigt werden können.

In der ambulanten Psychotherapie helfen traumatherapeutische Ansätze und solche, die besonders für ältere und alte Patienten entwickelt wurden, zum Beispiel von Reddemann [16]. Für akut wie auch in früheren Lebensabschnitten traumatisierte ältere und alte Patienten haben Kliniken inzwischen multimodale Konzepte entwickelt, wie Merkle in seinem Beitrag

ausführt. In der ambulanten Psychotherapie helfen die anerkannten Verfahren. Dabei arbeitet die Verhaltenstherapie mit einem strukturierten Lebensrückblick, während die psychodynamischen Psychotherapien auf die Erzählung und das Gespräch in einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung setzen. In deren schützendem Rahmen können auch traumatische Ängste und Erinnerungen wieder belebt, differenziert und schrittweise bewältigt werden. So können bedrohliche und überwältigende Katastrophen und Beziehungstraumen aktualisiert und erkannt, aber auch von der heutigen Realität und den heutigen Möglichkeiten unterschieden werden. Diese Konfrontation ruft heftige Gefühle, aber auch Trauer und Neuorientierung auf den Plan, sodass eine langfristige Integration traumatischer Erfahrungen in die eigene Lebensgeschichte und Identität ermöglicht wird [17]. Mit oder ohne vorausgegangene Therapien gibt es zur Auseinandersetzung mit Kriegs- und Nachkriegserfahrungen durch die Betroffenen und inzwischen auch für die nachfolgende Generation Gesprächsgruppen und Veranstaltungen, die in der

jeweiligen Region ausfindig gemacht werden können. Noch nie hat es so viele lang lebende Großeltern gegeben wie in unserer Zeit – und damit so viele Möglichkeiten für die Enkelgeneration, diese nach ihren Erlebnissen zu fragen. Auch das Schreiben über eigene Erfahrungen, ob für sich selbst oder für die nachfolgende Generation, ist für die Bewältigung belastender und traumatischer Erfahrungen vielen Betroffenen eine Hilfe [18]. Die zeitgeschichtliche Einordnung und die Anerkennung des oft jahrzehntelang schamhaft verschwiegenen Leidens, sowohl innerhalb der Therapie, der Familie als auch durch die Gesellschaft, spielt für die Bewältigung von Traumata eine große Rolle [14, 19]. Als über die Erfahrungen der Kriegskinder Anfang bis Mitte der 2000er-Jahre erstmals geschrieben und öffentlich diskutiert wurde, bewegte dies meine damalige Patientin, die sich ursprünglich wegen der Bewältigung einer Krebserkrankung an mich gewandt hatte, sehr. Zu ihrer eigenen Überraschung hatte sie bei einer entsprechenden Fernsehsendung mehrere Stunden lang geweint und war zutiefst davon ange-

rührt, dass sie in ihrem zuvor einsamen und verschwiegenen Schicksal nun nicht nur von mir in der Therapie wahrgenommen und gehört, sondern dass sie damit überhaupt und öffentlich gesehen und anerkannt wurde, dass darüber gesprochen wurde. Das ermutigte sie und erleichterte es ihr, sich ihren traumatischen Erfahrungen auch in der Therapie weiter zuzuwenden, obwohl sie zunächst „diesen Deckel eigentlich nicht aufmachen“ wollte [17].

**Dipl. Psych.
Christiane
Schrader**

Psychoanalytikerin,
PP (DPV, IPV,
DGPT)
Raabestr. 4
60431 Frankfurt
Institut für Alterspsychotherapie
und angewandte Gerontologie
www.alterspsychotherapie.de



Foto: privat

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



Meinolf Peters Das Trauma von Flucht und Vertreibung

Psychotherapie älterer Menschen und der nachfolgenden Generationen. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 2018, 239 Seiten, gebunden, ISBN 9783608962055, € 30

Meinolf Peters – ein Nachkriegskind, 1952 geboren – ist Psychoanalytiker und ein in ambulanter und stationärer Therapie erfahrener Psychotherapeut. Er hat viel Erfahrung mit dem Thema, dem er sich sehr kompakt auf 239 Seiten zuwendet: der Psychotherapie älterer Menschen, insbesondere jener, die nach dem Kriege noch Flucht und Vertreibung erlebten. Wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass nach dem Krieg immerhin jeder achte Deutsche in der BRD ein Flüchtling war. Peters bettet das Kriegs- und Nachkriegselend der Deutschen in den Kontext nationalsozialistischen Grauens gegenüber den Juden und anderen Nationen ein – wie viel Leid und Tod war von Deutschland ausgegangen! Er spricht wesentliche Aspekte der auch moralisch nicht immer einfachen Auseinandersetzung um Schuld und Opfersein an. In den Mittelpunkt stellt er dabei immer die ärztliche Haltung des Verstehens und Linderns von körperli-

Bücher

chem und seelischem Leid. Überlegungen der Folgen von Flucht, Vertreibung, Trauma und Altern werden ergänzt durch eine Fülle von beeindruckenden Therapievignetten und Biografien von Menschen mit Flucht- und Vertreibungserfahrungen. Praktische Hinweise, beispielsweise „Grundelemente der Psychotherapie mit Älteren“, betonen den Vorrang von Stabilisierung und Ressourcenorientierung vor dem Aufdecken und Aufarbeiten. Wichtig: Er räumt mit der Aufweichung des Traumbegriffes auf. Im dritten Teil („Psychotherapeutische und andere Hilfen“) gibt er Hinweise auf Möglichkeiten und Grenzen therapeutischen Wirkens bei dieser Gruppe. Im letzten Abschnitt „Was wir aus der Geschichte lernen können“ geht er auf archaische Ängste vor Bedrohungen ein bis hin zu der darunterliegenden Todesangst, die weit über das real Gegebene hinausreichen können. Dies können aktuell Gründe sein, wenn sich Migrantinnen und Migranten mit den Integrationsanforderungen überlastet fühlen. Gespickt mit historischem Wissen und persönlicher therapeutischer Erfahrung ist das Buch sehr gut geeignet, um in die jüngste deutsche Geschichte, in Fragen des Alterns und des Umgangs mit Gewalt und Vergänglichkeit einzusteigen.

Dr. med. Wolfgang Merkle

Literatur zum Artikel:

Psychische Traumata im Alter

von Christiane Schrader

- [1] Barwinski Föh, R. (2001) Folgen der Traumatisierung. Trauma, Symbolisierungsschwäche und Externalisierung im realen Feld. *Forum Psychoanal* (2001) 17:20–37. Springer, Heidelberg.
- [2] Fischer G., Riedesser P. (2009) *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, 4. Aufl. Reinhardt, München.
- [3] Shokri, Diba. Erinnerung, die nicht vergehen will. *Frankfurter Allgemeine, Hoch/Schule*, 6.12.2018. Link: <https://www.faz.net/aktuell/feuilleton/hoch-schule/erinnerung-die-nicht-vergehen-will-der-traumaforscher-andreas-maercker-15923260.html/>.
- [4] Hecker, T; Maercker, A (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. *Psychotherapeut*, 60(6):547–562.
- [5] Keilson H. (1979) *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Enke, Stuttgart.
- [6] Peters M. (2017) *Das Trauma von Flucht und Vertreibung. Psychotherapie älterer Menschen und der nachfolgenden Generationen*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- [7] Barwinski R., Fischer G. (2010) Erinnerung und traumatischer Prozess im Alter. *ZPPM* 2010, 4:9–21.
- [8] Heuft, G. zitiert in: Jachertz, N., Jachertz, A. (2013) *Kriegskinder: Erst im Alter wird oft das Ausmaß der Traumatisierungen sichtbar*. *Dtsch Ärzteblatt* 2013; 110 (14).
- [9] Erikson (1973) *Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze*. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt.
- [10] Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (Hrsg.). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. Reinhardt, München 2006.
- [11] Maercker, A.; Forstmeier, S.; Enzler, A.; Krüsl, G.; Hörler, E.; Maier, C.; Ehler, U. (2008): Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: Findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry* 49, S. 113–120.
- [12] Glaesmer, H.; Brähler, E.; Gündel, H.; Riedel-Heller, St. (2011): The Association of Traumatic Experiences and Posttraumatic Stress Disorder with Physical Morbidity in Old Age: A German Population-Based Study. *Psychosomatic Medicine* 73, S. 401–406.
- [13] Rauwald M (2013) *Vererbte Wunden. Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen*. Beltz-Verlag, Weinheim.
- [14] Bohleber, W.; Zinnecker, J. (Hrsg.), (2008): *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten*. Juventa, München, Weinheim.
- [15] Böwing, G. (2017) *Die Heimbewohnerin sitzt im Tagesraum und wartet auf ihre Regelblutung – Traumareaktivierung im Alter*. Vortrag im Rahmen des 29. Symposiums Psychoanalyse und Altern, unveröffentlichtes Manuskript.
- [16] Reddemann, Luise. *Kriegskinder und Kriegsenkel in der Psychotherapie. Folgen der NS-Zeit und des Zweiten Weltkriegs erkennen und bearbeiten – Eine Annäherung*. Klett-Cotta, Stuttgart 2015, 5. erw. Auflage 2018.
- [17] Kogan, I. (2011): *Mit der Trauer kämpfen. Schmerz und Trauer in der Psychotherapie traumatisierter Menschen*, Klett-Cotta, Stuttgart.
- [18] Radebold, H. (2005) *Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Hilfen für Kriegskinder im Alter*, Klett-Cotta Stuttgart, 6. Aufl. 2015.
- [19] Schrader, C. (2013) „Diesen Deckel wollte ich eigentlich gar nicht aufmachen“ – zur Reaktivierung transgenerationaler Traumata im Alter. In: Rauwald M (2013) *Vererbte Wunden. Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen*, Beltz-Verlag, Weinheim.

Psychosomatische Reaktionen nach Erfahrungen in der NS-Zeit und im Zweiten Weltkrieg

Dr. med. Wolfgang Merkle



Foto: Dr. med. Wolfgang Merkle

„Lebenslauf“ hat eine betroffene Patientin ihr Aquarell genannt.

Seit über 70 Jahren ist der Zweite Weltkrieg zu Ende, das Terrorregime Hitlers vorbei. Aber bis heute erleben wir in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Arbeit, dass schwere traumatische Erlebnisse aus dem „Dritten Reich“, dem Krieg, der Vertreibung oder der Nachkriegszeit als Ursache für schwere körperliche Symptome auftauchen. Immer steht die Verdrängung oder besser die Abkapselung dieser Ereignisse und ihre Bedeutung im Zentrum. Der Körper dient als Vehikel, diese Anliegen in gewisser Weise zur Sprache bringen zu können. Dies setzt voraus, dass die aufgesuchten Ärzte diese Körpersprache verstehen, die ihr zugrunde liegenden Geschehnisse in Erfahrung bringen und ihr Bedeutung beimessen.

Warum kommen die Patienten so spät mit diesen Traumata zu uns, wie kommt es, dass sie über viele Jahre nichts davon erzählt haben? Christiane Schrader und Prof. em. Dr. med. Hartmut Radebold haben in diesem Heft zu dieser Frage bereits Stellung genommen. Nach unserem klinischen Eindruck sind es vor allem aktuelle

Ereignisse auf dem Boden einer Labilisierung der Abwehr, die zur Symptomatik führen und damit das Wiederauftauchen der Erinnerung in der Maske somatischer Leiden an die Oberfläche bringen. Zuvor gab es keine Zeit, es musste funktionieren werden, wie es in der Zeit des Wirtschaftswunders kollektiv der Fall zu sein schien. Gerade in der Schmerzlinik haben wir eine überzufällige Häufung von Erkrankungen, die in deutlichem Zusammenhang mit Kriegsereignissen stehen (Vertriebene, Opfer der Diktatur, der Bombenangriffe, frühkindlicher Not). Wenn wir die Berichte unserer Patienten betrachten, sind wir doch immer wieder erstaunt, wie schwer es für somatisch orientierte Kollegen ist, außer der körperlichen Not auch die Geschichte dahinter zu erkennen, hellhörig zu werden, wenn Patienten eine solche Lebensgeschichte mitbringen. Dadurch war es oft schon zu Operationen gekommen, die möglicherweise unnötig waren oder aber wegen der psychischen Komponente nicht den nötigen Erfolg hatten, bis die Patienten zu uns kommen.

Gerade bei chronischen Schmerzpatienten lohnt es sich sehr, die biografischen Hintergründe und Zusammenhänge zu eruieren, da der Patient selbst über diese Geschichten zwar gerne reden würde, aber gleichzeitig unbewusst Angst hat, davon überwältigt zu werden und sie verdrängt. Auch misst er diesen Erlebnissen selbst keine Bedeutung mehr zu. Er braucht sozusagen einen „Geburtshelfer“ um diese Traumata und ihre Wirkung ans Licht zu bringen.

Sehr oft kommt die Reaktivierung auch über das Gedächtnis des Körpers (des Körper selbst). Operationen, Situationen des Ausgeliefertseins in Krankenhäusern oder Heimen können eine solche Reaktivierung des Traumas auslösen. Wie auch bei somatoformen Beschwerden, erlaubt die Somatisierung dem Seelischen, das Unfassbare, das unerträgliche Ausmaß der Ohnmacht zu „verschmerzen“. So wird auch jetzt wieder körperlicher Schmerz aus dem, was seelischer Schmerz hätte werden können, wie Freud es ausdrückte: das Entsetzen kommt über körperliche Beschwerden zum Ausdruck. Somit hängt es von der Fähigkeit der Internisten, Allgemeinärzte, Chirurgen, Gynäkologen, Urologen und sonstigen oft vorwiegend somatischen Ärzten ab, ob die leib-seelische Geschichte dieser Patienten „gehört und gelesen“ werden kann, oder ob mehr oder weniger große Störungen des Körpers, Abnutzungsercheinungen oder Zufallsbefunde als ausreichende Verursacher der Beschwerden gesehen werden. Es stellt sich bei diesen Patienten die Frage, wofür es therapeutisch sinnvoll sein soll, die Vergangenheit noch einmal zu besprechen. Darauf kann es zwei Antworten geben:

- Die Patienten kommen ja nicht zu uns, weil diese unverdaulichen Erlebnisse wirklich bearbeitet wären, sondern sie sind möglicherweise Teil des Ursprungs der Beschwerden, die den Patienten zu uns oder in die somatische Medizin bringen.

- Wenn diese Erlebnisse erst jetzt so heftig zum Vorschein kommen, liegt es meist daran, dass eine Situation eingetreten ist, in der die traumatischen Ereignisse noch einmal zur Integration der Trauer oder auch nur zur Stabilisierung auftauchen. Oft sind es auch zeitgenössische Ereignisse (wie zuletzt die Syrienflüchtlinge), die Erlebnisse wieder in Erinnerung bringen. Es spielt auch eine Rolle, dass die Abwehrstärke und Ablenkung der Patienten im Alter nachlässt.

Natürlich müssen wir in einer wertschätzenden Haltung mit den Patienten die Auftragsklärung durchführen. Möchte und kann sie/er mit der Arbeit an diesen Traumata weitergehen, können wir ihr/ihm das zutrauen oder ist ihr/sein Widerstand gar nicht neurotisch sondern lebensrettend? Die Fantasie ist immer schlimmer als die Realität, sagte Freud, aber bei diesen Geschichten ist es manchmal auch umgekehrt, sodass wir erst stabilisieren müssen.

Fallbeispiel 1: Bauchschmerzen

Frau M. ist 73 Jahre alt, als sie nach vier Jahren chirurgischer Interventionen bei uns vorgestellt wird.

Die Diagnosen: Zustand nach Cholezystektomie, Z.n. duodenumhaltender Pankreaskopfresektion bei chronischer Pankreatitis, atypische Leberkeilresektion Segment IV bei lokal tumorösem Befund, Z.n. Narbienhernienverschluss, Z.n. Angio

Foto: © Käthe Kollwitz Museum Köln



Käthe Kollwitz, Mütter.

Blatt 6 der Folge „Krieg“, 1919, Kreidelithographie (Umdruck), Kn 140, Kölner Kollwitz Sammlung

Abdominal und Coeliacal mit Stentimplantation bei V.a. Angina abdominalis, kryptogene chronische Pankreatitis, Zustand nach mesenterialer Stentimplantation, Z.n. Pankreatikojejunostomie, Restomentektomie, Panadhäsiolyse, Z.n. Wundserom mit lokaler Wundphlegmone bei Z.n. Relaparotomie.

Im Arztbrief der auswärtigen Chirurgie steht am Schluss:

Prozedere: Wir empfehlen die Vorstellung in der psychosomatischen Klinik im Heilig-Geist-Hospital als neuen Therapieansatz.

Im Erstgespräch erscheint alles zunächst völlig unauffällig. Frau M. berichtet glaubhaft, dass sie glücklich verheiratet ist. Der Ehemann wirkt sehr freundlich und zugewandt. Bis zur Berentung habe sie eine er-

füllte berufliche Tätigkeit wahrgenommen. Zu beiden Söhnen und Enkelkindern bestehe eine gute Beziehung. Als sie die Beschwerden im Bauch in den letzten Jahren beschrieben hatte, war ich zunächst erstaunt, wie der Chirurg dazu gekommen war, diese Patientin zu uns zu verweisen, da weder eine psychosoziale Belastung vorzuliegen schien noch ein innerer oder äußerer Konflikt noch ein großer Verlust zu erkennen war. Meine Frage, ob denn Bauchschmerz in ihrem Leben schon häufiger aufgetreten sei, verneinte sie.

Erst eine ausführliche biografische Anamnese brachte den Durchbruch: Sie sei in Hamburg als Einzelkind aufgewachsen. Die Mutter sei sehr kühl gewesen, der Vater herzlich, aber beide seien schon alt ge-

Depression in Altenpflegeheimen – ein unterschätztes Leiden

Nach Demenzen sind depressive Störungen die zweithäufigste Gruppe psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen. In Altenpflegeeinrichtungen ist der Anteil der Betroffenen fast doppelt so hoch wie in der älteren Allgemeinbevölkerung: Jeder siebte Heimbewohner leidet in Deutschland unter einer Depression. Eine psychotherapeutische Behandlung bleibt jedoch oft aus.

Um diese Situation zu verbessern, startet in Frankfurt am Main das Forschungsprojekt DAVOS (Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Ver-

sorgungsmodell) unter der Leitung des Instituts für Allgemeinmedizin, Arbeitsbereich Altersmedizin der Goethe-Universität.

Ziel ist es, ein Programm zur Verbesserung der Depressionsbehandlung für Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen einzusetzen und bezüglich seiner Wirksamkeit im Alltag zu bewerten. Dabei erfolgt eine enge Zusammenarbeit von Psychotherapeuten, Pflegekräften sowie den Haus- und Fachärzten der Einrichtungen.

Es nehmen zehn Altenpflegeeinrichtungen in Frankfurt (Frankfurter Verband

und Agaplesion Markus Diakonie) mit einer Gesamtzahl von über 1.250 Pflegeplätzen teil. Das Projekt wird für drei Jahre mit insgesamt ca. 1,4 Millionen Euro vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert.

Ein zentraler Bestandteil des Programms sind die sogenannten Depression-Case-Manager. Dabei handelt es sich um von der Heimleitung benannte und in den Heimen tätige Pflegefachkräfte. Sie dienen als Schnittstelle zwischen teilnehmenden Bewohnern, Studienmitarbeitern, Psychotherapeuten und Ärzten.

(red)

wesen. Sie habe sich immer über die Distanz der Mutter gewundert, habe ihre Schule aber mit Fleiß und Erfolg absolviert. Der Vater sei plötzlich verstorben, als sie 17 Jahre alt war. Als sie am Grab bitterlich geweint habe, habe die Mutter gemeint, sie solle sich nicht so anstellen, er sei sowieso nicht ihr wirklicher Vater gewesen. Über diesen Umweg erfuhr sie, dass sie in Ostpreußen aufgewachsen war, die leibliche Mutter sie in ein Heim gegeben habe, von wo aus sie dann von dem kinderlosen Paar aus Hamburg adoptiert wurde. Sie erfuhr also erst mit 17 Jahren davon, wo sie herstammte und wer ihre wirklichen Eltern waren. Diese Sprachlosigkeit ist ein zentrales Element in diesen Vorgeschichten. Da es ihr einigermaßen gut ging, versuchte sie diese Tatsache zu

verdrängen und zu vergessen, meisterte ihr Leben erfolgreich.

Als wir bei ihrer Erzählung zu ihrem Ruhestand kamen, berichtete sie, dass es sie dann doch interessiert habe, wo sie herkam und was aus ihrer Ursprungsfamilie geworden war. Mit Hilfe des Roten Kreuzes konnte sie ermitteln, dass ihre leibliche Mutter in der Zwischenzeit gestorben war, aber dass es drei Stiefgeschwister gab, die sie dann auch besuchte. Kurze Zeit später begannen ihre Bauchschmerzen und sie konnte erst jetzt eine vage Beziehung zu diesem Schmerz herstellen, eine Behandlung in der psychosomatisch/anästhesiologischen Schmerzambulanz bei uns aufnehmen, um dieses Trauma weiter zu bearbeiten. Sie hatte in keiner Weise die unglaublich schmerzhaften Erkenntnis, von

ihrer Mutter weggegeben worden zu sein, in ihrer Bedeutung erfasst und es deshalb den Ärzten auch nicht selbst sagen können. Erst jetzt in der Therapie kam die ganze Wucht der Enttäuschung.

Falbeispiel 2: Rückenschmerzen

Die 78-jährige Frau L. kam zu uns in die Schmerzklinik, da sie seit vielen Jahren unter Rückenschmerzen litt. 2004 habe es sie „so richtig erwischt“ und sie sei das erste Mal beim Schmerztherapeuten gewesen, der ihr jahrelang gut habe helfen können. Seit Frühjahr 2017 sei es zu einer Beschwerdezunahme gekommen, sie könne kaum noch aufstehen, kaum Treppensteigen und benutze den Rollator ihres Ehemannes. Ambulant sei eine Opioidthe-

Traumata durch Verfolgung und Diktatur bei älteren jüdischen Patienten

Der Holocaust, die Judenverfolgung, der Terror und die enorme Traumatisierungen durch die NS-Diktatur haben nachhaltige Spuren bei denen hinterlassen, die überlebt haben und es heute durch die bereits oben beschriebenen Mechanismen nicht mehr schaffen, die Abwehr und die Abkapselung der Traumatisierungen aufrecht zu erhalten. Hier können körperliche Symptome auftreten, die an Heftigkeit, Lebensbedrohlichkeit, die damalige Situation noch einmal zum Vorschein kommen lassen, ohne dass dies weder vom Patient noch vom Arzt verstanden wird. Als eindrucksvollstes Beispiel kam vor einigen Jahren ein 84-jähriger jüdischer Rentner nach einer über dreijährigen Irrfahrt durch die somatische Medizin erstmals in die Psychosomatik. Er hatte von 65 kg auf 50 kg abgenommen. Er hatte Dysphagien und Schmerzen im Bereich der Speiseröhre. Er war internistisch einschließlich CCT, CT Abdomen, Kernspintomographie, Gastroskopien, Mesenterikographie, Ösophagusbreischluck und Thoraxdurchleutung sowie Laparatomie untersucht worden. Am Ende blieb nur, ihn als lebenserhaltende Maßnahme durch eine PEG (perkutane endoskopische Gastrostomie) zu ernähren. Dadurch konnte er wieder auf 58 kg zunehmen. Der Gastroenterologe über-

wies den Patienten in die psychosomatische Abteilung, irgendwie sei der Patient depressiv.

Ein ausführliche Anamnese ergab, dass der Patient während des so genannten Dritten Reiches in Polen lebte und überlebte, während über 50 Menschen aus seinem Verwandten- und Bekanntenkreis, darunter seine beiden Schwestern und die Eltern, im KZ starben. Unter menschenunwürdigen Situationen und Verleugnungen, Tricks und Lügen konnte er überleben. Eine Auswanderung nach Amerika nach dem Krieg wurde ihm verweigert, er trat in den polnischen Staatsdienst und kam erst 20 Jahre vor der jetzigen Erkrankung wegen der Kinder nach Deutschland. Bis zur Aufnahme der Psychotherapie hatte er immer noch das Gefühl, in Warschau zu Hause zu sein. Die Verrentung und der Verlust der lebendigeren Umgebung durch einen nochmaligen Umzug in jüngerer Zeit führten bei ihm zu einer schweren lebensbedrohlichen Anorexie, ohne dass der Patient auf der bewussten Ebene depressive oder lebensmüde Gedanken gehabt hätte: Er war in einer stabilen Ehe seit über 50 Jahren, hatte einen Sohn und einen Enkelsohn, zu denen er gute Kontakte hatte. Es gelang, einen Zugang zum Patienten zu gewinnen und mit ihm eine tiefenpsy-

chologische Gesprächstherapie zu vereinbaren. Die zwei Jahre dauernde Psychotherapie ermöglichte ihm, über die belastenden Lebensereignisse zu sprechen. Seine Symptome besserten sich, er bekam wieder Appetit, die PEG-Sonde konnte wieder entfernt werden. Dabei konnte der spezifische Zusammenhang zwischen den traumatischen Erlebnissen und der jetzigen Exazerbation (also möglicherweise die identifikatorische Komponente seiner Kachexie mit dem körperlichen Zustand der KZ-Opfer), nie wirklich entschlüsselt werden. Insgesamt war die stützende Beziehung für den Patienten das kurative Element in dieser Behandlung, in der er auch seine Schuldgefühle zur Sprache bringen konnte im Sinne der Überlebensschuld.

Auch im Rückblick bin ich überrascht, dass dieses regelmäßige Beziehungsangebot ausgereicht hatte, um ihm größere Vitalität zu ermöglichen und um seine körperlichen Symptome wie auch seinen gesellschaftlichen Rückzug zu überwinden. Ätiologisch schienen die angedeutete Isolation sowie die Tatsache, dass das Lebensende näher kam, dass er umgezogen war und sich fremd gefühlt hatte, Auslöser genug, um Vergangenes wieder wirksam werden zu lassen.

Dr. med. Wolfgang Merkle

rapie begonnen worden. Ihre Stimmung sei eigentlich gut, obwohl Tränen kämen, der Antrieb sei erschwert, das Gedächtnis habe nachgelassen, sie könne sich kaum noch auf das Lesen konzentrieren.

Sie sei in Hamburg geboren und mit zwei älteren Brüdern aufgewachsen. Der Jüngere sei an ihrem fünften Geburtstag von einer im Spiel gefundenen Granate getötet worden. Sie gehe davon aus, dass die Mutter ihr die Schuld am Tod des Bruders gegeben habe, obwohl sie doch die Jüngere war. Darüber erkläre sie sich auch die angespannte Beziehung zur Mutter. Über den Tod des Bruders könne bis heute in der Familie nicht gesprochen werden.

Jetzt in der Therapie nach 73 Jahren erscheinen die schmerzhaften Bilder, wie ihr Bruder vor ihr verbrannte. Sie selbst hatte zwar immer die Ahnung, dass diese Situation ihr Leben geprägt habe, in der Therapie wird ihr jetzt bewusst, wie sehr ihre Berufswahl (erst Krankenschwester, dann Krankenhauseuseelsoergerin) durch dieses Kriegstrauma mitbestimmt war. Interessanterweise wird deutlich, dass ihr eine andere Situation noch viel mehr in schmerzlicher Erinnerung ist, nämlich die

Tatsache, dass sie am Tage der Beerdigung als einzige der Kernfamilie zu Hause bleiben musste und weinend am Gartenzaun zurückblieb.

Auf der Abbildung malt sie ihren Lebenslauf und man sieht in der unteren Schleife die schweren Traumata durch den Krieg und den Tod des Bruders. Die schwarze Unterbrechung in der oberen Schleife zeigt den Tod ihres Ehemannes.

Es ist erstaunlich, wie viele Patienten in der multimodalen, therapeutischen Schmerzbehandlung in einer geschlossenen Gruppe von acht Patienten über den kurzen Zeitraum von drei Wochen an die Bearbeitung dieser Traumata herangeführt werden können, um danach für eine spezifische ambulante oder stationäre psychosomatische Therapie motiviert zu sein. Diese stationäre Schmerztherapie beinhaltet intensive Physiotherapie, anästhesiologische Behandlung (einschließlich Akupunktur, Biofeedback und medikamentöse Analgesie sowie Schmerz- und Entspannungstherapie) und die psychosomatische Therapie mit tiefenpsychologischer Einzeltherapie, Gruppentherapie, Entspannungsverfahren,

aktiver und rezeptiver Kunsttherapie. Die Integration findet in Teambesprechungen (einschließlich einer wöchentlichen gemeinsamen Visite mit beiden Chefarzten) statt. Die Atmosphäre in der Gruppe, das Eingehen auf die körperlichen Beschwerden, das gegenseitige Verstehen ermöglichen eine neue Sicht der Zusammenhänge und die Bedeutung der seelischen Hintergründe werden spürbar. Eine Patientin fasste auf die Frage, was ihr denn geholfen habe, es so zusammen: „Ich habe zugehört bekommen!“

**Dr. med.
Wolfgang
Merkle**

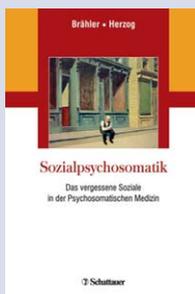
Chefarzt der
Psychosomatischen
Klinik am Hospital
zum Heiligen Geist,
Frankfurt/Main



Foto: privat

Arzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie,
Arzt für Psychiatrie, Psychoanalyse,
Spezielle Schmerztherapie

Bücher



Elmar Brähler, Wolfgang Herzog (Hrsg.): Sozialpsychosomatik. Das vergessene Soziale in der Psychosomatischen Medizin

Aufsätze von 37 renommierten Autorinnen und Autoren. Schattauer 2018. 353 S., geb., 12 Abb., 21 Tab., € 49,99 ISBN: 9783608431346, auch als E-Book

Hier geht es um einen wichtigen Aspekt von Psychosomatik, der in den vergangenen Jahrzehnten im Vergleich zur Hervorhebung des Individuellen in den Hintergrund der Fachdiskussion gerückt ist. Im Vorwort der Herausgeber wird, neben einer kurzen Historie der Psychosomatik, eine Erklärung geliefert, warum das Soziale aus der Medizinpsychologie verdrängt worden ist. Brähler und Herzog verweisen auf die Notwendigkeit der Perspektivenöffnung in der eigenen Disziplin. Die fünf Kapitel umfassen:

1) Sozioökonomische Perspektive: Hier werden Daten gesammelt und kommentiert, die sich auf den Einfluss von Armut, verminderter sozialer Teilhabe und Wohnungslosigkeit und deren Einfluss auf Gesundheit beziehen.

- 2) Arbeitsumwelt: Dieses Kapitel ist mit sieben Beiträgen das umfangreichste. Der Beitrag von J. Siegrist „Arbeitswelt und psychosomatische Krankheiten“ bildet den Rahmen für sehr unterschiedliche Beiträge. Für alle, die sich mit betrieblicher Gesundheitsvorsorge befassen, eine wichtige Lektüre.
- 3) Lebensumwelt: Es handelt sich um das kürzeste Kapitel mit einem erfrischend kritischen Beitrag zur Demenz.
- 4) Die interkulturelle Perspektive beschäftigt sich mit der psychischen Gesundheit von Migranten und traumatisierten Flüchtlingen, mit Adipositas im kulturellen Kontext und verweist auf den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und depressiver Symptomatik in Europa.
- 5) Transgenerationale Perspektive: Hier wird die Weitergabe von traumatischen Erfahrungen behandelt sowie der Zusammenhang von psychischer Gesundheit und wirtschaftlicher Lage beleuchtet. Ein interessanter Beitrag geht der Frage nach, ob sich eine „neue Morbidität“ psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter belegen lässt.

Insgesamt liefert das Buch einen Überblick über sehr unterschiedliche Bereiche und – was besonders wertvoll ist – ermöglicht eine Übersicht über aktuellere Studien und Daten.

Dr. Margret Kamm

Deutschland im November 1918

Kranke, Krüppel, Hungertote

Prof. em. Dr. med. Wolfgang U. Eckart

Nachdruck aus dem Deutschen Ärzteblatt PP für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 17, Ausgabe Dezember 2018, Seite 558.

Nach Ende des Ersten Weltkriegs am 9. November 1918 flutete ein Millionenheer von Soldaten aus allen Front- und Besatzungsgebieten in die Heimat zurück – mit ihm fast unüberschaubare gesundheitliche und soziale Probleme.

Am 9. November 1918 ist für Deutschland nicht nur das bis dahin unvergleichliche und verhasste Kriegsgemetzel beendet, sondern auch die Monarchie als Staatsform. Wilhelm II. hat sich bereits nach Holland abgesetzt, auf den Straßen herrscht die November-Revolution und vom Balkon des Reichstagsgebäudes proklamiert gegen 14 Uhr der Sozialdemokrat Philipp Scheidemann die Republik: Der „Militarismus ist erledigt. Das Alte und Morsche, die Monarchie ist zusammengebrochen! Es lebe das Neue; es lebe die deutsche Republik!“

Die unmittelbare Nachkriegszeit ist für die deutsche Medizin wesentlich durch die Herausforderungen der ungeheuren kriegsbedingten Gesundheitsschäden bestimmt. Von den sich hieraus ergebenden Aufgaben standen unmittelbare Regelungsbedürfnisse im Hinblick auf die Demobilisierung, die Seuchenbekämpfung, Ernährungsfragen oder auf Probleme der sozialen Sicherung und der Invalidenfürsorge im Vordergrund. All diesen Herausforderungen hatte sich zunächst der „Rat der Volksbeauftragten“ [1] der ersten provisorischen Notverwaltung der jungen Republik zu stellen, bis sich das neue Reich selbst ab August 1919 den Aufgaben der Gesundheitsfürsorge widmen konnte. Die Lage der von Kriegsfolgen, Sozialmisere und Krankheit betroffenen deutschen Bevölkerung war katastrophal [2].



Rückkehr der deutschen Truppen von der Westfront nach dem Waffenstillstand, 10./11. November 1918. Sanitätseinheit an der belgisch-holländischen Grenze in Maeseyck.

Foto: Alfred Grohs (Groß); Quelle: Bundesarchiv-Bildarchiv Nr. 146–1988–109–07

Diagnose „Fettschwund“

Als dramatisch erwies sich besonders in der letzten Kriegsphase und in der Revolutionszeit die Ernährungssituation. Seit 1915 hatte de facto eine verschärfte Handelskontrolle zur See durch die britische Marine bestanden. Dieses Embargo wurde während des Krieges bis zur Blockade sämtlicher Einfuhrwaren eskaliert und noch bis März 1919 aufrechterhalten.

Dieser Schlag traf schwer, denn Deutschland war schon vor dem Krieg von ausländischen Lebensmittellieferungen abhängig gewesen und hatte versäumt, Vorräte anzulegen. Tatsächlich war aber nicht nur die Blockade, sondern vor allem die ineffektive Politik des Kriegsernährungsamtes für die Verschärfung der Ernährungsnotla-

ge verantwortlich. Wuchern, Horten, Hamstern waren ihr entglitten. Unmittelbar vor Kriegsende hatte die alte Regierung versucht, die kriegsmüde Bevölkerung noch einmal gegen die Feinde aufzustacheln. Mit Begriffen wie „Hungerblockade“ oder „Aushungerungstaktik unserer Feinde“ wollte man den feindlichen Staaten selbst in den Nachkriegsjahren noch die Alleinverantwortlichkeit für die Not in der Bevölkerung zuschreiben.

Die Zahl der Hungeropfer, die man in allen offiziellen Verlautbarungen und in den Friedensverhandlungen – bis hinein in die Nachkriegsgeschichtsschreibung – immer bei etwa 750.000 veranschlagt hatte, geriet zum Instrument der Propaganda. Detaillierte Analysen des vom Statistischen Reichsamt ermittelten Zahlenmaterials

unter umfassender Berücksichtigung aller verfügbaren Daten ließen jedoch nach Abzug der influenzabedingten Übersterblichkeit des letzten Kriegsjahres den Schluss zu, dass die Gesamtzahl der zivilen Hungertoten de facto bei „nur“ etwa 424.000 lag.

Zur Ermittlung der Zahlen hatte das Reichsamt des Inneren eine „Freie wissenschaftliche Kommission zum Studium der jetzigen Ernährungsverhältnisse in Deutschland“ gebildet, die am 27. Dezember 1918 ihren bedrückenden Bericht vorlegte. Er wies als Hauptfolgen der Hungerblockade auf die „Vermehrung der Sterblichkeit besonders im Kindesalter und den höheren Altersstufen, verursacht vor allem durch die geringe Widerstandsfähigkeit gegen Infektionskrankheiten“ und die dadurch erheblich vermehrte Sterblichkeit, die von einer Zunahme dieser Krankheiten, aber auch durch Darmkrankheiten und „Fettschwund“, hervorgerufen worden sei. Ziel solcher Propaganda war, vor allem die USA zu Lebensmitteleinfuhren zu veranlassen.

Hinsichtlich der sich gegen Kriegsende drastisch zuspitzenden Ernährungslage versuchte der Rat der Volksbeauftragten aber auch, über die Neubesetzung und gestraffte Umorganisation des Kriegsernährungsamtes Abhilfe zu schaffen. Ansätze hierzu konnten auch tatsächlich unter Leitung des Sozialdemokraten Emanuel Wurm (1857–1920) realisiert werden. Wurm fungierte bis zum 13. Februar 1919 noch als Staatssekretär des Kriegsernährungsamtes, danach als erster Reichsernährungsminister. Die Hungerproblematik insgesamt sollte die Politik der Reichsregierungen noch bis in die Mitte der 1920er-Jahre begleiten [3].

Im Land der „Kriegskrüppel“

Der Erste Weltkrieg hinterließ ein Heer von kriegsverehrten Invaliden, die das Straßenbild Deutschlands über Jahrzehnte prägten [4]. Auch hier war die Bilanz des Ersten Weltkrieges bedrückend. So bezifferte der Sanitätsbericht über das Deutsche Heer 1934 die Anzahl der durch Verwundung, Unfall, Selbstmord und Krankheit zwischen dem 2. August 1914 und dem 31. Juli 1918 verstorbenen Soldaten auf 1.202.042; dieser Zahl, die nach Ab-

bruch der Truppenkrankenrapporte im Juli 1918 bis zum Kriegsende noch erheblich anwuchs, stand für den gleichen Berichtszeitraum die der insgesamt 702.778 aus dem Heer als „dienstunbrauchbar“ Entlassenen gegenüber. Von der Gesamtzahl der „Dienstunbrauchbaren“ mit Versorgung wiederum waren 89.760 als „Verstümmelte“ mit Ansprüchen auf eine „Verstümmelungszulage“ anerkannt.

Zu jener Gruppe gehörte der überwiegende Teil der schwer- und schwerstbeschädigten Kriegsinvaliden der Nachkriegszeit. Hinter dem Begriff „Verstümmelte“ verbargen sich 15.503 Arm- und 24.145 Beinamputierte sowie 34.972, deren Funktionsstörung der Extremitäten Amputationen gleichkamen. Ihre Sprache hatten 230 verloren, ihr Gehör auf beiden Ohren 1.058, das Augenlicht die überwiegend Gasblinden 4.853 (davon beidseitig 1.445), vgl. [5]. Als geisteskrank mit Versorgungsansprüchen wurden 3.955 und „wegen schwerer Gesundheitsstörungen“ mit Pflege- und Wartungsbedürftigkeit weitere 5.034 Soldaten entlassen.

Es gibt gute Gründe, diese „offiziellen“ Zahlen von 1934 als geschönt anzuzweifeln. Realistischere Hochrechnungen gehen von etwa 2,7 Millionen dauernd kriegsbeschädigter Soldaten aus, was etwa 11 Prozent der insgesamt 24,3 Millionen verletzter und schwer verletzter Soldaten entsprechen würde. Zu versorgen waren mindestens 533.000 Kriegswitwen und etwa 1,2 Millionen Kriegswaisen.

Entstanden war so aus dem Krieg ein unermessliches Elend und Leid weit über den Kreis der unmittelbar Betroffenen hinaus, das die soziale Landschaft der Weimarer Republik hindurch bis in die NS-Diktatur prägen sollte. Bereits in den ersten Kriegsmontaten hatte sich abgezeichnet, mit welcher hohen Invalidenzahlen bei einer Fortdauer des Krieges zu rechnen sein würde. Die Schwerbehinderten-Problematik, die als nachhaltiges Gesundheitsthema zwar nicht auf der akuten Regelungsagenda des Rates der Volksbeauftragten stand, aber aufgrund des hohen Politisierungsgrades der Kriegsverehrten dringend angegangen werden musste, griff die weitreichende Verordnung über die Beschäftigung Schwerbeschädigter vom 9. Januar 1919 auf. In ihr wurde erstmals festgelegt, dass auf je 100 nichtbeschä-

digte Arbeitnehmer, Angestellte oder Beamte mindestens ein Schwerbeschädigter einzustellen sei. Daneben erweiterte sie den Kündigungsschutz und regelte Fragen der Sozialfürsorge. Hierzu wurden vom Reichsarbeitsamt in Abstimmung mit der Revolutionsregierung am 8. Februar 1919 auf dem Verordnungswege ein „Reichsausschuß der Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge“ und besondere Fürsorgestellen bis auf die untere kommunale Ebene geschaffen und angeordnet.

Keine schweren Epidemien

Während es sich bei der Kriegsinvalidenfrage in den Jahrzehnten nach dem Weltkrieg um eine chronische Problematik handelte, standen bedingt durch das zurückflutende Millionenheer deutscher Soldaten, viele von ihnen infektiös, akute Probleme im Raum. Ob das Reich allerdings durch eine Seuchewelle bedroht wurde, darf wohl bezweifelt werden. Die einzige tatsächliche „Seuche“ im klassischen Sinne war die im November 1918 bereits abflauende Influenzaepidemie („Spanische Grippe“) [6, 7]. An ihr starben im letzten Kriegsjahr weltweit mehr als 40 Millionen, in Deutschland allein etwa 300.500 Menschen.

Immerhin, gerade in den letzten Kriegsjahren hatten sich die Ernährungs- und Unterbringungsverhältnisse der Soldaten so dramatisch verschlechtert, dass die Tuberkulosezahlen auch bei den Feldgrauen in die Höhe geschneit waren. Unterernährung und der nasse Grabenkrieg wirkten sich aus. Syphilis war während des ganzen Krieges bereits zwischen der Heimat und den Fronten hin und her transportiert worden, sodass längst nicht mehr klar war, ob die Männer ihren Frauen zu Hause die Krankheiten aus den Etappenbordellen gebracht oder ob sie sich Syphilis, Tripper und Schanker angesichts steigender Versorgungsprostitution von ihren eigenen Frauen zugezogen hatten.

Von schweren Epidemien, der Cholera gar, konnte keine Rede sein. Hier hätte auch das Reichsseuchengesetz von 1900 hinreichend wirksame Maßnahmen ermöglicht. Was Tausende Soldaten aus Südosteuropa und Vorderasien als parasitäres Souvenir mit in die Heimat brachten, war

nicht ansteckend, jedoch chininpflchtig, die Malaria. Doch Chinin gab es 1918 schon lange nicht mehr im Reich. Besonders Augenmerk galt auch dem Fleckfieber, dessen Einschleppung man insbesondere von „Rückwanderern“ aus Ober-Ost und Migrationsbewegungen Deutscher aus Ost- und Südosteuropa bis hin zur Wolga befürchtete, – unbegründet, wie sich zeigte.

Fürsorge statt Polizei

So konzentrierte sich der Rat schließlich vor allem auf die Frage der Geschlechtskrankheiten, die in der Verordnung über die Fürsorge für geschlechtskranke Heeresangehörige vom 17. Dezember 1918 geregelt wurde, Meldepflichten und Strafen vorsah und zur Vorgängerverordnung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 18. Februar 1927 wurde. Bereits in seinem Aufruf vom 18. November 1918 hatte der Vollzugsrat der Arbeiter- und Soldatenräte an die Moral der Soldaten appelliert: „Männer und Frauen! Soldaten und Matrosen! Das höchste Gut des Volkes ist seine Gesundheit. Der Volksgesundheit droht schwerste Gefahr, wenn bei der schnellen Demobilisierung Seuchen und sonstige Krankheiten auftreten oder gar sich häufen. Diese ungeheure Gefahr muß abgewendet werden. Jeder Soldat, bei dem der Verdacht einer ansteckenden Krankheit besteht, suche sofort einen Arzt oder das Lazarett auf und verbleibe so lange in der Behandlung, bis der Arzt ihm sagt, daß sein Leiden nicht mehr ansteckend ist. Die bewährten Maßnahmen der Heeresleitung sind aufs peinlichste zu befolgen. Wer verlaust ist, sorge für schleunige Entlassung. Ansteckende Krankheiten sind besonders: Fleckfieber, Ruhr, Cholera, Typhus, Diphtherie und die Geschlechtskrankheiten. Wer sich nicht in Behandlung begibt, oder das Lazarett vorzeitig verläßt, versündigt sich schwer“ [8]. Diesem verzweifelten Aufruf folgte am 20. November 1918 eine Verordnung über Verhütung von Seuchen, die im Reichsamt für die wirtschaftliche Demobilisierung vorbereitet worden war. Aufruf und Verordnung waren die ersten seuchenpolitischen Maßnahmen der Revolution. Aber sie enthielten keinerlei Zwangsmaßnah-

men, sondern argumentierten stattdessen noch ganz mit den alten Ordnungs- und Wertvorstellungen.

Bemerkenswert sind aber auch die Ausführungsmaßnahmen, die gleichzeitig im Reichsamt für die wirtschaftliche Demobilisierung diskutiert wurden. Zu ihnen gehörte unter anderem auch der Vorschlag zur möglichst umgehenden „Entwicklung von Fürsorge- und Beratungsstellen für arbeitslose, obdachlose oder vorübergehend in wirtschaftlicher Not befindliche Frauen“, um auf diese Weise der für viele Frauen aus sozialer Not zwingend gewordenen Erwerbsprostitution Einhalt zu gebieten, „ausgedehnte Straßenaufsicht durch Fürsorge, nicht [!] Polizeiorgane“, „strengste Schutzmaßnahmen gegen Verkuppelung und Verführung“.

Unverkennbar ist, dass sich hinter solchen Ideen sozialhygienische Vorstellungen verbargen. Und tatsächlich gehörten zu den medizinischen Beratern des Amtes der sozialdemokratische Arzt, Sozialhygieniker und Geschlechtskrankheiten-Spezialist Alfred Blaschko (1858–1922) und die Ärztin und Sozialhygienikerin Marie Kaufmann-Wolf (1877–1922).

Gefahr des sittlichen Verfalls

Interessant ist auch der Schwenk von der Hunger- zur Seuchenproblematik, den das Reichsamt für die wirtschaftliche Demobilisierung in der Begründung der Verordnung vollzog. Er signalisierte schon früh einen Diskurswechsel, der in den kommenden Jahren, trotz fortbestehender Hungerproblematik, die präventive Medizinalpolitik prägte. Daneben wurden aber auch Sorgen vor einem „sittlichen Verfall“ durch übergriffige Soldaten deutlich, der die Sicherheit insbesondere junger Frauen und Mädchen akut gefährde. „In einer Zeit, [...] wo die Soldaten aus Front und Etappe in die Heimat zurückfluten, erschüttert keine Gefahr (nicht Hunger, noch Arbeitslosigkeit, noch Verbrechen an Menschen und Sachgütern) die Zukunft unseres Volkes, lebende und kommende Generationen, so tief wie Verseuchung und sittlicher Verfall. [...] Während des Krieges standen eine Reihe von Gen.-Kdos [General-Kommandos] auf dem Standpunkt, daß zur Hebung der Stimmung unter den Soldaten laxeste Be-

handlung der notwendigsten sittlichen und hygienischen Forderungen statthaft sei. Dieser Auffassung kann nicht scharf genug entgegengetreten werden“ [9].

Vorrangziel Demobilisierung

Innovativ war die Verordnung über Verhütung von Seuchen vom 20. November nicht. Bereits während des Krieges hatte die Aufmerksamkeit der Militärbehörden immer wieder der möglichen Einschleppung von Seuchen im Allgemeinen und von Fleckfieber und Syphilis im Besonderen gegolten. Dabei war der Blick vom ersten Kriegstag an vor allem nach Osten gerichtet. Man war sich allerdings darüber im Klaren, dass eine Eindämmung der Geschlechtskrankheiten in der Kriegszeit „bei der gesteigerten Geschlechtsneigung kräftiger Männer, wie Soldaten, dem Arbeitsmangel breiter einheimischer Volksschichten [...] und der damit einhergehenden Not, die viele Frauen und Mädchen auf die Straße treibt“, nur bedingt möglich sein würde.

Am 21. August 1918 war schließlich der „Entwurf eines Gesetzes über die Zurückhaltung beim Heere wegen übertragbarer Krankheiten“ verabschiedungsreif. Das Gesetz sollte nicht mehr zur Verabschiedung kommen, und an eine „Zurückhaltung“ von Heeresangehörigen „wider ihren Willen“ war in der Phase der nun erzwungenen und nur mit größten Schwierigkeiten abzuwickelnden Demobilisierung gar nicht mehr zu denken.

**Prof. em.
Dr. med.
Wolfgang U.
Eckart**



Institut für
Geschichte
und Ethik
der Medizin
Im Neuenheimer Feld 327
69120 Heidelberg

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

Literatur zum Artikel:

Kranke, Krüppel, Hungertote

von Prof. em. Dr. med. Wolfgang U. Eckart

- [1] Kratzsch, Tilman (2004), Die Gesundheitspolitik des „Rates der Volksbeauftragten“ – Die Deutsche Revolution aus medizinhistorischer Sicht. Teil I: Die gesundheitspolitische Gesetzgebung, in: *Medizinhistorisches Journal* 39, S. 265–289; Ders. (2005), Die Gesundheitspolitik des „Rates der Volksbeauftragten“ – Die Deutsche Revolution aus medizinhistorischer Sicht. Teil II: Die Gesundheitspolitik als Kontinuitäts- und Stabilitätsfaktor, in: *Medizinhistorisches Journal* 40, S. 19–49.
- [2] Eckart, Wolfgang U. (2014), *Medizin und Krieg: Deutschland 1914–1924*, Paderborn: Schöningh.
- [3] Eckart, Wolfgang U. (2015), Erster Weltkrieg 1914–1918: Hunger und Mangel in der Heimat, in: *Deutsches Ärzteblatt* 112, Heft 6, 6. Februar 2015.
- [4] Eckart, Wolfgang U. (2014), „Krüppeltum“ und „Eiserner Wille“ – Invalidität und Politik im Großen Krieg, 1914–18, in: *Wehrmedizinische Monatsschrift* 58, S. 256–261 [ISSN: 0043–2156].
- [5] Eckart, Wolfgang U. (2017), The Soldier’s Body in Gas Warfare: Trauma, Illness, Rentennot, 1915–1933, in: *One Hundred Years of Chemical Warfare: Research, Development, Consequences*, hg. v. B. Friedrich, D. Hoffmann, J. Renn, F. Schmaltz, M. Wolf, Springer International, Cham, 2017, S. 213–228.
- [6] Witte, Wilfried (2006), Erklärungsnotstand – Die Grippe-Epidemie 1918–1920 in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung Badens, Centaurus, Herbolzheim.
- [7] Eckart, Wolfgang U. (2018), Tanzen am Abgrund – Die tödliche Grippe-Epidemie des Jahres 1918 traf eine bereits schwer kriegsgeschädigte Gesellschaft, in: *Momente – Beiträge zur Landeskunde von Baden-Württemberg*, 3 (2018), S. 6–10.
- [8] BArch, R86/4539: *Deutscher Reichsanzeiger* (Nr. 273), 18. November 1918; *Deutsche Tageszeitung*, 17. November 1918.
- [9] BArch, R86/4539: Reichsamt für Wirtschaftliche Demobilmachung, Verordnung über die Verhütung von Seuchen v. 20. November 1918; hier: Maßnahmenkatalog zur Umsetzung, Besprechungsprotokoll.

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!

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS)

Modul 2 – Fellow: Mo., 13.–Fr., 17. Mai 2019 40 P

Ort: Frankfurt

Leitung: PD Dr. med. B. Jahn-Mühl, Frankfurt
Prof. Dr. med. S. Herold, PhD, Gießen
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt

Gebühr: 1.000 € (Akademiestatistiker 900 €)

Modul 1 – ABS-Beauftragter:

Mo., 26.–Fr., 30. August 2019

Ort: Frankfurt

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf, Frankfurt
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt
Prof. Dr. med. C. Stephan, Frankfurt
Prof. Dr. med. T. Wichelhaus, Frankfurt

Gebühr: 900 € (Akademiestatistiker 810 €)

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

Arbeitsmedizin

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Refresher: Mi., 03. April 2019 6 P

Refresher: Mi., 26. Juni 2019 6 P

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

Gebühr: 110 € (Akademiestatistiker 99 €)

Max. Teilnehmerzahl: 25

Auskunft/Anmeldung: K. Kübler, Fon: 0611 977-4825,
E-Mail: karin.kuebler@laekh.de

Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.

Medikamente im Freizeitsport

Mi., 22. Mai 2019, 19:00–21:30 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth,
Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber

Gebühr: 30 € (Akademiestatistiker 27 €)

Ort: Frankfurt, Landesärztekammer

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

Ambulante Ethikberatung

Moderationskurs: Fr., 28.–Sa., 29. Juni 2019

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

Gebühr: 300 € (Akademiestatistiker 270 €)

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

Hygiene / Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher

Do., 21. November 2019

Leitung: Dr. med. A. Lengler, Gießen

Gebühr: 150 € (Akademiestatistiker 135 €)

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

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Deutschen Stiftung Organspende (DSO).

Theoretischer Teil: Mo., 08.–Mi., 10. April 2019 35 P

Beginn Telelernphase: 08. März 2019

Kriseninterventionsseminar (folgende Termine zur Auswahl):

Do., 06. Juni 2019 oder Mi., 14. August 2019 8 P

Gebühren:

Theorie: 640 € (Akademiestatistiker 576 €)

Kriseninterventionsseminar: 160 € (Akademiestatistiker 144 €)

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.floren@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin

Sa., 06. April 2019 10 P

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: 140 € (Akademiestatistiker 126 €)

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul Ic:	Fr., 05.–Sa., 06. April 2019	16 P
Gebühr:	250 € (Akademiestudent 225 €)	
Modul II:	Sa., 26. Oktober 2019	8 P
Gebühr:	130 € (Akademiestudenten 117 €)	
Modul III:	Fr., 06. – Sa., 07. Dezember 2019	16 P
Gebühr:	250 € (Akademiestudenten 225 €)	

Gutachtenerstellung: nur buchbar in Verbindung mit Modul III
Gebühr: Final- und Kausalitätsgutachten je 25 € (Akademiestudenten 22,50 €)

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul I-III	Fr., 23.–Sa., 24. August 2019
Gebühr:	250 € (Akademiestudenten 225 €)

Weitere Module unter: www.akademie-laekh.de

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

Geriatrische Grundversorgung

Block Ia:	Fr., 01.–Sa., 02. November 2019	insg. 32 P
Block Ib:	Fr., 13.–Sa., 14. Dezember 2019	
Gebühr:	Block Ia+Ib 480 € (Akademiestudenten 432 €)	

Block II: **Mi., 12.–Sa., 15. Februar 2020**
Ort: Darmstadt, Agaplesion Elisabethenstift
Gebühr: auf Anfrage

Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt
 PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

EKG-Kurs mit praktischen Übungen

EKG-Kurs mit praktischen Übungen	
Fr., 16.–Sa., 17. August 2019	22 P
Gebühr:	320 € (Akademiestudenten 288 €)

EKG Refresher Kurs	
Do., 24. Oktober 2019	10 P
Gebühr:	140 € (Akademiestudenten 126 €)

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

Notfall- und Intensivmedizin

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt	
Sa., 28. September 2019	11 P
Leitung:	Dr. med. T. Schneider, Wiesbaden
Gebühr:	240 € (Akademiestudenten 216 €)
Ort:	Mainz-Kastel, Feuerwache II

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)	
Do., 07.–Sa., 09. November 2019	30 P
Leitung:	Dr. med. R. Merbs, Friedberg M. Leimbeck, Braunfels
Gebühr:	420 € (Akademiestudenten 378 €)

Notfallmedizin machbar machen	
Mi., 27. November 2019	6 P
Leitung:	Dr. med. R. Merbs, Friedberg
Gebühr:	180 € (Akademiestudenten 162 €)

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

41. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar	
Mo., 21.–Fr., 25. Oktober 2019	55 P
Leitung:	Prof. Dr. med. J. Bojunga Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer Prof. Dr. med. G. Rohde
Gebühr:	650 € (Akademiestudenten 585 €)
Ort:	Frankfurt, Universitätsklinikum
Auskunft/Anmeldung:	A. Zinkl, Fon: 06032 782-218, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

**Pädiatrie „State of the Art“ –
 Gastroenterologie – Pneumologie**
Mi., 26. Juni 2019, 15:00–20:00 Uhr

Leitung:	Prof. Dr. med. K.-P. Zimmer, Gießen
Gebühr:	75 € (Akademiestudenten kostenfrei)

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

Schwangerschaftskonfliktberatung n. §§ 218 ff. StGB

Grundseminar	16 P
Fr., 10.–Sa., 11. Mai 2019	
Leitung:	Dr. med. A. Goldacker, Werder
Gebühren:	300 € (Akademiestudenten 270 €)

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

Ultraschall

Gefäße

Aufbaukurs (periphere Gefäße)

Do., 13.–Fr., 14. Juni 2019 (Theorie)

Sa., 15. Juni 2019 (Praktikum)

Gebühr: 440 € (Akademiestudierende 396 €)

Abschlusskurs (periphere Gefäße)

Fr., 29. November 2019 (Theorie)

Sa., 30. November 2019 (Praktikum)

Gebühr: 360 € (Akademiestudierende 324 €)

Orte Praktika: **Frankfurt**, Krankenhaus Nordwest

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

für Gefäße: Frankfurt

Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Abdomen und Retroperitoneum

Abschlusskurs: **Sa., 02. November 2019 (Theorie)**
+ 2 Termine je ca. 6 Std. (Praktikum)

Gebühr: 400 € (Akademiestudierende 360 €)

Orte Praktika: **Rhein-Main-Gebiet**, div. Kliniken

Leitung der Kurse Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

für Abdomen: Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Modul Schilddrüse I

Sa., 28. September 2019, 09:00–17:00 Uhr

Gebühr: 250 € (Akademiestudierende 225 €)

Ort: **Frankfurt**, Universitätsklinikum

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

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

Ernährungsmedizin

Block 1: **Fr., 16.–Sa., 17. August 2019**

Block 2 + 4 **Fr., 30.–Sa., 31. August 2019**

Block 3 **Fr., 06.–Sa., 07. September 2019**

Zwischenprüfung: **Mi., 18. September 2019**

Block 5A: **Fr., 20.–Sa., 21. September 2019**

Block 5B: **Fr., 18.–Sa., 19. Oktober 2019**

Block 5C + 6: **Fr., 08.–Sa., 09. November 2019**

Prüfung: **Mi., 27. November 2019**

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

Gebühren/Block: 1, 3: je 210 € (Akademiestud. 189 €)
2 + 4, 5a, 5b: je 280 €
(Akademiestud. 252 €)
5c + 6 inkl. Fallbeispiele und Klausur:
490 € (Akademiestudierende 441 €)
inkl. Prüfungen

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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Do., 09.–Fr., 10. Mai 2019

16 P

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

Ort: **Bad Nauheim**, FBZ der LÄKH

Mi., 04.–Do., 05. September 2019

16 P

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

Ort: **Gießen**, Universitätsklinikum

Gebühr: jeweils 340 € (Akademiestud. 306 €)

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

Diabetologie

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Diabetes Gesellschaft (HDG); zertifizierte DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2 und KHK.

Teile 5 + 6: Mi., 25. September 2019

Leitung: Dr. med. P. Bauer, Gießen

Dr. med. M. Eckhard, Gießen

Gebühr: 50 € (Akademiestudierende 45 €)

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

Dermatologie

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Mi., 06. November 2019, 13:00–21:00 Uhr

8 P

Leitung: Dr. med. H.-M. Hübner, Langgöns

Dr. med. E. Reichwein, Villmar

Gebühren: 180 € (Akademiestudierende 162 €)

zzgl. 70 € Schulungsmaterial

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

Rechtsmedizin

Verletzungsdokumentation - Was, wenn die Verletzung eine Straftat ist? Ärzte als sachverständige Zeugen

Teil 1: **Mi., 23. Oktober 2019**

Teil 2: Fallbeispiele **Mi., 06. November 2019**

Leitung: Prof. Dr. med. M. Verhoff

Gebühr: jeweils 70 € (Akademiestudierende 63 €)

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

Moderatorentaining für ärztliche Qualitätszirkel

Fr., 27. – Sa., 28. September 2019 **20 P**
Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda
Ort: Bad Nauheim, FBZ der LÄKH
Gebühr: 360 € (Akademiestatistiker 324 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.flören@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Grundkurs: Fr., 03.-Sa., 04. Mai 2019
 Auswahltermine prakt. Halbtage auf Anfrage
Gebühr: 340 € (Akademiestatistiker 306 €)

Spezialkurs Röntgendiagnostik
Fr., 06.-Sa., 07. September 2019
 Auswahltermine prakt. Halbtage auf Anfrage
Gebühr: 340 € (Akademiestatistiker 306 €)

Kenntniskurs (Theoretische und Praktische Unterweisung)
Sa. 26.10.2019
Gebühr: Theorie: 100 € (Akademiestatistiker 90 €)
 Praxis: 60 € (Akademiestatistiker 54 €)
Leitung: Prof. Dr. Dr. med. habil. B. Bodelle
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Einführung in die Schlafmedizin

GBA-Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe
 (ehem. BUB-Kurs) **insg. 30 P**
Teil 1: Fr., 23.– Sa., 24. August 2019
Teil 2: Fr., 06.–Sa., 07. September 2019
Teil 3 (Praktikum): Fr., 20. September 2019
Ort Praktikum: Hofheim, Schlafmedizinisches Zentrum
Gebühr: 650 € (Akademiestatistiker 585 €)
Leitung: Dr. med. J. Heitmann, Marburg
 Dipl.-Psych. M. Specht, Wiesbaden
 Prof. Dr. med. R. Schulz, Wiesbaden
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Innere Medizin

In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim
Rheuma an einem Tag –
Häufige Symptome in der täglichen Praxis
Mi., 30. Oktober 2019 **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim
Ort: Bad Nauheim, REHA-Zentrum
Gebühr: 75 € (Akademiestatistiker kostenfrei)
Max. Teilnehmerzahl: 40
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 E-Mail: heike.cichon@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
 Telearnphase voraus.
 Die ArbMedVV „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonde-
 ren klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen“ ist in
 Block B2 integriert.
Kurstage: Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!
C1 **Mi., 15.–Mi., 22. Mai 2019**
 Beginn Telearnphase: 10. April 2019
A2 **Mi., 04.–Mi., 11. September 2019**
 Beginn Telearnphase: 05. August 2019
B2: **Mi., 30. Oktober–**
Mi., 06. November 2019
 Beginn Telearnphase: 25. September 2019
Gebühren je Kurs: 600 € (Akademiestatistiker 540 €)
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,
 E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung **20 P**
Block D: Fr., 03.–Sa., 04. Mai 2019
Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt
 Dr. med. F. Kretschmer, Frankfurt
Block C: Fr., 30. – Sa., 31. August 2019 **20 P**
Leitung: C. Drefahl, Frankfurt
 Dr. med. W. Merkle, Frankfurt
Block B: Fr., 01.–Sa., 02. November 2019 **20 P**
Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel
 Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Orte: Block D, C:
 Bad Nauheim, FBZ der LÄKH,
 Block B: Kassel, Klinikum
Gebühren je Block: 280 € (Akademiestatistiker 252 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung

25. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

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

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

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

Block VI: Fr., 13.–Sa., 14. Dezember 2019 **16 P**

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

Gebühren je Block: 280 € (Akademiestudenten 252 €)

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

G7 – G8: Fr., 14.–Sa., 15. Juni 2019

G9 – G10: Fr., 13.–Sa., 14. September 2019

G11 – G12: Fr., 25.–Sa., 26. Oktober 2019

G13 – G14: Fr., 29.–Sa., 30. November 2019

G15 (A-Diplom) Sa., 07. Dezember 2019

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Fr., 13.–Sa., 14. September 2019

Fr., 25.–Sa., 26. Oktober 2019

Fr., 01.–Sa., 02. November 2019

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 27.–Sa., 30. November 2019 **insg. 42 P**

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

Gebühr ges.: 480 € (Akademiestudenten 430 €)

Gebühr/Tag: 150 € (Akademiestudenten 135 €)

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

Sportmedizin

Der Umfang der Weiterbildung beträgt 240 Stunden. Die inhaltliche Zusammensetzung ist auf die aktuellen Bestimmungen der WBO der LÄKH ausgerichtet. Der Kurs enthält theoretische und – in großem Umfang – praktische Elemente.

ZTK 7, 9, 11: **Mo., 23.–Sa., 28. September 2019**

ZTK 1, 12, 14: **Mo., 04.–Sa., 09. November 2019**

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer, Frankfurt

Gebühr: jeweils 880 €
(Akademiestudenten 792 €)

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

Manuelle Medizin / Chirotherapie

Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin / Chirotherapie müssen sieben Kursblöcke besucht werden. Weitere Termine werden 2020 und 2021 an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim angeboten.

Kursblock I (inkl. 20 UE E-Learning)

Do., 09.–Sa., 11. Mai und Fr., 17.–Sa., 18. Mai 2019

Kursblock II (inkl. 20 UE E-Learning)

Do., 22.–Sa., 24. August und Fr., 30.–Sa., 31. August 2019

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

Gebühr: Kursblock I/II je: 1.200 €
(Akademiestudenten 1.080 €).

Weitere Termine und Gebühren auf Anfrage.

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 08.–Sa., 13. April 2019

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Künzell
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: adia.candelo-roemer@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block I: Di., 12.-Sa., 16. November 2019
Gebühr Block I: 990 € (Akademiestudenten 891 €)
 Weitere Blöcke unter: www.akademie-laekh.de

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

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs A – Modul I: Fr., 10.–Sa., 11. Mai 2019
Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

Kurs B – Modul IIa: Fr., 20.–Sa., 21. September 2019
Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt
Gebühren je Kurs: 300 € (Akademiestudenten 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., 14.–Sa., 15. Juni 2019
Leitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt
Gebühr: 260 € (Akademiestudenten 234 €)

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

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 2 Mo., 03.–Fr., 07. Juni 2019 **40 P**
Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel
Gebühr: 680 € (Akademiestudenten 612 €)
Fallseminar Modul 3 Mo., 11.–Fr., 15. November 2019 **40 P**
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 780 € (Akademiestudenten 702 €)
Kurs-Weiterbildung Di., 03.–Sa., 08. Dezember 2019 **40 P**
Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau
Gebühr: 680 € (Akademiestudenten 612 €)

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

Sozialmedizin

AK II (G + H): Di., 10.–Fr., 20. September 2019
Leitung: Dr. med. R. Diehl, Eschborn
Gebühren je Kurs: 680 € (Akademiestudenten 612 €)
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
 E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

Anmeldung: Im Internet schnell und kostenfrei unter:

<https://portal.laekh.de> oder **www.akademie-laekh.de** möglich. Gerne können Sie sich auch schriftlich zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-200, Fax: 06032 782-220. Erst nach Rücksendung Ihrer unterschriebenen Anmeldeunterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Bitte beachten Sie die 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

Neu: Neurologie und Psychiatrie

Inhalte:

Im Qualifizierungslehrgang werden Inhalte im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen vermittelt mit dem Ziel, bei der Diagnose, Behandlung und Begleitung von Patienten in der neurologischen und/oder psychiatrischen Praxis arztentlastend tätig zu sein. Zusätzlich sind die Fortbildungen:

PAT 1: Kommunikation und Gesprächsführung

PAT 2: Wahrnehmung und Motivation

zu belegen.

Beginn (NP): 06.09.2019

Gebühr (NP): 950 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (140 Stunden)

Inhalte: Qualifizierte Medizinische Fachangestellte sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen entlasten. Das neue von der Bundesärztekammer entwickelte Fortbildungscurriculum „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ vermittelt hierzu die erforderlichen Kompetenzen. Die Fortbildung besteht aus einem 92-stündigen Theorieteil und einem 48-stündigen praktischen Teil: „Diagnostische Verfahren“ in den Bereichen „Augen“, „Ohren“, „Herz-Kreislauf“ und „Lunge“.

Termin (BET): ab 08.05.2019

Gebühr: 1.700 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Klinikassistentz (100 Stunden)

Die Fortbildung umfasst fachtheoretischen und fachpraktischen Unterricht, wobei insbesondere in 23 Unterrichtsstunden Handlungsabläufe in komplexen Fallübungen besprochen und erarbeitet werden.

Inhalte:

- Aufbau- und Ablauforganisation im Krankenhaus
- Relevante Gesetzgebungen
- Einführung in das Fallmanagement
- Interdisziplinäre prozessorientierte, stationäre Falldokumentation
- Interdisziplinäre prozessorientierte, ambulante Falldokumentation
- Datenverarbeitungssysteme/Digitalisierung
- Formular- und Abrechnungswesen
- Professionelle Kommunikation in Stresssituationen
- Best practice – Anwendungsübungen

Termin (KLA 1): ab 19.08.2019

Gebühr: 1.180 €, zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Durchführung der Ausbildung Fortbildungen in Wiesbaden und Kassel

Die 40-stündige Fortbildung richtet sich an alle MFA/Arzthelfer/-innen, die an der Planung und Durchführung in der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten mitwirken und damit den Arzt/die Ärztin unterstützen und entlasten.

Termin in Wiesbaden (PAT 20_4):

Fr., 02.08.2019–Sa., 03.08.2019 und
Do., 15.08.–Sa., 17.08.2019

Termin in Kassel (PAT 20_7):

Fr., 09.08.2019–Sa., 10.08.2019 und
Do., 29.08.–Sa., 31.08.2019

Gebühr: 480 €

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

Aufbaufortbildungen Onkologie

Die Aufbaufortbildungen werden angeboten unter Bezug auf die Onkologievereinbarung und richten sich an MFA, die am 120-stündigen Qualifizierungslehrgang „Onkologie“ teilgenommen haben und jährlich ihr Wissen aktualisieren wollen.

Versorgung von Patienten mit subkutanen Therapien

Inhalte: Berufliche Entwicklung/Selbstreflexion, Medizinische Grundlagen subkutaner Therapien, Arzneimittelverordnung, altersunabhängige, therapierelevante Multimorbidität, Recherche, Einführung in die Patienten- und Angehörigenbildung

Termin (ONK A1_1): Do., 02.05.–Sa., 04.05.2019 (24 Std.)

Gebühr: 280 €

UroOnko Assistenz

Inhalte:

- Risiken und Komplikationen urologischer Therapien
- Chemotherapie in der Praxis
- Onkologische Notfallsituationen und Notfallmanagement

Termin (UroO2): Mi., 26.06.2019, 13:30–18:30 Uhr

Gebühr: 110 €

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

NEU: Treffpunkt NäPA – Kommunikation in der Häuslichkeit des Patienten

Die Fortbildung ist auf den Schwerpunkt „Gesprächsführung bei Hausbesuchen“ hin ausgerichtet und wird als Workshop angeboten, so dass für den Erfahrungsaustausch Zeit bleibt.

Termin (PAT 21): Sa., 15.06.2019, 09:30–16:45 Uhr

Gebühr: 110 €

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



Datenschutzbeauftragte/-r in ärztlich geleiteten Einrichtungen

Inhalte: Die 20-stündige Fortbildung richtet sich an Personen nicht-ärztlicher Fachberufe in ärztlich geleiteten Einrichtungen, die gemäß Bundesdatenschutzgesetz die erforderliche Fachkunde zur Übernahme der Aufgaben eines/-r Datenschutzbeauftragten erwerben möchten.

Termine:

PAT 19_3z: Fr., 03.05.–Sa., 04.05.2019 (Präsenzphase) und So., 05.05.–So., 26.05.2019 (Telelernphase)

PAT 19_4z: Fr., 13.09.–Sa., 14.09.2019 (Präsenzphase) und So., 15.09.–So., 06.10.2019 (Telelernphase)

Gebühr: 255 €

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

Ein- bis zweitägige Fortbildungen

Impfungen

Inhalte: Impfkalender der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmündigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplicationen, Impfschäden, Impfmanagement, Praktische Übungen.

Termin (MED 4_2): Sa., 15.06.2019, 09:30 – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: 95 €

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

Injektionen/Infusionen

Inhalte: Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt. Hierbei werden die rechtlichen Aspekte zu delegationsfähigen ärztlichen Leistungen sowie die aktuellen Forderungen der TRBA 250 berücksichtigt und als Lerninhalte vermittelt.

Termin (MED 3_1): Sa. 11.05.2019, 09:30–16:00 Uhr

Teilnahmegebühr: 110 €

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

Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Auszubildende

Abschlussprüfung praktischer Teil

Teilnehmende lernen die Prüfungssituation in den Räumen der Carl-Oelemann-Schule exemplarisch kennen.

(PVK 3_4): Sa., 27.04.2019 oder

Sa., 11.05.2019 oder Fr., 31.05.2019 oder Sa., 01.06.2019, jeweils 09:30– 17:45 Uhr

Gebühr: 95 €

Präsenzlabor und EKG praktisch

Inhalte: Kapillare Blutentnahme, Glucose- und Cholesterinmessungen, Blutsenkungsgeschwindigkeitsbestimmung, Harnstatus, Mikroskopierübungen, Messungen zum BMI, Blutdruck- und Pulsmessung, Ruhe-EKG

Termin (PVK 5_2): Sa. 18.05.2019, 09:30–17:45 Uhr

Gebühr: 95 €

Prüfungsvorbereitungskurs intensiv

Der dreitägige Kurs setzt sich aus den Kursinhalten PVK Abrechnung EBM, PVK Präsenzlabor und EKG praktisch sowie PVK Abschlussprüfung praktischer Teil zusammen.

Termin (PVK i_2): Di., 11.06.–Do., 13.06.2019
jeweils von 9:30–17:45 Uhr

Gebühr: 200 €

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

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 Patientenkoordination und Medizin. Als medizinischer Wahlteil werden u. a. Fortbildungskurse gemäß den Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Im COS-Fortbildungsprogramm sind u. a. die Qualifizierungslehrgänge beschrieben, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden. Im Internet: www.fortbildung-mfa.de.

Termin (FAW 4): ab 24.10.2019

Gebühr Pflichtteil: 1.580 €

Prüfungsgebühren: 200 €

Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage.

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: Bitte schriftlich oder per Fax an die Carl-Oelemann-Schule. Eine Bestätigung erfolgt ebenfalls schriftlich.

Veranstaltungsort (soweit nicht anders angegeben):

Carl-Oelemann-Schule (COS)

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 Carl-Oelemann-Schule

Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-140 | Fax: 06032 782-320

E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

Im Dialog mit dem ärztlichen Nachwuchs

Landesärztekammer Hessen auf dem Kongress „Operation Karriere“

Operation Karriere hieß es am 2. Februar wieder in Frankfurt. Auf dem beliebten Nachwuchskongress des Deutschen Ärzte-Verlages trafen sich auf dem Campus Westend der Goethe-Universität erneut Medizinstudierende, Assistenzärztinnen und -ärzte sowie junge Klinikärztinnen und -ärzte, um sich über Karrieremöglichkeiten zu informieren und Kontakte zu knüpfen.

In zahlreichen Workshops und Vorträgen informierten sich die Nachwuchsmediziner über die richtige Bewerbung, den ersten Arbeitsvertrag oder über die Frage nach dem passenden Fachgebiet. Wie sich der Ablauf der Facharztweiterbildung gestaltet, wurde anhand verschiedener Fachgebiete und Einrichtungen, wie u.a. der Anästhesie am Uniklinikum Frankfurt, von den jeweiligen Fachärztinnen und -ärzten erläutert.

„Beruf und Karriere – Was junge Mediziner wirklich wollen“, darüber sprach Nina Walter, Stellv. Ärztliche Geschäftsführerin und Leiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie der Landesärztekammer Hessen (LÄKH). Sie stellte unter anderem einige Ergebnisse der seit 2009 von der LÄKH durchgeführten Absolventenbefragung von Medizinstudierenden der hessischen Universitäten vor: Entgegen der allgemeinen Behauptung zeige



Am Infostand von Landesärztekammer und Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung konnten sich die Nachwuchsmediziner informieren und beraten lassen.

die Befragung, dass nur 1,8 % der Absolventinnen und Absolventen nach dem Studium nicht als Arzt bzw. Ärztin tätig werden wollen. Als beliebtestes Berufsziel wurde Oberarzt im Krankenhaus (30,5 %) genannt. 21,7 % der Absolventinnen und Absolventen wollen fachärztlich selbstständig arbeiten.

„Die ärztliche Selbstverwaltung ist ein hohes Gut“, betonte Walter außerdem. Sie biete dem Medizinnachwuchs durch die ärztliche Organisation viel Gestaltungsmöglichkeiten.

Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Deutsche Rentenversicherung, Deutscher Ärzteverlag und viele hessische Kliniken waren mit Infoständen vertreten. Für Fragen rund um die Weiterbildung konnten die Besucherinnen und Besucher direkt mit dem Leiter der Weiterbildungsabteilung André Zolg und Dr. med. Birgit Pokorny, Ärztliche Referentin, sprechen. Auch Weiterbildungsbeauftragte nutzten die Gelegenheit und stellten Fragen zu Ablauf und Voraussetzungen für die Weiterbildung. Es wurde sich über Problemstellungen in der praktischen Umsetzung ausgetauscht. Um über das bestehende Fort- und Weiterbildungsangebot, insbesondere für die Berufseinsteiger, zu informieren, war auch die Aka-

demie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH vertreten. Sandra Bauer, Leiterin Bildungsveranstaltungen, beriet die interessierten Kongressteilnehmerinnen und -teilnehmer zu den Fortbildungskursen der Akademie und beantwortete spezifische Fragen zu ebendiesen.

„Die Teilnehmerstruktur variiert von Jahr zu Jahr“, so der Eindruck nach den Gesprächen am Stand der LÄKH. Während im vergangenen Jahr vor allem ausländische Ärztinnen und Ärzte die Messe besuchten, seien es diesmal größtenteils Studierende, die sich im PJ-Abschnitt befinden. Die Vertreterinnen und Vertreter von LÄKH und Akademie zogen ein positives Resümee: „Die Stände waren gut besucht und der Austausch mit LÄKH und Akademie wurde vielseitig genutzt.“

**Silke Nahlinger
Maren Grikscheit**

Mit der Rubrik „Junge Ärztinnen und Ärzte“ möchten wir dem medizinischen Nachwuchs eine Plattform für Erfahrungsberichte und Gedankenaustausch bieten. Schicken Sie Texte per Mail an: katja.moehrle@laekh.de.



Nina Walter, Stellv. Ärztliche Geschäftsführerin und Leiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung, referierte über „Beruf und Karriere“.



Neuer Vorstand der Carl-Oelemann-Schule

Am 10. Oktober 2018 wurden die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder des Vorstandes der Carl-Oelemann-Schule (COS) durch das Präsidium der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) berufen. Die erste Sitzung der 9. Wahlperiode fand am 12. Dezember 2018 statt.

Dank an die Mitarbeiterinnen

Die umfangreiche Tagesordnung ließ keinen Raum für einen Rückblick. Damit wurde allen Sitzungsteilnehmern deutlich, welche Dynamik, Anforderungen und welcher Beratungsbedarf für den Fortbildungsbereich der Medizinischen Fachangestellten (MFA) zunehmend besteht.

Die wiederberufene Vorsitzende Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg dankte daher nur kurz der Schulleiterin Silvia Happel stellvertretend für ihr ganzes Team mit einem Blumenstrauß dafür, dass trotz Personalengpässen alle Aufgaben sachgerecht bearbeitet und fristgerecht umgesetzt wurden.

Fortbildungsangebote auswählen

Für die Auswahl der Fortbildungsangebote der COS steht die Frage der Kosten-Nutzen-Relation für eine Teilnahme im Fokus. Die Angebote sollen sich am steigenden Bedarf nach Möglichkeiten zur Delegation ärztlicher Leistungen ausrichten, um damit zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte beizutragen. Mit Blick auf den

Versorgungsbedarf wurde auch der Fachkräftemangel diskutiert. So gab es einen zunehmenden Zulauf interessierter Personen aus anderen Berufsgruppen, die jedoch keinen medizinischen Fachberuf vergleichbar mit einer MFA nachweisen können. „Wir brauchen eine qualitätsgesicherte Fortbildung für unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um langfristig den Anforderungen in der Versorgung begegnen zu können“, appellierte Henneberg an den Vorstand zur Frage, welche Berufsgruppen zu den jeweiligen Qualifizierungslehrgängen der COS zugelassen werden können.

Beraten wurde auch über die Anerkennungsfähigkeit von bereits erworbenen Qualifizierungen auf der Basis von curricularen Vorgaben. Insbesondere die Entwicklungen in Bezug auf mögliche Anerkennungen im Lehrgang „Nichtärztliche Praxisassistent (NäPA)“ und dem sich im Aufbau befindlichen Lehrgang „Nichtärztliche-fachärztliche Praxisassistent (FäPA)“ wurden diskutiert, konnten jedoch nicht abschließend entschieden werden. „Die Anrechnungsfähigkeit ist wichtig, die Kolleginnen und Kollegen wollen und müssen sich fortbilden“, sagte Claudia Siebert als Vertreterin der Arbeitnehmerseite und Mitglied des Verbandes medizinischer Fachberufe. Dies bestätigte auch Dr. med. Klaus Doubek. Es bestehe für den fachärztlichen Bereich Gynäkologie dringender Bedarf zur Entwicklung eines Qualifizierungslehrgangs, der in eine entspre-

chende modulare Anerkennungsstruktur zu bringen sei.

Curriculare Vorgaben

MFA müssen bedarfsorientiert, qualitätsgesichert fortgebildet werden, damit ihnen delegierbare Leistungen übertragen werden können. Als eine seiner wichtigsten Aufgaben sieht der Vorstand daher, dass die COS die entsprechenden Qualifizierungslehrgänge nach curricularen Vorgaben anbietet. Diese sollen untereinander in Bausteinen anrechenbar sein – auch in den voraussichtlich zukünftigen Lehrgängen zur NäPA und FäPA.

„Unsere in der vergangenen Wahlperiode gesteckten und veröffentlichten Ziele hat der Vorstand erreicht. Wir werden auch in dieser Periode unsere Ziele im Auge behalten und stringent arbeiten, um Bildungsangebote zu erarbeiten, die unsere ärztlichen Kolleginnen und Kollegen benötigen, um gemeinsam mit ihren qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Patientenversorgung auch in Zukunft sicherzustellen“, resümierte Henneberg.

Vorstand der Carl-Oelemann-Schule

Anregungen zur Erweiterung des Bildungsangebotes an:
Carl-Oelemann-Schule
Fon: 06032 782-100
E-Mail: verwaltung.cos@laekh.de



Der neue Vorstand: Jutta Hartmann, Erich Lickroth, Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Dr. med. Michael Repschläger, Claudia Siebert (von links). Auf dem Bild fehlt Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke.

Vorsitzende:

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg
Erich Lickroth

Vertreter der Arbeitgeberseite:

Dr. med. Sylvia Mieke
Dr. med. Michael Repschläger

Stellvertreter:

Dr. med. Klaus Doubek
Dipl. Psych. BMedSci Frank Seibert-Alves

Vertreter der Arbeitnehmerseite:

Jutta Hartmann und Claudia Siebert

Stellvertreter:

Sabine Faupel und Ingrid Gerlach

Niedrigdosierte Röntgen-Schmerzbestrahlung

Therapie bei Tennisellenbogen, Fersensporn & Co.

Dr. med. Markus Herkströter

Die analgetische und antiphlogistische Strahlentherapie von schmerzhaften Erkrankungen des Bewegungsapparates durch niedrigenergetische Röntgenstrahlen (Orthovolt) ist eine wirkungsvolle, über 100 Jahre etablierte und gut verträgliche Option bei therapieresistenten Schmerzen [1–3]. Bei zunehmender Alterung der Bevölkerung stellt diese eine risikoarme, nicht invasive und rein konservative Behandlungsalternative dar. Die Röntgentherapie ist ein integraler Bestandteil der orthopädischen, schmerztherapeutischen wie auch rheumatologischen Therapien [4]. Akute oder chronische Nebenwirkungen sind bei exakter Indikationsstellung absolute Raritäten.

Einführung

Die Strahlentherapie von schmerzhaften Erkrankungen des Bewegungsapparates wurde bereits wenige Jahre nach Entdeckung der Röntgenstrahlen (ab 1897) aufgrund ihrer guten analgetischen Wirkung eingesetzt [5].

Später ab ca. 1925, mit Entwicklung von leistungsfähigen Röntgenröhren und von Tele-Kobalt-Anlagen, konnten tiefer liegende Regionen bestrahlt werden [7]. Mit dem Einsatz des Linearbeschleunigers (Hochvolttherapie) wurde die onkologische Wirkung der Bestrahlung weiter verbessert und im Rahmen von interdisziplinären Konzepten final etabliert. Durch die Entwicklung von neuen Analgetika und aufgrund der reduzierten Honorierung durch die Leistungsträger trat die Schmerzbestrahlung seit den 1970er-Jahren schrittweise in den Hintergrund. Nachdem die Weiterbildung Strahlentherapie von der Radiologie getrennt wurde, verblieb die Röntgentherapie zumeist in Händen der Radiologen.

Mit Novellierung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und angesichts der multiplen Nebenwirkungen der Nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) [8, 9] ist es seit Anfang dieses Jahrhunderts zu



Bestrahlung der Schulter bei Impingement-syndrom.

einer Renaissance der Schmerzbestrahlung gekommen [10, 11]. Moderne, digitale Röntgentherapieanlagen zur Schmerzbestrahlung werden nun wieder flächendeckend in der Strahlentherapie eingesetzt.

Die Wirkung ist hinlänglich in multiplen Studien über die vergangenen 70 Jahre (multizentrisch, Placebo, Langzeit-Studien etc. [12, 13]) und in Leitlinien der Strahlentherapie (S2-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie DEGRO, aktualisiert 11/2018) zusammengefasst und publiziert.

Für welche Erkrankungen eignet sich die analgetische bzw. anti-phlogistische Strahlentherapie?

Patienten über 40 Lebensjahre mit therapieresistenten Schmerzen des Bewegungsapparates (jenseits der Wirbelsäule) können regelhaft einer Röntgentherapie zugeführt werden [14]. Bei schmerzhaften Arthrosen steht insbesondere die Symptomkontrolle (Reduktion der Schmerzen) im Vordergrund. Bei entzündlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates (Tendinitiden, Ansatz-tendinose, Bursitiden) die Heilung [15, 16]. Oftmals findet sich hier jedoch ein Mischbild des zum Teil älteren Patientenkollektivs. Des Weiteren ermöglicht

die Röntgentherapie bei Fibromatosen im Frühstadium (N/N1) eine sehr gute Symptomkontrolle (M. Dupuytren, Ledderhose, IPP) [17–20]. Siehe dazu auch Tabelle 1.

Wer führt die Bestrahlung durch?

Die Bestrahlung als kassenärztliche Leistung ist in Hessen nahezu flächendeckend verfügbar. Fachkundige Strahlentherapeuten führen auf Überweisung hin (Vier-Augen-Prinzip/interdisziplinäre Zusammenarbeit) die Röntgenbestrahlung durch. Die Indikation wird durch Fachkundige nach Kontrolle der radiologischen Befunde und einer obligaten körperlichen Untersuchung gestellt.

Das Wirkprinzip

Zellbiologisch können multiple Effekte in vitro und in vivo bestätigt werden [21]. Die klinisch-empirisch belegte antiinflammatorische Wirksamkeit niedriger Strahlendosen [22] findet strahlenbiologisch ihr Korrelat bei der Modulation multipler Komponenten der entzündungsrelevanten Mechanismen und zeigt in einem Dosisbereich von 0,3–0,7 Gy [23] unter anderem eine Minderung der Adhäsion von Leukozyten an den Endothelzellen der Blutgefäße (Reduzierung von E-Selektion, CCL20 etc.) und somit verminderter Migration in den Entzündungsherd [24].

Des Weiteren kommt es zu einer Modulation von basalen immunologischen Effekten wie einer gesteigerten Expression des TGF-Beta 1, einer Apoptoseindikation von Monozyten und Granulozyten und einer Minderung von chemotaktisch wirksamen Zytokinen [25]. Somit erklärt sich die erst im zeitlichen Versatz stattfindende Schmerzlinderung.

In experimentellen Tiermodellen zeigte sich in den oben genannten Strahlendosen eine Hemmung der Proliferation der Synovialzellen und Reduzierung der

ICD 10 INDIKATIONSLISTE

Gutartige Erkrankungen zur antiphlogistischen/ analgetischen Strahlentherapie u. a.:

ICD 10	REGION / DIAGNOSE
FUSS	
M 72.2	Fasciitis plantaris
M 77.3	Kalkaneussporn (Calcaneodynie)
M 77.4	Metatarsalgie
M 77.9	Haglund-Exostose
M 76.6	Achillodynie/itis
M20.1/.2	Hallux valgus/regidus
M 19.07	OSG-Arthrose
KNIE	
M 17.0	Gonarthrose
M 76.5	Patellaspitzensyndrom/ Tendinitis der Patellarsehne
SCHULTER	
M 75.3	Tendinitis calcarea
M 75.4	Impingement-Syndrom
M 75.5	Bursitis subacromialis
M 19.01	Omarthrose
M 19.01	ACG-Arthrose

ICD 10	REGION / DIAGNOSE
HÜFTE	
M 70.6	Tendinitis/Bursitis trochanterica
M 16.1	Coxarthrose (inoperabel)
ARM	
M 75.2	Tendinitis M. biceps brachii
M 77.0	Epicondylitis ulnaris humeri
M 77.1	Epicondylitis radialis humeri
M 65.9	Tendovaginitis des Unterarms
HAND	
M15.1/ 15.2/15.9	Polyarthrose der Finger (Heberden/Bouchard/Multipel)
M 18.0	Rhizarthrose
M 19.03	Handgelenksarthrose
FIBROMATOLEN	
M 72.0	M. Dupuytren
M 72.2	M. Ledderhose

Tab. 1 & Fotos: © MVZ Strahlentherapie Frankfurt-Bockenheim

Tab. 1: Indikationsliste häufiger Diagnosen für die Röntgentherapie.

grän unter niedrigerenergetischer Röntgentherapie [30].

Der Strahl benötigt nicht das Blut als Transportmedium. Somit kann er gerade im gefäßarmen Gewebe, wo Medikamente aufgrund der geringen Durchblutung in der Regel nicht in der gewünschten Dosierung anfluten (Schleimbeutel, Gelenke, Sehnen), seine antiphlogistische Wirkung entfalten [31].

Das Verfahren

Je nach Diagnose, Intensität und zeitlichem Verlauf erfolgt eine analgetische Bestrahlung in sechs bis zwölf Sitzungen und dauert nur wenige Minuten. Bei einer Zielvolumentiefe > 4 cm bieten sich zwei opponierende Bestrahlungsfelder zur Verbesserung der Homogenität mit Einstrahlung von jeweils 0,25 Gy, Σ 0,5Gy an:

- Schulter: ventral/dorsal
- Knie: medial/lateral,
- Fußwurzel plantar/dorsal.

Die Zielvolumendosis liegt hier bei 3,0–6,0 Gy [32]. Das Bestrahlungsfeld umfasst in der Regel den Funktionsbereich inklusive Gelenkkapsel. Die Strahlenqualität wird je nach Zielvolumentiefe zum Beispiel mit

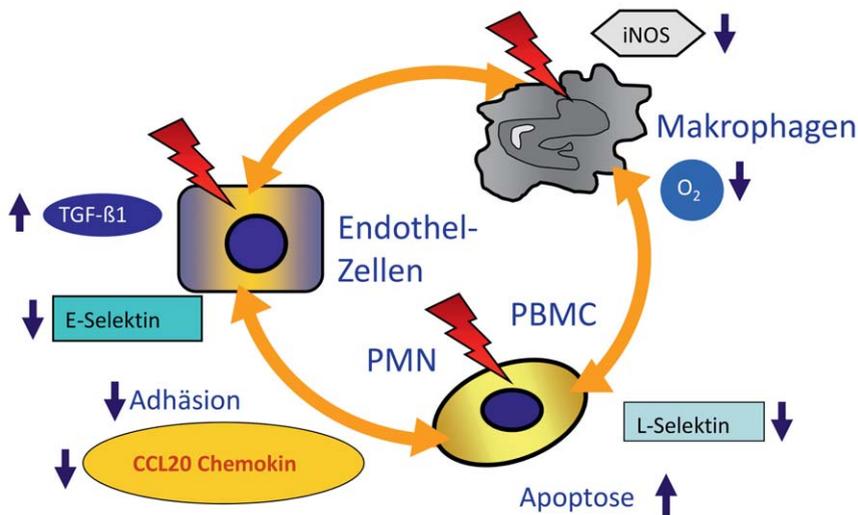
- 100 kV Achillessehne
- 150 kV Handgelenk oder
- 200 kV Schulter gewählt.

Bei der Bestrahlung der Fibromatosen werden deutlich höhere Strahlendosen zum Beispiel 5 x 3,0 Gy in zwei Serien bis Σ 30 Gy benötigt [33].

Strahlenbelastung

Im Gegensatz zur medikamentösen Schmerztherapie wirkt der niedrig energetische Röntgenstrahl grundsätzlich lokal. Systemische Nebenwirkungen sind nicht zu erwarten [34]. In retrospektiven Analysen über die vergangenen Jahrzehnte sind die Zahlen jedoch so gering, dass sie bisher weder als Kasuistik noch statistisch zu erfassen sind.

Das lokale Krebsrisiko (solider Tumor) im Strahlenfeld, ausgelöst durch eine niedrigerenergetische Röntgenstrahlung zum Beispiel der Achillessehne oder des Daumensattelgelenkes, ist unter anderem von der Strahlendosis und Fraktionierung, der



Rödel F et al. Int J Radiat Bio 2007;83:357-366

Abb. 1: Radiobiologischer Wirkmechanismus der niedrigdosierten Strahlentherapie bei entzündlichen Erkrankungen [42].

Synovialflüssigkeit, welche der Knorpel- und Knochendestruktion entgegenwirken [26, 27].

Auch die Minderung der Proteinexpression der Stickoxid-Synthase (iNOS) [28] führt unter anderem zu einer Abschwel-

lung betroffener Gelenke zum Beispiel bei der Polyarthrit, da Stickoxide die Gefäßpermeabilität regulieren und die Ödembildung fördern [29]. Dieser Effekt ist wohl auch führend bei der verbesserten Abheilung von chronischen Ulzerationen/Gan-

Strahlenqualität, dem bestrahlten Volumen vom exponierten Organ wie auch vom Alter der Patienten abhängig [35].

Die Strahlendosis sowie die Fraktionierung werden entsprechend der gewünschten biologischen Wirkung gewählt und sind mit je 0,5–1,0 Gy bis zu einer Summendosis von 3,0–6,0 Gy umschrieben. Die Strahlenqualität lässt sich technisch je nach zu bestrahlender Region variieren. So hat die Röntgentherapie Orthovolt mit 70–200 kV) im Gegensatz zur Hochvolt-Photonentherapie (4–12 MeV) ein geringes Streuverhalten, die Hochvolttherapie jedoch eine bessere Homogenität bei tief liegendem Zielvolumen, zum Beispiel der Hüfte.

Das Strahlenfeld wird je nach Region maximal begrenzt und liegt zwischen ca. 6 x 8 cm der Ferse bis zu 10 x 15 cm des Kniegelenkes. Strahlensensible Organe wie die Schilddrüse, Gonaden, Brustdrüsen befinden sich grundsätzlich nicht im Strahlengang. Unter strenger Indikationsstellung findet sich kein oder nur wenig rotes Knochenmark (gegebenenfalls Schulter oder Hüfte) im Strahlenfeld. Die Haut, Muskeln, Knochen, Lymphknoten zählen bei der Berechnung der effektiven Dosis lediglich mit Faktor 0,01, das Knochenmark mit 0,12 [36].

Die Gonadendosis liegt bei analgetischer Bestrahlung der Schulter unter Hochvoltbestrahlung mit 6 x 1,0 Gy/Woche zwischen 1,2–2,4 mSv, zum Vergleich: CT-Abdomen ca. 1,4 mSv, Skelettszintigraphie ca. 5,0 mSv [37].

Unter Anwendung von Orthovoltbestrahlung, Bleischürzen und einer optimalen Ausrichtung des Strahlengangs, abgewandt zum Körperstamm, ist die Gonadendosis wie auch die Belastung des roten Knochenmarks (große Röhrenknochen, Wirbelsäule, Beckenschaufel) bei der Bestrahlung der Extremitäten lediglich theoretisch. Es versteht sich von selbst, dass trotz des relativ geringen Risikos die Indikation zur Schmerzbestrahlung strikt zu stellen ist.

Ergebnisse

Die Wirkung der Röntgenbestrahlung ist in der Regel erst nach sechs bis zwölf Wochen zu erwarten. Aufgrund der niedrigen Strahlendosis kann bei einem Nicht-/Teil-

ansprechen die Therapie nach drei Monaten zur Wirkungsverstärkung wiederholt werden. Die Ansprechrate mit Schmerzreduzierung und verbesserter Beweglichkeit liegt je nach Schweregrad der Erkrankung zwischen 50–75 % bei Arthrosen und 70–85 % bei chronischen Entzündungen des Weichteilgewebes bei den bisher therapierefraktären Erkrankungen.

Zusammenfassung

Die Schmerzbestrahlung ist ein integraler Bestandteil der interdisziplinären Schmerztherapie bei bisher therapierefraktären Beschwerden. Chronisch schmerzhafte, entzündlich/degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates sind eine klassische Indikation für die Strahlentherapie. Diese wirkt auch in bradytrophen Gewebe, wo oftmals eine perorale Medikation versagt. Im Vergleich zu den kardiovaskulären und gastrointestinalen Risiken unter anderem der NSAR ist die Strahlenbehandlung bei dem selektier-

ten Patientenkollektiv unter Schonung der Risikoorgane und des roten Knochenmarkes eine sichere und bereits über 100 Jahren angewandte Methode.

Die Wirkung der Bestrahlung stellt sich in der Regel erst nach einigen Wochen ein, bei nicht/oder Teilansprechen kann diese wiederholt werden. Die Therapie ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und wird in allen strahlentherapeutischen Einrichtungen angeboten.

Dr. med. Markus Herkströter

Facharzt für Strahlentherapie, mit Schwerpunkt der analgetischen und antiphlogistischen Röntgentherapie



MVZ Strahlentherapie
Frankfurt-Bockenheim GmbH
E-Mail: info@mvz-strahlentherapie

Landesärztekammer Hessen führt Meldebogen „Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte“ ein

Drohungen und körperliche Übergriffe gehören bei vielen Ärzten zum beruflichen Alltag. Da bisher verlässliche Daten fehlen, führt die hessische Ärztekammer nun den Meldebogen „Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte“ ein. Ab sofort

steht der Meldebogen auf der Website zum Download bereit: www.laekh.de/aerzte/gewalt-gegen-aerzte. Dort findet sich auch der Verweis auf die Rechtsabteilung und die zuständige Ombudsstelle. (red)

Anzeige

Literatur zum Artikel:

Niedrigdosierte Röntgen-Schmerzbestrahlung

Therapie bei Tennisellenbogen, Fersensporn & Co.

von Dr. med. Markus Herkströter

- [1] Sokoloff N. Röntgenstrahlen gegen Gelenkrheumatismus. Fortschr Röntgenstr 1898; 1: 209–213.
- [2] Seegenschmiedt M.H., Micke O.: Strahlentherapie nichtmaligner Erkrankungen. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Strahlentherapie und Onkologie, 2012 Nov., Volume 188, Supplement 3, pp 272–290
- [3] Seegenschmiedt MH, Micke O., Muecke R.: German Cooperative Group on Radiotherapy for Non-malignant Diseases (GCG-BD): Radiotherapy for non-malignant disorders: state of the art and update of the evidence-based practice guidelines. Br J Radiol. 2015 Jul;88(1051):20150080.
- [4] Ott OJ, Niewald M, Weitmann HD, Jacob I, Adamietz IA, Schaefer U, Keilholz L, Heyd R, Muecke R; German Cooperative Group on Radiotherapy for Benign Diseases (GCG-BD): DEGRO guidelines for the radiotherapy of non-malignant disorders. Part II: Painful degenerative skeletal disorders. Strahlenther Onkol. 2015 Jan;191(1):1–6.
- [5] Sokoloff N. Röntgenstrahlen gegen Gelenkrheumatismus. Fortschr Röntgenstr 1898; 1: 209–213.
- [6] Sokoloff N.: Röntgenstrahlen gegen Gelenkrheumatismus. Fortschr Röntgenstr 1898; 1: 209–213. Zitiert in: Seegenschmiedt MH, Micke O.: Strahlentherapie nicht maligner Erkrankungen Vergangenheit Gegenwart Zukunft: Strahlenther Onkol. 2012 Nov; 188 Suppl 3:272–90. Siehe Kasten am Ende dieses Literaturverzeichnis.
- [7] Balike S. N.: Über Die Röntgenbehandlung Cronischer Unspezifischer Gelenkleiden: Acta Radiologica, 1939; 20:4, 357–364.
- [8] Bundesärztekammer Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: UAW-News International Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) im Vergleich: Risiko von Komplikationen im oberen Gastrointestinaltrakt, Herzinfarkt und Schlaganfall: Dtsch Arztebl 2013; 110(29–30): A-1447 / B-1271 / C-1255
- [9] Varas-Lorenzo C, Riera-Guardia N, Calingaert B et al.: Stroke risk and NSAIDs: a systematic review of observational studies. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2011; 20: 1225–36
- [10] Kriz J, Seegenschmiedt HM, Bartels A, Micke O, Muecke R, Schaefer U, Haverkamp U, Eich HT.: Updated strategies in the treatment of benign diseases—a patterns of care study of the german cooperative group on benign diseases. Adv Radiat Oncol. 2018 Feb 26;3(3):240–244.
- [11] Micke O, Ugrak E, Bartmann S, Adamietz IA, Schaefer U, Bueker R, Kisters K, Heinrich Seegenschmiedt M, Fakhrian K, Muecke R.: Radiotherapy for calcaneodynia, achillodynia, painful gonarthrosis, bursitis trochanterica, and painful shoulder syndrome – Early and late results of a prospective clinical quality assessment. Radiat Oncol. 2018 Apr 19;13(1):71.
- [12] Heyd R, Tselis N, Ackermann H, Rödiger SJ, Zamboglou N.: Radiation therapy for painful heel spurs: results of a prospective randomized study. Strahlenther Onkol. 2007 Jan;183(1):3–9.
- [13] Niewald M, Seegenschmiedt MH, Micke O, Graeber S, Muecke R, Schaefer V, Scheid C, Fleckenstein J, Licht N, Ruebe C; German Cooperative Group on Radiotherapy for Benign Diseases (GCGBD) of the German Society for Radiation Oncology (DEGRO): Randomized, multicenter trial on the effect of radiation therapy on plantar fasciitis (painful heel spur) comparing a standard dose with a very low dose: mature results after 12 months' follow-up. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2012 Nov 15;84(4):e455–62.
- [14] Micke O, Seegenschmiedt MH, Adamietz IA, Kundt G, Fakhrian K, Schaefer U, Muecke R; German Cooperative Group on Radiotherapy for Nonmalignant Diseases (GCG-BD): Low-Dose Radiation Therapy for Benign Painful Skeletal Disorders: The Typical Treatment for the Elderly Patient? Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2017 Jul 15;98(4):958–963. doi: 10.1016/j.ijrobp.2016.12.012. Epub 2016 Dec 18.
- [15] Heyd R.: Mit Orthovolt und Photonen gegen den Tennisellenbogen : Epikondylopathia humeri radialis. MMW Fortschr Med. 2010 Feb;152(6):37–9.
- [16] Micke O, Ugrak E, Bartmann S, Adamietz IA, Schaefer U, Bueker R, Kisters K, Heinrich Seegenschmiedt M, Fakhrian K, Muecke R.: Radiotherapy for calcaneodynia, achillodynia, painful gonarthrosis, bursitis trochanterica, and painful shoulder syndrome – Early and late results of a prospective clinical quality assessment. Radiat Oncol. 2018 Apr 19;13(1):71

- [17] Heyd R, Dorn AP, Herkströter M, Rödel C, Müller-Schimpfle M, Fraunholz I.: Radiation therapy for early stages of morbus Ledderhose. *Strahlenther Onkol.* 2010 Jan;186(1):24–29.
- [18] Seegenschmiedt MH, Keilholz L, Wielpütz M, Schubert CH, Fehlauer F. Long-Term Outcome of Radiotherapy for Early Stage Dupuytren's Disease: A Phase III Clinical Study (Chapter 44). In: Eaton C et al. (eds.): *Dupuytren's Disease and Related Hyperproliferative Disorders.* Heidelberg: Springer-Verlag 2012: 349–371.
- [19] Rödel F, Fournier C, Wiedemann J, Merz F, Gaipf US, Frey B, Keilholz L, Seegenschmiedt MH, Rödel C, Hehlhans S.: Basics of Radiation Biology When Treating Hyperproliferative Benign Diseases. *Front Immunol.* 2017 May 3;8:519.
- [20] Seegenschmiedt MH, Micke O, Niwald M, Mücke R, Eich HT, Kriz J, Heyd R; German Cooperative Group on Radiotherapy of Benign Diseases (GCG-BD): DEGRO guidelines for the radiotherapy of non-malignant disorders : part III: hyperproliferative disorders. *Strahlenther Onkol.* 2015 Jul;191(7):541–8.
- [21] Rödel F, Keilholz L, Herrmann M, Sauer R, Hildebrandt G.: Radiobiological mechanisms in inflammatory diseases of low-dose radiation therapy. *Int J Radiat Biol.* 2007 Jun;83(6):357–66
- [22] Micke O, Ugrak E, Bartmann S, Adamietz IA, Schaefer U, Bueker R, Kisters K, Heinrich Seegenschmiedt M, Fakhrian K, Muecke R.: Radiotherapy for calcaneodynia, achillodynia, painful gonarthrosis, bursitis trochanterica, and painful shoulder syndrome – Early and late results of a prospective clinical quality assessment. *Radiat Oncol.* 2018 Apr 19;13(1):71.
- [23] Rödel F, Frey B, Gaipf U, et al. Modulation of inflammatory immune reactions by low-dose ionizing radiation: molecular mechanisms and clinical application. *Curr Med Chem* 2012; 19: 1741–1750.
- [24] Hildebrandt G, Maggiorella L, Rödel F, Rödel V, Willis D Trott KR. Mononuclear cell adhesion and cell adhesion molecule liberation after X-irradiation of activated endothelial cells in vitro. *Int J Radiat Biol* 2002; 78: 315–325.
- [25] Rödel F, Kley N, Beuscher HU, et al. Anti-inflammatory effect of low-dose X-irradiation and the involvement of a TGF-beta1-induced down-regulation of leukocyte/endothelial cell adhesion. *Int J Radiat Biol* 2002; 78: 711–719.
- [26] Budras KD, Hartung K, Münzer BM. Licht – und elektronenmikroskopische Untersuchungen über den Einfluss von Röntgenstrahlen auf das Stratum Synoviale des entzündeten Kniegelenks. Berlin: Münchner tierärztliche Wochenschrift 1986; 99: 148–152.
- [27] Trott KR, Parker R, Seed MP. Die Wirkung von Röntgenstrahlen auf die experimentelle Arthritis der Ratte. *Strahlenther Onkol* 1995; 171: 534–538.
- [28] Hildebrandt G, Seed MP, Freemantle CN, Alam CA, Colville-Nash PR, Trott KR. Mechanisms of the anti-inflammatory activity of low-dose radiation therapy. *Int J Radiat Biol* 1998; 74: 367–378
- [29] Holthusen H. Involvement of the NO/cyclic GMP pathway in bradykinin-evoked pain from veins in humans. *Pain* 1997; 69: 87–92.
- [30] Richter R.: Effektivität niedrig dosierter Röntgenbestrahlungen in der Therapie der diabetischen und arteriosklerotischen Gangrän der unteren Extremität. Dissertation, Universität Leipzig, 2004.
- [31] Trott KR, Kamprad F. Radiobiological mechanisms of anti-inflammatory radiotherapy. *Radiother Onkol* 1999; 51: 197–203.
- [32] Ott OJ, Jeremias C, Gaipf US, Frey B, Schmidt M, Fietkau R.: Radiotherapy for benign achillodynia. Long-term results of the Erlangen Dose Optimization Trial. *Strahlenther Onkol.* 2015 Dec;191(12):979–84.
- [33] Seegenschmiedt MH, Micke O, Niwald M, Mücke R, Eich HT, Kriz J, Heyd R; German Cooperative Group on Radiotherapy of Benign Diseases (GCG-BD): DEGRO guidelines for the radiotherapy of non-malignant disorders: part III: hyperproliferative disorders. *Strahlenther Onkol.* 2015 Jul;191(7):541–8.
- [34] Broerse JJ, Jansen JThM, Zoetelief J, et al. Calculation of effective dose for irradiation of benign diseases: Graves' ophthalmopathie, hidradenitis and heterotopic ossification. In: Seegenschmiedt MH, Makoski H (Hrsg.): *Radiotherapie von gutartigen Erkrankungen-10. Kolloquium Radioonkologie/Strahlentherapie.* Altenberge: Diplodocus-Verlag 2000: 13–20.
- [35] ICRP: The 2007 Recommendations of the International Commission on Radiological Protection. ICRP Publication 103. *Annals of the ICRP*, 2008.
- [36] S2-Leitlinie Strahlentherapie gutartiger Erkrankungen, Radiogene Risiken nach niedrig dosierter Strahlentherapie insbesondere bei gutartigen Erkrankungen: 23–30
- [37] Sautter-Bihl ML, Liebermeister E, Scheurig H, Heinze HG.: Analgetic irradiation of degenerative-inflammatory skeletal diseases. Benefits and risks]. *Dtsch Med Wochenschr.* 1993 Apr 8;118(14):493–8.

- [38] S2-Leitlinie Strahlentherapie gutartiger Erkrankungen. Strahlentherapie bei schmerzhaften Arthrosen der großen Gelenke der unteren Extremität: 31–38
- [39] S2-Leitlinie Strahlentherapie gutartiger Erkrankungen, Schulter Syndrom: 43–45
- [40] S2-Leitlinie Strahlentherapie gutartiger Erkrankungen, Strahlentherapie bei Ellenbogensyndrom, 51–54
- [41] Seegenschmidt M.H., Bamberg M. Molls M. Sack H. (Hrsg): Radioonkologie. München Wien New York : W. Zuckschwerdt-Verlag. 2009: 106
- [42] Rödel F, Keilholz L, Herrmann M, Sauer R, Hildebrandt G.: Radiobiological mechanisms in inflammatory diseases of low-dose radiation therapy. Int J Radiat Biol. 2007 Jun;83(6):357–66.

No. 46. Sokolow: **Über Heilung des Gelenkrheumatismus durch Röntgenstrahlen bei Kindern.**

Der Berichterstatter macht Mitteilung über vier Krankheitsfälle von Gelenkrheumatismus bei Kindern, bei welchen durch Anwendung der Röntgenstrahlen ein sehr guter Erfolg bezüglich der Heilung erzielt wurde. Das mit einer wollenen Decke bedeckte Kind befand sich 50–60 cm von der Röhre und wurde den Strahlen 10–20 Minuten ausgesetzt.

Im ersten Falle, an einem Mädchen von neun Jahren, welche an heftigen Schmerzen und Anschwellung der rechten und linken Handwurzel, Finger und Kniegelenke litt, verschwanden die Schmerzen nach der zweiten Sitzung.

Im zweiten Falle, bei einem Mädchen von 14 Jahren, welche an heftigen Schmerzen und Geschwulst an den Kniegelenken litt, verschwanden die Schmerzen nach der ersten Anwendung der Strahlen. Beim dritten Falle, bei einem fünfjährigen Mäd-

chen, leidend an heftigen Schmerzen und Geschwulst der Knie- und Beingelenke, verminderten sich diese bei der dritten Anwendung der Strahlen, bei welchen die Geschwulst der Gelenke augenfällig abnahm und die Nachmessung während der Strahlenwirkung dies bestätigte.

Nach vier Tagen verminderte sich der Umfang an den Beingelenken um 8 cm. Der letzte Fall des Berichterstatters bezieht sich auf ein 13-jähriges Mädchen, welches schon fünf Jahre an chronischen Rheumatismus und ebenso viele Jahre an Herzkrankheit litt, im Mai dieses Jahres verschlimmerte sich die Krankheit, wobei sich heftige Schmerzen und Anschwellung der Kniegelenke einstellten und auch Zusammenziehung unter einem Winkel von ungefähr 45°. Nach jeder Anwendung der Röntgenstrahlen vergrößerte sich der Winkel unter welchem die Knie gebogen waren, die Schmerzen verminderten sich und nach der vierten Anwendung der Strahlen verschwanden sie ganz. Schmidt-Monnard (Halle).

Auszug aus [6]: Kongressbericht von 1897 über die erste erfolgreich durchgeführte Strahlentherapie bei vier Kindern mit dem Bild schmerzhafter (rheumatischer) Gelenkerkrankung durch den russischen Arzt Nikolay Sokolow.



Olaf Bender feiert sein 25-jähriges Dienstjubiläum

Am 1. April 1994 begann Olaf Bender als Hilfsreferent für den Krankenhausbereich in der Hauptgeschäftsführung der Landesärztekammer. Seit Februar 1998 ist er Referent der jetzigen Ärztlichen Geschäftsführung.

Olaf Bender ist zuständig für die Bereiche Kommission Lebendspende, Kommission Transplantation und Organspende, Ehrungen, Hilfsfondsangelegenheiten, Palliativmedizin sowie Notfallversorgung und Katastrophenschutz. Er bereitet die Delegiertenversammlungen mit vor und begleitet die Abgeordneten zu den Deutschen Ärztetagen.

Darüber hinaus engagiert er sich sehr im Bereich des Arbeitsschutzes und der Unternehmenssicherheit und ist in diesem Bereich der Koordinator der Region Süd. Ehrenamtlich engagiert er sich seit vielen Jahren im Personalrat der Landesärztekammer Hessen, was ihm wegen seines Gerechtigkeitsempfindens schon immer besonders am Herzen lag.

Persönlich möchte ich, als seine langjährige Sekretärin, Olaf Bender zum heutigen Dienstjubiläum ganz herzlich für seine



Foto: Alla Soumm

Olaf Bender ist seit 25 Jahren eine der tragenden Säulen der Landesärztekammer Hessen.

Hilfsbereitschaft, seine verständnisvolle Art, die besonders gute vertrauensvolle Zusammenarbeit und für sein immer offenes Ohr bei Problemen, egal ob beruflich oder privat, danken. Dies ist nicht selbstverständlich. Ich wünsche und hoffe, dass dies auch noch viele weitere Jahre so bestehen bleibt.

Olaf Bender ist ein von Vorgesetzten und Kolleginnen und Kollegen sehr geschätzter und erfahrener Mitarbeiter. Bei Problemen behält er immer einen kühlen Kopf

und bietet Lösungsvorschläge an. Mit seinem Wissen und seiner Erfahrung ist er eine wichtige Säule im Bereich der Ärztlichen Geschäftsführung und darüber hinaus.

Wir wünschen Herrn Bender alles Gute zu seinem 25-jährigen Dienstjubiläum.

Miriam Mißler
Sekretärin und Sachbearbeiterin

Tatkräftig, ideenreich und absolut zuverlässig: Seit 25 Jahren ist Olaf Bender mit überdurchschnittlichem Engagement für die Landesärztekammer tätig. Sein fundiertes Wissen, aber auch seine Hilfsbereitschaft und Kollegialität zeichnen den langjährigen Referenten der Ärztlichen Geschäftsführung aus. Auch im Namen der anderen Geschäftsführer gratuliere ich Olaf Bender herzlich zu dem 25-jährigen Dienstjubiläum und freue mich auf weitere gute Zusammenarbeit.

Dr. med. Alexander Marković, MBA
Ärztlicher Geschäftsführer
der Landesärztekammer Hessen

Bücher



**Hans-Peter Wolff,
Thomas R. Weihrauch (Hrsg.):
Internistische Therapie
2018/2019**

Mit Zugang zur Medizinwelt
Urban & Fischer, Elsevier 2018
22. Auflage, ISBN 9783437416545
1268 Seiten, Hardcover (€ 99) & E-Book

Laut Cochrane Collaboration altert medizinisches Wissen auf Grundlage evidenzbasierter Studien mit einer Halbwertszeit von ca. fünf Jahren. Um diesem Erneuerungsprozess zu entsprechen, haben sich Herausgeber sowie Autorinnen und Autoren der „Internistischen Therapie“ seit 1975 sehr engagiert. Im konstanten Rhythmus von zwei Jahren wird das immer noch handliche Buch mit derzeit über 1.200 Seiten für Kliniker und Praktiker nach neuestem Wissen aufgelegt. Die Kapitel werden durch ausgewiesene Fachgebietsexperten konsequent und zeitnah überarbeitet. Im aktuellen Band werden die deutschen und europäischen Leitlinien auf dem Datenstand von März 2018 berücksichtigt. Ebenso

finden sich darin die neuen „Klug-Entscheiden“-Empfehlungen der internistischen Fachgesellschaft DGIM. Selbstverständlich wird das Buch mit einer Online-Plattform für Aktualisierungen und dem elektronischen Thesaurus von „innere-medicinwelt.de“ ergänzt, die Buchinhabern über ein persönliches Passwort zugänglich sind.

Die gewachsene Unterteilung des Buches in Allgemeine und Symptomatische Therapie, Pharmakotherapie-Übersichten, organ- und schwerpunktbezogene Kapitel sowie Hinweise zur Laborwertinterpretation sind für die Nutzer sehr hilfreich. Die dahinter liegenden Kapitel sind einheitlich gegliedert und knapp gefasst, von Untersuchungstechniken, Diagnosekriterien und Klinik bis hin zur richtungweisenden Therapie sowie der Therapieprognose. Viele Tabellen und „Wichtig!“-Markierungen heben Essentials hervor. Der umfassende Index erleichtert außer den Kapitelmarken am Buchschnitt einen schnellen Zugriff bei der täglichen Arbeit.

Kurz, ein Muss für das Sprechzimmer oder den Arbeitsplatz von Kolleginnen und Kollegen aller internistischer Fachgebiete, wie auch für allgemeinärztlich Tätige, um up to date zu bleiben.

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

Neues Angebot für Ärzte in Weiterbildung:

Über ländliche Räume und die Tätigkeit von Landärztinnen und -ärzten existieren zahlreiche Klischees, die kaum einer Realitätsprüfung standhalten. Sind Landärzte tatsächlich noch die einzelkämpferischen Workaholics, die nachts aus dem Bett geklingelt werden und keinerlei Privatsphäre besitzen? Sind die Wege auf dem Land länger als in der Stadt, die Jobaussichten für Partner schlechter? Gibt es nur noch alte Menschen auf dem Land und ist dort die Gefahr von Regressen höher?

Mit dem Projekt „Landtage in Hessen“ will die Philipps-Universität Marburg Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin die Möglichkeit geben, diese und andere Fragen gemeinsam mit praktizierenden Landärzten, Vertretern von Kommunen und Landkreisen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) und dem Hessischen Hausärzterverband zu besprechen. Das Projekt wird vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration gefördert und findet in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen, der KVH, der Landesärztekammer Hessen sowie dem Hausärzterverband Hessen statt. Neben Vorträgen und Diskussionen sind auch Exkursionen Teil des Programms.

Die Landtage werden ab 2019 jährlich in sechs verschiedenen hessischen Landkreisen angeboten. Am Vormittag geben in der Region tätige Hausärzte Einblicke in ihre Tätigkeit auf dem Land. Außerdem erhalten die Teilnehmenden ausführliche Informationen zur Region (medizinische Infrastruktur, Immobilienpreise, Jobmöglichkeiten für Partner/-innen, Freizeitangebote, Infrastruktur für Familien) sowie einen Überblick über das Unterstützungsangebot seitens der KVH und des Hausärzterverbands bei Praxisgründung oder -übernahme. Nachmittags finden Exkursionen in Hausarztpraxen, Medizinische Versorgungszentren und Kreiskrankenhäuser statt. Am Abend werden eine Praxisbörse und ein Erfahrungsaustausch angeboten. Während des gesamten Tages steht zudem die Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin für Fragen rund um das Thema Weiterbildung Allgemeinmedizin zur Verfügung.

Das Projekt richtet sich an Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, die sich über verschiedene Praxismodelle im ländlichen Raum informieren wollen. Darüber hinaus soll es Ärzten in Weiterbildung ermöglichen, sich untereinander zu vernetzen und Mitstreiter für eine gemeinsame Praxisgründung/-übernahme zu finden. Auch Praxen zur Weiterbildung sowie Einstiegsmöglichkeiten in Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren können vermittelt werden.

Die Landtage finden ab Mai 2019 in den Landkreisen Waldeck-Frankenberg, Werra-Meißner-Kreis, Schwalm-Eder-Kreis, Vogelsbergkreis, Odenwaldkreis sowie im östlichen Wetteraukreis statt. Die Teilnahme ist kostenlos. An fast allen Orten werden Übernachtungen, Kinderbetreuung und ein Shuttle-Service vom nächstgelegenen Bahnhof angeboten. Auch die (Ehe-)Partner der Teilnehmenden sind willkommen.

LANDTAGE IN HESSEN

2019



EIN ANGEBOT FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE IN WEITERBILDUNG IM FACH ALLGEMEINMEDIZIN

Foto: pixabay

Anmeldung und Informationen über die Homepage der Philipps-Universität Marburg: <https://www.uni-marburg.de/fb20/allgprmed/landtagehessen.html>

Jana Groth
Prof. Dr. med. Erika Baum

Kontakt:
Jana Groth, M.A.
Abteilung für Allgemeinmedizin,
Präventive und Rehabilitative Medizin
Philipps-Universität Marburg
Karl-von-Frisch-Straße 4, 35043 Marburg
E-Mail: jana.groth@uni-marburg.de



Foto: privat

Dr. med. Thorsten Bracher wird Klinikdirektor der Vitos Klinik für Psychosomatik Eltville, die Anfang 2019 eröffnet wurde. Bracher, Jahrgang 1966, kommt von der Position des Chefarztes der Schlossparkklinik Dirmstein in der Pfalz zu Vitos Rheingau.

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikum Kassel verabschiedete ihren langjährigen Chefarzt **Prof. Dr. med. Friedrich K. Tegtmeier** (Foto



Foto: Gesundheits Nordhessen

rechts) in den Ruhestand. Er war 24 Jahre in Kassel tätig, seit 1995 als ärztlicher Direktor des Kinderkrankenhauses Park Schönfeld, seit 2003 zusätzlich als Chefarzt der kindermedizinischen Bereiche am Klinikum Kassel und seit 2011 als Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Tegtmeier wird als Professor der Justus-Liebig-Universität Gießen weiterhin Doktoranden betreuen. Nachfolger wird **Prof. Dr. med. Andreas Jenke**, derzeit Chefarzt am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin am evangelischen Krankenhaus Oberhausen. Er begann im Februar bei dann neu gestaltetem Zuschnitt der pädiatrischen Versorgung als Chefarzt der Allgemeinpädiatrie und Neonatologie in enger Kooperation mit **Prof. Dr. med. Michaela Nathrath** als Chefarztin der Klinik für pädiatrische Hämato-Onkologie, Psychosomatik und Systemerkrankungen.



Foto: privat

Prof. Dr. med. Annette Becker, MPH, (Foto) wurde zum 1. Januar 2019 zur neuen Studiendekanin des Fachbereiches Medizin der Philipps-Universität Marburg ernannt. Die Leiterin der Abteilung Allgemeinmedizin, präventive und rehabilitative Medizin hat das Amt von **Prof. Dr. med. Roland Frankenberger** übernommen.

Dr. med. Björn Steffen wurde im Rahmen des Neujahrsempfangs vom Universitätsklinikum Frankfurt/Main und dem Fachbereich Medizin der Goethe-Universität mit dem **Theodor-Stern-Stiftungspreis** ausgezeichnet. Die Jury würdigte damit seinen Einsatz für die studentische Lehre. Er habe zahlreiche Projekte zur Verbesserung der Lehre in den Fachbereich eingebracht, hieß es in der Laudatio.



Foto: Uniklinikum Frankfurt

Der Orthopäde und Unfallchirurg

Dr. med. Sebastian Manegold (Foto) verstärkt als Chefarzt die Abteilung für Orthopädische und traumatologische Fußchirurgie an der BG Unfallklinik Frankfurt am Main. Zuvor war der 44-jährige Oberarzt am Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité in Berlin und dort Leiter der Sektion Fuß- und Sprunggelenkchirurgie. Manegold folgt



Foto: BGU/privat

auf **Dr. med. Hans-Peter Abt**, der die Klinik verlassen hat, um sich neuen Herausforderungen zu stellen.

Prof. Dr. med. Thomas Weber, Facharzt für Arbeitsmedizin und Internist aus Wiesbaden, hat den **Ehrenpreis der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)** e. V. erhalten. Gewürdigt wurde damit sein Engagement für die nachhaltige Förderung der Arbeitsmedizin. Unter anderem gründete er eine Wiesbadener Fortbildungsreihe zum Thema und organisierte kürzlich bereits den vierten „Tag der Arbeitsmedizin“ in der Landeshauptstadt.

Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach (Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt) ist als Vorsitzender des „Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ wiedergewählt worden. Er hat das Amt seit 2012 inne.

Wichtige Personalia aus ganz Hessen erbeten: Einsendungen für diese Rubrik per E-Mail an: haebl@laekh.de

Nachruf auf Prof. Jaroslav Blahoš

* 30.06.1930 † 27.11.2018

Am 27. November 2018 verstarb im Alter von 88 Jahren der bedeutende tschechische Arzt und international anerkannte Internist und Osteologe Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc. (Foto). Er war Autor von 380 wissenschaftlichen Veröffentlichungen und zehn Monografien, Mitglied zahlreicher medizinischer Gesellschaften, wissenschaftlicher Institutionen und Redaktionen internationaler Zeitschriften. Unter seinen zahlreichen hohen Auszeichnungen hatte für ihn die Medaille 1. Grades für Verdienste um die Tschechische Republik, die ihm 2001 von Präsident Václav Havel verliehen wurde, die größte Bedeutung. 25 Jahre lang führte Blahoš die Tschechische ärztliche Gesellschaft J. E. Purkyne (1990–2015) und bis zu seinem Tod war er deren Ehrevorsitzender. Er engagierte sich in enger Abstimmung



Foto: Jirach Nousek (Nofin)

und mit Unterstützung von Vertretern der Landesärztekammer Hessen für die Transformation des tschechischen Gesundheitswesens nach der samtenen Revolution. 1998 wurde er auf Anregung des damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karsten Vilmar als erster Arzt aus Osteuropa zum Präsidenten des Weltärztebundes gewählt. Hier widmete er sich engagiert vor allem der Ethik in der Medizin.

Seine enge Verbundenheit mit der hessischen Ärzteschaft drückte sich auch dadurch aus, dass er 2002 Ehrengast bei der Einweihung des Seminargebäudes im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen war.

Dr. med. Michael Popović, Eppstein
MU Dr. Ivan Pfeifer, Prag



Walter Swoboda:
**Informationsmanagement
 im Gesundheitswesen**

UTB 2017, 187 Seiten,
 50 Abb., 9 Tab.,
 ISBN: 9783825246716, € 24.99,
 auch als E-Book, € 19.99

Die Bedeutung des Informationsmanagements im Gesundheitswesen wächst rasant: Dies lässt sich in Krankenhäusern und Praxen, aber auch in anderen Bereichen der Medizin beobachten. Walter Swoboda bietet einen gut strukturierten Überblick der Grundlagen des Informationsmanagements im Gesundheitswesen. Das Buch umfasst das Basiswissen der medizinischen Informatik und der Digitalisierung in der Medizin allgemein. Es stellt Informationssysteme, Datenmodelle, Architekturen und Schnittstellen leicht verständlich vor.

Nach einer kurzen Einführung in das Gesundheitswesen in Deutschland wird zunächst die Brücke zu Themen der Medizinin-

formatik geschlagen; auch werden zum Beispiel Begriffe wie Telemedizin und E-Health erläutert. Viele Beispiele und kleine Gedankenexperimente führen auf unterhaltsame Weise zu einer systematischen Sichtweise auf die Informationstechnologie. Neben einer eingehenden Behandlung des Datenbegriffs und der Systeme, die Daten verarbeiten, werden auch Methoden des Projektmanagements und der Qualitätssicherung angerissen. Die Kapitel lassen sich größtenteils unabhängig voneinander lesen, was den Griff zum Buch erleichtert und es zu einem kleinen Nachschlagewerk macht. Wissensboxen nennen weiterführende Literatur und bieten Zusammenfassungen.

Das Buch ist für all diejenigen geeignet, die schnell und umfassend einen Einstieg in medizininformatische Themen suchen, seien es Studierende der Medizin oder Medizininformatik, aber auch Ärztinnen und Ärzte, die täglich mit Informationstechnologie arbeiten müssen.

Ralf Münzing

Abteilungsleiter EDV und Organisationsentwicklung
 der Landesärztekammer Hessen

Anzeige

Bezirksärztekammer Frankfurt

Marburg: Informationsabend für neue Kammermitglieder am 4. April

Die Bezirksärztekammer Marburg lädt ihre neuen Kammermitglieder zu einem Informationsabend ein:

- **Termin:** Do., 4. April 2019, 18 Uhr s.t.
- **Ort:** Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg, Hörsaal 5 (3. Bauabschnitt), Baldingerstr., 35043 Marburg, E-Mail:
- bezaek.marburg@laekh.de

Themen:

- Arbeit der Kammer
 - Weiterbildung
 - Recht (Berufsrecht, Arzthaftungsrecht)
 - Altersvorsorge
- Punkte für die Anerkennung als Fortbildungsveranstaltung wurden beantragt.

Wir gedenken der Verstorbenen

Abgeordnete zum 122. Deutschen Ärztetag vom 28. bis 31. Mai 2019 in Münster

Die Delegiertenversammlung hat am 24. November 2018 beschlossen, folgende Ärztinnen und Ärzte zum 122. Deutschen Ärztetag 2019 in Münster und zu ggf. vor dem 122. Deutschen Ärztetag stattfindenden außerordentlichen Deutschen Ärztetagen zu entsenden:

Liste	Abgeordnete	Ersatzabgeordnete
1	ÄrztINNEN Hessen (Fachärzte/innen, Hausärzte/innen, angestellte Ärzte/innen, niedergelassene Ärzte/innen, Ärzte/innen in Weiterbildung und Ärzte/innen im Ruhestand)	
	1) Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke, Frankfurt	2) Monika Buchalik, Hanau
2	Fachärztinnen und Fachärzte Hessen	
	1) Dr. med. Adelheid Rauch, Limburg 2) Dr. med. Wolf Andreas Fach, Bruchköbel 3) Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Echzell 4) Dr. med. Klaus Doubek, Wiesbaden 5) Christine Hidas, Darmstadt	6) Svenja Krück, Linden 7) Cornelius Weiß, Groß-Gerau 8) Dr. med. Michael Repschläger, Herborn 9) Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Stadtallendorf 10) Dr. med. Peter Zürner, Göttingen
3	Marburger Bund – die Liste für alle Ärztinnen und Ärzte	
	1) Yvonne Jäger, Niederdorfelden 2) Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Frankenberg 3) Jan Henniger, Frankfurt 4) Anne Kandler, Kassel 5) Dr. med. H. Christian Piper, Wiesbaden 6) PD Dr. med. Andreas Scholz, Gießen	7) BMedSci Frank Seibert-Alves, Frankfurt 8) Dr. med. Lars Bodammer, Frankfurt 9) Dr. med. Silke Engelbrecht, Frankfurt 10) Dr. med. Susanne Johna, Kiedrich 11) Anita Yusefpur, Frankfurt 12) Dr. med. Christian Schwark, Frankfurt
4	LISTE ÄLTERER ÄRZTE	
	1) Dr. med. Gabriel Nick, Braunfels	2) Dr. med. Jürgen Glatzel, Bensheim
6	LDÄÄ (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte)	
	1) Sabine Riese, Alsfeld 2) Dr. med. Bernhard Winter, Frankfurt	3) Dr. med. Brigitte Ende, Buseck 4) Dr. med. Barbara Jäger, Frankfurt
9	Die Hausärzte	
	1) Michael Thomas Knoll, Lich 2) Michael Andor, Groß-Gerau 3) Jutta Willert-Jacob, Wetter	4) Erich Lickroth, Höchstbach 5) Dr. med. Wolfgang Seher, Frankfurt 6) Dr. med. Detlev Steininger, Darmstadt *

* Dr. med. Detlev Steininger hat sein Mandat als Ersatzabgeordneter zum 122. Deutschen Ärztetag 2019 zum 19.02.2019 niedergelegt. Nachwahl erfolgt in der Delegiertenversammlung am 23.03.2019.

Bezirksärztekammer Marburg

Bezirksärztekammer Gießen

Verband Freier Berufe wählt neues Präsidium

Anfang März hat die Mitgliederversammlung des Verbandes Freier Berufe ein neues Präsidium gewählt. Dabei wurden sowohl die Präsidentin Dr. Karin Hahne als auch der erste Vizepräsident Dr. med. Alfred Möhrle (ehemaliger langjähriger Präsident und seit 2011 Ehrenpräsident der Landesärztekammer Hessen) in ihren Ämtern bestätigt.

Neuer zweiter Vizepräsident wurde Harald Gallus, Präsident der Wirtschaftsprüferkammerkammer Hessen. Die bisherige Amtsinhaberin Dr. Evelin Potz war nach jahrelangem Engagement nicht mehr zur Wahl angetreten. Neben den ebenfalls wiedergewählten Präsidiumsmitgliedern Dr. Elke Vietor (Landes-zahnärztekammer Hessen) und Dr. Michael Griem (Präsident der Rechtsanwaltskammer Frankfurt) kam mit Dr. Martin Kraushaar (Geschäftsführer der Architekten- und Stadtplanerkammer Hessen) ein neues Mitglied hinzu.



Foto: VBFFH

Das neue Präsidium des Verbandes Freier Berufe: hinten v.l.n.r. Harald Gallus, Dr. Martin Kraushaar, Dr. med. Alfred Möhrle, Dr. Michael Griem. Vordere Reihe v.l.n.r. Dr. Karin Hahne, Dr. Elke Vietor.

Neue Spitze der Ärztekammer Baden-Württemberg



Fotos: Ärztekammer BW

Dr. med. Wolfgang Miller aus Leinfelden-Echterdingen ist Ende Februar von der Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg zum Präsidenten der Landesvertretung gewählt worden.

Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie folgt im Amt auf Dr. med. Ulrich Clever, der nicht mehr zur Wahl angetreten war. Neue Vizepräsidentin ist Agnes Trasselli, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin aus Karlsruhe. Dem neu gewählten Vorstand der Landesärztekammer gehören insgesamt elf Mitglieder an. Der bisherige Kammerpräsident Clever wurde von den Delegierten zum Ehrenpräsidenten der Landesärztekammer Baden-Württemberg ernannt.



Dr. med. Wolfgang Miller, neuer Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, und Agnes Trasselli, neue Vizepräsidentin.

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)

Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“: 08000 116 016

Ungewöhnliche Kratzer, blaue Flecken: Für Ärztinnen und Ärzte ist Gewalt gegen Frauen eine Realität, mit der sie sich in ihrer täglichen Arbeit konfrontiert sehen. Nicht immer jedoch kann selbst medizinisches Fachpersonal sol-

che Beobachtungen richtig einordnen und schnell adäquat reagieren. Tipps für den richtigen Umgang in Zweifelsfällen gibt deshalb das Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ rund um die Uhr unter Fon: 08000 116 016.

Zertifizierter Online-Kurs zum Antibiotika-Einsatz: Teilnahme bis 31. Mai möglich

Ein zertifizierter Online-Kurs zum rationalen Antibiotika-Einsatz in der Praxis läuft am 31. Mai 2019 aus. Machen Sie mit und sichern sich 16 Fortbildungspunkte!

Bis 31. Mai können niedergelassene Ärzte an der kostenlosen Online-Fortbildung des RAI-Projekts „Rationaler Antibiotikaeinsatz durch Information und Kommunikation“ (www.rai-projekt.de) zum verantwortungsvollen Antibiotikaeinsatz teilnehmen. Diese speziell für Kolleginnen und Kollegen in der hausärztlichen Praxis entwickelte Fortbildung umfasst neben Grundlagen der Antibiotikatherapie aktuelle Therapieempfehlungen bei Harnwegs- und Atemwegsinfektionen sowie Diarrhoe. Die mit 16 CME-Punkten zertifizierte Fortbildung kann bequem zu Hause durchgeführt werden. Nutzen Sie die Chance, loggen Sie sich ein und machen mit: <https://mooc.house/courses/rai1-2>.

Ein weiteres interessantes Angebot des RAI-Projekts für Arztpraxen ist das Online-Angebot zur Erstellung von individualisierbaren „Infozepten“ mit Informationen zu wirksamen Behandlungsmöglichkeiten ohne Einsatz von Antibiotika

(Infozept statt Rezept). Im Internet unter www.infozeptgenerator.de oder <http://www.rai-projekt.de/ambulant/infozepte> können kostenlos Infozepte personenbezogen erstellt und ausgedruckt werden – auf Deutsch, Englisch, Türkisch und Arabisch.

An dieser Stelle sei auch an die Flyer zum verantwortungsvollen Einsatz von Antibiotika bei Atemwegsinfektionen (Weniger ist mehr), Harnwegsinfektionen (Wenn, dann richtig) und Ohrenschmerzen (Wenn möglich, ohne), Artikel dazu im Hessischen Ärzteblatt 01/2019 (S. 18) erinnert, die von der Website des MRE-Netzes Rhein-Main (<http://www.mre-rhein-main.de/antibiotika.php>) heruntergeladen bzw. bestellt werden können. Die MRE-Netzwerke in Hessen planen für dieses Jahr zusätzlich Fortbildungs-Angebote für niedergelassene Ärzte zum sachgerechten Antibiotikaeinsatz. Weitere Informationen finden Sie bei Ihrem Netzwerk.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

MRE-Netz Rhein-Main

Internet: www.mre-rhein-main.de

E-Mail: mre-rhein-main@stadt-frankfurt.de

Die Landesärztekammer gibt die neue AzubiCard Hessen aus

Im Laufe des Monats März wird auch die Landesärztekammer Hessen die AzubiCard Hessen ausgeben. In diesem Jahr erhalten alle Auszubildenden (MFA etc.) die Karte, die ihre Ausbildung in den Jahren 2016, 2017 bzw. 2018 aufgenommen, aber noch nicht beendet haben.

„So können alle drei aktuellen Ausbildungsjahrgänge von der Einführung der Karte profitieren, die Vergünstigungen unter anderem beim Eintritt für Schwimmbäder oder Sportveranstaltungen

bietet“, erklärt Roswitha Barthel, Leiterin der Abteilung „Medizinische Fachangestellte“ der Ärztekammer.

Mit der AzubiCard, die primär als Statusnachweis dienen soll, werde der duale Ausbildungsweg attraktiver – „damit wir noch mehr junge Menschen für die Ausbildung begeistern können“.

Informationen dazu finden sich auch auf der Website der Hessischen Landesregierung www.hessen.de.

Erratum

In der Bebilderung zum Text „Behandlung am Lebensende aus Sicht verschiedener Religionen“ in Ausgabe 03/2019, S. 168, ist im Symbolbild für das Judentum die Schrift der Thora-Rolle im Hintergrund falsch abgedruckt. Wir bedauern dieses redaktionelle Versehen.

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 an: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Im Vogelsgang 3, 60488 Frankfurt/Main.

Foto: Werner Hilpert – Fotolia.com

Ehrungen MFA/ Arzthelfer*innen

Wir gratulieren zum 10- und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Goldenes Doktorjubiläum

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen



Über ihre erfolgreiche Prüfung zur Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung“ freuen sich: Nina Funke, Katharina Prudlik, Nicole Feistel und Susanne Schilder (von links).

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 60033389 ausgestellt am 23.04.2014 für Dr. med. Paul-Alexander Hagebusch, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60057523 ausgestellt am 23.01.2019 für Prof. Dr. Dr. med. Christian Senft, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60051342 ausgestellt am 11.12.2017 für Ivane Kochiashvili, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60047753 ausgestellt am 20.03.2017 für Ellen Steeger, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60045894 ausgestellt am 02.12.2016 für Dr. med. Dipl.-Ing. (FH) Stefan Margraf, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60049965 ausgestellt am 06.09.2017 für Dr. med. Barbara van Zandbergen, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 60048347 ausgestellt am 04.05.2017 für Doctor-medic Laura Matasaru, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 60055615 ausgestellt am 10.09.2018 für Dr. med. Marjaneh Werner, Marburg

Arztausweis-Nr. 60043332 ausgestellt am 27.05.2016 für Prof. Dr. med. Volker Möbus, Königstein

Arztausweis-Nr. 60043450 ausgestellt am 06.06.2016 für Dr. med. Christopher Wolf, Eltville

Gemünden

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

Hessisches Ärzteblatt

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

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

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

Dr. med. Peter Zürner

Stellvertreter: Dr. med. H. Christian Piper

(beide sind Mitglieder des Präsidiums der LÄK Hessen)

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin

Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)

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

Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth (Akademie)

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

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: haeb@laekh.de

Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH

Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln

Tel.: +49 2234 7011-0, www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung: Jürgen Führer

Leitung Geschäftsbereich Medizin und Zahnmedizin: 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.

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil:

Michael Heinrich, Tel.: +49 2234 7011-233, E-Mail: heinrich@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

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

Gebiet Nord: Miriam Fege, Tel. +49 4175 4006499,

Mobil +49 172 5792180, fege@aerzteverlag.de

Gebiet Süd: Claudia Soika, Tel. +49 89 15907146,

Mobil +49 172 2363730, soika@aerzteverlag.de

Non-Health: 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

Druck: 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: DAAEDED3

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)

IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 5, gültig ab 01.01.2019

Auflage Lt. IVW 4. Quartal 2018:

Druckauflage: 36.633 Ex.; Verbreitete Auflage: 36.201 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.

80. 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