



Auswirkungen der Pandemie auf Kinder & Jugendliche

SARS-CoV-2 und psychische Gesundheit
Übersicht über die Folgen der Pandemie in Hinblick auf psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen

Best-Practice-Arbeits(zeit)modelle
Drei Beispiele, die zeigen: Berufstätigkeit und Privatleben sind miteinander vereinbar

CME: Die Trichterbrust bei Kindern und Jugendlichen
Überblick über Therapieoptionen bei der am häufigsten angeborenen Brustwanddeformität

„So viel Anfang war nie“

nach Friedrich Hölderlin (1770–1843)

Mittlerweile leben wir seit einigen Monaten mit dem neuen SARS-CoV-2 und haben uns in einer zum Teil neuen Realität eingerichtet. Bundestagspräsident Schäuble formulierte treffend: „Die Normalität vor dem Coronavirus wird nicht die Zukunft nach dem Virus sein.“ Zeit für ein erstes Zwischenfazit. In Deutschland herrscht große Übereinstimmung, dass wir die bisherigen Herausforderungen gut gemeistert haben. Doch auch hier gilt: Das Bessere ist der Feind des Guten. In der Krise wurde deutlich, dass auf einmal Vieles möglich war, was vorher als unmöglich erschien. Diesen Weg müssen wir unbedingt weiter beschreiten und zwar gemeinsam, denn das war einer der wesentlichen Gründe für den bislang vergleichsweise glimpflichen Verlauf der Corona-Pandemie in Deutschland. Dabei soll nicht verschwiegen werden, dass es in den ersten Wochen, als die Fallzahlen zunahmen, an einigen Stellen vernehmlich geruckelt hat. Jeder kennt z. B. Fälle oder zumindest Berichte, in denen es schwierig war, vermutliche Covid-Patienten einem entsprechenden Test zuzuführen, von fehlender Schutzausrüstung ganz zu schweigen.

Nach diesen anfänglichen Schwierigkeiten gab es sehr erfreuliche Entwicklungen wie beispielsweise die in Hessen eng abgestimmte sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Krankenhäuser und Praxen haben hier gute Lösungen entwickelt und umgesetzt. Auf Bundesebene wurde das hilfreiche DIVI-Intensivregister etabliert, auch wenn ich nicht ganz nachvollziehen kann, warum das in Hessen entwickelte und bereits entsprechend erweiterte Tool IVENA nicht genutzt wurde, zumal es auch in anderen Bundesländern sehr erfolgreich eingesetzt wird. Die Folge ist nun leider eine teilweise Doppelerfassung.

Erfreulich war auch die bis 31. Mai 2020 bestehende Möglichkeit, Patienten mit leichten Erkrankungen der Atemwege nach telefonischer Rücksprache eine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Auf diese Weise wurden die Praxen entlastet und mögliche Infektionsgeschehen verhindert. Ob diese Möglichkeit – zumindest für Haus- und Kinderärzte – auch zukünftig gelten sollte, halte ich für diskussionswürdig.

Sinnvoll wäre auf jeden Fall der Einsatz einfacher Techniken, um den Aufenthalt in den Wartezimmern von Praxen möglichst kurz zu halten. Ich erinnere an die in Mittelhessen entwickelte und vom Land Hessen geförderte App „Warts-Ab“, die es Patienten ermöglicht, die Arztpraxis nach der Anmeldung wieder zu verlassen und erst kurz vor der eigentlichen Behandlung zurückzukehren. Der Probetrieb ist für Mitte dieses Jahres geplant.

Ein anderes Beispiel ist die von der Universitätsklinik Marburg entwickelte App „Covid-Online“, die dem Klinikum bei der frühzeitigen Klärung von Corona-Verdachtsfällen hilft. Patienten klicken sich durch einen Fragebogen und erhalten Erklärungen, was als nächstes zu tun ist. Unnötige Kontakte in der Klinik können so

vermieden werden. Da eine Zulassung als Medizinprodukt noch nicht vorliegt, ist der Einsatz allerdings auf die Region begrenzt. Einen enormen Schub gab es auch für Videosprechstunden, deren Akzeptanz bei Ärzten und Patienten deutlich gestiegen ist. Auf der anderen Seite fallen und fielen zahlreiche Fachkongresse sowie Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen pandemiegeschuldet aus. Die kammereigene Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung wird darauf reagieren, in dem sie zunächst begrenzt bis Ende 2020 den e-Learning-Anteil in den gültigen Kursbüchern und Curricula bei gleichzeitiger Reduzierung der Präsenzzeiten auf 40 % erhöht. Zudem werden live erfolgende Online-Seminare bzw. Webinare mit Präsenzveranstaltungen gleichgestellt.

Wir haben in den vergangenen Wochen aber auch wie unter einem Brennglas gesehen, wo es dringenden Änderungsbedarf gibt. Das betriebswirtschaftlich optimierte Krankenhaus mit lafoptimierten Wegen, aber ohne baulich abgetrennte Bereiche für infektiöse Patienten; ein Vergütungssystem, das notwendige Vorhaltekosten nicht honoriert und der zunehmende Blick auf den Share Holder Value und vor allem zu knappe Personalressourcen – das alles muss auf den Prüfstand.

Patientensicherheit, zu Recht gefordert, kann übrigens nur gewährleistet werden, wenn das versorgende Personal selbst sichere Arbeitsbedingungen vorfindet. Wer keine persönliche Schutzausrüstung hat, ist nicht nur in seiner körperlichen Gesundheit gefährdet, sondern auch psychisch stark belastet und könnte ein Second Victim (vgl. Seite 444–446) werden.

Es braucht keine hellseherischen Fähigkeiten, um weitere Reformen im Gesundheitswesen vorherzusagen. Liebe Kolleginnen und Kollegen, eines ist sicher: nicht nur die Rente, sondern auch, dass SARS-CoV-2 uns noch lange sowohl wissenschaftlich als auch im Alltag beschäftigen wird.



Foto: Peter Jüllich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: © Arche

Soziale und psychische Auswirkungen der Pandemie auf Kinder und Jugendliche

Die Auswirkungen der Pandemie sind teils noch unklar – die Gefährdung wird erwartet. Daniel Schröder vom Kinderprojekt Arche e. V. berichtet über die Herausforderung sozial schwacher Familien. Ein weiterer Beitrag stellt Möglichkeiten der (Online-)Unterstützung vor.

402–408



Foto: © Algecraño – stock.adobe.com

Die SARS-CoV-2-Pandemie und psychische Gesundheit

Konsequenzen der Pandemie auf die psychisch gesunde Allgemeinbevölkerung, Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten mit einer manifesten psychischen Erkrankung, psychische Folgen einer Covid-19-Erkrankung und die Folgen für die Einrichtungen des Gesundheitssystems.

394

Editorial: „So viel Anfang war nie“	387
Aus dem Präsidium: Ubi bene – ibi patria/Ein Jahr in unserem neuen Domizil	390

Ärzttekammer

Abstandsregeln und Begegnung – Neue Methoden im Kurs äQM/Neustart der Akademie	436
Serie Patientensicherheit Teil 8: Patientensicherheit ist Mitarbeitersicherheit – Das Second-Victim-Phänomen	444

Junge Ärzte und Medizinstudierende

Weiterbildungszeit, Familienplanung und Facharztprüfung – Vorbereitung, Ablauf und Tipps	438
FAQs: Weiterbildungsbefugnisse ab 1. Juli 2020	439

Ärztlicher Berufsalltag

Management von SARS-CoV-2 auf der Normalstation	391
Pandemie-Management in der Landeshauptstadt Wiesbaden	410
Palliativmedizin in Zeiten von Corona – Arbeitsalltag des Ambulanten Palliativteams am Klinikum Darmstadt	414
Best-Practice-Arbeits(zeit)modelle: Drei Ärztinnen und Ärzte berichten	418–422

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	423
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	447–453

Fortbildung

Die SARS-CoV-2-Pandemie und psychische Gesundheit	394
Stark durch die Krise: (Online-)Unterstützung von Kindern und Jugendlichen während der Pandemie	404
CME: Die Trichterbrust bei Kindern und Jugendlichen – ein Überblick über die Therapieoptionen	431

Parlando: Ausstellung zur Digitalisierung Corona: Deutsch-italienische Begegnungen Mail aus Salerno	428–430
--	----------------



Foto: © andranik123 – stock.adobe.com

Best-Practice-Arbeits(zeit)modelle

Arbeitsverdichtung und Überlastung sind oft an der Tagesordnung. Aber es gibt sie – die positiven Gegenbeispiele: Best-Practice-Arbeits(zeit)modelle in Klinik und Praxis, die es Ärztinnen und Ärzten erlauben, Berufstätigkeit und Privatleben besser miteinander zu vereinbaren. Wir stellen drei Beispiele vor.

418–422



Foto: Peter Illing

CME: Die Trichterbrust bei Kindern und Jugendlichen

Die Trichterbrust (Pectus excavatum) stellt die häufigste angeborene Brustwanddeformität dar. Die zertifizierte Fortbildung gibt einen Überblick über die Therapieoptionen bei dieser ernst zu nehmenden und zugleich gut behandelbaren Erkrankung.

431

Mensch und Gesundheit

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien	402
Corona: Online- statt Präsenzkurse der Kasseler Stottertherapie	409
Die mobile Corona Test Task Force des Deutschen Roten Kreuzes in Frankfurt/Verfahren zur Clustertestung	412
Frankfurter Ärztin bietet philippinischer Bergbevölkerung Sprechstunden an	416
Gastbeitrag aus der Landes Zahnärztekammer Hessen: Erfolgsmodell Zahnmedizinische Prophylaxe	434
Perspektiven schaffen – Rehabilitation vor Resignation	440
Schwangerschaftsabbruch in Hessen: Versorgung regional ungenügend	443

Im Gespräch mit Regina Ernst, Leiterin des Frankfurter Drogenreferats: Suchtverhalten in Zeiten von Corona 400

Ansichten und Einsichten: Schulaufgabe: Ein Schüler interviewt einen Arzt zur Covid-19-Pandemie 415

Aus den Bezirksärztekammern: Begrüßung neuer Mitglieder der Landesärztekammer in der BezÄK Gießen 448

Nachrichten: Antikörperstudie veröffentlicht | Studie zu Shingrix® – Verdachtsfälle melden 403, 437

Leserbriefe 417/421

Personalia: Nachruf auf Dr. med. Helmut Sedlaczek 450/453

Impressum 454

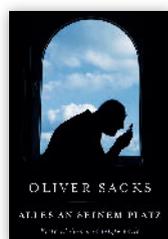
Bücher



1918 – Die Welt im Fieber

Laura Spinney

S. 393



Alles an seinem Platz – Erste Lieben und letzte Fälle

Oliver Sacks

S. 446

Das Hessische Ärzteblatt jetzt auch als App

Jetzt steht das Hessische Ärzteblatt als App für iOS und Android zur Verfügung und kann über den App-Store kostenlos auf Handy und Tablet heruntergeladen werden.



Ubi bene – ibi patria Ein Jahr in unserem neuen Domizil

War der Neubau nötig, richtig?
Was hat er verbessert?
Kritische Umschau unter unseren Mitarbeitern,
dem Projektteam, Gästen und dem Vorstand.

Rückschau

In 2013 Erkenntnis: Im Vogelsgesang 3 alles zu klein, keine Weiterentwicklung, keine Zukunft!
Erweiterungs- und Umbaupläne mit dem Vermieter in 2015 gescheitert.

2016 wurde das Grundstück an der Hanauer Landstraße 152 entdeckt, als gut bewertet und die Neuplanung gestartet.

2017 wurde der Kaufvertrag im Mai notariell vollzogen, mit dem Ziel, Ende 2019 einziehen zu können. Daraufhin folgten die nötigen Kündigungen und die Intensivierung der Planungen und Auftragsvergaben.

- 20.12.2017 Grundsteinlegung
- 17.06.2019 Umzug abgeschlossen
- 30.06.2019 Rückgabe des Mietobjektes

Soweit erstaunlich und gut: in der heutigen Zeit fast nicht zu glauben. Letztlich das Besondere: Die Baukosten wurden entgegen der Planung deutlich unterschritten; noch ist nicht alles abgeschlossen, aber dieser Tatbestand ist endgültig!

Fakt

Die Landesärztekammer ist das dominierende Gebäude in der Hanauer Landstraße, nicht protzig, sondern zurückhaltend repräsentativ. Vielleicht ein Kleinod. Das verdanken wir allen an der Planung Beteiligten.



Foto: Katarina Ivanisevic

„Aus dem Kellerdomizil wurde eine beflügelnde Residenz!“

Beim Betreten haben wir ein offenes Entree, das über Lichtführungen wie ein Nervensystem zu den Funktionsorten führt mit logischen Ruheoasen. Soweit der erste Eindruck.

Tiefgarage und Radstellplätze sind ausreichend und praktisch, wenn auch nicht ganz so großzügig, wie wir es uns vorgestellt hatten, inklusive Archiv. Das Erdgeschoss hat sich schon in unzähligen Veranstaltungen bewährt und wird immer häufiger genutzt, vielleicht ein klein wenig zu klein, aber unter Feuer-, polizeilichen und Veranstaltungsvorschriften optimal.

Der erste Stock mit Cafeteria und Terrasse wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern reichlich genutzt und kommt gut an.

Die Außenanlagen im Erdgeschoss noch nicht ganz abgeschlossen, aber bisher ganz geglückt.

Sie verleiten zu Vandalismus, da wird noch einiges getan werden müssen, da sie öffentlich zugänglich sind. Zu den Büroräumen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Sie sind hell und lichtdurchflutet, ich habe noch keine Kritik hören können. Offensichtlich sind die Mitarbeiter sehr zufrieden.

Die Kommunikationsinseln auf jeder Etage werden reichlich genutzt und haben sich als Teamgeist fördernd erwiesen.

Als wäre die Pandemie vorhersehbar gewesen: Die nötigen Abstände sind leicht einzuhalten, im alten Gebäude wäre dies nicht möglich gewesen. Der Aufzug hätte kaum genutzt werden können, maximal von einer Person, ebenso die sanitären Einrichtungen. Die Arbeit der Landesärztekammer wäre zusammengebrochen. Unsere neue Heimat ist dagegen denkbar zukunftsgerecht. Die oberste Etage ist außer jeglicher Konkurrenz: Aus dem Kellerdomizil im Vogelsgesang wurde eine beflügelnde Residenz, in der vorzüglich gearbeitet werden kann – im Vergleich zu den alten Räumlichkeiten ein unglaublicher Leistungsgewinn zum Nutzen aller Ärztinnen und Ärzte in Hessen.

Die geplanten 500 Quadratmeter Reserve sind leider auch schon genutzt durch neuerliche Aufgaben wie die Sprachprüfungen. Zur Zeit stellt sich alles optimal dar, aber ob dies in zehn Jahren noch gültig ist, kann heute nicht beantwortet werden.

Resümee

Es war gut und richtig sowie nötig!
Der beste Vorschlag ist, sich ein eigenes Bild zu machen im Rahmen des Tages der offenen Tür, sobald Corona hinter uns liegt.

Dr. med. Jürgen Glatzel

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen



Foto: Katja Kölsch

Die Landesärztekammer Hessen an der Hanauer Landstraße 152
in 60314 Frankfurt /Main

Management von SARS-CoV-2 auf der Normalstation

Berufsgruppen-übergreifende Herausforderungen in der Pandemie 2020

PD Dr. med. Lutz Ph. Breitling, PD Dr. med. Christian Keller, Prof. Dr. med. Stephan Becker, Dr. med. Andreas Jerrentrup, Dr. med. Björn Beutel, Prof. Dr. med. Dipl.-Umw. Frank Günther, Prof. Dr. med. Thomas M. Gross

Einleitung

Die weltweite Ausbreitung des Virus SARS-CoV-2 begann Ende 2019 in Wuhan in der chinesischen Provinz Hubei [1]. Die Erkrankung verläuft asymptomatisch bis tödlich. In Deutschland bedürfen etwa 10 % der gemeldeten Fälle einer stationären Versorgung [2].

Die Integration der Versorgung von Patienten mit SARS-CoV-2 in den Klinikalltag stellt eine große und ausgesprochen interdisziplinäre Herausforderung dar. Ein erster Leitfaden zur Intensivtherapie wurde frühzeitig formuliert [3]. Im Folgenden werden Erfahrungen aus dem Normalstationsmanagement beschrieben und zur Diskussion gestellt.

Virusnachweis und Differentialdiagnostik

In den ersten Wochen der SARS-CoV-2-Ausbreitung in Deutschland war mit Hilfe weniger Fragen nach Risikokontakten und Reisen nach China/Hubei, Norditalien oder Tirol eine recht spezifische Triage von SARS-CoV-2-Verdachtspatienten möglich. Da jedoch rasch Fälle mit unklarer Infektionsquelle auftraten, musste der Verdacht auf das Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion in der Zentralen Notaufnahme zunehmend großzügig gestellt werden. Bis zum Ausschluss einer Infektion notwendige Hygiene- und Isolationsmaßnahmen erhöhen den Versorgungsaufwand und können Diagnostik und Therapie SARS-CoV-2-unabhängiger Erkrankungen deutlich verzögern. Es wird eine ständige Herausforderung bleiben, die Screening-Algorithmen jeweils an Veränderungen in der regionalen SARS-CoV-2-Situation anzupassen.

Bei Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion erfolgt der Versuch des Erregernachweises. Am Institut für Virologie der Philipps-Universität Marburg wurden hierfür seit Januar 2020 verschiedene PCRs etab-

liert und verglichen, bevor kommerzielle Verfahren verfügbar waren. Als Untersuchungsmaterial dient primär der tiefe Nasenrachen-Abstrich mit flexiblem Tupfer. Die begrenzten Daten zur Virusdynamik lassen vermuten, dass diese Methode in der ersten Erkrankungswoche einen guten Kompromiss zwischen Nachweisempfindlichkeit, Aufwand und Belastung der Patienten darstellt [4, 5]. In der praktischen Anwendung wichtig ist eine ausreichende Schulung des abstreichenden Personals, um die korrekte Durchführung und adäquate Präanalytik sicherzustellen. Im Verlauf der Pandemie wurde deutlich, dass der Erregernachweis ab der zweiten Krankheitswoche bei einigen Patienten nur in tiefen Atemwegsmaterialien gelingt.

Neben dem Virusnachweis sollte auch eine initiale Differentialdiagnostik bereits in der Notaufnahme angestrebt werden. Hierdurch werden spätere Patiententransporte und somit Infektionsgefahren vermieden. Neben der internistischen Untersuchung mit EKG und üblichem Aufnahmelabor inklusive Herzinsuffizienzmarker und Procalcitonin sollten erfolgen:

- großzügige Indikationsstellung zum hochauflösenden low-dose-Thorax-CT,
- Entnahme von mindestens zwei Paar Blutkulturen,
- Legionellen-Antigen im Urin,
- Urinstatus und Urinkultur,
- mikrobiologische Stuhluntersuchung (bei Durchfällen),
- Abdomen-Sonographie,
- Sauerstoffsättigung.

In der Notaufnahme sollte in jedem Fall bewusst die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Lungenembolie evaluiert werden, damit gegebenenfalls ein Kontrastmittel-CT erfolgen kann. Hierbei ist die Aussagekraft eines CT ohne Kontrastmittel bezüglich Zeichen einer viralen Pneumonie allerdings deutlich besser.

Wenn der Nasenrachen-Abstrich negativ bleibt, eine SARS-CoV-2-Erkrankung jedoch weiter vermutet wird, scheint es

empfehlenswert, den zweiten Nachweis in provoziertem Sputum oder abgesaugtem Bronchialsekret zu versuchen, insbesondere ab der zweiten Erkrankungswoche. Eine bronchoalveoläre Lavage erreicht vermutlich eine noch höhere Sensitivität [5], sollte aufgrund der Invasivität aber nur in Einzelfällen angestrebt werden.

Ein weiter fortbestehender Verdacht ergibt sich zumeist aus den radiologischen Befunden. Die Befundinterpretation muss immer die aktuelle epidemiologische Lage berücksichtigen [6,7]. Auch sollte in dieser Situation nach alternativen viralen Erregern gefahndet werden. So diagnostizierten wir in den vergangenen Wochen unter anderem Pneumonien durch Influenzaviren, Respiratorisches Synzytial-Virus sowie Humanes Metapneumovirus.

Die Testung auf Antikörper gegen SARS-CoV-2 hat sich zur Diagnosestellung im Klinikalltag bislang nicht bewährt. In der ersten Krankheitswoche fallen die meisten serologischen Tests noch negativ aus, und die Interpretation wird durch falsch-positive Ergebnisse erschwert. In der Spätphase können serologische Verfahren aber die Diagnose stützen.

Behandlung und Monitoring

Die Therapie der SARS-CoV-2-Infektion ist bislang supportiv. Im Vordergrund steht die bedarfsweise Sauerstoffgabe. In Ermangelung spezifischer Evidenz scheinen konservative Sättigungsziele von > 94 % bei Lungengesunden sowie > 90 % bei Vorliegen einer COPD sinnvoll [8]. Das Volumenmanagement sollte eher restriktiv gehandhabt werden [3]. Da inzwischen gezeigt werden konnte, dass die SARS-CoV-2-Erkrankung zu einer Gerinnungsaktivierung und vermehrt zu thromboembolischen Ereignissen führen kann, sollte die Indikation zur Thromboseprophylaxe bzw. Antikoagulation großzügig gestellt werden [9], gegebenenfalls auch über die Zeit der Hospitalisierung hinaus.

Grafiken: Rechte bei den Autoren

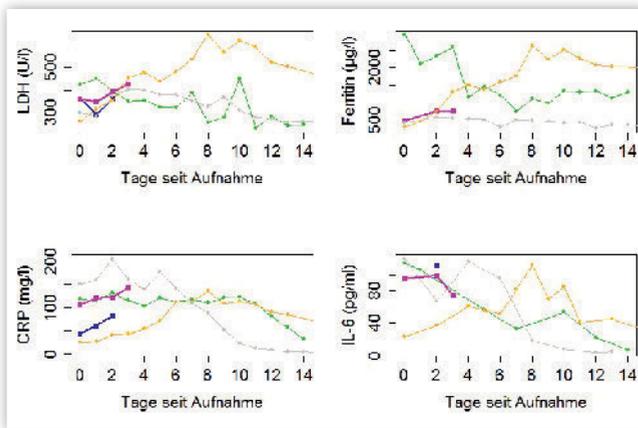


Abb. 1: Verlauf ausgewählter Laborparameter bei fünf SARS-CoV-2-Patienten auf Normalstation. Blau und violett: verhältnismäßig unauffällige Werte bei zwei initial stabilen Patienten, die kurz darauf invasiv beatmet werden mussten.

Zum laborchemischen Monitoring hat sich ein herkömmliches Routinelabor bewährt (siehe Abb. 1). Dieses sollte regelmäßig um Procalcitonin und kardiale Marker ergänzt werden, um Superinfektionen beziehungsweise kardiovaskuläre Komplikationen frühzeitig zu erkennen. Bei Diabetes erfolgt regelmäßig ein Blutzuckertagesprofil. Weitere Laborparameter, die sich zur Verlaufsbeurteilung als hilfreich erwiesen haben, da Korrelationen zum Schweregrad der SARS-CoV-2-Erkrankung erkennbar waren, sind LDH, Ferritin, IL-6 sowie D-Dimere. Letztere werden als Ausdruck eines erhöhten Thromboserisikos gewertet [10].

Nach eigenen Erfahrungen kommt es bei etwa 10 % der SARS-CoV-2-Patienten auf Normalstation im Verlauf zur Intensivpflichtigkeit. Ein engmaschiges klinisches Monitoring mit Erhebung und Dokumentation der Vitalparameter einschließlich Sauerstoffsättigung und Atemfrequenz mindestens dreimal täglich stellt die wichtigste Maßnahme zur rechtzeitigen Erkennung einer Verschlechterung dar. Kostengünstige Fingeroxymeter können im Patientenzimmer verbleiben und die Umsetzung sehr erleichtern. Der 30-Meter-Gehtest (Messung des Abfalls der Sauerstoffsättigung nach 30m Gehen) ist hilfreich, um die klinische Stabilität bzw. Entlassbarkeit zu beurteilen.

Persönliche Schutzausrüstung

Die empfohlenen Hygienemaßnahmen bei SARS-CoV-2-Patienten und Verdachts-

fällen unterscheiden sich nicht grundlegend von anderen aerogen übertragbaren Atemwegsinfektionen. Die beispiellose Dynamik der SARS-CoV-2-Ausbreitung führte jedoch selbst in relativ wenig betroffenen Gebieten zu Engpässen in der Versorgung insbesondere mit FFP2-Masken. Mehrere Mechanismen wurden zur Senkung des Res-

sourcenverbrauchs etabliert:

- FFP2-Masken werden bereichsweise zentral gelagert und von einer Leitungsperson dokumentiert ausgegeben,
- vorbehaltlich Durchfeuchtung und Beschädigung werden FFP2-Masken mehrfach verwendet,
- durch zusätzliche Benutzung desinfizierbarer Vollgesichtsvisiere, die die FFP2-Masken überdecken, kann eine FFP2-Maske auch in verschiedenen Patientenzimmern benutzt werden (siehe Abb. 2).

Die richtige Verwendung, insbesondere das kontaminationsfreie An- und Ablegen der Schutzausrüstung wurde mit Hilfe von Schulungsvideos klinikumsweit vermittelt. Entscheidungen und Anweisungen in diesem Bereich müssen sorgfältig kommuniziert werden, um Verunsicherung beim Personal zu vermeiden. Mit steigender

Verfügbarkeit wurde die Verwendung von Atemschutzmasken sukzessive auf weitere Risikobereiche und -tätigkeiten mit intensivem Patientenkontakt ausgeweitet. Somit konnte das Sicherheitsniveau der Mitarbeiter auch bei primär unbekanntem Expositionsrisiken zusätzlich erhöht werden.

Entlass- und Verlegungsmanagement

Das Vorgehen bei Entlassung klinisch stabiler Patienten mit SARS-CoV-2-Nachweis orientiert sich an den jeweils geltenden Vorgaben des Robert-Koch-Instituts. Die enge Abstimmung mit dem zuständigen Gesundheitsamt ist vordringlich, eine mindestens tägliche Besprechung der hospitalisierten Patienten hat sich bewährt. So können auch oft notwendige Einzelfallentscheidungen zeitgerecht erfolgen.

Die Verlegung auf Nicht-Isolationsstationen sollte – bei ausreichenden Kapazitäten – nur nach SARS-CoV-2-Ausschluss notwendig sein. Dabei können PCRs von respiratorischen Abstrichen bis zu 6 Wochen nach Beginn der Infektion positiv ausfallen und sind in dieser Konstellation als Normalbefund in der Rekonvaleszenz zu interpretieren. Negativ abgestrichene Patienten mit unauffälliger Radiologie, ohne Atemwegsbeschwerden und mit klarer Alternativdiagnose können ohne Isolation verlegt werden. Bei radiologischem Verdacht auf eine Viruspneumonie sollten mindestens zwei negative SARS-CoV-2-Testergebnisse dokumentiert werden. Es hat sich bewährt, in dieser Situation weiterhin krankenhauspflichtige Patienten



Abb. 2: Gesichtsvisiere zur Vermeidung einer Kontamination von FFP2-Masken.

Foto: Rechte bei den Autoren

routinemäßig für weitere drei Tage isoliert zu verlegen. So kann reibungslos auf eventuell ausstehende Befunde und den weiteren klinischen Verlauf reagiert werden.

Die Erfahrungen zeigen, dass die Beendigung von Virusdiagnostik und Isolationsmaßnahmen häufig interdisziplinäre Einzelfallentscheidungen erfordert. Dies kann andererseits auch bedeuten, dass in Zusammenschau aller typischen Befunde an der Diagnose einer SARS-CoV-2-Infektion festgehalten wird, auch wenn die Virusdiagnostik negativ bleibt.

Fazit

Das Management von Patienten mit SARS-CoV-2 auf der Normalstation bedarf insbesondere ausreichender pflegerischer Kapazitäten. Ein kliniknahes virologisches Labor

verbessert die Abläufe in der Patientenversorgung signifikant. Es fehlen verlässliche Prädiktoren für einen schweren Verlauf, so dass ein engmaschiges klinisches Monitoring unverzichtbar bleibt. Auch darf die Abklärung und Therapie von Begleiterkrankungen nicht vernachlässigt werden.

Die Differenzialdiagnose SARS-CoV-2 wird langfristig eine große Rolle spielen. Dies erfordert besonnenes Handeln aller Akteure im Gesundheitswesen, vor allem aber ein Fortbestehen des kooperativen Geistes, der sich in der gemeinsamen Pandemieerfahrung über Disziplinen und Berufsgruppen hinweg herausgebildet hat.

PD Dr. med. Lutz Ph. Breitling,
Prof. Dr. med. Thomas M. Gress

Klinik für Gastroenterologie, Endokrinologie und Infektiologie

PD Dr. med. Christian Keller,
Prof. Dr. med. Stephan Becker
Institut für Virologie

Dr. med. Andreas Jerrentrup
Zentrum für Notfallmedizin

Dr. med. Björn Beutel
Klinik für Pneumologie

Prof. Dr. med. Dipl.-Umw.
Frank Günther
Krankenhaushygiene

Universitätsklinikum Gießen
und Marburg, Standort Marburg

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

Bücher



Laura Spinney:
1918 – Die Welt im Fieber
Wie die Spanische Grippe
die Gesellschaft veränderte

Carl Hanser Verlag, 1. Auflage 2018,
ISBN 9783446258488, 26 €, auch als
E-Book

Als die britische Wissenschaftsjournalistin Laura Spinney 2017 ihr Buch „Pale Rider: The Spanish Flu of 1918 and How it Changed the World“ schrieb, konnte sie nicht ahnen, wie aktuell das Thema werden würde. 2018 erschien es in Deutschland, aber richtig bekannt wird es erst jetzt, und dazu gibt es allen Grund: Die „Spanische Grippe“ forderte mehr Opfer als beide Weltkriege zusammen. Die Grippe traf Politiker wie den amerikanischen Präsidenten Woodrow Wilson (1856–1924), es starben Künstler wie Egon Schiele (1890–1918), Schriftsteller wie Guillaume Apollinaire (1880–1918), es erkrankten Franz Kafka und Ezra Pound, aber auch zu Tausenden die Männer in den Schützengräben Frankreichs, Frauen in der indischen Provinz und den Großstädten Brasiliens. Ob in Europa, Amerika, Asien oder Afrika, an vielen Orten brachte die Grippe die Machtverhältnisse ins Wanken, sehr wahrscheinlich beeinflusste sie den Ausgang des Weltkrieges und die Verhandlungen des Versailler Vertrags und trug so zum Zweiten Weltkrieg bei. Anhand von Schicksalen auf der ganzen Welt stellt Laura Spinney die ganze Bandbreite dieser Pandemie dar, und da können doch so manche Parallelen und Lehren gezogen werden. Alles schon mal dagewesen: Masken tragen ja oder nein, Schulschließungen ja oder nein, Geruchsverlust als Frühsymptom

und vieles, vieles mehr. Dieses Buch ist drei Jahre vor Covid-19 geschrieben worden, aber es steht fast alles drin, was heute breit diskutiert wird. Sehr lesenswert und dabei unterhaltsam, wie sich die Ansichten gleichen, oder eben gerade nicht. So wird beschrieben, wie wenig hilfreich die Medizin war: Aspirin und Chinin (Vorläufer des heute so umstrittenen Chloroquins) verschlechterten offensichtlich die Prognose. Das erinnert nicht nur an die heutigen pharmakologischen Experimente, sondern auch an die kläglichsten Versuche konventioneller Beatmungsstrategien. Auch damals kämpften die Schulmediziner erbittert gegen die Konkurrenz alternativer Heiler, die durchaus erfolgreicher waren, wie wiederum fast 100 Jahre früher, als die asiatische Cholera wütete. Damals glaubte die Schulmedizin, mit Aderlass und Flüssigkeitsrestriktion die Durchfälle zu behandeln, damals startete der Siegeszug der Homöopathie – nicht durch die wohl wirkungslosen Arzneien, sondern durch freie Flüssigkeitszufuhr und Verzicht auf Entblutung.

Das empfehlenswerte Buch liest sich leicht und spannend wie ein Krimi, ein paar kleinere Fehler sind der Übersetzung zuzuschreiben, wie die Verwechslung von „Typhus“ (englisch für Fleckfieber) mit dem gleichlautenden deutschen Begriff, der die im angelsächsischen Sprachraum „typhoid fever“ genannte Salmonellose benennt, oder die Zuschreibung des „Pfeifferschen Drüsenfiebers“ zu Richard Pfeiffer (1858–1945), dem Entdecker von Haemophilus influenzae als mutmaßlichem Erreger der Influenza. Da müssen wir doch zu unserem hessischen Landsmann, dem Pädiater Emil Pfeiffer (1846–1921) aus Wiesbaden halten, dem die Erstbeschreibung des nach ihm benannten Krankheitsbilds zukommt.

Dr. med. Stephan Heinrich Nolte
Marburg

Literatur zum Artikel:

Management von SARS-CoV-2 auf der Normalstation

Berufsgruppen-übergreifende Herausforderungen in der Pandemie 2020

von PD Dr. med. Lutz Ph. Breitling, PD Dr. med. Christian Keller, Prof. Dr. med. Stephan Becker, Dr. med. Andreas Jerrentrup, Dr. med. Björn Beutel, Prof. Dr. med. Dipl.-Umw. Frank Günther und Prof. Dr. med. Thomas M. Gress

- [1] Wang R, Zhang X, Irwin DM, Shen Y. Emergence of SARS-like coronavirus poses new challenge in China. *J Infect.* 2020;80(3):350–371.
- [2] Robert-Koch-Institut. SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19) Stand: 22.5.2020. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html (abgerufen am 25.05.2020).
- [3] Kluge S, Janssens U, Welte T, Weber-Carstens S, Marx G, Karagiannidis C. Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit Covid-19. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2020;115(3):175–177.
- [4] Pan Y, Zhang D, Yang P, Poon LLM, Wang Q. Viral load of SARS-CoV-2 in clinical samples. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(4):411–412.
- [5] Wang W, Xu Y, Gao R, Lu R, Han K, Wu G, Tan W. Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. *JAMA.* 2020;323(18):1843–1844.
- [6] Waller JV, Kaur P, Tucker A, Lin KK, Diaz MJ, Henry TS, Hope M. Diagnostic Tools for Coronavirus Disease (Covid-19): Comparing CT and RT-PCR Viral Nucleic Acid Testing. *AJR Am J Roentgenol.* 2020 May 15:1–5.
- [7] Deutsche Röntgengesellschaft. Covid-19 – Information der AG Thoraxdiagnostik der Deutschen Röntgengesellschaft. <https://www.drg.de/de-DE/5995/covid-19/> (abgerufen am 25.05.2020).
- [8] Grensemann J, Fuhrmann V, Kluge S. Sauerstofftherapie in der Intensiv- und Notfallmedizin. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;115: 455–462.
- [9] Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung. Empfehlungen zur Thromboseprophylaxe bei SARS-CoV-2 (Covid-19). <http://gth-online.org/wp-content/uploads/2020/04/GTH-Empfehlungen-Covid-19.pdf> (abgerufen am 25.05.2020).
- [10] Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. *J Thromb Haemost.* 2020;18(5):1094–1099.



Foto: © Algecireño – stock.adobe.com

Die SARS-CoV-2-Pandemie und psychische Gesundheit

Dr. med. Tarik Karakaya, PD Dr. med. Moritz de Greck, Dr. med. Mathias Luderer, Dr. med. Christiane Schlang, Mishal Qubad, Dr. med. Christine Reif-Leonhard, Prof. Dr. med. Andreas Reif

In den vergangenen drei Monaten hat sich das tägliche Leben durch die SARS-CoV-2 Pandemie in einer Weise verändert, die sich kaum jemand vorstellen konnte. Die Auswirkungen eines solchen Makro-Stressors, der die gesamte Bevölkerung gleichzeitig trifft, auf die psychische Gesundheit sind mannigfaltig und bislang auch nur schlecht untersucht. Im folgenden Artikel sollen übersichtsartig die unterschiedlichen Folgen der Pandemie in Hinblick auf psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen dargestellt werden. Hier können zunächst ganz grundsätzlich vier (sich teilweise überlappende) Bereiche abgrenzt werden: die Konsequenzen der Pandemie auf die psychisch gesunde Allgemeinbevölkerung, die Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten mit einer manifesten psychischen Erkrankung, die psychischen Folgen einer Covid-19-Erkrankung und zuletzt die Folgen für die Einrichtungen des Gesundheitssystems.

Allgemeinbevölkerung

Durch den Lockdown und die Maßnahmen der sozialen (bzw. besser: physischen [1]) Distanzierung kommt es zu einer erheblichen Einschränkung vieler Dinge des täglichen Lebens, was mit einer Zunahme von Stress und subjektiv empfundener Belastung einhergeht [2]. Zahlreiche Studien, die unmittelbar nach Beginn der Pandemie durchgeführt wurden, widmeten sich diesem Thema; ein gemeinsames Problem der meisten dieser Studien ist jedoch, dass keine repräsentativen, epidemiologischen Stichproben untersucht wurden und dass es sich um einmalige und nicht längsschnittliche Untersuchungen handelt, deren Aussagekraft limitiert ist. So zeigte eine Studie der Universität Sheffield [3], die unmittelbar nach der Ankündigung des Lockdowns in Großbritannien am 23. März durchgeführt wurde, vermeintlich einen steilen Anstieg von De-

pression und Angst bei den ca. 2.000 mittels eines Fragebogens (PHQ) Befragten: 38 bzw. 36 % der Untersuchten würden ein „signifikantes Maß“ von Angst und Depressivität zeigen, so die Autoren. Obwohl die Studie noch keinem Peer Review unterzogen wurde, erhielt die Pressemitteilung der Universität ein großes, auch internationales Medienecho, meist mit dem Tenor, dass der Lockdown Depressionen verursache. Allerdings rechtfertigt ein auffälliger Wert in dem verwendeten Fragebogen keinesfalls eine Depressionsdiagnose – hier müssen alltagsrelevante Einschränkungen über mindestens zwei Wochen vorliegen. Auch ist eine Erhöhung der Depressions- und Angstwerte im Vergleich zu ähnlichen Untersuchungen vor der Krise zwar vorhanden, aber nicht stark ausgeprägt. Die Natur der Stressoren ist unterschiedlich und hat deshalb auch unterschiedliche Auswirkungen. Nicht in ein Konzert oder

in ein Kino gehen zu können oder keine Partys zu veranstalten, mag unschön sein, eine lebensbedrohende Situation resultiert daraus jedoch nicht. Mit solchen Widrigkeiten umzugehen, ist Teil des Lebens, und aus der Lösung der entstehenden Probleme erwachsen auch Fähigkeiten und Ressourcen. Letztlich muss man auch konstatieren, dass durch die digitalen Kommunikationsmöglichkeiten, Streamingplattformen und Lieferdienste die praktischen Konsequenzen eines Lockdowns viel weniger einschneidend sind als dies noch vor 30 Jahren der Fall gewesen wäre.

Eine longitudinale Studie, die seit mehr als zwei Jahren weit über 1.000 initial gesunde, jüngere Erwachsene engmaschig hinsichtlich Stressoren und psychischer Gesundheit untersucht, wird an den Universitätskliniken Mainz und Frankfurt durchgeführt und aktuell kurzfristig hinsichtlich der Erfassungshäufigkeit intensiviert (www.lora-studie.de). Hierdurch werden Aussagen über eine tatsächliche Zunahme psychischer Belastungen, aber auch über die Resilienz der Befragten ermöglicht. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Lockdown bei psychisch gesunden Erwachsenen eher zu einer geringeren Stressorbelastung und damit einhergehend sogar zu einer Besserung des psychischen Befindens führt (in Vorbereitung).

Sehr viel belastender können die Auswirkungen der Schließungen von Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen sowie Heimarbeit sein. Die Doppelbelastung einer häuslichen Kinderbetreuung, insbesondere der Beschulung, und einer Arbeitstätigkeit sowie das Verweilen der Familiengemeinschaft für längere Zeit auf engem Raum kann partnerschaftliche und familiäre Konflikte erheblichen Ausmaßes erzeugen. Substanzkonsum und häusliche Gewalt sind mögliche Konsequenzen, die man bereits jetzt beispielsweise an einer Zunahme der Inanspruchnahme von Frauenhäusern sehen kann. Hier sind, im Gegensatz zu anderen Risikofaktoren (siehe unten), präventive Ansätze möglich und sinnvoll: das Suchen von Sozialkontakten außerhalb der Wohngemeinschaft im Einzelsetting oder via digitale Medien oder die Separierung innerhalb der Wohnung mit Vereinbarung von „persönlichen Zei-

Fallvignette 1

50-jähriger Patient mit bekannter rezidivierender Depression: Der Patient berichtet, dass er sich durch die derzeitigen Einschränkungen im Zuge der Corona-Krise stark belastet fühle. Zu Beginn der Pandemie habe er große Ängste gehabt, an Covid-19 zu versterben, die Medien hätten das so dargestellt. Er habe befürchtet, dass er im Falle einer Erkrankung keinen Beatmungsplatz bekommen würde. Er habe zunehmend Schlafstörungen gehabt, nur ein bis zwei Stunden geschlafen und viel gegrübelt. Er habe sich „wie gelähmt gefühlt“ und zu all-

ten“. Die Handlungskontrolle über Änderbares zu behalten bei gleichzeitiger Gelassenheit gegenüber unabänderlichen Dingen, ist eine in dieser Situation sinnvolle Geisteshaltung; auch die übertriebene (mediale) Beschäftigung mit der Pandemie sollte unterlassen werden.

Nicht zuletzt haben momentan viele Bundesbürger ganz existenzielle Sorgen aufgrund von Lohneinbußen, Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit und, insbesondere in den hoch betroffenen Regionen, durch das Versterben naher Angehöriger an Covid-19. Dies ist keine einmalige Situation in der Corona-Krise, aber das Risiko ist plötzlich bei einer großen Zahl von Menschen sehr groß im Gegensatz zu einer eher diffusen, geringen Gefahr für die meisten von uns zu normalen Zeiten. Solche existenzbedrohenden Lebensänderungen, insbesondere in Zusammenhang mit zugespitzten häuslichen Gegebenheiten (siehe oben), stellen gut bekannte und definierte Risikofaktoren für stressbedingte Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen dar. Dennoch sind diese so gut wie nie monokausal, bei vielen Betroffenen kommt es auf dem Boden einer genetisch-biologischen Vulnerabilität in Interaktion mit externen Risikofaktoren (wie den geschilderten) und gering ausgeprägten Kompensationsmechanismen zur Erkrankung. Aktuell kann noch nicht abgeschätzt werden, ob die Pandemie in Deutschland tatsächlich zu einer Zunahme der Prävalenz psychischer Erkrankungen führen wird; die Gefahr einer Zunahme psychischer Erkrankungen aufgrund

täglichen Verrichtungen (wie Körperpflege u. a.) sehr viel Zeit benötigt. Des Weiteren fühle es sich an, als habe er „Honig im Kopf“. So falle es ihm schwer, Entscheidungen zu treffen und sich an Vergangenes zu erinnern. Er gab an, dass seine Situation sehr schlecht sei und er nicht mehr weiter wisse. Aus diesem Grund habe er schließlich viele Tabletten Quetiapin eingenommen, um nicht mehr aufzuwachen. Es erfolgte die stationäre Aufnahme über die zentrale Notaufnahme.

der Zunahme der geschilderten Umwelt-Risikofaktoren wird jedoch überwiegend als erheblich eingeschätzt [4].

Manifest psychisch erkrankte Patienten

Depression und Suizidalität

Die Situation bei manifest psychisch schwer erkrankten Menschen kann deutlich anders aussehen [5]. Insbesondere Depressionen haben als Leitsymptom sozialen Rückzug, Interesseverlust und Antriebslosigkeit. Vor diesem Hintergrund kommt es durch die Maßnahmen der Distanzierung zu einer Zunahme des Verlusts der sozialen Kontakte. Ein weiteres Kernmerkmal der Depression sind negative Kognitionen insbesondere im Hinblick auf sich selbst sowie die Zukunft. Die krisenbedingt negativen (medialen) Botschaften werden noch deutlich pessimistischer interpretiert als von gesunden Personen, was zu einer zunehmend negativen Weltsicht und damit einer Verstärkung der Depression führt (siehe Fallvignette 1).

Parallel dazu bestehen im psychiatrischen Versorgungssystem aktuell Engpässe, und auch die extrinsische Motivation, therapeutische Hilfe aufzusuchen, wird durch die Distanzierungsmaßnahmen reduziert. Dies bedeutet eine Verstärkung insbesondere affektiver Erkrankungen bei gleichzeitig reduzierter Inanspruchnahme des Versorgungssystems, wodurch sich der Verlauf dieser Erkrankungen deutlich verschlechtern könnte. Aufgrund der noch

relativ kurzen Zeit seit Beginn der Krise stehen empirische, epidemiologische Daten jedoch noch aus.

Die Verschlechterung depressiver Erkrankungen, die reduzierte Inanspruchnahme der psychiatrischen Versorgung und eine Zunahme teils existenzieller psychosozialer Risiken (wie oben dargestellt) birgt die große Gefahr einer Zunahme suizidaler Handlungen. Auch hier ist die Zeitspanne noch zu kurz, als dass man dies empirisch belegen könnte; klinisch wurden jedoch bereits Fälle mit einer entsprechenden Risikokonstellation vorgestellt (Fallvignette 2).

Insbesondere in den USA, wo es im Gegensatz zu fast allen anderen Industrienationen bereits zu einem deutlichen Anstieg der Suizidrate kam, wurde das Zusammentreffen dieser Basisraten-Zunahme und der Corona-Krise (insbesondere deren ökonomische Auswirkungen) als „perfekter Sturm“ beschrieben [6]. Obgleich die Situation aus vielerlei Gründen in Deutschland weniger dramatisch – mit einer in den vergangenen Jahren relativ konstanten Suizidrate von ca. 9,2 Suiziden pro 100.000 Einwohner pro Jahr – ist, droht auch hier die Zunahme von suizidalen Handlungen in Folge der Krise. Dies sollte durch suizidpräventive Maßnahmen proaktiv verhindert werden. Niedrigschwelliger Zugang zum Hilfesystem, sich

direkt an Betroffene wendende Kampagnen mit dem Angebot der Hilfevermittlung und direkte Kontaktaufnahme zu Risikogruppen sind angezeigte Maßnahmen. In Frankfurt am Main wird dies beispielsweise durch das Frankfurter Netzwerk zur Suizidprävention (FRANS) [7] zusammen mit dem Begleitprojekt FraPPE [8] geleistet (Notfall-Hotline: 069 630 13 113), vgl. auch HÄBL 06/2020, S. 331.

Durch die krankheitsbedingten negativen kognitiven Verzerrungen sind Menschen, die an Depressionen oder einer Angststörung leiden, besonders anfällig dafür, bei Angehörigen oder sich selbst eine Erkrankung an Covid-19 zu fürchten. Aber auch in der Allgemeinbevölkerung – insbesondere bei älteren Menschen – ist zu beobachten, dass das Gesundheitswesen sowohl bei psychischen als auch bei behandlungsbedürftigen somatischen Erkrankungen weniger in Anspruch genommen wird. So gibt es anekdotische Berichte aus dem internistischen und neurologischen Fachgebiet von geringeren Fallzahlen von Herzinfarkten oder Schlaganfällen. Da dies kaum auf dem Boden einer geringeren Prävalenz geschehen dürfte, sondern eher deswegen, weil Menschen mit milderen Symptomen aus Angst vor einer Ansteckung dem Krankenhaus fernbleiben, ist zu befürchten, dass im Lauf des Jahres

zahlreiche Patientinnen und Patienten mit Rezidiven bzw. schwereren Verläufen in Behandlung kommen werden.

Persönlichkeitsstörungen

Siehe Fallvignette 4: Diese zeigt exemplarisch, dass auch an einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ Erkrankte erheblich unter den Folgen der Pandemie leiden können. Zum einen reagieren sie aufgrund ihrer emotionalen Instabilität sensibler auf die mit der Krise verbundenen Belastungen und Bedrohungen, zum anderen sind viele funktionale Stabilisierungsmöglichkeiten durch den Lockdown erschwert oder unmöglich und es kommt zu einem Abbruch therapeutischer Beziehungen. Hierdurch kommt es zu einer Zunahme von dysfunktionalen Stabilisierungsstrategien wie Dissoziation, selbstverletzendem Verhalten, Drogenkonsum oder ähnlichem. Diese Verhaltensweisen wirken zwar kurzfristig beruhigend und stabilisierend, sind langfristig aber schädlich. Mit längerer Dauer des Lockdowns werden entsprechende Symptomkomplexe wahrscheinlich häufiger zu sehen sein.

Suchterkrankungen

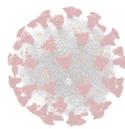
Unabhängig von der Pandemie ist die größte Versorgungslücke in der Psychiatrie bei Menschen mit Suchterkrankungen zu finden. Durch die Einschränkungen bei den ambulanten, stationären und teilstationären Behandlungen wird dieses Problem nochmals verschärft. Neben kaum noch vorhandenen elektiven Krankenhausaufnahmen sind zurzeit auch deutlich weniger komplementäre ambulante Hilfsangebote verfügbar: Selbsthilfegruppen und Gruppentherapien finden nicht oder nur sehr reduziert statt, die ambulante Einzeltherapie in den Suchtberatungsstellen ist meist auf Telefon oder Telemedizin umgestellt, was nicht von allen Patienten genutzt werden kann. Problematisch ist dabei, dass Alkoholabhängige eine hohe Rate an psychischer und somatischer Komorbidität und eine deutlich erhöhte Suizidrate aufweisen.

Die Reduktion in der Versorgung von Suchtpatienten könnte daher nach einer kurzfristigen Entlastung nicht nur zu Kollateralschäden bei den Suchtpatientinnen und -patienten und in deren Umfeld füh-

Fallvignette 2

Eine 82-jährige Patientin wird über die zentrale Notaufnahme zur stationär-psychiatrischen Weiterbehandlung aufgenommen. Am Abend vor der Aufnahme habe die Patientin entschieden, dass es sich nicht mehr zu leben lohne und daher 1200 mg Pipamperon eingenommen. Die Patientin berichtet, dass es ihr bereits seit einiger Zeit trotz angepasster Medikation zunehmend schlechter gehe. Sie sei nur noch niedergeschlagen, habe keinen Antrieb, wenig Appetit, sei permanent unruhig und freudlos. Besonders belastend seien Ängste, wegen derer sie z. B. nachts wenig schlafe. Diese beständen darin, dass ihrem Sohn oder ihrer Schwester etwas passieren könnte. Sie würde beispielsweise vom Gedanken gequält werden, ihr Sohn

könnte an einer Lungenerkrankung leiden. Sie fühle sich nur noch hilflos, einsam und hoffnungslos. Durch die zunehmende Isolation im Rahmen der geforderten Einschränkungen aufgrund der Pandemie sei sie nun noch einsamer, da ihr weitere Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme fehlten. Sie sei schon vorher aufgrund ihres Alters und der damit verbundenen körperlichen Beschwerden im Alltag eingeschränkt gewesen, aber jetzt könne sie aufgrund der derzeitigen Situation nichts mehr unternehmen. Ihren Sohn sehe sie eigentlich nicht mehr und könne nur mit ihm telefonieren. Ansonsten sei sie nur noch zu Hause. Der gescheiterte Suizidversuch belaste sie, denn das Leben sei nicht mehr lebenswert.



Fallvignette 3

Eine 27-Jährige stellt sich in der Karwoche bei zunehmendem depressiven Syndrom mit drängenden Suizidgedanken vor. Depressive Episoden seien bereits bekannt, aber derzeit erfolge weder eine Pharmako- noch Psychotherapie. Sie bemerke seit einigen Wochen eine Zunahme des depressiven Syndroms, u. a. einhergehend mit Ängsten, Überforderung, Antriebsminderung, niedergeschlagener Stimmung, Hoffnungslosigkeit, Insuffizienzerleben und wiederholt auftretenden Suizidgedanken sowie selbstverletzendem Verhalten.

Eine Woche vor der Vorstellung habe sie in suizidaler Absicht diverse Tabletten eingenommen. Eine stationär-psychi-

atrische Weiterbehandlung sei nach der Überwachung in der Notaufnahme nicht erfolgt. Aktuell sei es schwierig, sich in ambulante Behandlung zu begeben. Durch die Kontaktverbote seien nun auch die Möglichkeiten sich abzulenken weggefallen. Es habe sie schon vorher Kraft gekostet, Freunde zu treffen; nun sei dies noch schwieriger. Anfangs habe sie sich zumindest durch das Homeoffice ablenken können. Allerdings würde dies über die Feiertage wegfallen, sie sei auf sich allein gestellt und isoliert. Dies habe erneut zu zunehmenden Suizidgedanken geführt und sie traue sich selbst nicht mehr.

ren, sondern im Verlauf auch eine deutliche Mehrbelastung für das gesamte Gesundheitssystem mit sich bringen. Fachgesellschaften und Verbände der Suchtkrankenbehandlung betonen daher, dass bei einem „Zusammenbruch der Suchtkrankenversorgung (...) eine zusätzliche Belastung des akutmedizinischen somatischen und psychiatrischen Versorgungssystems“ droht.

Konsumentinnen und Konsumenten harter Drogen, insbesondere auch i. v., sind derzeit besonders gefährdet. Viele leiden an Folgeerkrankungen wie beispielsweise AIDS, die dann – gemeinsam mit der Immunsuppression durch den Konsum selbst oder durch die prekäre Lebens- und Wohnsituation – das Risiko für eine schwer verlaufende Infektion mit SARS-CoV-2 erhöhen.

Es wird befürchtet, dass die derzeitigen Restriktionen gesamtgesellschaftlich oder bei Risikogruppen zu einem Anstieg des Alkoholkonsums führen, um Stress und Konflikte zu bewältigen, und dass in der Folge Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit häufiger werden [9]. So führten soziale Isolation und insbesondere Quarantäne während der SARS-Epidemie 2003 bei medizinischem Personal zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit [10].

Für Deutschland gibt es Hinweise darauf, dass im März 2020 mehr Alkoholika ge-

kauft wurden als im gleichen Zeitraum des Vorjahres. Ob der Konsum, der sonst außerhalb der eigenen vier Wände erfolgt, einfach nur verlagert wird oder ob der Konsum insgesamt angestiegen ist, wird sich erst im Verlauf zeigen. Die WHO (bzw. deren europäisches Regionalbüro) veröffentlichte eine dringende Empfehlung, während der Pandemie nicht vermehrt Alkohol zu trinken. In einem Fact Sheet wird u. a. davor gewarnt, dass Alkoholkonsum die Impulsivität erhöht, wodurch das Risiko für häusliche Gewalt nochmals erhöht wird und Regeln zur physischen Distanzierung nicht mehr so gut eingehalten werden können. Alkoholkonsum – sowohl allein als auch in Kombination mit Tabakkonsum – beeinflusst auch das Immunsystem negativ.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung gab bereits am 31. März 2020 bekannt, dass die Suchtrehabilitation weiter bestehen bleiben soll. Ein Nadelöhr ist dabei jedoch, dass es kaum Möglichkeiten zur elektiven Entgiftung vor Eintritt einer Rehabilitation gibt. Um die Bemühungen der Drogenbeauftragten (und vieler anderer) nicht zu konterkarieren, ist es daher notwendig, dass Patientinnen und Patienten mit Kostenzusage und Aufnahmetermin für die Suchtrehabilitation elektiv zur Entgiftung aufgenommen und anschließend nahtlos in die Rehabilitation verlegt werden können.

Covid-19-Erkrankung: Neuropsychiatrische und psychosoziale Folgen

Nach bisheriger Erkenntnislage präsentiert sich eine Covid-19-Erkrankung hauptsächlich mit Symptomen eines gripalen Infekts wie Husten, Gliederschmerzen, Atemprobleme, Fieber und ähnliches [11]. Neuropsychiatrische Symptome geraten jedoch zunehmend in den Fokus. So können Erkrankte anstatt typischer Atemwegssymptome primär auch neuropsychiatrische Symptome wie Schwindel, Kopfschmerzen, Gangstörung, Dysphorie, Bewusstseinsstörungen bis hin zu deliranten Syndromen und epileptischen Anfällen als Hauptmerkmale der Erkrankung entwickeln, die durch direkte neurologische Beteiligung und/oder neuroimmunologische Prozesse erklärbar sind [12, 13].

Die Betroffenen können aber auch reaktive Beschwerden mit ängstlich-depressiven Symptomen entwickeln; die Angst vor Invalidität und bleibenden Schäden kristallisiert sich dabei als führendes Merkmal heraus. Psychiatrisch Vorerkrankte können durch eine zusätzliche Covid-19-Erkrankung eine Exazerbation ihrer Grunderkrankung erleben. So können Behandlungs-, Isolations- und Schutzmaßnahmen zur wahnhaften Verarbeitung führen, Verschwörungstheorien und daraus abgeleitet Suizidhandlungen als vermeintlicher Schutzmechanismus resultieren.

Ältere Betroffene (und hier besonders Patientinnen und Patienten mit einer demenziellen Erkrankung), die unter anderem in Pflegeheimen leben, leiden neben der Covid-19-Erkrankung und den damit verbundenen somatischen Risiken auch an der sozialen Isolation durch den eingeschränkten Kontakt zum sozialen Umfeld, insbesondere zu den Angehörigen. Angehörige, die bisher einen Teil der psychosozialen Sorge übernommen haben, sind nun mit Kontakteinschränkungen konfrontiert, die die Belastung für sie selbst, aber auch für die Betroffenen massiv erhöhen. Der limitierte Zugang der Älteren zu Informationen, aber auch das abnehmende Urteils- und Kritikvermögen führen zu einer weiteren Verschlechterung des psychischen Zustandes [14]. Generell hat Quarantäne negative psychische Kon-



sequenzen von Schlaflosigkeit und Konzentrationsstörungen bis hin zu posttraumatischer Belastungsstörung [15], so dass ältere Menschen nur wenn unbedingt notwendig und so kurz wie möglich isoliert werden sollten.

Im Rahmen der Behandlung einer Covid-19-Infektion können nicht zuletzt pharmakotherapeutische Behandlungsversuche akut-psychotische Verwirrheitszustände und depressive Symptome induzieren [16], so dass hier niederschwellig fachpsychiatrische Unterstützung und Therapiebegleitung erfolgen sollten.

Einrichtungen des Gesundheitssystems

Für die psychiatrische Versorgung hat die Pandemie erhebliche Folgen. Im ambulanten Bereich wurde sehr schnell der tatsächliche Patientenkontakt unter der Maßgabe des Infektionsschutzes deutlich reduziert – mit entsprechend verminderter Angebot an Versorgungsleistungen bei gleichbleibendem, wenn nicht gestiegenem Bedarf. Zahlreiche ambulant tätige Psychiater und Psychotherapeuten sowie Ambulanzen stellten daher zügig auf telemedizinische Angebote um, die in der „sprechenden Medizin“ vergleichsweise einfacher zu implementieren sind als in anderen medizinischen Bereichen.

Initial bestehende Unsicherheiten im Hinblick auf die Abrechnungsmöglichkeiten konnten erfreulicherweise zeitnah durch entsprechende Änderungen der Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern geklärt werden – insbesondere die Möglichkeit, auch Ersttermine mittels Videotelefonie abzuhalten, ist hier wichtig. Durch die weitgehende Umstellung auf telemedizinische Verfahren kann der tatsächlich notwendige persönliche Kontakt (bspw. für Blutentnahmen) auf ein gut handhabbares Maß reduziert werden. Es bleibt zu hoffen, dass die eingeführten Änderungen auch nach Abklingen der Krise noch Bestand haben werden, da sie unter anderem im strukturschwachen Raum oder bei bestimmten Patientengruppen ganz grundsätzlich sinnvoll und hilfreich sind, auch wenn der persönliche Kontakt gerade im psychiatrischen Fachgebiet nach wie vor anzustreben ist.

Die stationär-psychiatrische Versorgungslandschaft änderte sich durch die SARS-CoV-2-Pandemie erheblich. Es kam in vielen, wenn nicht sogar den meisten psychiatrischen Kliniken bzw. Abteilungen zu einer Reduktion von Betten aufgrund mehrerer Gründe:

- 1) Schaffung von Platzbedarf für „somatische“ Betten, um Isoliermöglichkeiten für Covid-19-Patienten zur Verfügung zu stellen;
- 2) Reduktion der Bettenzahl pro Zimmer auf Einzel- oder Doppelzimmer, um die Infektionsmöglichkeiten unter den Patientinnen und Patienten zu reduzieren;
- 3) Vermehrtes Angebot an Einzelzimmern zur prophylaktischen Isolierung;
- 4) Räumung von Stationen, um Isolierstationen für Patienten zu schaffen, die primär schwer psychiatrisch erkrankt sind bei gleichzeitiger Infektion mit SARS-CoV-2.

Zum Zeitpunkt des Verfassens des Artikels (Ende April 2020) gab es glücklicherweise nur wenige solcher Fälle in Hessen – meistens keine bis maximal drei Patienten pro Klinik. Die Reduktion der Bettenzahlen führt aktuell noch nicht zu einer relevanten Überbelegung der vorhandenen Betten, da zum einen elektive Aufnahmen verschoben werden, zum anderen (wie auch in den somatischen Fächern) sich

viele Patientinnen und Patienten aus Angst vor einer Infektion nicht in stationäre Behandlung begeben.

Schwer kompensierbar ist die großflächige Schließung von Tageskliniken, die ein wichtiges Instrument insbesondere zur Wiedereingliederung schwer Erkrankter sind. Die Maßgaben des Infektionsschutzes betreffen stationär-psychiatrische Patientinnen und Patienten – deren durchschnittliche Aufenthaltsdauer mit ca. 25 Tagen deutlich länger ist als in somatischen Fächern – besonders stark: das Empfangen von Besuch ist überwiegend untersagt, insbesondere auf gerontopsychiatrischen Stationen; Ausgänge sind deutlich reduziert, wenn nicht sogar komplett untersagt; viele gruppentherapeutische Verfahren können nur schwer durchgeführt werden, um nur einige zu nennen. Auch fällt es vulnerablen Gruppen (demenzielle Erkrankungen, akute Psychosen oder Manien) schwer, die Regeln des prophylaktischen Infektionsschutzes einzuhalten. Die Fachgesellschaft DGPPN hat hier sehr frühzeitig Orientierungshilfen für ihre Mitglieder formuliert (www.dgppn.de). Ein weiteres, teilweise gravierendes Problem sind die fehlenden Verlegungsmöglichkeiten aufgrund von Aufnahmestopps in Reha-Kliniken (besonders bei Suchtkranken) und in Alten- und Pflegeheimen. Insgesamt muss man feststel-

Fallvignette 4

Die 18-jährige Patientin war bis März 2020 aufgrund einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ mit im Vordergrund stehendem selbstverletzenden Verhalten in stationärer Behandlung gewesen. Aufgrund der Pandemie-bedingten Reduktion elektiver stationärer Behandlungsangebote hatte eine vorzeitige Entlassung der Patientin stattfinden müssen.

Die Patientin war zu diesem Zeitpunkt ausreichend stabilisiert, eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung bestand jedoch noch nicht. Drei Wochen nach Entlassung kontaktierte die Mutter der Patientin die Institutsambulanz der Klinik und bat um Unterstützung. Der Patientin gehe es zunehmend schlechter. Sie konsumiere zunehmend

Cannabis und verlasse kaum noch das Haus.

Über eine Videosprechstunden-Software wurden zunächst regelmäßige Kontakte mit der Patientin initiiert, mit dem Ziel, eine Stabilisierung im ambulanten Rahmen zu erreichen. Neben zunehmenden Cannabismissbrauch beschrieb die Patientin auch eine Zunahme von dissoziativen Symptomen sowie immer häufiger werdenden Selbstverletzungen in Form von oberflächlichen Ritzverletzungen der Haut sowie zunehmende Suizidgedanken. Es gelinge in der aktuellen Situation nur schwer, eine ambulante Psychotherapie zu organisieren. Da keine ausreichende Stabilisierung im ambulanten Setting zu erzielen war, erfolgte die erneute stationäre Aufnahme.

len, dass die momentane stationär-psychiatrische Versorgung vor erheblichen Herausforderungen steht.

In diesem Kontext ist auch noch relevant, dass es in einigen Bundesländern (z. B. Sachsen oder Berlin) Überlegungen gab, psychisch gesunde Quarantäneverweigerer nach Infektionsschutzgesetz in psychiatrischen Kliniken unterzubringen. Aus Sicht der Verfasser wie auch der Fachgesellschaft DGPPN ist dies abzulehnen: Weder sind Kliniken und deren Personal hierfür fachlich und organisatorisch geeignet, noch sollte – auf dem Boden der Geschichte unseres Faches im sog. Dritten Reich sowie der DDR – Psychiatrie dazu missbraucht werden, unliebsame Verhaltensweisen zu sanktionieren. Die Aufgabe psychiatrischer Kliniken ist einzig und allein die Behandlung psychisch kranker Menschen.

Im Gegensatz zu den primär psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsbereichen muss im Gesundheitssektor auch an die Beschäftigten in den Covid-19-Bereichen gedacht werden. Hier ist zum einen die physische Belastung durch die persönliche Schutzausrüstung zu bedenken, vor allem aber die psychische Belastung. Dies umfasst die Angst vor einer eigenen Infektion und Erkrankung an Covid-19, die Versorgung von (zu) vielen Patienten mit entsprechendem Arbeitsanfall, die Traumatisierung durch strukturelle Unterversorgung und die Erfahrung, Menschen sterben zu sehen, die man bei entsprechenden Ressourcen hätte heilen können sowie die extreme Belastung durch die Notwendigkeit der Triagierung. Erfahrungsberichte bspw. aus Spanien [17] zeigen in bedrückender Weise, welche psychosozialen Folgen dies für die im Gesundheitssystem Tätigen haben kann. Durch die frühzeitigen und weitreichenden Maßnahmen bei einem gleichzeitig sehr leistungsfähigen Gesundheitssystem sind solche Zustände in Deutschland bislang noch nicht aufgetreten; dennoch sollten die Erfahrungen aus anderen Ländern eine Mahnung sein, es auch unter diesem Aspekt keinesfalls dazu kommen zu lassen, das Gesundheitssystem zu überlasten.

Durch die genannten Veränderungen in der ambulanten und stationären Betreuungslage wird das psychiatrische Versor-

gungssystem daher vor große Herausforderungen gestellt. Hilfsangebote für Angehörige und Betroffene müssen vorgehalten werden, psychiatrische Überlegungen und Angebote in der Behandlung der Covid-19-Erkrankung berücksichtigt werden und es bedarf in den kommenden Monaten ausreichender Ressourcen, um mit dieser Situation umzugehen.

Psychosoziale Hilfsangebote

Parallel zum Aufbau der Intensivversorgungsstrukturen wurden an vielen Kliniken (so auch am Universitätsklinikum Frankfurt) interdisziplinäre Kriseninterventionsteams geschaffen, die sich um psychisch belastete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie um betroffene Angehörige kümmern. Den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) entsprechend werden neben Beschäftigten der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Psychoonkologie, der Gesundheitsfürsorge, des Sozialdienstes und der Klinikseelsorge involviert sowie Krisentelefone und eine Krisen-E-Mail-Adresse eingerichtet. Die Angebote werden momentan noch vergleichsweise selten von den Beschäftigten in Anspruch genommen. Ähnliche Erfahrungen sind auch aus anderen Kliniken bekannt [18], so dass im Verlauf aktiver auf die betroffenen Teams zugegangen werden muss, um das Angebot so niedrigschwellig wie möglich zu halten. Auch hier ergeben sich in der Fläche aber noch keine Hinweise auf gesundheitlich relevante Belastungen bei den Beschäftigten. Dies liegt wahrscheinlich vor allem daran, dass die zeitnah geschaffenen Intensivversorgungskapazitäten der Level-1-Kliniken bislang nicht an ihre Grenzen kommen; schwierige Triagierungsentscheidungen müssen daher nicht stattfinden. Auch bestand zu keinem Zeitpunkt eine Unterversorgung mit wichtiger Schutzausrüstung, was die Sorgen des Personals vor eigener Ansteckung reduziert.

Zusammenfassung

Insgesamt hat die Pandemie komplexe Auswirkungen sowohl auf die Allgemein-

bevölkerung als auch auf manifest psychisch Erkrankte, vulnerable Gruppen und verschiedene Einrichtungen des Gesundheitssystems. Während bei nicht-prädisponierten, psychisch gesunden Menschen in aller Regel genügend Ressourcen und Copingfähigkeiten vorhanden sind, um mit den Auswirkungen der Pandemie gut umzugehen, stellt die Belastung durch den Lockdown für psychisch Kranke – insbesondere für an demenziellen Erkrankungen, Suchterkrankungen und Depressionen Leidende – einen erheblichen Risikofaktor für eine Verschlechterung oder Chronifizierung dar.

Auch die wirtschaftlichen Folgen der Pandemie sind mittel- und langfristig Risikofaktoren für eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit. Das psychiatrische Versorgungssystem wird durch die Pandemie vor eine erhebliche Herausforderung gestellt. Es ist wünschenswert, dass die im Rahmen der Pandemie eingeführten Maßnahmen wie bspw. die Erleichterung der telemedizinischen Angebote auch weiterhin in der Routineversorgung bestehen bleiben. Auf jeden Fall sollte die weitere Entwicklung gut beobachtet und begleitet werden, so dass ggf. nachjustiert werden kann und für vergleichbare Situationen in Zukunft ausreichend empirische, epidemiologische Daten zur Verfügung stehen.

Dr. med. Tarik Karakaya,
PD Dr. med. Moritz de Greck,
Dr. med. Mathias Luderer,
Dr. med. Christiane Schlang,
Mishal Qubad,
Dr. med. Christine Reif-Leonhard,
Prof. Dr. med. Andreas Reif

Korrespondenzadresse per E-Mail:
 andreas.reif@kgu.de

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik
 und Psychotherapie
 des Universitätsklinikums Frankfurt,
 Heinrich-Hoffmann-Str. 10,
 60528 Frankfurt am Main

Literaturverweise siehe auf unsere Website www.laekh.de, Ausgabe 7/8 2020 sowie bei den Verfassern.

Literatur zum Artikel:

Die SARS-CoV-2-Pandemie und psychische Gesundheit

von Dr. med. Tarik Karakaya, PD Dr. med. Moritz de Greck, Dr. med. Mathias Luderer, Dr. med. Christiane Schlang, Mishal Qubad, Dr. med. Christine Reif-Leonhard und Prof. Dr. med. Andreas Reif

- | | | |
|---|---|--|
| [1] Wasserman et al., Science 2020 | [7] http://frans-hilft.de | [14] Wang et al., Lancet 2020 |
| [2] Veer et al., psyArXive | [8] http://frappe-frankfurt.de | [15] Brooks et al., Lancet 2020 |
| [3] https://www.sheffield.ac.uk/news/nr/depression-anxiety-spiked-after-lockdown-announcement-coronavirus-mental-health-psychology-study-1.885549 | [9] Clay et al., The Lancet Public Health 2020 | [16] Fatke et al., Dtsch Med Wochenschr. 2020 |
| [4] Holmes et al., Lancet Psychiatry 2020 | [10] Wu et al., Alcohol & Alcoholism 2008 | [17] Arango, 2020 |
| [5] Druss, JAMA Psychiatry 2020 | [11] Li et al., J Med Virol. 2020 | [18] u. a. Chen et al., Lancet Psychiatry 2020 |
| [6] Reger et al., JAMA Psychiatry 2020 | [12] Wang et al., Ther Adv Neurol Disord. 2020 | |
| | [13] Wu et al., Brain Behav. Immun. 2020 | |



Foto: macrovector – stock.adobe.com

Suchtverhalten in Zeiten von Corona

Regina Ernst, Leiterin des Frankfurter Drogenreferats, über Drogenkonsum in der Pandemie

Durch die Corona-Krise sind die sozialen Kontakte in den vergangenen Monaten stark eingeschränkt worden. Suchtexperten warnen, dass mehr Alkohol und andere Drogen konsumiert werden als üblich. Lässt sich in der aktuellen Pandemie ein gestiegenes Suchtverhalten beobachten?

Regina Ernst: Bisher gibt es in Deutschland keine verlässlichen Zahlen zum Alkoholkonsum in der Corona-Krise in Deutschland. Aus einer Studie der Gesellschaft für Konsumforschung geht zwar hervor, dass der Einzelhandel um 14 % zugelegt hat, jedoch geht aus der Studie nicht hervor, was konsumiert wurde. Der Havas Media Corona Monitor 3 hat festgestellt, dass aktuell 20 % der Befragten ihren Alkoholkonsum in der vergangenen Woche erhöht haben, bei knapp 70 % ist er gleichgeblieben. Die meisten Befragten (rund 61 %) trinken mit Personen aus dem eigenen Haushalt. Ein Drittel trinkt auch mal alleine. Besonders Jüngere trinken mehr als sonst und haben dafür neue Trinkformen entwickelt, etwa Trinkspiele oder gemeinsames Anstoßen im Videochat.

Zur Entwicklung des Cannabiskonsums in Deutschland liegen bisher noch keine Er-

kenntnisse vor. In den USA und Kanada, wo Cannabis legal ist, wird über eine Zunahme des Konsums berichtet. In Erinnerung sind auch die Bilder der langen Schlangen vor den Coffee-Shops, als in den Niederlanden die Schließung der Geschäfte bevorstand.

Sind Menschen derzeit besonders suchgefährdet? Und wenn ja, wo liegen aus Ihrer Sicht die Gründe dafür?

Ernst: Die Corona-Krise ist für uns alle eine Ausnahmesituation, die gewohnte und vertraute Alltagsabläufe von heute auf morgen komplett verändert hat. Sie bedroht alle wichtigen Aspekte des Lebens gleichzeitig: das soziale Miteinander, die körperliche Gesundheit und das psychische Wohlbefinden.

In Zeiten persönlicher und gesellschaftlicher Krisen können Alkohol, Cannabis und andere psychoaktive Substanzen ein Bewältigungsversuch sein, der Ängste und negative Gefühle scheinbar in Schach hält, die derzeit sicherlich bei vielen verstärkt aufkommen. Mit dem Substanzkonsum scheint die Situation erst einmal erträglicher zu werden. Gleichzeitig entfallen bei einigen momentan gute Gründe, nicht zu

trinken oder zu kiffen. Zum Beispiel, dass die Arbeit oder die vorgegebene Tagesstruktur Konzentration, Leistungsfähigkeit und Nüchternheit fordert. Oder dass im Homeoffice die „soziale Kontrolle“ durch Kollegen und Freunde fehlt. Bei einigen Menschen kann etwa auch das Risiko bestehen, dass die Kombination von sozialem Stress, Ängsten und Drogenkonsum zu häuslicher Gewalt führt, besonders verstärkt durch enge Wohnverhältnisse und Überforderung durch fehlende Kinderbetreuung.

Registrieren Sie in Frankfurt einen erhöhten oder eher einen sinkenden Beratungsbedarf?

Ernst: Das ist von Einrichtung zu Einrichtung der Suchtberatung sehr unterschiedlich. Viele Menschen wissen oder erwarten es vielleicht nicht, dass die Drogen- und Suchtberatungsstellen in vollem Umfang geöffnet sind und nach wie vor als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Deshalb gab es bisher in den meisten Einrichtungen auch weniger Neuanfragen, während der Kontakt mit Menschen, die sie schon vor Corona beraten haben, ganz normal oder sogar intensiviert weiterläuft,

während der Kontaktbeschränkungen allerdings oft nur per Telefon. Besonders bei Jugendlichen ging die Zahl der Neuanfragen in den meisten Einrichtungen zurück. In den letzten beiden Wochen haben die Anfragen von Jugendlichen aber wieder zugenommen.

Mit welchen Fragen wenden sich die Menschen derzeit an die Beratungsstellen?

Ernst: Bei den schon bestehenden Kontakten sind die Themen gleichgeblieben: riskanter Konsum und Abhängigkeit. Die meisten Ratsuchenden kommen wegen Opiatabhängigkeit in die Beratungsstellen, an zweiter Stelle steht der Alkohol und an dritter Stelle Cannabis. Spezielle Themen sind aktuell Jobverlust, Einschränkung sozialer Kontakte und häusliche Gewalt. Es handelt sich zurzeit aber häufiger um Kriseninterventionen und unstrukturierte Betreuung, das heißt häufigere, aber dafür kürzere telefonische Kontakte.

Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass das aktuelle Suchtverhalten von Dauer sein wird, oder handelt es sich um eine vorübergehende Veränderung?

Ernst: Das kann man aktuell nicht beurteilen. Schon vor der Corona-Krise haben



Regina Ernst leitet das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main.

viele Menschen in Deutschland zu viel Alkohol getrunken oder riskant Cannabis konsumiert. Nach den Zahlen des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018 trinken 12,6 % der Erwachsenen in Deutschland Alkohol in riskantem Ausmaß. Der gewohnheitsmäßige, zu hohe Alkoholkonsum setzt sich bis ins Alter fort: 15 % der über 60- bis 64-Jährigen trinken laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen riskant viel Alkohol. Mit Blick auf jüngere Menschen konsumieren nach der Frankfurter Mosyd-Studie 2018 insgesamt 8 %

der Frankfurter Schülerinnen und Schüler riskant oder intensiv Cannabis. Für diese Menschen ist die Corona-Krise eine besondere Herausforderung, da sich Suchttendenzen bei Menschen, die ihre Gefühle und Probleme auch vorher schon mit psychoaktiven Substanzen betäubt haben, vermutlich verstärken werden.

Welche Hilfen können Sie Menschen bieten, die in dieser Situation ein Alkohol- oder Drogenproblem entwickeln oder verstärken und dies beheben möchten, bevor es ihr Leben nachhaltig beeinträchtigt?

Ernst: Die Frankfurter Sucht- und Drogenberatungsstellen sind auch in Zeiten von Corona zu den üblichen Öffnungszeiten erreichbar. Menschen, die sich Sorgen über Ihren Alkohol- oder Drogenkonsum machen, können sich telefonisch oder per E-Mail beraten lassen. Besonders möchten wir Angehörige und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien sowie alle anderen Hilfesuchenden ermutigen, sich ohne Scheu mit ihren Anliegen an die Sucht- und Drogenberatungsstellen zu wenden. Gerade für diese Zielgruppen stehen kompetente Ansprechpartner bereit. Die Beratungsgespräche sind kostenlos und vertraulich. Die Berater unterliegen der Schweigepflicht und beraten auf Wunsch auch anonym.

Neue Gesundheitsinformationen in Leichter Sprache zu psychischen Erkrankungen

Alle Menschen gut und verlässlich informieren – das ist das Ziel des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Es hat daher neue Informationen in Leichter Sprache zu psychischen Erkrankungen veröffentlicht.

Wann wird Angst zur Krankheit? Was ist eine Anorexie? Helfen Medikamente bei Depressionen? Diese und andere Fragen beantworten drei leicht verständliche Gesundheitsinformationen zu Angststörungen, Essstörungen und Depression. Sie richten sich zum Beispiel an Menschen mit Behinderungen, mit eingeschränkter Lesekompetenz oder geringen Deutschkenntnissen.

Interessierte können auf ihrem Rechner, Smartphone oder Tablet die Informationen auf dem Patientenportal lesen. Für

Multiplikatoren wie Ärztinnen, Ärzte oder Mitarbeitende aus der Behindertenhilfe stehen die Texte auch im pdf-Format zur Verfügung. So können sie diese bei Bedarf ausdrucken und weitergeben.

Die Gesundheitsinformationen in Leichter Sprache haben das ÄZQ und Special Olympics Deutschland (SOD) e. V. gemeinsam verfasst und herausgegeben. Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, entsteht derzeit ein barrierefreies Internet-Portal mit Gesundheitsinformationen in Leichter Sprache: www.gesundheit-leicht-verstehen.de/.

Oder auf den Websites der ÄZQ unter: www.patienten-information.de/leichte-sprache/. (red)

Wie wirkt sich die Corona-Krise auf die tägliche Arbeit des Drogenreferats aus, das normalerweise eher beratend und administrativ im Hintergrund tätig ist?

Ernst: Als städtisches Amt ist das Drogenreferat direkt dem Gesundheitsdezernenten unterstellt. Zu unseren Aufgaben gehört die Erhebung von Bedarfen, die Entwicklung und Umsetzung von neuen Maßnahmen in Kooperation mit den Trägern der Drogenhilfe sowie die Evaluation, Koordination und Weiterentwicklung bestehender Angebote. Aktuell sind wir primär damit beschäftigt, gemeinsam mit unseren bewährten und neuen Kooperationspartnern die Überlebenshilfen für langjährig drogenabhängige Menschen zu sichern und weitere niedrigschwellige Krisenhilfen zu schaffen. Sehr wichtig ist uns auch, Menschen mit Drogenproblemen zu ermutigen, Rat zu suchen und sich unterstützen zu lassen.

Interview: Katja Möhrle

„Wir spüren die Spannungen in den Familien“

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien – Bericht aus der „Arche“



Eine herzliche Anlaufstelle für Kinder.

Vor mehr als zwölf Wochen mussten Kindergärten, Schulen und Freizeiteinrichtungen von jetzt auf gleich schließen. Viele Familien stellte dies vor enorme Herausforderungen. Dabei trifft die Krise Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien besonders schwer, wie Daniel Schröder, Regionalleiter vom Kinderprojekt Arche e. V. berichtet. „Wir spüren die Spannungen in den Familien, die meist auf wenigen Quadratmetern über einen großen Zeitraum nun viel Zeit zu Hause verbringen. Wir betreuen zum Beispiel ein Mädchen aus einer siebenköpfigen Familie, die in einer 59 qm² Wohnung lebt. Das Mädchen macht ihre Hausaufgaben im Flur, wo es ständig von ihren drei kleineren Geschwistern umringt ist. Das ist natürlich alles andere als optimal.“

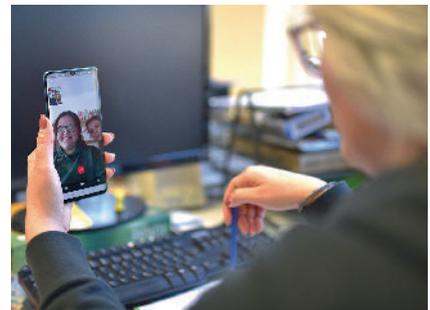
Das Ausmaß an häuslicher Gewalt lasse sich bislang nur vermuten. „Wenn Sie ein Kind anrufen und fragen, wie geht es Dir?, und im Hintergrund sind die Eltern, da sagt kein Kind, mir geht es schlecht.“ Besorgniserregend seien jedoch Zahlen aus Berlin, wonach das Jahresniveau der Anzahl der Selbstmorde von Kindern bereits jetzt erreicht sei. Nach Schröder gibt es noch eine andere und offensichtlichere Auswirkung der Pandemie: Die Kinder werden dicker. Ungesünderes Essen, weniger Bewegung, viel Zeit vor dem Fernseh-

her oder Spielekonsole, keine Tagesstruktur über Wochen machen sich entsprechend bemerkbar.

Arbeit unter „normalen“ Bedingungen

Die Arche ist in Frankfurts sozialen Brennpunkten an vier Standorten eine kostenlose Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche. Besonders wichtig ist Schröder ein niederschwelliger Zugang. „Die Kinder sollen nicht das Gefühl haben, ihre Armut mit einem Hartz-IV-Bescheid darlegen zu müssen. Denn Armut ist für Kinder oft ein schrecklicher Zustand.“ Normalerweise kommen die Kinder an zwei der vier Standorte schon vor der Schule zum Frühstück. Nach der Schule gibt es dann wieder Mittagessen in der Arche, es werden gemeinsam Hausaufgaben gemacht und der Rest ist dann Spielen, Toben, Sport machen. „Wir wollen mit den Kindern einfach eine gute Zeit verbringen, feiern mit ihnen Geburtstage oder fahren normalerweise zweimal im Jahr mit den Kindern und zweimal im Jahr mit den Jugendlichen in ein Camp.“ Eine herzliche Anlaufstelle – so beschreibt Schröder den Kern der Arche-Arbeit. „Kinderarmut bekämpft man

nicht allein damit, ihnen etwas zu essen zu geben. Es geht vielmehr darum, einen Ort zu schaffen, wo sie sich geborgen fühlen und Ansprechpartner haben. Wo Menschen sind, die sie einfach gern haben.“ Bei vielen Kindern gehe es zu Hause teilweise sehr ruppig zu, die Kinder bekämen oft das Gefühl, ich störe oder ich mache



Mit dem Smartphone In Kontakt bleiben.

nur Arbeit. „Da kann sich kein gesundes Selbstbewusstsein entwickeln, und das merken wir.“ Die Arche will das auffangen, indem sie den Kindern in einem sicheren Umfeld versucht, soviel Selbstbewusstsein zu vermitteln, damit die Kinder gestärkt ihr Leben gestalten können. Betreut werden Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis 20 Jahren. „Unsere Idee ist, bei



Spielen, Toben, Sport machen – Mit den Kindern eine gute Zeit verbringen.



alle Fotos: © Die Arche

Unterstützung bei Hausaufgaben und Nachhilfe.

den Grundschulkindern anzusetzen und sie bis zur vollendeten Ausbildung, Abitur oder Studium zu unterstützen. Damit sie eine gute Basis für ihr Leben haben.“

Am wichtigsten: in Kontakt zu den Kindern bleiben

Die Pandemie hat die Arche und die Kinder hart getroffen. Der Wegfall der gemeinsamen Mahlzeiten wurde durch eine Lebensmittelausgabe aufgefangen. Aktuell werden bis zu 300 Familien mit Essen versorgt. Allein die Beschaffung der Lebensmittel sei mit viel Aufwand verbunden, da alles über Spenden organisiert werde. „Uns hat die Situation nochmal sehr klar vor Augen geführt, wie eng die finanziellen Budgets vor allem in den Hartz-IV-Familien sind. Kinder, die normalerweise bei uns essen, kamen satt nach

Hause. Jetzt mussten die Eltern Essen besorgen.“ Ein Grund, warum die Arche die Lebensmittelausgabe organisiert habe. Doch wichtiger sei, in Kontakt zu den Kindern zu bleiben.

Das passiert via Whats-App, Youtube und ähnlichen Formaten. „Die Kinder sollen wissen, sie sind nicht alleine.“ Familien wurden von der Arche dafür mit Smartphones und Laptops ausgestattet, auch damit Hausaufgaben gemacht werden und Nachhilfe gegeben werden kann. „Wir versuchen so viel wie möglich, einzelne Kinder zu sehen. Wir hal-

ten täglich Kontakt zu vielen. Wir sehen auch den Bedarf nach einer gewissen Normalität.“

Was es bedeutet, dass diese Kinder so lange nicht in der Schule waren, beschäftigt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Arche sehr. „Homeschooling ist ein schöner Begriff, der in viele Mittelschicht- und Oberschichtfamilien passt, wo die Eltern in der Lage sind, ihre Kinder entsprechend zu begleiten. Viele unserer Eltern sind es nicht.“ Schröder wünscht sich daher vonseiten der Politik eine Initiative, damit die Bildungslücke nicht noch größer werde. „Es ist eine Benachteiligung von Kindern, die im Grunde bereits am Rande der Gesellschaft sind. Gerade diese Kinder werden noch weiter an den Rand gedrückt.“

Maren Grikscheit

Infos & Kontakt zur Arche

Die Arche wurde 1995 in Berlin auf Initiative von Pastor Bernd Siggelkow gegründet und ist mittlerweile an mehr als 25 Standorten in ganz Deutschland aktiv. Sie engagiert sich dafür, dass sich die Lebensbedingungen benachteiligter Kinder und Familien hierzulande verbessern. Die Arche freut sich über jede Unterstützung. Infos dazu gibt es auf der Website

www.freunde-arche-ffm.de/ oder
www.kinderprojekt-Arche.de
Fon: 069-153 464 02
Mail: frankfurt@kinderprojekt-arche.de

Die Arche finanziert sich hauptsächlich über Spenden. Alle Infos darüber, wie Sie unterstützen können, im Internet: www.freunde-arche-ffm.de/spenden.

Nachrichten

Antikörperstudie veröffentlicht: „Geringe Infektionsrate im Rhein-Main-Gebiet“

Seit Ausbruch der Pandemie gibt es täglich veröffentlichte Fallzahlen, die Aufschluss über die Verbreitung der Infektionen geben. Unbekannt ist allerdings die Anzahl derjenigen, die diese Erkrankung bereits unerkannt durchgemacht haben. Ein Konsortium hat daher eine Studie initiiert, die in einer größeren Gruppe die Anzahl der bislang unbekanntenen Fälle bestimmte. Hierzu wurden 1.000 gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Infraseriv Höchst durch einen Nasen-Rachen-Abstrich für den Nachweis einer akuten Infektion sowie Blutproben derselben Gruppe auf das Vorliegen einer früher durchgemachten Infektion getestet. Das

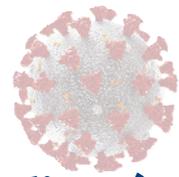
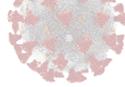
Resultat: Bei einem Teilnehmer wurde eine akute SARS-CoV-2 Infektion nachgewiesen und bei weiteren fünf Personen waren die Serumproben Antikörper positiv, was als Nachweis einer bereits abgelaufenen Infektion gewertet wird. Zwei der seropositiven Personen wussten, dass sie die Erkrankung durchgemacht hatten. Vier von sechs positiv getesteten Teilnehmern wussten nichts von ihrer Infektion. Das Konsortium besteht aus der Medizinischen Virologie des Universitätsklinikum Frankfurt, dem Institut für Virologie der Philipps-Universität Marburg, dem DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg – Hessen, dem Arbeitsmedizinischen Zen-

trum der Infraseriv GmbH & Co. Höchst KG Frankfurt am Main und dem Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main.

„Unsere Ergebnisse sprechen für eine geringere Infektionsrate in der Bevölkerung im Rhein-Main-Gebiet. Im Vergleich zu Studien wie zum Beispiel im Landkreis Heinsberg zeigt sich, wie lokal unterschiedlich die Durchseuchung in Deutschland ist“, erklärte Prof. Dr. med. Sandra Ciesek, Direktorin der Medizinischen Virologie des Universitätsklinikum Frankfurt.

Nina Heise

Universitätsklinikum Frankfurt



Stark durch die Krise: Möglichkeiten der (Online-) Unterstützung von Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie

Alisa Hiery, Dr. biol. hum. Sabrina Bonnet, PD Dr. rer. soc. Stephanie Bauer, PD Dr. phil. Markus Moessner, Prof. Dr. med. Rainer Thomasius, Prof. Dr. med. Christine Rummel-Kluge, Prof. Dr. phil. habil. Heike Eschenbeck, Prof. Dr. sc. hum. Hans-Joachim Salize, Prof. Dr. med. Michael Kaess, Prof. Dr. med. Katja Becker sowie das ProHEAD- Konsortium

Einleitung

Um die Ausbreitung des Coronavirus möglichst einzudämmen, herrschen zurzeit in allen Bundesländern Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen mit langsam beginnenden Lockerungen seit Mitte Mai 2020. Der Schulbetrieb wurde ab Mitte März vorübergehend eingestellt und wird seit Mai langsam, unter strengen Auflagen und mit fortbestehenden Einschränkungen wieder aufgenommen. Kindergärten und Kindertagesstätten öffneten teilweise im Juni und operieren vielerorts noch lange nicht im Regelbetrieb. Der Wegfall des regulären Schul- oder Kindergartenalltags sowie der Sport- und Freizeitangebote für Kinder und Jugendliche bedeutet für viele Betroffene eine emotionale Belastung. Soziale Kontakte sind aufgrund der Physical Distancing-Regeln eingeschränkt. Betreuung mit Homeschooling der Kinder und Homeoffice der Eltern stellen Familien vor Herausforderungen, die einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden des Einzelnen sowie das familiäre Zusammenleben haben. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf schien nie so schwierig wie in Zeiten der Pandemie. Nicht selten geht dies mit einer ausgeprägten familiären Belastung einher.

Nach der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeigen zwischen 17 und 20 % der Kinder in Deutschland psychische Auffälligkeiten. 5 % sind behandlungsbedürftig erkrankt [1, 2]. Angststörungen kommen dabei mit einer Prävalenz von ca. 10 % im Kindes- und Jugendalter am häufigsten vor, gefolgt von Störungen des Sozialverhaltens (3–7 %), Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ca. 5 %) sowie depressiven Erkrankungen (ca. 5 %). Essstörungen treten bei 0,5 bis 2 % aller

Kinder und Jugendlichen auf, Tic- und Zwangsstörungen bei etwa 1 % [3]. Versorgungsforscher rechnen mit einem Anstieg von bestimmten psychischen Störungen (wie Anpassungsstörungen und Angsterkrankungen) infolge der Covid-19-Pandemie [4].

Viele psychische Störungen bedeuten deutliche Einschränkungen im Alltag und im Funktionsniveau sowie in den Beziehungen zu anderen. Infolge dessen ist der Leidensdruck von Kindern und Eltern entsprechend hoch und die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien reduziert. Auch bisher psychisch gesunde Kinder und ihre Familien erleben aktuell aufgrund der Covid-19-Krise Veränderungen, die individuelle Belastungen und Leiden zur Folge haben können.

Covid-19-Pandemie führt zu erschwerten Versorgungsbedingungen

Aufgrund der Corona-bedingten Regelungen und Vorschriften zeigten sich für längere Zeit neben der fehlenden schulischen Betreuung und den wegfallenden Sport- und Freizeitangeboten teilweise auch Betreuungs- und Behandlungsangebote als erschwert nutzbar. Zahlreiche Jugendhilfeeinrichtungen, wie zum Beispiel Wohngruppen, Tages- oder Wochengruppen, boten vorübergehend lediglich eine Notversorgung an. Die regionale Pflichtversorgung in Kliniken und Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrien bestand weiterhin, jedoch aufgrund der vorgeschriebenen Hygienevorgaben unter erschwerten Bedingungen. Zur Wahrung der nötigen Abstandsregeln wurden in Praxen und Ambulanzen teilweise Präsenztermine deutlich reduziert und, wo dies medizinisch möglich war, durch Videosprech-

stunden oder Telefongespräche ersetzt oder zumindest ergänzt. Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden vorübergehend geschlossen und nahmen seit Anfang Mai an verschiedenen hessischen Kliniken ihren Betrieb wieder auf.

Auswirkungen der Pandemie noch unklar – Gefährdung erwartet

In Zeiten, in denen der Infektionsschutz das oberste Gebot ist, stellt sich außerdem die Frage, welche Rolle der Kinderschutz spielt. Zum jetzigen Zeitpunkt ist kaum abzuschätzen, welche Herausforderungen und Folgen mit individuellen Härten sich aufgrund des oben beschriebenen Physical Distancing-Gebots, insbesondere für sowohl sozial benachteiligte oder psychosozial belastete Familien als auch für Kinder und Jugendliche, die häuslicher Gewalt ausgesetzt sind, ergeben. Familienministerin Franziska Giffey forderte kürzlich dazu auf, Kinderschutz nicht zu vernachlässigen und die Gefährdungen hier dringend ernst zu nehmen [5]. Auch die UNICEF warnte vor Risiken für Kinder durch die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie [6].

Der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) der Bundesregierung Johannes-Wilhelm Rörig betonte, dass die Bedrohung von Kindern und Jugendlichen durch familiäre Gewalt in der aktuellen Situation sehr deutlich werde. Die Gewalt und die Hilflosigkeit seien nicht beendet, sobald die Schulen wieder den Betrieb aufnehmen. Er appellierte an alle Lehrkräfte, insbesondere im Rahmen der Aufnahme des Schulbetriebs gezielt auf Verhaltensänderungen ihrer Schülerinnen und Schüler zu achten, um Kinder zu schützen und ihnen Hilfe zu ermöglichen, wenn diese benötigt

Weiterführende Informationen zum Kinderschutz

Medizinische Kinderschutzhotline gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Bundesweite, kostenfreie und rund um die Uhr erreichbares Telefonisches Beratungsangebot. Per Telefon **0800 19 210 00** oder im Web unter <https://www.kinderschutzhotline.de/>.

Kein Kind alleine lassen, eine Initiative des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) zur Beratung von Erwachsenen im Umgang mit sexuellem Missbrauch sowie als Soforthilfe für Kinder und Jugendliche in Zeiten von Corona. Per Telefon **0800 22 55 530** oder im Web unter <https://www.kein-kind-alleine-lassen.de>.

Das Angebot **E-Learning-Kinderschutz** der Universitätsklinik Ulm, unter der Leitung von Prof. Dr. Fegert, wurde aufgrund der erhöhten Nachfrage während der COVID-19-Pandemie ausgeweitet. Die Teilnahme an den Online-Kursen rund um das Thema Kinderschutz ist kostenfrei und wird zur Zeit hauptsächlich durch freiwillige Spenden finanziert. Informationen und Kursangebot im Web unter <https://elearning-kinderschutz.de/>.

Alle Grafiken: Rechte bei den Autoren

Abb. 1: Weiterführende Informationen zum Kinderschutz

werde. Nicht zu vernachlässigen seien dabei auch diejenigen Kinder, die noch nicht schulpflichtig seien, weshalb es unerlässlich sei, dass auch andere Institutionen und Einrichtungen auf betroffene Kinder achteten. Die Bundesregierung hat aus diesem Grund die Soforthilfe-Aktion „Kein Kind alleine lassen“ ins Leben gerufen. Auf der Homepage www.kein-kind-alleine-lassen.de können Kinder und Erwachsene erfahren, wie sie Hilfe finden oder leisten können. Ärztinnen und Ärzte können sich des Weiteren an die medizinische Kinderschutzhotline wenden, um sich in konkreten Situationen fachlich beraten zu lassen. Das Universitätsklinikum Ulm unter der Leitung von Prof. Dr. Fegert bietet zudem kostenfreie E-Learning-Kurse rund um das Thema Kinderschutz an (siehe Abb. 1). Seit Beginn der Corona-Pandemie berichten einige, aber nicht alle Beratungs-Hotlines über eine Zunahme von Hilfesuchen. Gleichwohl sind an manchen Orten zusätzlich Telefon-Hotlines eingerichtet worden, was die Auswertung und Interpretation erschwert. Fachleute rechnen damit, dass die Zahl der Kinder, die Hilfe suchen, rapide ansteigen werde, sobald die Kontaktbeschränkungen aufgehoben und, im Falle von häuslicher Gewalt, Täter/-innen nicht mehr ganzzeitig mit den Kindern zu Hause seien. Ein vergleichbarer Effekt wird nach Feiertagen beschrieben [7]. Aus diesem Grund forderten Fegert und Kolleg/-innen [8] bereits im April, dass umgehend von der Politik proaktive Maßnah-

Was hilft Kindern und Jugendlichen dabei, gut durch die Pandemie zu kommen?

Der Wegfall von Präsenzunterricht in Schulen, die Schließung von Kindertagesstätten/Kindergärten, Krippen- und Tagesmutterbetreuungsformen, die Mehrarbeit von Eltern in systemrelevanten Berufen, Homeoffice, die an Eltern in anderen Berufszweigen gestellten Anforderungen sowie nicht zuletzt existenzielle Sorgen derjenigen Familien, die in Folge der wirtschaftlichen Folgen der Beschränkungen um ihren Arbeitsplatz oder Einnahmen fürchten müssen – all das führt zu einer extremen Belastung für Familien. Medial leider kaum beachtet, gibt es Empfehlungen für Eltern, wie der Umgang mit den Herausforderungen der Pandemie in den Familien gut gelingen kann (siehe Abb. 2). Altersentsprechend gestaltete, sachlich gehaltene Informationen für Eltern sowie für Jugendli-

men zum Kinderschutz beschlossen werden müssten, damit auf die Corona-Pandemie nicht eine soziale Pandemie folge. Die Autorinnen und Autoren fordern außerdem den Ausbau telefonischer und Online-Beratungsangebote.

che und Kinder selbst, die zum einen die nötigen Maßnahmen, aber auch Bewältigungsstrategien erklären, werden hierfür insgesamt als sinnvoll erachtet [9]. Eine feste Tagesstruktur, die ausreichend Zeit für Lern- und Spieleinheiten beinhaltet und im Idealfall auch die Bewegung an der frischen Luft mit sportlichen Aktivitäten kombiniert, schafft Sicherheit und Vorhersagbarkeit, von der Kinder und Jugendliche, aber auch Erwachsene profitieren. Der Kontakt zu Familienangehörigen und Freunden sowie weiteren Bezugspersonen der Kinder kann medial über Telefon und E-Mail, aber auch über Videoübertragungen und -konferenzen aufrechterhalten werden. Briefe oder Postkarten zu schreiben, kann Kindern und Jugendlichen auch abseits der Neuen Medien dabei helfen, Bezugspersonen mitzuteilen, wie es ihnen geht und sie mit der Pandemie umgehen.

In verschiedenen Regionen gibt es des Weiteren zum Teil sehr kreative Lösungen zur Unterstützung von Familien – mit Zusenden von Spielanregungen, Rätseln, Kochrezepten und Bastelanleitungen. Sportvereine haben teilweise auf Youtube Videos mit Bewegungsangeboten zum Nachahmen eingestellt oder bieten ihren Mitgliedern per Videokonferenz Sport zum Mitmachen im eigenen Wohnzimmer an. Je mehr Lockerungen beschlossen werden, desto mehr Freiheiten und Möglichkeiten werden sich nach und nach für

Hilfreiche Links für Eltern und Kinder

Für Eltern

Kurzvideos mit hilfreichen Empfehlungen zur Strukturierung des Alltags in Corona-Zeiten von der deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

Teil 1: „Bevor es knallt“

https://www.youtube.com/watch?v=ds-5nFJ_IU

Teil 2: „Das Gewitter vorbeiziehen lassen“

<https://www.youtube.com/watch?v=LfwImNNEX3I>

Teil 3: „Klare Luft in der Bude“

<https://www.youtube.com/watch?v=2ntgS9CBs-g>

Für Kinder

Sachliche, kindgerechte Aufklärung für Kinder zum Coronavirus und den Notwendigkeiten von den empfohlenen Schutzmaßnahmen aus der Sencung mit der Maus (WDR), abrufbar unter:

<https://www.wdrmaus.de/extras/mausthemen/corona/index.php5>

Dreiminütiges liebevoll gestaltetes Kurzvideo für Kinder (6-12 J.) zu psychischen Folgen von Corona und was zu tun ist von der DGPs

<https://www.youtube.com/watch?v=KfSQIACwvYE>

Abb. 2: Hilfreiche Links für Eltern und Kinder

ProHEAD

Promoting Help-seeking using E-Technology for Adolescents

Studie zur Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

ProHEAD Standorte

Das ProHEAD Konsortium

Prof. Dr. Michael Kaess Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Heidelberg, Bern

PD Dr. Stephanie Bauer Forschungsstelle für Psychotherapie Heidelberg

Prof. Dr. Rainer Thomasius Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. Christine Rummel-Kluge Universitätsklinikum Leipzig

Prof. Dr. Heike Eschenbeck Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd

Prof. Dr. Katja Becker Universitätsklinikum Marburg

Prof. Dr. Hans Joachim Salize Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

Ziele: Förderung der psychischen Gesundheit, Verbesserung des Hilfesuchverhaltens, Unterstützung bei der Suche nach professioneller Hilfe.

15.000 teilnehmende Schülerinnen und Schüler deutschlandweit

Altersgruppen: 12-18 Jahre

Links und Informationen:

Web: www.prohead.de

Instagram: [prohead_official](#)

Gesamtfördersumme: 3,3 Mio. €

Abb. 3: Informationen zur ProHEAD-Studie

Familien ergeben. Dennoch erscheint es sinnvoll, Online-Interventionen auch in der Zeit „nach Corona“ nicht zu vernachlässigen, da diese eine wirkungsvolle Ergänzung zu gängigen Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten darstellen können.

Wie könn(t)en Online-Angebote helfen?

Kinder und Jugendliche, die an einer psychischen Erkrankung leiden oder psychische Auffälligkeiten zeigen, profitieren von den oben genannten Maßnahmen in der Corona-Pandemie zwar auch, benötigen jedoch auch weitere, professionelle Unterstützung. Hierbei könnten Online-Angebote helfen, sofern diese von Expertinnen und Experten evidenzbasiert erstellt und wissenschaftlich evaluiert sind

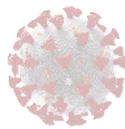
und der Datenschutz durchgehend sichergestellt ist. In Deutschland gibt es bisher einige wenige Online-Versionen evidenz-basierter Therapieprogramme, wie beispielsweise das Online-Angebot des Triple P-Programms (Positive Parenting Program [10]), der ADHS-Elterntainer (ADHS-Online-Coach [11]) oder die ADHS-KIDS App [12]. Diese bieten größtenteils psychoedukative Inhalte sowie konkrete Tipps, Strategien und Verhaltensweisen, die speziell auf die Bedürfnisse von Eltern psychisch erkrankter Kinder zugeschnitten sind. Ebenfalls enthalten ist eine professionell angeleitete Unterstützung zur Selbsthilfe. Die App-unterstützte Therapiearbeit für Kinder (AUTHARK [13]) oder das Soziale computerunterstützte Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT [14]) stellen ebenfalls Beispiele für die gelungene Online-Umsetzung von Verhaltenstrainings im Kindes- und Jugendbereich dar. Diese sind jedoch lediglich als Ergänzung zur ambulanten therapeutischen Behandlung gedacht und können nicht eigenständig genutzt werden. Klar zu benennen ist die Tatsache, dass diese Online-Interventionen, auch wenn sie von wirksamen Therapieformen abgeleitet wurden, in der Online-Version bisher noch nicht ausreichend auf ihre Wirksamkeit hin überprüft wurden. Insbesondere im Kindes- und Jugendalter scheint daher der Bedarf der Entwicklung und Erforschung von Online-Angeboten noch lange nicht gedeckt, obwohl Jugend-

liche eine einerseits für psychische Störungen besonders gefährdete Gruppe darstellen und andererseits als Zielgruppe für Online-Interventionen prädestiniert sind. Neben Störungen, die bereits in der frühen Kindheit beginnen und sich im Laufe des Lebens weiter manifestieren (z.B. Autismus) oder sich entwicklungsbedingt zurückbilden können (z. B. Ausscheidungsstörungen oder selektiver Mutismus), treten einige Störungen altersspezifisch auf (z. B. Angststörungen oder Störungen des Sozialverhaltens) [15]. Spätestens im Jugendalter kann man oftmals den Beginn von erwachsenentypischen Störungen der Lebensspanne wie Schizophrenie, affektive Störungen oder Persönlichkeitsstörungen beobachten. Für all diese Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters gilt: Die frühe Intervention scheint mit einer günstigeren Prognose einherzugehen. Niederschwellige Angebote, die Kinder und Jugendliche zu Beginn der Erkrankung oder gegebenenfalls bereits vor der Manifestation einer solchen Erkrankung erreichen, sind daher unerlässlich. Dazu kommt, dass Jugendliche sich seltener professionelle Hilfe suchen als Er-

ProHEAD Programme

	Wohlbefinden stärken
	Problematisches Essverhalten reduzieren
	Depressive Symptome verringern
	Risikanten Alkoholkonsum vermeiden
	Suche nach professioneller Hilfe unterstützen

Abb. 4: ProHEAD-Programme



wachsene. Jugendliche wenden sich bevorzugt an Gleichaltrige oder suchen im Internet nach Antworten, die ihnen vertrauenswürdig erscheinen. Die meisten Internetangebote sind jedoch nicht ausreichend wissenschaftlich fundiert und der Inhalt solcher Online-Angebote ist häufig wenig kontrolliert.

Das Potenzial von Online-Angeboten zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung wird seit vielen Jahren diskutiert. In der jetzigen Situation wird ihre Bedeutung in besonderer Weise sichtbar. Die multizentrische, durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanzierte, schulbasierte ProHEAD-Studie (Promoting Help-seeking using E-Technology for Adolescents; siehe Abb. 3) bietet einige präventiv ausgerichtete Online-Programme an, die sich speziell mit der Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen befassen.

ProHEAD – eine internetbasierte Studie zur Förderung der psychischen Gesundheit

ProHEAD, das unter der Leitung des Universitätsklinikums Heidelberg und in Kooperation mit den Standorten Leipzig, Mannheim, Hamburg, Schwäbisch Gmünd und Marburg durchgeführt wird, ist ein bundesweites Forschungsprojekt, das 12- bis 18-jährigen Schülerinnen und Schülern Online-Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit anbietet (siehe Abb. 3). Ziel der Studie ist die Förderung der psychischen Gesundheit sowie die Verbesserung des Hilfesuchverhaltens von Kindern und Jugendlichen. Zudem bietet ProHEAD den Schülerinnen und Schülern Unterstützung bei der Suche nach professioneller Hilfe an [16, 17, 18, 19, 20].

Aktuell wurde bereits 5.200 Schüler aus über 100 Schulen im Rahmen von ProHEAD eine auf sie individuell angepasste Online-Intervention angeboten. Die Teilnahme an den jeweiligen Online-Angeboten ist im Rahmen der Studie für teilnehmende Schüler kostenlos, die Interventionen sind jederzeit für sie zugänglich. Perspektivisch soll ProHEAD in der Studienphase etwa 15.000 Jugendliche aus ganz Deutschland erreichen und stellt damit die bislang größte Studie zu

E-Mental-Health-Angeboten für Kinder und Jugendliche in Deutschland dar. Gefördert wird das ProHEAD-Konsortium seit 2017 durch das BMBF. Interessierte Schulen können sich für die Teilnahme an ProHEAD bewerben, indem sie sich an ein Studienzentrum in ihrer Nähe wenden.

Ziel ist, dass Kinder und Jugendliche, die ProHEAD nutzen, lernen, wie sie ihr Wohlbefinden stärken und mit Stress besser umgehen können. Teilnehmenden, die bereits psychische Probleme haben oder bei denen ein erhöhtes Risiko vermutet wird, wird Hilfe angeboten. Sie erhalten gezielte Informationen zum Umgang mit depressiven Symptomen, problematischem Essverhalten oder riskantem Alkoholkonsum. Kinder und Jugendliche erfahren zudem, wie sie bei Problemen professionelle Ansprechpartner finden können (siehe Abb. 4).

Die ProHEAD-Interventionen können von PC, Laptop oder Smartphone aus genutzt werden und finden ausschließlich über das Internet statt. Online-Angebote wie diese bieten gerade in Zeiten der Pandemie einen entscheidenden Zugangsvorteil: Es werden Schüler/-innen in einigen der Programme deutschlandweit telefonisch, über E-Mail und Chat sowie weiteren Online-Angeboten erreicht.

Besonders in Zeiten von Physical Distancing und Homeschooling spielt das Internet eine bedeutende Rolle für die Kommunikation der Jugendlichen untereinander, aber auch für schulische Angelegenheiten sowie für die Nutzung professioneller Angebote. Online-Angebote sollten zukünftig vermehrt in den Fokus gerückt und ausgebaut werden. Gäbe es Initiativen wie ProHEAD bereits flächendeckend, könnte vielen Jugendlichen auch in der jetzigen Situation unkompliziert bedarfsgerechte Unterstützung angeboten werden.

Nutzung von ProHEAD in der Covid-19-Pandemie

Obwohl ProHEAD aufgrund der Schulschließungen im März 2020 die Rekrutierung bis heute pausieren musste, konnten viele bis dato eingeschlossene Studienteilnehmende in der Phase des Lockdowns unterstützt werden. ProHEAD registrierte

unmittelbar nach den Schulschließungen eine deutliche Zunahme der Nutzung der Online-Angebote im Vergleich zu den Wochen davor. Junge Menschen mit ernsthaften psychischen Problemen nahmen häufiger an den Monitoringbefragungen teil und zeigten einen regen Austausch von Nachrichten und Chats mit professionellen Beraterinnen und Beratern. Die ProHEAD-Online-Programme, die sich mit der Prävention von Essstörungen, depressiven Symptomen und riskantem Alkoholkonsum befassen, verzeichneten ebenfalls einen kurzfristigen Anstieg in der Nutzung.

Relevanz von E-Mental-Health-Angeboten bleibt auch nach der Pandemie bestehen

Es ist davon auszugehen, dass auch nach Lockerungen der Ausgangsbeschränkungen und Kontaktregelungen sowie durch die langsame Öffnung der Schulen E-Mental-Health-Angebote wie ProHEAD nicht an Bedeutung verlieren werden. Insbesondere Kinder und Jugendliche empfinden häufig Barrieren, ausgelöst durch Stigmata, Vorurteile, Scham oder Skepsis, wenn es um die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Problemen geht. Häufig suchen sie Hilfe im Internet und tauschen sich dort mit anderen Betroffenen aus.

Nicht nur in Zeiten der Pandemie gewinnen digitale Kommunikation und Vernetzung für Kinder und Jugendliche, aber auch in der Gesellschaft allgemein immer mehr an Bedeutung. Ausgehend von der Bedeutung des Internets unter Jugendlichen scheinen E-Mental-Health-Angebote zur Verbesserung des Hilfesuchverhaltens bei psychischen Problemen, insbesondere für diese Altersgruppe, vielversprechend. Es bedarf aus diesem Grund einer langfristigen Finanzierung evidenzbasierter E-Mental-Health-Programme, um die entsprechende Infrastruktur weiter auszubauen und sichere, wirkungsvolle Online-Angebote flächendeckend verfügbar zu machen.

Zusammenfassung und Fazit

Die zur Verhinderung der Ausbreitung des Covid-19-Virus erlassenen Ausgangsbeschränkungen und Kontaktverbote sowie

die damit einhergehenden Schließungen von Kindergärten, Kindertagesstätten, Schulen, Nachmittagsbetreuungen und Sportstätten stellt Familien und insbesondere Kinder und Jugendliche vor besondere Herausforderungen, deren Auswirkungen zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vollumfänglich abzuschätzen sind.

Hilfreich ist eine angemessene, sachlich-unaufgeregte und altersentsprechende Information der Kinder zum Sinn der nötigen Maßnahmen, eine feste Tagesstruktur mit Lern- und Spieleinheiten, Bewegung an der frischen Luft und sportlicher Betätigung und auch Halten von Kontakt zu Familienangehörigen (z. B. Großeltern), aber auch weiteren wichtigen Bezugspersonen und Freunden des Kindes über Kommunikationswege wie Telefon, Briefe/Postkarten, E-Mail oder Videokonferenz.

Um das Risiko für psychische Erkrankungen zu reduzieren und bei bereits vorhandenen psychischen Problemen unkompliziert Unterstützung anzubieten, können ab dem Jugendalter E-Mental-Health-Angebote eingesetzt werden. Diese sollten in Hinblick auf Inhalt, Durchführung, Evaluation und Datenschutz bestimmte Qualitätskriterien erfüllen [21]. Um niedrigschwellige Angebote zu schaffen, die Kinder und Jugendliche ansprechen, ist eine ausreichende Finanzierung solcher Initiativen und v.a. deren wissenschaftliche Evaluation dringend notwendig. Neben der Forschung zu medizinisch-internistischen Fragestellungen im Kontext der Covid-19-Pandemie sollte daher auch die Forschung zu psychischen Folgen und psychosozialen Belastungen von Kindern und Jugendlichen sowie den Möglichkeiten der Prävention und Frühintervention dringend ausgeweitet werden. Es ist schon jetzt sicher davon auszugehen, dass auch nach Aufhebung der Ausgangsbeschränkungen und der Rückkehr zum (Regel-)Schulbetrieb evaluierte E-Mental-Health-Angebote und auch die Evaluation neuer Online-Angebote wie ProHEAD für Jugendliche wichtig bleiben und auch in Zukunft niedrigschwellige digitale Kommunikation und Vernetzung in allen Lebenslagen von großer Bedeutung sein werden. Gäbe es den Effektivitätsnachweis der ProHEAD-Studie bereits, hätten die Angebote schon jetzt flächendeckend eingesetzt und viele

Jugendliche in dieser schwierigen Zeit begleitet und unterstützt werden können.

Es bleibt zu hoffen, dass nicht nur die Gesellschaft, sondern auch die Politik und die Wissenschaft Rückschlüsse aus der Pandemie ziehen und die Erforschung solcher Angebote in Zukunft weiter unterstützen. Die Förderung qualitativ hochwertiger Studien, die evidenzbasierte Interventionen und praktikable und finanzierbare Modelle für die Integration von digitalen und konventionellen Versorgungsangeboten beinhalten, scheint unumgänglich.

Ansprechpartner für die Autoren:

Alisa Hiery (Foto) – Psychologin (M. Sc.) und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der BMBF-Multicenterstudie ProHEAD an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Medizin.



E-Mail: alisa.hiery@uk-gm.de

Dr. biol. hum. Sabrina Bonnett – Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Koordinatorin der BMBF-Multicenterstudie ProHEAD an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Heidelberg

PD Dr. rer. soc. Stephanie Bauer – Forschungsstelle für Psychotherapie Heidelberg, PI Subprojekt „Prävention von Essstörungen“

PD Dr. phil. Markus Moessner – Forschungsstelle für Psychotherapie Heidelberg, Technikentwicklung

Prof. Dr. med. Rainer Thomasius – Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ), PI Subprojekt „Prävention von riskantem Alkoholkonsum“

Prof. Dr. med. Christine Rummel-Kluge – Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, PI Subprojekt „Prävention von Depression“

Prof. Dr. phil. habil. Heike Eschenbeck – Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd, Pädagogische Psychologie und Gesundheitspsychologie, PI Subprojekt „Wohlbefinden stärken“

Prof. Dr. sc. hum. Hans Joachim Salize – Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, AG Versorgungsforschung, PI Querschnittsprojekt: Kosten-Nutzen-Analyse aller Programme

Prof. Dr. med. Michael Kaess – Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Heidelberg, Koordinator des ProHEAD-Forschungsverbunds, PI Subprojekt „Unterstützung bei der Suche nach professioneller Hilfe“; Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Bern, Schweiz

Prof. Dr. med. Katja Becker – Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachbereich Medizin, Philipps-Universität Marburg; Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Marburg; Principal Investigator (PI) ProHEAD am Standort Marburg

Das ProHEAD Konsortium

Prof. Dr. rer. nat. Katja Bertsch, Prof. Dr. med. Romuald Brunner, Johannes Feldhege, Dr. phil. Christina Gallinat, PD Dr. sc. hum. Julian Koenig, Sophia Lustig, Peter Parzer, Johanna Sander (Universitätsklinikum Heidelberg), Dr. phil. Silke Diestelkamp, Anna-Lena Schulz, Kristina Wille (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), Dr. rer. nat. Sabrina Baldofski, Dr. phil. Elisabeth Kohls, Lina-Jolien Peter, Mandy Rogalla, Sarah-Lena Klemm (Universitätsklinikum Leipzig), Vera Gillé, Dr. phil. Hanna Hofmann, Laya Lehner (Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd), Dr. phil. Elke Voss (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim), Dr. med. Steffen Luntz (KKS Heidelberg)

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

Literatur zum Artikel:

Stark durch die Krise: Möglichkeiten der (Online-) Unterstützung von Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie

von Alisa Hiery, Dr. biol. hum. Sabrina Bonnet, PD Dr. rer. soc. Stephanie Bauer, PD Dr. phil. Markus Moessner, Prof. Dr. med. Rainer Thomasius, Prof. Dr. med. Christine Rummel-Kluge, Prof. Dr. phil. habil. Heike Eschenbeck, Prof. Dr. sc. hum. Hans-Joachim Salize, Prof. Dr. med. Michael Kaess, Prof. Dr. med. Katja Becker & ProHEAD- Konsortium

- [1] Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T. & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Mental Health Monitoring*, 3(3), 37–45
- [2] Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(5–6), 784–793.
- [3] Freitag, C. M. (2017). Grundlagen der Diagnostik und Therapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Hessisches Ärzteblatt*, 3, 102–110.
- [4] Zielasek, J. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2020). Covid-19-Pandemie. Psychische Störungen werden zunehmen. *Deutsches Ärzteblatt*, 117(21), 938–940.
- [5] Giffey, F. (2020). Coronakrise könnte mehr häusliche Gewalt zur Folge haben [Pressemeldung vom 24.03.2020]. Abgerufen am 24.05.2020 unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111290/Giffey-Coronakrise-koenntemehr-haeusliche-Gewalt-zur-Folge-haben>
- [6] UNICEF (2020). Höhere Risiken für Kinder wegen Maßnahmen zur Eindämmung des Coronavirus [Pressemeldung vom 23.03.2020]. Abgerufen am 24.05.2020 unter: <https://www.unicef.de/informieren/aktuelles/presse/2020/risiken-fuer-kinder-bei-eindaemmung-des-coronavirus/213060>
- [7] Rörig, J.-W. (2020). Missbrauchsbeauftragter warnt vor „Öffnungseuphorie“, [Pressemitteilung vom 04.05.2020]. Abgerufen am 24.05.2020 unter: <https://beauftragter-missbrauch.de/presse-service/pressemitteilungen/detail/missbrauchsbeauftragter-warnt-vor-oeffnungseuphorie>
- [8] Fegert, J. M., Clemens, V., Berthold, O. & Kölch, M. (2020) Kinderschutz ist systemrelevant. *Deutsches Ärzteblatt*, 117 (14), A 703–6.
- [9] Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912–20
- [10] Sanders, M. R., Cann, W. & Markie-Dadds, C. (2003). The Triple P-Positive Parenting Programme: an universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*, 12(3), 155–171.
- [11] Döpfner, M. & Schürmann, S. (2016). ADHS-Elterntainer. Abgerufen am 24.05.2020 unter: <https://adhs.aok.de/>
- [12] Döpfner, M. (2017) ADHS- Kids. 1. Auflage. Abgerufen am 24.05.2020 unter: https://www.beltz.de/fachmedien/psychologie/buecher/produkt_produktdetails/33983-adhs_kids.html
- [13] Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2019). App-unterstützte Therapie-Arbeit für Kinder (AUTHARK). Version 1.0. Abgerufen am 24.05.2020 unter: <http://www.authark-app.de>
- [14] Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2016). Soziales computerunterstütztes Training für Kinder mit aggressivem Verhalten (ScouT). Göttingen: Hogrefe.
- [15] Becker, K. & Freitag, C. (2019). Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter und deren Behandlung. *Hessisches Ärzteblatt*, 7/8, 437–441.
- [16] Kaess, M., Ritter, S., Lustig, S., Bauer, S., Becker, K., Eschenbeck, H., Moessner, M., Rummel-Kluge, C., Salize, H.J., Thomasius, R., Resch, F., Koenig, J. & the ProHEAD Consortium (2019). Promoting Help-Seeking using E-technology for Adolescents with mental health problems: study protocol for a randomized controlled trial within the ProHEAD Consortium. *Trials*, 20, 94.
- [17] Bauer, S., Bilic, S., Reetz, C., Ozer, F., Becker, K., Eschenbeck, H. Kaess, M.,

- Rummel-Kluge, C., Salize, H.J., Diestelkamp, S., Moessner, M. & the ProHEAD Consortium (2019). Efficacy and cost-effectiveness of Internet-based selective eating disorder prevention: study protocol for a randomized controlled trial within the ProHEAD Consortium. *Trials*, 20, 91.
- [18] Baldofski, S., Kohls, E., Bauer, S., Becker, K., Bilic, S., Eschenbeck, H., Kaess, M., Moessner, M., Diestelkamp, S., Salize, H. J., Voß, E. & Rummel-Kluge, C. (2019). Efficacy and cost-effectiveness of two online interventions for children and adolescents at risk for depression (E.motion trial): study protocol for a randomized controlled trial within the ProHEAD consortium (2019). *Trials*, 20, 53.
- [19] Diestelkamp, S., Wartberg, L., Kaess, M., Bauer, S., Rummel-Kluge, C., Becker, K., Eschenbeck, H., Salize, H. J., Moessner, M., Baldus, C., Arnaud, N., Thomasius, R. & ProHEAD consortium. (2019). Effectiveness of a web-based screening and brief intervention with weekly text-message-initiated individualised prompts for reducing risky alcohol use among teenagers: study protocol of a randomised controlled trial. *Trials*, 20, 73.
- [20] Eschenbeck, H., Lehner, L., Hofmann, H., Bauer, S., Becker, K., Diestelkamp, S., Kaess, M., Moessner, M., Rummel-Kluge, C., Salize, H.-J. & ProHEAD consortium. (2019). School-based mental health promotion in adolescents with StresSOS using online or face-to-face interventions: study protocol for a randomized controlled trial within the ProHEAD Consortium (2019). *Trials*, 20, 64.
- [21] Klein, P. J., Knaevelsrud, C., Bohus, M., Ebert, D. D., Gerlinger, G., Günther, K., Jacobi, C., Löbner, M., Riedel-Heller, S. G., Sander, J., Sprick, U., Hauth, I. (2018). Internetbasierte Selbstmanagementinterventionen: Qualitätskriterien für ihren Einsatz in Prävention und Behandlung psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 89 (11), 1277–1286.



Fotos: © KST

Das Foto zeigt einen Klienten, der gerade an einer Online-Therapiesitzung teilnimmt.

Einleitung

Das Institut der Kasseler Stottertherapie (kurz: KST) in Bad Emstal führt seit 25 Jahren für alle Altersgruppen Stottertherapien durch. Dabei ist die Wirksamkeit des Behandlungskonzeptes in mehreren, teilweise international publizierten Studien nachgewiesen worden, was zu einer starken Empfehlung in den medizinischen S3-Leitlinien „Redeflussstörungen“ geführt hat.

Über 3.000 Klienten haben mittlerweile die Therapie durchlaufen, die in der Regel auf Basis von Selektivverträgen von den Krankenkassen bezahlt wird. Neben der Präsenztherapie wird vor allem in der Altersgruppe der Jugendlichen und Erwachsenen die Therapie seit 2014 zunehmend online durchgeführt, was jetzt durch die Corona-Pandemie auch für Kinder von 6–9 Jahren (Franka-Konzept) und 9–12 Jahren eingerichtet wurde.

Effektivität der Online-Therapie in einer Vergleichsstudie belegt

Die Daten einer gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse durchgeführten zweijährigen Interventionsstudie belegen: Online durchgeführte Stottertherapien reduzieren die objektiven und subjektiven Symptome des Stotterns ebenso signifikant wie eine vergleichbare Präsenztherapie. Große Flexibilität der Krankenkassen nicht nur im Zeichen der Corona-Pandemie: Bereits seit Herbst 2019 wird das durch die Techniker Krankenkasse und das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) ermöglichte Projekt „FRANKINI“ für 3- bis 6-jährige stotternde Kinder durchgeführt. Dabei werden unter anderem Eltern online zu Experten in Sachen Stottern und zu Co-Therapeuten ihrer Kinder ausgebildet. Diese Online-Ausbildung der Eltern und die mit ihr verbundenen technischen Lösungen sind ne-

ben der Erfahrung von ca. 20.000 Stunden Online-Behandlung eine der Grundlagen für die aktuelle Verlagerung aller Therapien inklusive der Kinderbehandlungen der KST ins Internet. Nur so können die Therapien fortgesetzt werden. Fast alle Krankenkassen unterstützen das flexibel gestaltete Therapieangebot bis auf Weiteres, abhängig von dem Stand der Corona-Pandemie.

Über die eigene Plattform „freach“ ist auch Gruppentherapie möglich

Dr. med. Alexander Wolff von Gudenberg, Facharzt für Allgemeinmedizin, Stimm- und Sprachstörungen und ärztlicher Leiter des Institutes, erklärt das Besondere an diesem Schritt: „Wir haben alle Inhalte und Kursziele der Behandlungskonzepte komplett in den virtuellen Therapieraum übertragen – entsprechend altersgerecht für die jeweilige Klientengruppe. Das Besondere dabei ist, dass unsere eigene Plattform ‚freach‘ es ermöglicht, wesentliche Therapieschritte analog zur Präsenztherapie auch in der Gruppe absolvieren zu können. Besonders positiv ist, dass sich dabei ein vergleichbares Gemeinschaftsgefühl entwickelt, wie es auch in den Präsenztherapien entsteht. Auf diese Weise können Kinder und Erwachsene, die keine Therapiepause machen möchten, die erzwungenen ‚Corona-Ferien‘ für das intensive Sprechtraining nutzen. Dabei können die Betroffenen auch direkte Unterstützung durch ihre Familie vor Ort erhalten, die zum Teil in die Therapie einbezogen ist“.

Fazit nach zehn Wochen Online-Therapie und Perspektiven

Die entscheidende Frage ist, wie es nach der Coronakrise mit der gerade ermöglichten online durchgeführten ambulanten Sprechtherapie nicht nur für die KST,

sondern auch für Sprachtherapeuten generell weitergehen wird. Die KST kann anhand einer Machbarkeitsstudie und des bisher positiven Klientenfeedbacks die Effektivität der neu durchgeführten Online-Therapie für Kinder belegen. Nach bald zehn Wochen durchgehender Online-Therapie mit über 600 oft parallelen Sitzungen mit begleitender Datenerhebung erscheint im Kinderbereich von 6–9 und 9–12 Jahren eine „blended learning“-Variante der sinnvollste Ansatz zu sein. So lässt sich speziell die erste Phase des sprechmotorischen intensiven Übens online durchführen. Beim Übertrag in den Alltag, bei Transferübung in der Stadt sind aber Präsenzanteile unverzichtbar. Ob Sprechtherapie generell zukünftig verstärkt online durchgeführt werden wird, hängt maßgeblich davon ab, ob sich die niedergelassenen Therapeuten wirklich darauf einlassen und ob dauerhaft die rechtlichen Rahmenbedingungen etabliert werden. Um Online-Therapien auch in Gruppensitzungen fundiert durchführen zu können, ist eine leistungsfähige Plattform wie „freach“, eine Einweisung in die Handhabung dieser Plattform, aber auch in die Erstellung von speziellen Online-Therapiematerialien notwendig. Weiterhin ist das Know-how für die Durchführung eines vorangehenden Technikchecks bei den Klienten und die Organisation eines Supportes essenziell, um zuverlässig im virtuellen Raum arbeiten zu können. Ein breites, vielfältiges Know-how wird daher unverzichtbar sein.

**Dr. med. Wolff
von Gudenberg**
Kasseler
Stottertherapie
Feriendorfstraße 1,
34308 Bad Emstal
Fon: 05624 921-200

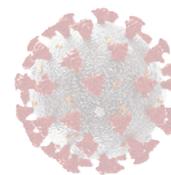


E-Mail: awvgudenberg@kasseler-stottertherapie.de



Foto: © Braniko Strat - stock.adobe.com

Wiesbaden, Monopteros auf dem Neroberg mit der Aussicht auf die Stadt.



Pandemie-Management in der Landeshauptstadt Wiesbaden

Ziel des Pandemie-Managements ist es, das medizinische Versorgungssystem und die lebensnotwendigen Versorgungsstrukturen für die Menschen im Land aufrechtzuerhalten. Alle Maßnahmen werden darauf abgestimmt.

Die Leiterin des Gesundheitsamtes Wiesbaden, Dr. med. Kaschlin Butt, gibt einen Überblick, wie die Landeshauptstadt Wiesbaden für das Pandemie-Management Regeln aufgestellt und wie die neuen Aufgaben zusammen mit den zahlreichen Ämtern und Institutionen sowie im Gesundheitsamt selbst gestaltet wurden. In einer Grafik (nur in der Online-Ausgabe 7/8 2020) wird dies zusätzlich veranschaulicht.

Pandemiemanagement

Da eine Pandemie nahezu alle Bereiche des öffentlichen Lebens erfasst, sind umfangreiche Regelungen notwendig. Mit diesem Ziel, die Pandemie bestmöglich zu bewältigen, hat die Landeshauptstadt Wiesbaden Anfang März einen Verwaltungsstab eingesetzt. Seitdem beschließt dieser täglich, auch an den Wochenenden und Feiertagen, vielseitige Maßnahmen auf der Grundlage der Verordnungen des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration (HMSI) und trifft darüber hinausgehende eigene Verfügungen und Regelungen. Dem Verwaltungsstab gehören Oberbürgermeister Gert-Uwe Mende und Bürgermeister Dr. Oliver Franz sowie die mit der Umsetzung der Maßnahmen befassten Ämter und Organisationen (Gesundheitsamt, Ordnungsamt, Rechtsamt, Feuerwehr, Rettungsdienst, Personalamt, Sozialamt, Landespolizei) an. Auch werden die Änderungen zu den Verordnungen zur Bekämpfung des Coronavirus, die in wöchentlichen Telefonschaltkonferenzen mit dem HMSI, dem Städte- und Landkreistag sowie der Landesregierung kommuniziert werden, im Verwaltungs-

stab abgestimmt. Bis zu 20 Personen sind dafür in den vergangenen drei Monaten täglich im Rathaus und in virtuellen Sitzungen zusammengekommen.

Übergreifende Zusammenarbeit

Mit der Verwaltungsabteilung des Gesundheitsamtes erfolgten die Koordination im Verwaltungsstab sowie die kurzfristig notwendige Intensivierung der Personalgewinnung in Zusammenarbeit mit den städtischen Ämtern. Mit der tatkräftigen Unterstützung des Rechtsamtes bei komplexen rechtlichen Fragestellungen wurden etwa Allgemeinverfügungen und die schriftlichen Anordnungen zu häuslichen Absonderungen erarbeitet.

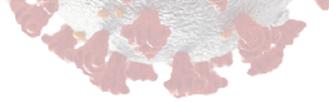
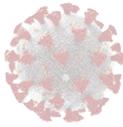
Die Datenerfassung und Weitergabe notwendiger Informationen im Rahmen des Pandemie-Managements, die weit über die bis dahin gängige Übermittlung an das Robert Koch-Institut (RKI) und das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) hinausgehen, mussten mithilfe der städtischen IT erfasst und bearbeitet werden. Regelungen für die schriftliche Erteilung von sanktionierenden Bescheiden, die Weiterleitung von Anträgen auf Verdienstaufschlag und Schadensersatzansprüchen sowie Klagen gegen die Restriktionen müssen dabei auf der Grundlage der jeweils geltenden gesetzlichen Vorgaben abgestimmt werden.

Auch die Durchführung von Zwangsabsonderungen bei Quarantäneverweigerung stellt unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor große Herausforderungen. Auf unsere Anordnung zur zwangsweisen Absonderung muss innerhalb von 24 Stunden ein Antrag bei Gericht folgen, um einen richterlichen Beschluss zur Fortführung der freiheitsentziehenden Maßnahme erwirken zu können. Voraussetzung dafür ist die Angabe einer geeigneten Einrichtung, die das Amt für Grundsi-

cherung und das Amt für Soziale Arbeit auf eine unkomplizierte und zügige Weise bereitgestellt haben. Außerdem übernehmen diese beiden Ämter auch die Versorgung und Verpflegung der vielen sich freiwillig in häuslicher Absonderung befindlichen Menschen, die sich nicht ausreichend selbst versorgen können. Eine enge Zusammenarbeit mit den städtischen Ämtern und auch der Landespolizei ist notwendig, um die vielfältigen Infektionsschutzmaßnahmen koordinieren und umsetzen zu können.

Neben den Arbeitsgruppen, die in der oben genannten Grafik (nur in der Online-Ausgabe 7/8 2020) aufgeführt sind, ist der Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen des übrigen medizinischen Versorgungssystems von zentraler Bedeutung. Zusammen mit dem Dezernat II des Bürgermeisters und Gesundheitsdezernenten hat das Gesundheitsamt in der AG Kliniken (in Kooperation mit den Klinikleitungen – unter Beteiligung des Rettungsdienstes, der Feuerwehr und den Vertretungen der niedergelassenen Ärzteschaft) in wöchentlichen Sitzungen die Vorbereitungen zur Sicherstellung der klinischen Versorgung abgestimmt. Diese Arbeit erstreckt sich mittlerweile auch auf die Landkreise Limburg-Weilburg und Rheingau-Taunus, die das HMSI dem Versorgungsgebiet 5 (Westhessen) der Landeshauptstadt Wiesbaden (LHW) zugeteilt hat.

Vielerlei Aufgaben sind damit nicht nur für das Gesundheitsamt neu und müssen in erheblichem Maße von der gesamten Stadtverwaltung koordiniert werden. Zahlreiche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben durch ihren Einsatz am Info-Telefon des Oberbürgermeisters geholfen, die vielfältigen telefonischen Anfragen, die unser Gesundheitsamt zusätzlich ab März regelrecht überflutet haben, zu beantworten. Auch an den Wochenenden und Feiertagen stehen viele Mitarbeiter



für Fragen zur Verfügung, sind für die Erfassung der Infektionen und für das Quarantäne-Management im Einsatz. Durch die Einrichtung von Homeoffice-Arbeitsplätzen können Mitarbeiter, die aufgrund des Arbeitsschutzgesetzes in der Pandemie nicht im Büro sein dürfen, zumindest teilweise weiter beschäftigt werden. Dadurch wird auch die umfangreiche Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Gesundheitsamtes zusammen mit dem Presseferat der LHW gewährleistet.

Aufgaben im Gesundheitsamt

Die Gesundheitsämter sind für die Erfassung und Unterbrechung von Infektionsketten und damit für die Eindämmung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten, die im Infektionsschutzgesetz (IfSG) geregelt sind, zuständig. Damit haben Gesundheitsämter und -behörden eine zentrale Bedeutung im Gesamtgeschehen der (Corona-)Pandemie.

Das IfSG legt fest, welche Krankheiten bei Verdacht, Erkrankung oder Tod sowie welche labordiagnostischen Nachweise von Erregern an die Gesundheitsämter gemeldet werden müssen. Das Gesetz bestimmt, welche Angaben von den Meldepflichtigen gemacht werden und welche dieser Angaben vom Gesundheitsamt an übergeordnete Organisationen übermittelt werden müssen. Es enthält zudem im Rahmen der Bekämpfung zur Ausbreitung von Infektionen zahlreiche Eingriffsmöglichkeiten und Beschränkungen der Grundrechte.

Die Verordnung über die Ausdehnung der Meldepflicht nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 und § 7 Abs. 1 Satz 1 im IfSG auf die Infektion und den Verdacht einer Erkrankung mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2, die am 1. Februar 2020 in Kraft trat, hat für die Gesundheitsämter zu einem enormen Anstieg von zu bearbeitenden Fällen und einer Ausweitung von Maßnahmen geführt. Eine Bündelung der Arbeitsleistung im Infektionsschutz und ein hoher Arbeitseinsatz zahlreicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind erforderlich, um die vielen Aufgaben, die das Gesundheitsamt im Rahmen der Pandemiebekämpfung übernimmt, zu erfüllen. Aufrechterhalten haben wir trotz der hohen Arbeitsbelastung die notwendige Be-

treuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst und das Frühe-Hilfen-Angebot. Zudem wurden die dringend notwendigen Aufgaben des Infektionsschutzes wie die Tuberkulose-Überwachung, die Trinkwasserhygiene und die Erfassung sämtlicher meldepflichtiger Erreger sichergestellt. Da das zur Pandemiebekämpfung nötige Personal im Gesundheitsamt, trotz der Bündelung im Infektionsschutz unter Aussetzung der kinder- und jugendärztlichen, zahnärztlichen und amtsärztlichen Tätigkeiten sowie der Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung, nicht ausreicht, sind weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Stadtverwaltung eingesetzt. Auch externe Fachkräfte unterstützen die Arbeit im Gesundheitsamt unkompliziert mit großer Tatkraft.

Im Rahmen der Pandemie ist es zu einer zentralen Aufgabe geworden, mit vielen Bürgerinnen und Bürgern sehr schnell in Kontakt zu kommen. Sobald der Nachweis eines SARS-CoV-2-Befundes eingeht, ist die betroffene Person unmittelbar zu informieren. Auch die Kontaktpersonen müssen umgehend ermittelt und die Quarantäne angeordnet werden. Mehrere tausend Menschen wurden bereits durch Mitarbeitende der Stadtverwaltung über die zumeist 14-tägige Quarantänezeit betreut. Die täglichen Anrufe sowie das Organisieren von Unterstützung und schneller medizinischer Hilfe, erfordern ein hohes Maß an Empathie.

Der Aufbau des Quarantäne-Managements stellte dabei eine völlig neue und umfangreiche Aufgabe für unser Gesundheitsamt dar. Dank des hohen Personaleinsatzes des Dezernates II des Bürgermeisters (dem das Gesundheitsamt zugeordnet ist) und mit tatkräftiger Unterstützung der Schulsozialarbeit und weiteren Mitarbeiter/-innen der Stadtverwaltung, konnte das Quarantäne-Management zügig aufgebaut und erfolgreich in das Gesundheitsamt integriert werden.

Der intensive Kontakt zu zahlreichen Bürgerinnen und Bürgern, der durch das Quarantäne-Management entsteht, wird von allen Mitarbeitenden als große Bereicherung empfunden, was sich wiederum positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirkt. Dies betrifft auch die Kernaufgaben des Infektionsschutzes, die im Rahmen der Pandemie die Erfassung von Infektionen

und die Nachverfolgung der Infektionsketten umfassen. Die SARS-CoV-2-Pandemie stellt hier eine besondere Herausforderung dar, da die Übertragung des Virus mit hoher Geschwindigkeit und häufig unmerkelt verläuft. Es war daher anfänglich fast unmöglich, dieser Arbeit gerecht zu werden. Erst im Laufe der Zeit haben sich alle Beteiligten – Ärzteschaft, Labore, Gesundheitsämter, Stadtverwaltung und Ministerien – für diese Aufgabe gut abstimmen können.

Die Restriktionen und die Etablierung von Hygienekonzepten haben dazu beigetragen, dass die Zahl der Nachverfolgungen von Kontaktpersonen für das Gesundheitsamt überschaubar geblieben ist. Die weitere Entwicklung der Pandemie lässt sich jedoch genauso schwer abschätzen, wie der zu ihrer Eindämmung nötige Personalbedarf. Eine wirkungsvolle Unterstützung bei der Nachverfolgungsarbeit leisten im Gesundheitsamt auch die Containment-Scouts des Bundesverwaltungsamtes (Ermittler von Kontaktpersonen).

Das Gesundheitsamt hat im Rahmen der Pandemie eine Reihe von sehr verantwortungsvollen Aufgaben zugewiesen bekommen. Viele Menschen haben unserer Behörde geholfen, diese Herausforderungen zu meistern. Die Mitarbeiter in der Bundesregierung und den Bundesministerien, den Landesregierungen und den Landesministerien, den Verwaltungen der Gebietskörperschaften – sie alle haben gemeinsam den Rahmen geschaffen, in dem die umfangreichen Infektionsschutzmaßnahmen realisiert werden konnten. Für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen sind jedoch jene vielen Menschen von zentraler Bedeutung, die unseren Vorgaben und Anordnungen Folge leisten. Nur durch ihre Mitwirkung ist ein Gelingen unserer Arbeit möglich.

**Dr. med.
Kaschlin Butt**

Leiterin des
Gesundheitsamtes
Wiesbaden

E-Mail: gesundheitsamt@wiesbaden.de



Foto: Jörg Ladwig

Grafik zum Artikel:

Pandemie-Management in der Landeshauptstadt Wiesbaden

von Dr. med. Kaschlin Butt



Die mobile Corona Test Task Force des Deutschen Roten Kreuzes in Frankfurt

Ein Verfahren zur Clustertestung auf SARS-CoV-2



Bus Außenansicht

Nachdem wir in Norditalien und Madrid Anfang März 2020 sehen konnten, welche dramatischen und das gesamte gesellschaftliche Funktionieren gefährdenden Ausmaße die Pandemie mit SARS-CoV-2 nehmen kann, wurden zum 9. März durch die Bundesregierung weitreichende Maßnahmen zur Infektionskontrolle beschlossen. Auch in den Bundesländern und Kommunen wurden Stäbe eingerichtet, um schnell und gezielt agieren zu können.

Die schnelle und umfassende Kenntnis über eine Gesamtsituation wird in Stäben (Einsatz-, Verwaltungs-, Krisenstab) mit dem Begriff „Lage“ belegt. Alle entsprechenden Vorschriften in der Bundesrepublik Deutschland heben die Bedeutung dadurch hervor, dass es sich um ein eigenes Sachgebiet handelt (S2).^[1]

Nach Auftreten von gehäuften Infektionen mit Übersterblichkeit in Einrichtungen der Altenpflege in Bayern und Hessen, analog zu Fällen in Madrid^[2], sah die Stadt Frankfurt am Main für sich die Notwendigkeit, möglichst schnell einen Überblick über die Situation in den Einrichtungen in Frankfurt am Main zu bekommen.

Bei 50 Einrichtungen mit insgesamt 8.000 Menschen (Bewohner und Personal) wur-

de zunächst der Bezirksverband Frankfurt am Main des Deutschen Roten Kreuzes mit der Entwicklung einer Corona Test Task Force (mCTTF) zur schnellen und sicheren Reihentestung beauftragt. Im Verlauf wurden die Kapazitäten durch die Einbindung des Arbeiter-Samariter-Bundes als zweiter Hilfsorganisation erweitert.

Die Anforderung bestand darin, mit geringstmöglichem Aufwand an Material (Schutzausrüstung), Personal und Zeit sicher zu dem gewünschten Überblick zu kommen. Sicher bedeutet hier vor allem, dass es absolut zu vermeiden galt, dass es zu einer Infektion von Personal kommt und, mehr noch, dass innerhalb einer Einrichtung kein Eintrag oder eine Verbreitung einer Infektion erfolgt.

Zur Durchführung wurde ein adaptier-

ter Linienbus eingesetzt, der durch Absenken der rechten Fahrzeugseite und das zusätzliche Aufklappen einer Rollstuhlrampe einen relativ barrierefreien Zugang bot. Bis auf die ersten beiden Reihen waren die Sitze ausgebaut.

Der Fahrerraum wurde mit einer Querstange und einem Kunststoffvorhang ebenso vom Testbereich abgegrenzt, wie der Heckbereich hinter dem Einstieg. Der Heckbereich konnte damit als Lager dienen. Unter anderem wurde ein Pavillonzelt mitgeführt, um ggf. einen Witterschutz vor dem Eingang aufstellen zu können. Der Bereich zwischen dem hinteren Einstieg und dem Fahrerraum wurde durch frei hängende Plexiglasscheiben (ca. 60 cm breit) abgetrennt.

Für die Durchführung von Abstrichen in den Einrichtungen wurden zusätzlich mobile Trennscheiben aus Plexiglas mitgeführt, die auf Tische gestellt werden konnten. Aufgrund der geringen Tiefe haben sich Festzelttische bewährt.

Neben der Arbeitskleidung (Einsatzkleidung) wurde zusätzlich eine persönliche Schutzausrüstung gestellt. Die Einsatz-



Bus Innenansicht

[1] Bundeswehr, Polizei, Feuerwehr, THW, DRK und die Hilfsorganisationen haben jeweils eine gleichlautende Dienstvorschrift 100 (Dv100) mit den Sachgebieten (S) 1 bis 6.

[2]. Rp-online / faz-net 20.03. Madrid; RP-online 22.03. Würzburg; HNA online 7.4. Treysa.

[3] www.uks.eu/corona; nejm (instagram) „How to obtain a nasopharyngeal swab specimen“.

Fotos: Dr. med. Matthias Bollinger



Mobile Trennwand

kleidung wurde täglich in der Unterkunft gewechselt und RKI-konform zentral gereinigt (Drittanbieter). Die persönliche Schutzausrüstung der Teams bestand aus Overall (KAT III, EN 14126), Einweg-Handschuhen, Schutzbrille oder Gesichtsschild und FFP2-Masken. Das Tragen der Schutzausrüstung bedingte die Notwendigkeit, alle zwei Stunden eine Pause von mindestens 30 Minuten einzulegen.

Umsetzung in der Praxis

Die Einrichtungen mussten bis zum Vorabend ihre Bewohner und Mitarbeiter auf einer webbasierten Plattform anmelden. Von uns wurden dadurch individuell vorausgefüllte Laboranforderungen gedruckt und mitgebracht. Durch Personal der Einrichtung (Personalabteilung/Pflegeleitung) wurden die Scheine persönlich zugeordnet.

Ablauf 1: Das Personal und die mobilen Bewohner ohne Quarantäne wurden im Bus abgestrichen. Markierungen auf dem Boden vor dem Bus stellten den Mindestabstand von 1,5 Metern sicher. Jede Probandin bzw. jeder Proband betrat einzeln mit ihrem bzw. seinem Laborschein in der Hand den Bus, bestätigte die Richtigkeit der angegebenen Daten und erhielt einen Abstrich. Erst nach dem Verlassen des Busses wurde der Abstrichbereich durch einen neuen Probanden betreten. Zwischen Probennehmer und Proband war die Plexiglaswand, hierdurch war der Sichtkontakt gegeben. Hinter dem pro-

benehmenden Arzt stand seitlich die 1. Assistenz, die den Probebehälter zur Aufnahme des Abstrichstäbchens hielt und mit der hinter ihr sitzenden 2. Assistenz die korrekte Markierung und Verpackung der Probe sicherstellte. Die probennehmende Person trug zwei Paar Handschuhe übereinander und wechselte das obere Paar nach jedem Abstrich.

Ablauf 2: Bei mobilitätseingeschränkten Bewohnern erfolgte teilweise die Durchführung auf der jeweiligen Wohntage. Durch die Einrichtung wurde ein Raum zur Verfügung gestellt, mit einer mobilen Plexiglasscheibe auf einem Tisch wurde eine Arbeitssituation analog der im Bus hergestellt.

Ablauf 3: Bei Bewohnern in Zimmerquarantäne oder mit völliger Immobilität erfolgten die Abstriche in ihren Zimmern. Die durchführende Kraft trug hierbei einen zusätzlichen Kittel (Besucherkittel) über dem Overall, der nach jedem Zimmer entsorgt wurde. Die 1. Assistenz trug ebenfalls einen zusätzlichen Kittel, dieser wurde bei Kontakt mit der Ärztin bzw. dem Arzt (Kontamination), spätestens beim Wechsel des Wohnbereiches, verworfen.

Abstrichtechnik: Zum Einsatz kamen Abstrichstäbchen mit Schwamm, die in ein flüssiges Medium gegeben wurden. Angestrebt war ein Abstrich des hinteren Rachenraumes durch beide Nasenlöcher. Modifikationen als Abstrich durch eine



Schutzkleidung

Nasenöffnung in Verbindung mit einem tiefen Abstrich durch den Mund waren möglich.^[3]

Die Proben wurden abends dem Labor zugeführt und dort weiterverarbeitet, die Befundübermittlung erfolgte als Einzelbefund auf gesichertem elektronischen Weg (Passwort). Nach Befundbeurteilung durch einen der Autoren (Kreisverbandsärzte) erfolgte sowohl die individuelle Mitteilung der Ergebnisse an die Probanden als auch an das Stadtgesundheitsamt (StGA). Auf Wunsch des StGA wurden die Angaben (positiv vs. negativ) um die differenzierte Ausweisung der verschiedenen Gen-Targets und jeweiligen CT-Werte erweitert bzw. ergänzt.

Ergebnisse: In der Zeit vom 7. bis 30. April 2020 wurden an 17 Tagen in 16 Einrichtungen 2846 Abstriche durchgeführt. Die Reihenfolge der Einrichtungen wurde durch das StGA Frankfurt am Main in eigener Bewertung festgelegt. Eine Einrichtung wurde dreimal, eine weitere zweimal angefahren. Bei fünf Einrichtungen waren im Vorhinein positive SARS-CoV-2-Fälle bzw. Erkrankungen an Covid-19 bekannt gewesen. 62 Abstriche waren positiv, dies entspricht aufgrund der Mehrfachuntersuchungen 45 Personen.

Mit Hilfe der durch zwei Leistungserbringer erhobenen Testergebnisse konnte durch die zuständige Instanz (Dezernat/StGA) die Beurteilung der Lage in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe erfolgen, einschließlich einer Bewertung der bisher eingeleiteten Maßnahmen (Betretungsverbote) und Hygienekonzepte.

Dr. med. Matthias Bollinger

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,

Frankfurt am Main,

sowie Deutsches Rotes Kreuz BV

Frankfurt am Main,

E-Mail: matthias.bollinger@drkfrankfurt.de

Dr. med. Michael Sroka

Facharzt für Anästhesie,

Frankfurt am Main

Die Autoren erklären, frei von einem Interessenkonflikt zu sein. Beide Autoren sind ehrenamtlich im DRK tätig und haben einen Sitz im Präsidium inne.

Palliativmedizin in Zeiten von Corona

Arbeitsalltag des Ambulanten Palliativteams am Klinikum Darmstadt



Kristina Meyer, Oberärztin und Ärztliche Teamleitung, mit Kathleen Förster, Koordinatorin und Pflege-Leitung (von links).

Die Corona-Pandemie hat anfangs auch die ambulante Palliativmedizin sehr durcheinander gewirbelt, berichtet Teamleiterin Kristina Meyer, die auch Oberärztin der Medizinischen Klinik V am Klinikum Darmstadt ist: „Als Palliativteam haben wir die Aufgabe, Menschen auf ihrer letzten Lebensstrecke zu begleiten. Menschen mit schweren, unheilbaren Erkrankungen, die ihren Weg bis zum Schluss selbstbestimmt und in Würde gehen möchten – ohne Angst, Luftnot oder Schmerzen. Die oft für sich beschlossen haben: ‚Nein, ich möchte nicht mehr ins Krankenhaus. Ich möchte auch nicht auf eine Intensivstation.‘ Gerade am Anfang der Pandemie gab es viel Unsicherheit und Ängste, denn alle unsere Patientinnen und Patienten gehören natürlich auch in die Risikogruppe. Viele fragten sich: ‚was passiert mit mir, wenn ich jetzt am Corona-Virus erkrankte? Muss ich dann ins Krankenhaus? Da bin ich doch dann ganz alleine...‘ Das Team von Koordinatorin Kathleen Förster, die die pflegerische Leitung hat, und mir kann Patienten in der Region Darmstadt und in den Landkreisen Groß-Gerau und Darmstadt-Dieburg begleiten. Wir als Team haben uns natürlich auch Gedanken gemacht: ‚Wie können wir unsere Patientinnen und Patienten weiterhin bestmöglich begleiten, ihnen die Angst nehmen? Wie können wir sie und uns vor Ansteckung schützen, um eine Ausbreitung des Virus zu vermeiden? Menschlichkeit

und Nähe gehören zu den Grundsätzen der Palliativmedizin. Eine Berührung kann einem Menschen in Not, einem trauernden Angehörigen helfen – wie aber soll das aus zwei Metern Entfernung gelingen?‘ Fragen über Fragen. Noch bevor die ersten Coronafälle in Darmstadt auftraten, hatten wir schon an einem Konzept gefeilt, wie wir mit der neuen Situation umgehen. Es wurde Schutzmaterial in ausreichender Menge organisiert, Hygienevorschriften nochmals angepasst und die technischen Möglichkeiten erweitert, um einen Dienst auch aus dem Homeoffice machen zu können. Die schnelle Umsetzung der Schutzmaßnahmen hat sich bewährt: Während es in Hessen zumindest ein Team gab, das aufgrund von Ausfällen in den eigenen Reihen plötzlich handlungsunfähig war, ist bei uns bislang niemand an Covid-19 erkrankt – weder im Team noch bei unseren Patientinnen und Patienten.

Wir stehen immer in einem engen persönlichen Kontakt mit den Menschen, die wir betreuen. Es werden regelmäßige Hausbesuche gemacht und Telefonate geführt, darüber hinaus sind wir in Krisensituationen rund um die Uhr erreichbar. Auch nachts und am Wochenende sind immer eine Pflegekraft und ein Arzt/eine Ärztin in Bereitschaft, die jederzeit losfahren können, wenn ein Hausbesuch nötig wird. Die Vorbereitungen auf die neue Infektionslage sind für uns alltagstauglich. Unsere tägliche Arbeit hat sich durch unsere Maßnahmen kaum verändert. Über eine elektronische Patientenakte haben wir mit un-

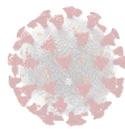
serer Dienstsoftware Zugriff auf alle wichtigen Informationen, können auch von unterwegs oder aus dem Homeoffice den Kontakt zu den Patientinnen und Patienten aufrechterhalten und Anfragen kompetent bearbeiten. Für viele unserer Patientinnen und Patienten sind diese Anrufe ein Lichtblick in der momentanen Isolation.

Hausbesuche in Krisensituationen, für entlastende Eingriffe vor Ort (zum Beispiel ultraschallgesteuerte Punktionen bei Dyspnoe durch Pleuraerguß oder Ascites) oder auch, wenn Menschen neu in die Versorgung aufgenommen werden, finden unter Berücksichtigung der Hygienevorschriften weiterhin statt. Und natürlich ist die ständige Ruf- und Einsatzbereitschaft für Menschen in unserer Versorgung garantiert. Selbst für den Fall, dass ein Mensch, der schwer an Covid-19 erkrankt, im häuslichen Umfeld bleiben und – so es denn sein muss – lieber dort als im Krankenhaus versterben möchte, sind wir gerüstet. Fieber, Luftnot und Angst bei Schwerstkranken und Sterbenden können zu Hause adäquat gelindert werden – auch in Corona-Zeiten. Auch von uns. Wenn uns die Hausärztin oder der Hausarzt zur Unterstützung anfordert, stehen wir gerne mit Rat und Tat zur Seite: sei es bei der Erstellung individueller Behandlungspläne, um Beschwerden bestmöglich zu lindern, bei der Organisation von Hilfsmitteln oder selbstverständlich als Ansprechpartner in Krisensituationen zu jeder Tages- und Nachtzeit. Angemessene Schutzkleidung ist hier selbstverständlich vorhanden.

Ambulantes Palliativteam am Klinikum Darmstadt

Das Ambulante Palliativteam des Klinikums Darmstadt besteht aus speziell weitergebildeten Fachärztinnen und -ärzten mit der Zusatzqualifikation Palliativmedizin, aus Fachpflegekräften mit der Zusatzqualifikation Palliative Care, Schmerz- und Wundmanagement und einer Sozialpädagogin. Jede/r Krankenversicherte hat einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(SAPV), wenn eine nicht heilbare, fortschreitende Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung vorliegt. Die SAPV wird vom Hausarzt verordnet und vom Patienten beantragt. Zusätzliche Kosten entstehen für Versicherte nicht. Das Ambulante Palliativteam des Klinikums Darmstadt ist zu erreichen: Fon: 06151 107-8100; E-Mail: palliativteam@mail.klinikum-darmstadt.de/.



Es sind schon besondere Umstände, unter denen wir momentan leben. Oft stellte unser Team den einzigen Kontakt zur Außenwelt dar. Hautnah erlebt man da die Ängste der Betroffenen und auch die Folgen der Quarantäne: Was es bedeutet, geliebte Menschen nur von weitem zu sehen oder gar einer Beerdigung fern bleiben zu müssen, da man selbst Risikoperson ist. Aber auch Positives durften wir erleben, wo je-

mand die lange vergessene Nähnadel wieder in die Hand nimmt und neue Freude darin findet, Masken für die Familie zu nähen. So versucht jede und jeder bestmöglich, mit der Situation fertig zu werden. Gespannt warten wir darauf, welche Veränderungen die nächsten Wochen mit sich bringen. Doch sind wir auch zuversichtlich, dass wir uns bestmöglich vorbereitet haben, Menschen, die uns anvertraut sind, zu

Hause, in Pflegeheimen oder im Hospiz so zu begleiten, dass sie ihren Weg selbstbestimmt und in Würde gehen können.“

Kristina Meyer
Klinikum Darmstadt

Der Text ist bereits auf der Website des Klinikum Darmstadt als Teil einer Reihe erschienen, abrufbar unter: klinikum-darmstadt.de/aktuelles/.

Ansichten und Einsichten

Schulaufgabe: Ein Schüler interviewt einen Arzt zur Covid-19-Pandemie

Arthur Dünzinger (bald 13), Gymnasiast der siebten Klasse, bekam im Rahmen des Geschichtsunterrichts die Aufgabe, ein Interview zum Thema Covid-19-Pandemie als zeitgenössisches Dokument zu erstellen. Die Fragen beantwortete Michael Andor, Allgemeinarzt aus Groß-Gerau und Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen.



Foto: Katarina Ivanisevic



Foto: privat

Michael Andor (l.) beantwortete die Fragen von Arthur Dünzinger, der im Juli 13 Jahre alt wird.

Finden Sie die Maßnahmen der Regierung angemessen?

Michael Andor: Nein. Man müsste die Mittel, die man hat, für den Schutz derjenigen Kranken einsetzen, die in erster Linie gefährdet sind. Die Krankheit ist offenbar nicht so bedrohlich wie anfangs angenommen bzw. befürchtet. Der Bauer muss säen und ernten können, das Leben geht weiter. Jetzt ist Zeit für Korrektur.

Was hätten Sie gemacht, wenn Sie die Maßnahmen entscheiden müssten?

Andor: Siehe oben. Altenheime und dort arbeitendes Personal konsequent abgeschirmt, von Anfang an mit Masken und Schutzkleidung ausreichend ausgestattet und insbesondere das Personal und die Besucher getestet.

Finden Sie, dass Kinder in der aktuellen Situation gerecht behandelt werden?

Andor: Nein. Die Altenheime muss man schützen und nicht die Schulen schließen. Statt die Ressourcen sinnvoll einzusetzen, werden diese verschwendet und die Kinder und Enkelkinder müssen für

die Irrtümer bezahlen. Es kann nicht angehen, dass diejenigen, die über all diese Dinge entscheiden, selbst keine Kinder haben.

Sollten die Schulen und Kindergärten Ihrer Meinung nach wieder aufmachen?

Andor: Ja.

Was ist Ihre Meinung zum Homeschooling?

Andor: Teuer, ineffektiv und sozial schädlich. Ich lehne Experimente zu Lasten und auf Kosten der Kinder ab.

Haben Sie Angst vor dem Virus?

Andor: Angst ist ein schlechter Ratgeber. Ich achte, wie immer, auf Hygiene, um gesund zu bleiben.

Ist das Virus Ihrer Meinung nach gefährlich?

Andor: Es ist offenbar etwas schlimmer als die Grippe oder Influenza, aber nicht so bedrohlich wie Pest oder Ebola.

Finden Sie die Grippe oder das Coronavirus schlimmer?

Andor: Das Coronavirus ist wahrscheinlich etwas schlimmer, sicher bewertbare Zahlen liegen leider noch nicht vor.

Halten Sie die Maskenpflicht und den Sicherheitsabstand für sinnvoll?

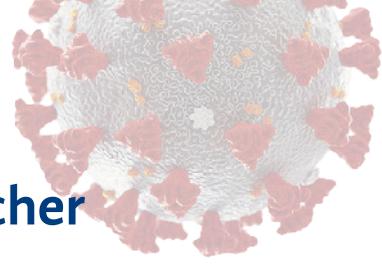
Andor: Bei Umgang mit besonders gefährdeten, alten und kranken Menschen ja, insbesondere bei kasernenähnlicher Unterbringung.

Halten Sie es für sinnvoll, Risikogruppen zum Friseur oder Einkaufen gehen zu lassen?

Andor: Ob Menschen, die einer Risikogruppe angehören, zum Friseur gehen oder einkaufen wollen, das müssen sie selber entscheiden und verantworten dürfen.

Interview: Arthur Dünzinger, Mainz

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



Frankfurter Ärztin bietet philippinischer Bergbevölkerung Sprechstunden an

Telemedizin ermöglicht den German Doctors Einsatz trotz Corona

Sechs Wochen war Dr. med. Gaby Knecht auf den Philippinen im Einsatz für die Organisation German Doctors. Wegen des Corona-Lockdowns musste ihr Nachfolger Mitte März überstürzt abreisen. Jetzt hält die Frankfurter Fachärztin für Innere Medizin und Infektiologie mit vier weiteren Kollegen täglich virtuelle Sprechstunden für Patienten in den Bergdörfern ab: eine aus der Not geborene Idee mit Ausbaupotenzial, meint die Ärztin.

Den Wunsch, für eine Nichtregierungsorganisation (NGO) zu arbeiten, hegte sie schon lange. Doch bei Ärzten ohne Grenzen hätte sie sich für ein Jahr verpflichten müssen, für einen Einsatz auf einem Flüchtlingsschiff mindestens für ein halbes Jahr. „Als selbstständige Geschäftsführerin einer großen Praxis kann man sich das nicht leisten“ (Knecht ist Geschäftsführerin am Infektiologikum Frankfurt). Die sechs Wochen für German Doctors im Januar/Februar hingegen ließen sich abwäcken. „Das ist ein Jahresurlaub, insofern ideal für mich.“

Die German Doctors kümmern sich auf der philippinischen Insel Mindoro um die indi-



Gesunde Kinder sah Dr. Gaby Knecht auch. Doch sie registrierte eine erstaunlich hohe Rate an Wirbelsäulentuberkulose.

gene Bevölkerung, die Mangyans. Es gibt ein Nord- und ein Südprojekt. Je ein Arzt beziehungsweise eine Ärztin mit einem Fahrer und drei Krankenschwestern fahren jeden Morgen in die Berge in jeweils unterschiedliche Dörfer. Viele der Menschen dort litten Anfang des Jahres unter Infekten der oberen Atemwege, da es in dieser Zeit noch sehr kühl ist. Zudem wird in den Hütten auf offenem Feuer gekocht. Häufig sind auch Hauterkrankungen – Pilzkrankungen, infizierte Wunden – sowie Tuberkulose. Die German Doctors diagnostizieren sie und überwachen die Therapie, sagt die Frankfurter Internistin. „Schockiert hat mich die hohe Rate an Wirbelsäulentuberkulose bei Kindern. Es zu erleben, wie lange es dauert, bis Eltern ihr eineinhalbjähriges Kind vom Berg ins Tal gebracht haben, es geröntgt ist, die Diagnose vom Radiologen vorliegt und das Kind dem staatlichen Tuberkuloseprogramm zugeführt werden kann, ist sehr schwer auszuhalten.“

Als Knecht von Deutschland aus auf die Philippinen aufbrach, dachte sie noch, die Aufregung um das neuartige Coronavirus gehe schnell vorbei. Das Gegenteil war der Fall: „Als ich zurückkam, mussten wir gleich hier in der Praxis reagieren. Wir ha-

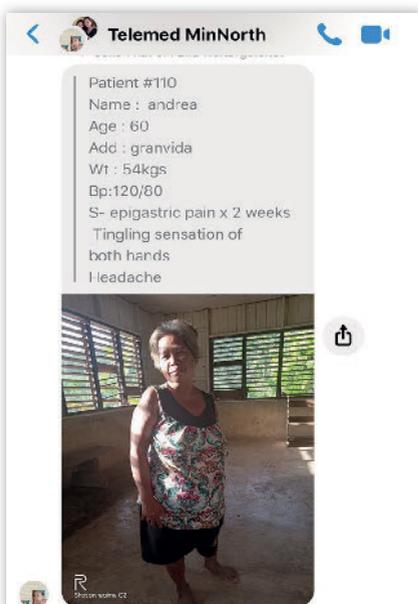
ben einen Testcontainer aufgestellt, um infektiöse Patienten zu separieren, mussten Schutzkleidung besorgen.“

Auch der Einsatz ihres Nachfolgers in Mindoro verlief nicht glatt. Nach knapp vier Wochen musste er abreisen. Die Versorgung mit Medikamenten ist gewährleistet. Antibiotika, Mittel für den Blutdruck, die



Infektionen der oberen Atemwege sind besonders häufig – schon bei den Kleinsten.

Schilddrüse oder Diabetes stellen German Doctors weiter. Auch Salben und Cremes. Die Tuberkulosemedikamente liefert die Regierung. „Das klappt im Moment auch gut“, sagt Knecht. Die für das Tuberkuloseprogramm zuständige Krankenschwester und die Pharmazieassistentin versuchen, die Sprechstunde aufrechtzuerhalten.



Auch in Abwesenheit der Ärzte führen die Teams weiterhin in die Berge, brachten Essen und Mundschutz mit, hielten Schulungen zu Hygiene und Händewaschen ab. „Aber keiner hat nach den akuten Erkrankungen geschaut.“ Nachdem klar wurde, dass der Lockdown länger dauert, fragten die beiden Teams in Mindoro die German Doctors, ob man eine Art virtuelle Sprechstunde aufbauen könne. „Wir haben alle sofort zugestimmt.“

Nach zwei, drei Wochen waren die Teams mit Smartphones ausgestattet. „Unten im flachen Land ist das Netz ganz gut.“ Jetzt fährt das Team in die Berge, versorgt die Chroniker mit Medikamenten und macht Fotos, schreibt Anamnesen auf, die Vitalparameter, warum der Patient sich bei der reduzierten Sprechstunde vorstellt. „So halten wir fünf Kollegen von Deutschland als Telemedizin-Messenger-Gruppe täg-



Ein Bild aus besseren Zeiten. Im Moment sind die Mangyans ohne German Doctors.

lich Sprechstunden für die indigene Bevölkerung ab.“ Für akute Fälle gibt es staatliche Health Center. „Die sind kompliziert, aber erreichbar.“ Ein aus der Not gebore-

nes Projekt, von dem sich lernen lässt: „Mit Telemedizin kann man die Kollegen vor Ort besser unterstützen“, sagt Knecht. So habe sich bei ihrem Einsatz gezeigt, dass sie als Internistin und Infektiologin dermatologische Defizite hat. Bei Unsicherheiten machte sie ein Foto und zog eine Hautärztin aus Frankfurt zu Rate. „Telemedizin nutzt bei solchen Einsätzen, um noch mehr interdisziplinär zu arbeiten.“ Auch in der Gemeinschaftspraxis in Frankfurt hat das Team in Coronazeiten Videosprechstunden angeboten, weil manche Patienten sich nicht getraut haben, aus dem Haus zu gehen oder öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. „Da sind viele Patienten noch skeptisch. Es gab auch viele, die fanden die Videosprechstunde besser als nur mit uns zu telefonieren.“

Jutta Rippegather

Leserbriefe

Leserbrief zu den beiden Beiträgen „Ansichten und Einsichten“ aus der Ausgabe 05/2020: „Corona und Medea“ von Dr. med. Wolf Andreas Fach (S. 280) sowie „Wo bleibt der gesunde Menschenverstand?“ von Dr. med. Dipl.-Chem Paul Otto Nowak (S. 281)

Es ist natürlich, dass Menschen Ängste entwickeln

In beiden Beiträgen zur Corona-Epidemie wird sich über die Verhaltensweise der Menschen, die mit der Pandemie/Epidemie jetzt konfrontiert sind, gewundert, respektive sogar mokiert – insbesondere bei dem Beitrag von Herrn Nowak. In unserer Umgangssprache kennen wir den Ausspruch „Angst ist kein guter Ratgeber“. Dennoch ist es nicht verwunderlich, dass Menschen massive Ängste entwickeln, wenn sie täglich mit Nachrichten konfrontiert werden, die Katastrophen ausmalen und Bilder enthalten, die gut in Katastrophenfilmen wie „Outbreak“ passen. Dies provoziert dann natürlich auch panische Reaktionen wie Hamsterkäufe, die nichts anderes bedeuten als Vorsorge für eine ungewisse Zukunft zu treffen – und nicht als Indiz für die Dummheit der Menschen zu deuten sind.

Zudem entstand auch der Eindruck, dass Kliniken sich ab Mitte März nur noch vorrangig um Coronapatienten kümmern mussten und der normale Routinebetrieb

in der Praxis und in der Klinik nur ein lästiges Anhängsel sei. Ein solches Signal setzte beispielsweise die Nachricht, dass Routineoperationen nicht mehr durchgeführt werden durften.

Eine nüchterne Analyse über die Corona-Berichterstattung in unseren Medien zeigt, dass diese Epidemie über 90 % der Nachrichten einnahm und immer noch einnimmt. Wie viel Corona-Spezial-Sendungen gab es in der ARD?

Verunsicherungen und Ängste werden hervorgerufen, wenn ich mit widersprüchlichen Aussagen innerhalb eines knappen Zeitraumes konfrontiert werde. Der Virologe Prof. Christian Drosten (Charité Berlin) sprach noch Ende Februar von einer Infektion ähnlich einer schweren Influenza (nachzulesen im Deutschen Ärzteblatt). Schlagartig wurden aber bald von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) und insbesondere von MdB Karl Lauterbach (SPD) apokalyptische Zustände skizziert. Vergessen wurde dabei die Grundlagenforschung.

Allein schon zum derzeitigen Zeitpunkt gibt es keine definitive Aussage über die Infektionswege: Tröpfcheninfektion, Übertragung über den Luftweg, Schmierinfektion über Gegenstände wie Supermarktware, Geldscheine (?) – wie Lidl an seinen Kassen mittels Aufkleber vermittelt.

Täglich änderten sich die Prognosen, sie wurden immer düsterer, und selbst die psychisch stabilsten Menschen konnten nicht umhin, auch Ängste zu entwickeln – Ängste, die nicht nur die eigene Gesundheit betrafen, sondern auch die eigene wirtschaftliche Situation.

Vergessen wurde insbesondere, dass der Mensch ein soziales Wesen ist, Videokonferenzen können keine sozialen Kontakte ersetzen. Der körperliche Kontakt ist für den Menschen, der ein Herdentier ist, essenziell lebensnotwendig, also nicht ersetzbar – insbesondere für den bemitleidenswerten Alten und Pflegeheimbewohner.

Dr. med. Jürgen Rabe
Heusenstamm

Best-Practice-Arbeits(zeit)modelle

Flexible Arbeitszeitmodelle werden immer wichtiger, nicht nur angesichts der aktuellen Lage. Auch schon in den Jahren davor zeichnet sich eine zunehmende Flexibilisierung ab. Wer bei der Dauer und Verteilung seiner Arbeitszeit mitbestimmen kann, arbeitet oft motivierter und damit auch produktiver. Insofern müssen Unternehmen Arbeitszeiten anbieten, die den Menschen eine individuelle Lebensgestaltung und größere Zeitautonomie ermöglichen.

Arbeitsverdichtung und Überlastung sind gerade in Kliniken oft an der Ta-



gesordnung. Aber es gibt sie – die positiven Gegenbeispiele: Best-Practice-Arbeits-(zeit)-modelle in Klinik und Praxis, die es Ärztinnen und Ärzten erlauben, Berufstätigkeit und Privatleben besser miteinander zu vereinbaren. Modelle, die Teilzeit oder flexible Arbeitszeiten ermöglichen und ausreichend Zeit für die Zuwendung zum Patienten bieten.

Wir stellen drei Beispiele vor:

Es berichten Ann-Christin Vielwerth (S. 418–419), Dr. med. Rainer Mathias Dunkel (S. 420–421) und Dr. med. Felix Hoffmann (S. 422).

„Es ist eine Investition in die Zukunft, wenn die Mitarbeiter positiv gestimmt sind“

Ann-Christin Vielwerth ist seit März 2018 Ärztin in Weiterbildung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Vitos Klinik Riedstadt. Sie ist zwischenzeitlich Mutter von Zwillingen geworden und berichtet über ein Arbeitszeitmodell, das ihr sowie ihren Kolleginnen und Kollegen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglicht: Bedingungen, die auch in der aktuellen Krisensituation auf die Mitarbeiterinnen angepasst werden.

Frau Vielwerth, was für ein Arbeitszeitmodell haben Sie und wie ist es dazu gekommen?

Ann-Christin Vielwerth: Begonnen habe ich im März 2018 in Vollzeit. Für mich war schon immer klar, dass ich nicht bis zum Facharzt warten möchte, bis ich Familie habe. Deshalb war mir bei der Wahl des Arbeitgebers wichtig, dass auf Vereinbarkeit von Beruf und Familie Wert gelegt und ein flexibles Arbeitszeitmodell ermöglicht wird. Bei meinen Kollegen konnte ich bereits sehen, dass genau dies möglich ist. Mit unserer Klinikdirektorin konnten sie individuelle Vereinbarungen treffen, je nachdem ob sie morgens z. B. noch Kinder in Betreuung geben mussten, al-



Ann-Christin Vielwerth, Ärztin in Weiterbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

leinerziehend waren oder noch Zeit für die Weiterbildung benötigten. Da wird wirklich viel möglich gemacht. Als ich dann in Mutterschutz und anschließender Elternzeit war, hatte ich währenddessen verschiedene Gespräche, in denen ich Wünsche bezüglich meines Wiedereinstieges äußern konnte. Ich kommunizierte, dass ich natürlich auf jeden Fall wiederkommen möchte, aber in Teilzeit, am

liebsten mit 60 Prozent. Ich musste meine Elternzeit dann auch nochmal um zwei Monate verlängern, weil wir erst später als geplant einen Betreuungsplatz bekamen. Auch das war vollkommen ok.

Vor Arbeitsbeginn teilte ich nach Rücksprache mit den Kollegen und Kolleginnen meiner zugeteilten Station unserer Klinikdirektorin die Arbeitszeiten so mit, wie ich sie mir vorstellte, und genau so wurde das dann auch akzeptiert. Ich arbeite seitdem montags und dienstags bis 14 Uhr, mittwochs bis 12 Uhr und donnerstags bis 16:30 Uhr. Freitags habe ich frei.

Da Elterntätigkeit ein essenzieller Bestandteil unserer Arbeit ist, ist es schon wichtig, dass man es zumindest einmal in der Woche möglich macht, auch am späten Nachmittag zu arbeiten, weil viele Elterngespräche eben dann stattfinden. Ich wechsle mich mit der Abholung unserer Kinder von der Kita mit meinem Mann ab. An meinem langen Tag übernimmt er die Kinder. Ich finde, es ist wichtig, einen Partner zu haben, der unterstützen kann.

Wie wird bei Ihnen mit dem Thema Überstunden umgegangen?

Vielwerth: Seit Herbst 2019 haben wir in der Klinik auch elektronische Zeiterfas-

sung. Das macht vieles einfacher, weil nun wirklich die tatsächliche Zeit auf der Arbeit erfasst wird. Nun haben wir den genauen Überblick über Plus-, aber auch Minusstunden, denn Überstunden kommen natürlich vor, können aber im Rahmen der Gleitzeit abgebaut werden. So kann man z. B. einen Gleittag beantragen oder man kommt mal später, wenn es z. B. mit den Kindern morgens wieder einmal länger dauern sollte. Gerade diese Option finde ich sehr gut, denn mit Zwillingen kann es morgens schon mal stressig werden. Hier wird den Mitarbeitern mit Kindern schon entgegengekommen. Es gab z. B. eine Kollegin, der es aufgrund der Kinderbetreuung und des Wohnortes nicht gelang, pünktlich um 8 Uhr in der Klinik zu sein. Um zu verhindern, dass sie deshalb die Klinik verlassen muss, wurde bereits vor Einführung der elektronischen Zeiterfassung und Gleitzeit gemeinsam mit der Klinikdirektorin ein individueller Plan entwickelt, der es ihr möglich machte, zu verschiedenen Zeiten ihre Arbeit zu beginnen und so Familie und Beruf unter einen Hut zu bringen.

Gibt es darüber hinaus noch weitere Möglichkeiten bei der Gestaltung der Arbeitszeit?

Vielwerth: Je nach Situation und momentaner Besetzung ist es auch möglich, dass man zeitweise Stunden reduziert. Das muss aber natürlich abgesprochen werden und hängt stark von der aktuellen Belegung ab. Wir haben z. B. Psychologen in Ausbildung oder kurz vor der Approbation, die sich vor ihrer Prüfung Lernzeit nehmen und danach dann die Stunden wieder aufstocken. Oder Ärzte in Weiterbildung, die kurz vor der Facharztprüfung stehen und hierfür extra Lernzeit benötigen. Unsere Klinikdirektorin vertritt die Devise, dass es eine Investition in die Zukunft ist, wenn die Mitarbeiter positiv gestimmt sind und man ihnen entgegenkommt. Das macht den Arbeitgeber attraktiv und sorgt für Mitarbeiterbindung. Sie bezeichnet unser Arbeitszeitmodell gerne als „Vorreitermodell“ und setzt sich auch vor der Personalabteilung für möglichst individuelle Modelle ihrer Mitarbei-

ter ein. Aus ihrer eigenen Weiterbildungszeit weiß sie nämlich noch, wie schwierig es sein kann, den Arbeitgeber von Teilzeitarbeit zu überzeugen.

Aber es scheint ja zu funktionieren, sonst würde sie das ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht möglich machen?

Vielwerth: Es funktioniert auf jeden Fall. Das elektronische Zeiterfassungssystem hat natürlich auch seine Schwächen, das kennt man ja. Da sollte man schon manchmal nachsehen, ob alles so korrekt ist oder etwas falsch erfasst wurde. Und dann gibt es noch verschiedene Rahmen- und Kernarbeitszeiten; wenn man diese nicht in vollem Umfang kennt, wundert man sich eventuell, warum man z. B. Minusstunden hat. Gerade die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein wunderbares Fach, mit dem Beruf und Familie vereinbar sind. In anderen Fachbereichen wie Chirurgie oder Innere sieht das oft ganz anders aus.

Gibt es Nachteile aus Ihrer Sicht?

Vielwerth: Wie wahrscheinlich in jedem anderen Fach auch stellen die Bereitschaftsdienste eine große Belastung dar. Das hängt jetzt nicht direkt mit diesem Arbeitszeitmodell zusammen. Es gibt einfach zu wenig Ärzte und zu viele Dienste, die gemacht werden müssen. Wenn das Team – wie bei uns – dann noch größtenteils aus Teilzeitkräften besteht, bleiben noch mehr Dienste übrig. Es wurden kürzlich aber auch neue Ärzte eingestellt und ich hoffe, dass sich die Situation dadurch demnächst entspannt. Die Vorteile des Teilzeitmodells überwiegen meiner Ansicht nach dennoch.

Nehmen denn sowohl Ärztinnen als auch Ärzte die Möglichkeit von Teilzeit wahr?

Vielwerth: Wir haben auch Männer in Teilzeit, aber generell ist bei uns der Frauenanteil höher. Wir haben einen Arzt in Teilzeit, der auch für ein Jahr Elternzeit genommen hatte.

In Zeiten von Corona: Wie hat sich die Arbeitssituation bei Ihnen verändert?

Vielwerth: Wir haben eine Station schließen müssen, unsere Tageskliniken sind

geschlossen und die ambulanten Termine wurden auf Telefontermine umgestellt. Das ist natürlich etwas ungewöhnlich, aber man arrangiert sich. Wir haben gefühlt auch mehr Notaufnahmen gehabt in jüngster Zeit. Für viele junge psychisch kranke Menschen bricht durch den Corona-Shutdown ihr soziales Netz weg, was ihnen zuvor Halt gegeben hat. Die Arbeit ist schon fast doppelt so viel geworden, denn man betreut die Patienten am Telefon, die sonst so kommen würden, hat aber gleichzeitig die Patienten auf Station. Dann werden alle Neuaufnahmen vor Betreten der Stationen in einem Sichtungszimmer auf Infektionszeichen untersucht und je nach Anamnese gegebenenfalls isoliert. Wir Ärzte in Weiterbildung teilen uns für diese Zusatzaufgabe täglich ein. Für viele Patienten ist es schwierig, mit den neuen Regelungen umzugehen, insbesondere das Besuchsverbot macht einigen zu schaffen.

Und wie ist es mit der Betreuung ihrer eigenen Kinder derzeit gestellt?

Vielwerth: In der Anfangszeit der „Corona-Krise“ hatte ich noch keinen Anspruch auf Notbetreuung, weil nur ich als systemrelevant eingestuft bin, mein Mann aber nicht. Die ersten Wochen mussten wir dann so managen, haben aus der Familie Hilfe erhalten und abwechselnd Urlaub genommen. Dann wurde die Notbetreuung zum Glück ausgeweitet. Meine zwei Kinder sind die einzigen in der Kita, die darauf Anspruch haben, aber dadurch dass sie zu zweit sind, klappt es erstaunlich gut. Aber wir haben auch Kollegen, bei denen es nicht ganz so einfach ist. Hierfür konnten aber auch wieder in Absprache mit den Kollegen Regelungen gefunden werden, beispielsweise kommt eine Kollegin statt um 8 Uhr jetzt immer schon um 7 Uhr und geht dafür eine Stunde früher, weil sie sich mit ihrem Mann die Kinderbetreuung teilt. Auch in dieser Situation werden die Vorteile dieses Arbeitszeitmodells ganz deutlich.

Interview: Maren Grikscheit

„Wir müssen lernen, uns zu entschleunigen“

Interview mit Dr. med. Rainer Mathias Dunkel

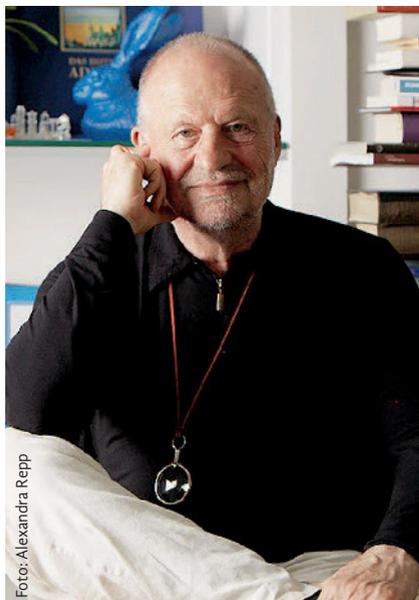


Foto: Alexandra Repp

Dr. med. Rainer Mathias Dunkel, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Im internationalen Vergleich arbeiten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland am meisten. Wie die Ergebnisse des International Health Policy (IHP) Survey von 2019 zeigen, sind 77,3 % der Ärzte hierzulande 45 Wochenstunden und mehr tätig. Dicht gefolgt von ihren französischen (72,9 %) und den norwegischen Kollegen (70,5 %). Am anderen Ende der Skala stehen Neuseeland (28,3 %) und Australien mit 30 %. Hat die Diskrepanz historische, kulturelle oder soziologische Gründe? Darüber spricht Dr. med. Rainer Mathias Dunkel, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, im Interview und rät zur Entschleunigung des Alltags.

Liegt dem ärztlichen Arbeitseifer in Deutschland möglicherweise ein protestantisches Arbeitsethos zugrunde?

Dr. med. R. Mathias Dunkel: Ganz genau. Es geht um die protestantische Ethik, die einst von Max Weber in seinem gleichnamigen Werk beschrieben wurde und sich besonders in Deutschland und der Schweiz manifestierte. Weber hatte unter anderem die Steuerunterlagen in Baden-

Württemberg untersucht und herausgefunden, dass das Steueraufkommen in protestantischen Gegenden besonders hoch war. Dort wurde ganz offensichtlich mehr als anderswo gearbeitet. Durch die Gegenreformation hat der Katholizismus allerdings schon früh aufgeholt.

Ein rigides Arbeitsethos ist jedoch nicht unbedingt ein deutsches, sondern vielmehr ein abendländisches Phänomen. Die Rückschau zeigt, dass Arbeit erst im 19. Jahrhundert „geadelt“ wurde. Seit der Antike war die Arbeit Sklaven und später Bauern und Arbeitern vorbehalten. Nachdem Marx in seinem Kommunistischen Manifest das Recht auf Arbeit postuliert hatte, kam es zu einem Quantensprung! Die nunmehr „geadelte“ Arbeit ergriff alle Schichten und Berufe, last but not least die Ärzte, die damit eine Aufwertung erfuhren. Mit zunehmender Professionalisierung des Arztberufs wurde die ärztliche Arbeit wertvoller, brachte Ansehen und Ehre – und wurde immer besser bezahlt.

Stehen Ehre und Bezahlung in konkretem Zusammenhang?

Dunkel: Das Wort Honorar geht auf honor, lateinisch für „Ehre“, zurück; je höher die Honorierung, umso höher die damit verbundene Ehre und desto höher der Ehrgeiz. Nebenbei gesagt: „Geiz“ gehörte früher übrigens zu den sieben Todsünden. Heute gilt der Ehrgeiz als Tugend, besonders auch im Arztberuf. Seit 1970 gibt es den Numerus Clausus in der Medizin. Ehrgeiz und Fleiß waren und sind bis heute wichtig, um zum Studium zugelassen zu werden und gute Arbeit zu leisten. Tiefenpsychologisch interpretiert haben viele Mediziner ein sehr strenges Gewissen. („Das Über-Ich, das Über-Ich, das kommt andauernd über mich!“) Der Arztberuf genießt hohes Ansehen. Auch die heutigen jungen Ärztinnen und Ärzte haben von vorneherein gelernt, gut Bescheid wissen zu müssen und ehrgeizig zu sein. Im Krankenhauswesen kommt es systemimmanent auf besondere Standfestigkeit und Leistung an.

Wie wirken sich der permanente Leistungsanspruch und Stress auf Ärztinnen und Ärzte aus?

Dunkel: Arbeitsverdichtung, Druck, fehlende Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben führen häufig zu Unzufriedenheit bis hin zu einem Gefühl des Ausgebranntseins. Gerade in der gegenwärtigen Corona-Pandemie merken wir, wie stark wir auf Arbeit fixiert sind. Dass viele Praxen und Kliniken in der Krise weniger Arbeit haben, ist eine neue Erfahrung. Wir müssen lernen, uns zu entschleunigen, ja sind jetzt dazu gezwungen. Darin liegt auch eine große Chance. Wir dürfen uns nicht dem massiven Effizienzdruck im Gesundheitswesen, vor allem in den Krankenhäusern, beugen.

Auch von Ärztevertretern werden immer wieder Arbeitszeitverkürzungen und flexiblere Arbeitszeitmodelle gefordert, aber die Forderungen lassen sich oft nur schwer umsetzen. Menschen sind mit ihrer Karriere beschäftigt, Arbeitgeber üben Druck aus und zeigen wenig Verständnis für den Wunsch nach flexibleren Arbeitszeitmodellen – in dieser Spirale befinden sich viele von uns. Mit weitreichenden Folgen für die körperliche und seelische Gesundheit – von dem Kreuz mit dem Kreuz, also Rückenschmerzen, über das generalisierte myofasziale Schmerzsyndrom bis hin zu Suchterkrankungen, die als Psychosomatosen angesehen werden müssen.

Was raten Sie Kolleginnen und Kollegen, die aus diesem Räderwerk herauskommen wollen?

Dunkel: Heutzutage wird Arbeit als die zentrale Sinnstiftung des Lebens angesehen und zwischen Arbeits- und Freizeit unterschieden. Wichtig ist, Entschleunigung zu lernen. Wir müssen uns Zeit nehmen – für uns selbst, für Sport, kulturelle Interessen, Entspannungstraining, z. B. Meditation, Yoga oder Chi Gong. Dreh- und Angelpunkt für die ärztliche Tätigkeit ist eine gute Lebensbalance. Es geht darum, auf sich zu achten. Auch wegen der ständigen Auseinandersetzung mit Krankheit und Tod brauchen Ärztinnen und Ärz-

te eine gute Begleitung, beispielsweise durch Balint-Gruppen oder Supervision. Bei ausgeprägter Beeinträchtigung sollte man psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen.

Wie kann das gelingen?

Dunkel: Wenn es gelingt, die innere Haltung zur beruflichen Tätigkeit zu verändern, kann man zu mehr Zufriedenheit und Lebensqualität gelangen. Dabei geht es nicht notwendigerweise um weniger Berufstätigkeit, sondern um eine andere Einstellung und darum, nicht mehr streng zwischen Arbeit und Freizeit zu unterscheiden. Wichtig ist, mit Hilfe der eigenen Vorstellungskraft eine positive spielerischere Einstellung zu jeder Tätigkeit zu entwickeln. Dies bedeutet auch, Berufstä-

tigkeit nicht länger als fremdbestimmt zu begreifen, sondern sich selbst zu motivieren. Wer sich zu seiner Tätigkeit berufen fühlt, weil er sich bewusst dafür entscheiden kann, ist zufriedener. Und wer seine Tätigkeiten spielerisch ausübt, der erfährt mehr Freude und Wohlbefinden im Privatleben und im Beruf.

Das macht es auch leichter, die eigenen Interessen gegenüber Vorgesetzten und Kollegen zu vertreten. Dies gilt sowohl für Klinikärzte als auch für Niedergelassene: Nicht nur nach Effizienzkriterien tätig sein, sondern mehr Pausen machen und mehr delegieren. Auch eine stärkere berufliche Kooperation zwischen somatisch und psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen ist aus meiner Sicht sinnvoll – und wäre sowohl für Ärz-

te als auch für Patienten eine große Chance.

Leben und arbeiten Sie selbst nach diesen Grundsätzen?

Dunkel: Ich habe mich ein Leben lang verausgabt, mit entsprechenden gesundheitlichen Folgen. Inzwischen habe ich jedoch gelernt, berufliche Tätigkeit und Entspannung in meinen Alltag zu integrieren. Meine Wohnung und Praxis sind miteinander verbunden, ich bin täglich sechs bis acht Stunden beruflich tätig, gehe spazieren und versuche mehr Ruhe in mein Dasein zu bringen. Damit lässt sich ganz gut leben. Trotz meiner bald 76 Jahre bin ich ziemlich fit.

Interview: Katja Möhrle

Leserbriefe

Leserbrief zu „Offener Brief des Bündnis Junge Ärzte“ und „Gespräch mit Dr. med. Cornelius Weiß...“ zum gleichen Thema, HÄBL 06/2020, S. 356–358

„Eine zukunftsfähige medizinische Versorgung wird es nicht geben, leider!“

Es hat mich sehr berührt und gleichzeitig erfreut, diesen Bericht der „Jungen Ärzte“ zu lesen und die Stellungnahme dazu von Dr. Cornelius Weiß. Als ich vor mehr als 40 Jahren meine Tätigkeit als Allgemeinmediziner, damals hieß das noch „Landarzt“, im Westerwald aufnahm, gab es keinen Computer, kein Handy und keine Facharzt-Zentren. Ich war für alle Leiden zuständig, habe Kinder auf die Welt gebracht, Unterarmfrakturen – natürlich nach Röntgenaufnahmen in der Praxis – mit Gipsmanschetten behandelt und dergleichen mehr. Meine beiden „Praxismädels“ haben all das auf der Rückseite der Krankenscheine der jeweiligen Patienten vermerkt oder in die Patientenakte eingetragen, egal ob Kassen- oder Privatpatient. Ich sah meine Aufgabe oder, besser gesagt, meine Tätigkeit darin, dem Menschen, der zu mir kam, zu helfen, ihn von seinen Beschwerden zu befreien, so gut ich das konnte. Meine bürokratische Tätigkeit bestand darin, die ausgefüllten Krankenscheine am

Ende des Quartals bei der KV abzugeben. Das war's.

Ich hatte einen 12–14 Stundentag, und es gab keinen Mittwochs- und Sonntagsdienst. Ich habe all das getan, weil ich, ohne es zu wissen, die Prinzipienethik von Tom Beauchamp und James Childress verinnerlicht hatte.

Heute hat sich sehr vieles verändert und sich von der genannten Prinzipienethik innerhalb der medizinischen Tätigkeit weit entfernt. Lukrative Behandlungen innerhalb der Kliniken und Praxen sind heutzutage völlig normal und werden „lautlos“ akzeptiert. Sucht man heutzutage einen Arzt, geht man ins Internet und findet – immer! – den Richtigen. Ein Privatpatient erhält einen Termin innerhalb weniger Tage, der Kassenpatient in den nächsten zwei Monaten. So ist das heutzutage.

Es ist furchtbar, was aus der normalen, oder, besser gesagt, aus der ärzteethischen Begründung unserer Tätigkeit geworden ist, und ich bin sicher, dass es eine

zukunftsfähige medizinische Versorgung in Deutschland nicht geben wird, leider!

Ich danke Ihnen dennoch für Ihren Artikel und Ihr Bemühen, die medizinische Ethik und medizinische Versorgung in Deutschland zu verändern bzw. zu verbessern.

Dr. med. Herbert E. Henke

Facharzt für Allgemeinmedizin,
Friedrichsdorf

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

Die Beiträge im Hessischen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über Leserbriefe, Vorschläge, Lob oder Kritik. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt.

„Ich habe verschiedene berufliche Schwerpunkte“

Dr. med. Felix Hoffmann arbeitet in drei Bundesländern

„Die gefährlichste aller Weltanschauungen ist die Weltanschauung der Leute, welche die Welt nicht angeschaut haben“, zitiert Dr. med. Felix Hoffmann den Forschungsreisenden Alexander von Humboldt auf seiner Internetseite. Reisen haben den 39 Jahre alten Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Zusatzbezeichnung Notfallmedizin, schon rund um den Globus geführt. Auch sein berufliches Engagement verteilt sich auf drei Bundesländer: Hessen, Bremen und Nordrhein-Westfalen.

Sie sind bei Ihrem Arbeitgeber, dem Klinikum Darmstadt, in Teilzeit angestellt. Hatten Sie schon vorher Erfahrungen mit Teilzeitarbeit gesammelt?

Dr. med. Felix Hoffmann: Ich arbeite schon seit einigen Jahren in Teilzeit, da ich auf diese Weise Zeit für mich und andere Projekte gewinne, die mir wichtig sind. So hatte ich bereits während meiner Tätigkeit am BG Klinikum Duisburg, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, meine Arbeitszeit ein Jahr lang auf 75 % reduziert, um berufs begleitend das Master-Studium „Medizinrecht“ an der Universität Münster absolvieren zu können. Nach beruflichen Stationen am BG Universitätsklinikum Bergmannsheil Bochum und am Evangelischen Krankenhaus Mühlheim bin ich seit 2020 als Leiter der Stabsstelle „Medizinische Prozessentwicklung“ am Klinikum Darmstadt angestellt. Mit meinem Arbeitgeber habe ich vereinbart, wochenweise frei zu haben: Erst jede vierte Woche bei 75 % Teilzeit,



Dr. med. Felix Hoffmann

aktuell arbeite ich 50 % und habe jede zweite Woche frei.

Warum haben Sie sich für diese Arbeitsform entschieden?

Hoffmann: Das liegt daran, dass ich verschiedene berufliche Schwerpunkte gesetzt habe. So bin ich am Darmstädter Klinikum tätig und habe außerdem zwei Lehraufträge. An der Apollon-Hochschule in Bremen betreue ich die medizinischen Module für Nicht-Mediziner. Am BG Universitätsklinikum Bergmannsheil Bochum unterrichte ich das Wahlpflichtfach Gesundheitswesen im digitalen Wandel. Ein Thema, mit dem ich mich auch wissenschaftlich beschäftige, ist Digitalisierung in der medizinischen Lehre.

Wie gelingt es Ihnen, Ihre unterschiedlichen Tätigkeiten unter einen Hut zu bringen?

Hoffmann: Ich arbeite und wohne abwechselnd eine Woche in Darmstadt und in Duisburg, ab Juni in Dortmund. Dass die Lehrtätigkeit größtenteils digital und vom Homeoffice aus erfolgt, ist gerade jetzt in Corona-Zeiten hilfreich. Als ich noch chirurgisch tätig war, ließ sich die Arbeitszeit durch das wochenweise Arbeiten auch reduzieren. Aber die Leitung der Stabsstelle Medizinische Prozessentwicklung in Darmstadt bietet dafür geeignetere Vo-

raussetzungen. Ich habe die Stelle von vorneherein in Teilzeit angetreten; mein Arbeitgeber ist sehr kooperativ.

Welche Rolle spielt die Digitalisierung für die Strukturierung ärztlicher Arbeit? Schafft sie bessere Bedingungen für Teilzeitarbeit im Krankenhaus?

Hoffmann: Mein Blick gilt den Prozessen, die kaum von der IT trennbar sind. Hier gibt es eine große Schnittstelle. Die Arbeitsabläufe müssen 1:1 digital abgebildet werden; darin sehe ich ein bedeutendes Potenzial für neue Arbeitszeitmodellen. Dennoch wird man auch künftig individuell schauen müssen, ob sich eine Tätigkeit für Teilzeit eignet oder nicht. Ziel der Digitalisierung von Prozessen ist es, mehr Zeit für die eigentliche ärztliche Tätigkeit zu haben. Die Technik soll vor allem Entlastung mit sich bringen.

Welches Verhältnis haben Ihre Studierenden zur digitalen Technik? Wie wollen sie künftig arbeiten?

Hoffmann: Sie sind der Technik gegenüber sehr offen, aber sie wollen Ärztinnen und Ärzte werden, keine Technologen. Die digitale Technik der Zukunft soll intuitiv bedienbar sein und die Arbeit erleichtern. Früher haben Ärzte sehr für ihren Beruf gelebt. Heute möchten junge Menschen Privat- und Berufsleben im Sinne der Work-Life-Balance miteinander in Einklang bringen. Dabei spielen Teilzeit- bzw. flexible Arbeitszeitmodelle in Verbindung mit digitalen Möglichkeiten eine wichtige Rolle.

Sie hatten eingangs erwähnt, dass digitales Arbeiten gerade jetzt in der Corona-Epidemie von besonderer Bedeutung ist. Beeinflusst Corona auch Ihre Tätigkeit?

Hoffmann: Ja, meine Arbeit ist stark davon beeinflusst. Wir haben am Klinikum Darmstadt einen Covid-19-Krisenstab eingerichtet, der das Versorgungsgebiet 6 (Südhessen) koordiniert. Ich habe die Leitung dieser Koordination übernommen.

Interview: Katja Möhrle

Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben.“ Oder: „Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt.“ (LÄKH)

Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

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

**Termine für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen bis auf Weiteres unter Vorbehalt!
Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de**

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Infektiologie

Modul I – Grundkurs Antiinfektiva

Mo., 24.–Fr., 28. August 2020 **40 P**

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 € (Akademiestudenten 810 €)

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

Innere Medizin

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hess. Diabetes Gesellschaft (HDG) - Regionalgesellschaft Hessen der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG); zertifizierte DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2.

Teile 3 + 4: Mi., 23. September 2020 **6 P**

Gesamtleitung: Dr. med. H.-J. Arndt, Nidda
Dr. med. B. Fischer, Gießen

Gebühr: 60 € (Akademiestudenten 54 €)

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

EKG Refresher **Mi., 30. September 2020** **10 P**

Gebühr: 140 € (Akademiestudenten 126 €)

EKG-Kurs **Fr., 18.–Sa., 19. Dezember 2020** **22 P**

Gebühr: € 320 (Akademiestudenten € 288)

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

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

Rheuma an einem Tag -

Häufige Symptome in der täglichen Praxis

In Zusammenarbeit mit der Kerckhoff Klinik Bad Nauheim.

Mi., 28. Oktober 2020 **6 P**

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

Gebühr: 75 € (Akademiestudenten kostenfrei)

Ort: **Bad Nauheim**, REHA Zentrum

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., 10. – Mi., 12. August 2020 **35 P**

Beginn Telelernphase: 10. Juli 2020

Gebühr: 640 € (Akademiestudenten 576 €)

Kriseninterventionsseminar: Mi., 19. August 2020 **8 P**

Gebühr: 160 € (Akademiestudenten 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.flloeren@laekh.de

Dermatologie

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Fr., 29. September 2020 **8 P**

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechtheim
Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Fr., 23. Oktober 2020 **8 P**

Leitung: Dr. med. H.-M. Hübner, Langgöns
Dr. med. E. Reichwein, Villmar
je 180 € (Akademiestudenten 162 €)
zzgl. 70 € Schulungsmaterial

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

Hämotherapie

Qualitätsbeauftragter Hämotherapie

Termin für 2021 in Planung

Leitung: Prof. Dr. G. Bein, Gießen

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot

Do., 19.–Fr., 20. November 2020 **16 P**

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

Gebühr: 360 € (Akademiestudenten 324 €)

Ort: **Darmstadt**, Klinikum

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



Ernährungsmedizin

Block 1:	Fr., 30.–Sa., 31. Oktober 2020
Block 2 + 4:	Fr., 20.–Sa., 21. November 2020
Block 3:	Fr., 04.–Sa., 05. Dezember 2020
Zwischenprüfung:	Mi., 16. Dezember 2020

Weitere Termine und Gebühren unter www.akademie-laekh.de

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

Gebühren: Block 1, 3 je 220 €
(Akademiestatistiker. 198 €)
Block 2 + 4 je 300 €
(Akademiestatistiker 270 €)
inkl. Prüfung

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

Medizinische Begutachtung

Medizinische Begutachtung		
Modul II:	Sa., 24. Oktober 2020	8 P
Gebühr:	140 € (Akademiestatistiker 126 €)	
Verkehrsmedizinische Begutachtung		
Modul VI:	Fr., 28.–Sa., 29. August 2020	12 P
Gebühr:	250 € (Akademiestatistiker 225 €)	
Modul V:	Sa., 29. August 2020	4 P
Gebühr:	100 € (Akademiestatistiker 90 €)	
Leitung:	Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt	
Auskunft/Anmeldung:	J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203, E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de	

Fachkunde im Strahlenschutz

Kurse in Planung, bitte beachten Sie kommende Hinweise auf der Internetseite unter www.akademie-laekh.de.

Grundkurs	Fr., 11.–Sa., 12. September 2020	24 P
(+ Praktikum Mo., 14. oder Di., 15. September 2020)		
Gebühr:	360 € (Akademiestatistiker 324 €)	
Kenntniskurs	Sa., 24. Oktober 2020	
(Theoretische und praktische Unterweisung)		
Gebühr:	Theorie: 100 € (Akademiestatistiker. 90 €) Praxis: 60 € (Akademiestatistiker 54 €)	
Ort:	Frankfurt, Universitätsklinikum	
Spezialkurs Röntgendiagnostik		
Fr., 18.–Sa., 19. Dezember 2020 (Theorie)		20 P
(+ Praktikum, Termin wird noch bekannt gegeben)		
Gebühr:	340 € (Akademiestatistiker 306 €)	
Ort:	Frankfurt, Universitätsklinikum	
Leitung:	Prof. Dr. med. Dr. med. habil. B. Bodelle, Frankfurt	
Auskunft/Anmeldung:	M. Turano, Fon: 06032 782-213, E-Mail: melanie.turano@laekh.de	

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“ – Infektiologie und Ernährung		
Mi., 09. September 2020		7 P
Leitung:	Prof. Dr. med. K.-P. Zimmer, Gießen	
Gebühr:	75 € (Akademiestatistiker. kostenfrei)	
Auskunft/Anmeldung:	A. Zinkl, Fon: 06032 782-218, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de	

Einführung in das Medizinrecht

Mi., 30. September 2020		
Leitung:	Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. H.-R. Tinneberg, Frankfurt RAin M. Strömer, Frankfurt	
Gebühr:	100 € (Akademiestatistiker 90 €)	
Auskunft/Anmeldung:	B. Buß, Fon: 06032 782-202 Mail: baerbel.buss@laekh.de	

Ultraschall

Kurse in Planung, bitte beachten Sie kommende Hinweise auf der Internetseite unter www.akademie-laekh.de.

Gefäße		
Leitung der Kurse	Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. F. Präve, Frankfurt	
Abdomen und Retroperitoneum		
Leitung der Kurse	Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust, Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt, Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt	
Modul Schilddrüse II:	Sa., 21. November 2020	
Gebühr:	250 € (Akademiestatistiker 225 €)	
Leitung:	Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt,	
Ort:	Frankfurt, Universitätsklinikum	
Auskunft/Anmeldung:	J. Schwab, Fon: 06032 782-211, E-Mail: juliane.schwab@laekh.de	

Hygiene / Öffentliches Gesundheitswesen

Intensivkurs - Hygiene in Arztpraxen		
Mi., 23. September 2020		
Leitung:	Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. H.-R. Tinneberg, S. Niklas	
Ort:	Frankfurt, LÄKH, Hanauer Landstr. 152	
Gebühr:	160 € (Akademiestatistiker 144 €)	
Auskunft/Anmeldung:	M. Turano, Fon: 06032 782-213, E-Mail: melanie.turano@laekh.de	
Impfkurs	Sa., 17. Oktober 2020	10 P
Leitung:	Dr. med. P. Neumann, Frankfurt	
Gebühr:	180 € (Akademiestatistiker 162 €)	
Auskunft/Anmeldung:	B. Buß, Fon: 06032 782-202, Mail: baerbel.buss@laekh.de	

Rechtsmedizin

Leichenschau insg. 9 P
Mi., 09. September 2020, Mi., 16. September 2020
Mi., 23. September 2020 und Mi., 30. September 2020
Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin
Gebühr: 180 € (Akademiestudenten 162 €)
Verletzungsdokumentation
Teil 1: **Mi., 21. Oktober 2020**
Teil 2, Fallbespr.: **Mi., 04. November 2020**
Gebühr: jeweils 70 € (Akademiestudenten 63 €)
Leitung: Prof. Dr. med. M. A. Verhoff, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Moderatorentaining

Fr., 25.–Sa., 26. September 2020 20 P
Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda
Gebühren: 360 € (Akademiestudenten 324 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin
Sa., 31. Oktober 2020 10 P
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 140 € (Akademiestudenten 126 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Geriatrische Grundversorgung

Block Ia: Fr., 20.–Sa., 21. November 2020 und 32 P
Block Ib: Fr., 11.–Sa., 12. Dezember 2020
Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt
 PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt
Gebühr: 500 € (Akademiestudenten 450 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Notfall- und Intensivmedizin

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt
Sa., 24. Oktober 2020
Leitung: Dr. med. T. Schneider, Wiesbaden
Ort: Mainz-Kastel, Feuerwache II
Gebühr: 240 € (Akademiestudenten 216 €)
Sa., 21. November 2020 12 P
Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel
Ort: Kassel, Hess. Landesfeuerwehrschule
Gebühr: 260 € (Akademiestudenten 234 €)
Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Do., 05. – Sa., 07. November 2020 30 P
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
 M. Leimbeck, Braunfels
Gebühr: 420 € (Akademiestudenten 378 €)
Notfallmedizin machbar machen
Mi., 25. November 2020 8 P
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
Gebühr: 180 € (Akademiestudenten 162 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
 Mail: baerbel.buss@laekh.de

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Manuelle Medizin / Chirotherapie

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

Kursblock IV: Aufbaukurs Muskel-Kiefer

Fr., 23.–Sa., 24. Oktober u. Fr., 30.–Sa., 31. Oktober 2020

(inkl. 20 UE E-Learning, Beginn 23. September 2020)

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

Gebühr: 1.000 € (Akademiestudenten 900 €)

Weitere Termine und Gebühren auf Anfrage.

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block III a : Mi., 09.–Sa., 12. September 2020 32 P

Teleglernphase: 14. September–10. November 2020 24 P

Block III b: Mi., 11.–Sa., 14. November 2020 32 P

Gebühren: III a, III b je:
 770 € (Akademiestudenten 693 €)

Leitung: N. Walter, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,

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



Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken. Die Blöcke werden als Blended Learning-Veranstaltung angeboten, ihnen geht eine Telelernphase voraus.

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

Kurstage: Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!

B2: **Mi., 21.–Mi., 28. Oktober 2020**

Beginn der Telelernphase: 22. September 2020

C2: **Mi., 02.–Mi., 09. Dezember 2020**

Beginn der Telelernphase: 03. November 2020

Gebühr: je Block 650 €
(Akademiestatistiker 585 €)

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

G9–G10: **Fr., 18.–Sa., 19. September 2020**

G11–G12: **Fr., 23.–Sa., 24. Oktober 2020**

G13–G14: **Fr., 13.–Sa., 14. November 2020**

G15: **Sa., 12. Dezember 2020**

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Fr., 18.–Sa., 19. September 2020

Fr., 13.–Sa., 14. November 2020

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

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung

für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs A – Modul I: **Di., 07.–Mi., 08. Juli 2020** **20 P**

Kurs B – Modul IIa: **Fr., 18.–Sa., 19. September 2020** **20 P**

Leitung: Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden

Gebühren: Kurs A / B jeweils jeweils 300 €
(Akademiestatistiker 270 €)

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

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

Suchtmedizin

Suchtmedizinische Grundversorgung

Kursteil 1: **Fr., 21.–Sa., 22. August 2020**

Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

Kursteil 2: **Fr., 04.–Sa., 05. September 2020**

Gebühr: 210 € (Akademiestatistiker 189 €)

Kursteil 3: **Fr., 11.–Sa., 12. September 2020**

Gebühr: 220 € (Akademiestatistiker 198 €)

Kursteil 4: **Fr., 30.–Sa., 31. Oktober 2020**

Gebühr: 220 € (Akademiestatistiker 198 €)

Leitung: D. Paul, Frankfurt

Orte: Kursteile 1–3:

Frankfurt, Bürgerhospital und SAGS
Kursteil 4: **Friedrichsdorf**, Salus Klinik

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

Block C: Fr., 04.–Sa., 05. September 2020 **20 P**

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

Block B: Fr., 06.–Sa., 07. November 2020 **20 P**

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

Block D: Fr., 04.–Sa., 05. Dezember 2020 **20 P**

Leitung: Dr. med. Sina Moreau, Frankfurt
Dr. med. Gerd Neidhart, Frankfurt

Gebühren: je Block 300 € (Akademiestatistiker 270 €)

Orte: Block C und D: Bad Nauheim, BZ LÄKH,
Block B: Kassel, Klinikum

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

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 3 **Mo., 16.–Fr., 20. November 2020** **40 P**

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: 800 € (Akademiestatistiker 720 €)

Kurs-Weiterbildung **Di., 08.–Sa., 12. Dezember 2020** **40 P**

Gebühr: 700 € (Akademiestatistiker 630 €)

Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 11.–Sa., 14. November 2020

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

Gebühr: 520 € (Akademiestudenten 468 €)

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 12: Mo., 21.–Di., 22. September 2020

ZTK 1: Mi., 23.–Do., 24. September 2020

ZTK 11: Fr., 25.–Sa., 26. September 2020

ZTK 9: Mo., 02.–Di., 03. November 2020

ZTK 14: Mi., 04.–Do., 05. November 2020

ZTK 3: Fr., 06.–Sa., 07. November 2020

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer,
Gebühren: je ZTK 300 €

(Akademiestudenten 270 €)

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 09.–Sa., 14. November 2020

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder,
Künzell

Gebühr: 600 € (Mitglieder Akademie, BDI und
DGIM 540 €)

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

Grundkurs: Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

Kursblock A: Mo., 31. August–Fr., 04. September 2020

Kursblock B: Mo., 07.–Fr., 11. September 2020

Gebühren: je Kursblock 350 €
(Akademiestudenten 315 €)

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):
Bildungszentrum 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



Angebot der COS

Aktuelle Informationen zu dem Veranstaltungsangebot der Carl-Oelemann-Schule (COS) sind auf der Website der Landesärztekammer Hessen unter: www.laekh.de eingestellt.

Neuland entdecken und der Corona-Spur folgen

Ausstellung zur Digitalisierung im Frankfurter Museum für Kommunikation



#neuland: Eingangsbereich der Ausstellung im Frankfurter Museum für Kommunikation, Schaumainkai 53 (Museumsufer).

Ein Land im digitalen Dornröschenschlaf? Das war einmal. Es ist allerdings noch gar nicht lange her, dass Deutschland sich den Vorwurf gefallen lassen musste, den digitalen Anschluss zu verpassen. Dabei hat auch hierzulande die Digitalisierung längst alle Lebensbereiche erfasst: Private Kommunikation läuft über WhatsApp, Facebook oder Instagram, Einkäufe werden online erledigt und Arbeitsabläufe zunehmend digitalisiert. Allerdings schien vielen die digitale Revolution zu langsam voranzuschreiten. Noch 2013 hatte Bundeskanzlerin Angela Merkel das Internet als „Neuland“ bezeichnet. Dass nun ausgerechnet ein übles Virus namens Corona die Nation aus dem digitalen Schlaf geweckt haben soll, ist eine gewagte Behauptung. Doch eines ist sicher: Mit der Ausbreitung von Covid-19 erfährt die Digitalisierung weltweit und damit auch hierzulande einen beeindruckenden Entwicklungsschub.

Schritt in die Zukunft

Ob Bücherregal, Toulouse-Lautrec-Plakat oder Küchenabzugshaube: Wo sich vormals Kollegen in Besprechungsräumen gegenüber saßen, gehören Videokonferenzen inzwischen zum Alltag und würzen, wenn die Webcam den Hintergrund des Arbeitsplatzes einfängt, den offiziellen Austausch gelegentlich mit einer privaten

Note. Im Zuge der Pandemie mussten und müssen Verwaltungsabläufe digitalisiert, Unterrichtsstunden online abgehalten und etliche Arbeitsplätze ins Homeoffice verlegt werden. Dass die Nutzung digitaler Möglichkeiten in kurzer Zeit fast selbstverständlich wurde, ist ein gewaltiger Schritt in die Zukunft – auch wenn vieles noch nicht glatt läuft und die Pandemie etliche Schwachstellen offengelegt hat.

Als großes Land, das uns in Teilen schon vertraut sei, in dem es aber noch unendlich viel zu entdecken gebe, beschreibt das Museum für Kommunikation in Frankfurt die Digitalisierung und ihre Folgen für Gesellschaft und Individuum. Bis zum 30. August ist hier die in Anspielung auf das Kanzlerinnenzitat mit „#neuland: Ich, wir und die Digitalisierung“ betitelte Sonderausstellung zu sehen.

Ein Jahr lang war die Ausstellung vorbereitet worden. Im März sollte die Schau öffnen, mit der das Museum und die Nemettschek Stiftung zu einer Entdeckung des Digitalen in unser Leben einladen und fragen, wie wir die digitale Gesellschaft gestalten wollen. Dann machte die Coronapandemie diese Pläne vorerst zunichte: Die für eine Fläche von 600 Quadratmetern konzipierte Ausstellung konnte zunächst nur virtuell besucht werden. Nach der ersten Enttäuschung ließ sich das ku-

ratierende Team von der neuen Lage inspirieren: Seit der auf Mitte Mai verschobenen Öffnung der Schau im mehrfach preisgekrönten Museumsbau am Schaumainkai können Besucher unter pandemiegerechten Bedingungen nicht mehr nur erfahren, was die Digitalisierung mit jedem von uns anstellt. „#neuland: Ich, wir und die Digitalisierung“ führt auch vor Augen, wie sich das Virus mit den sechs Buchstaben und seine Folgen auf die Digitalisierung auswirken.

Was ist ein optimales Leben, wo finden wir neue Wissens- und Informationsquellen? Wie beeinflusst die Digitalisierung unsere Beziehungen und Freundschaften? Diese Fragen ziehen sich als Leitschnur durch die Schau. Ergänzend führt eine rosafarbene „Corona-Spur“ durch die Ausstellung, die von den Kuratoren zu den fünf Themenbereichen hinzugefügt worden ist. In der Pandemie wird Arbeit mobil, sozialer Austausch verlagert sich in Chats, mit Datenspende-Apps und mit Corona-Tracing-Apps wird die Ausbreitung des Virus untersucht. In der Schau zeigen Kurvendigramme, wie stark die Nutzung von Skype oder Cloud-Meetings in den vergangenen Wochen angestiegen ist.

Liebe und Fake News in Zeiten von Corona

Zugleich werden aber auch die dunklen Seiten der Digitalisierung thematisiert, denn das Internet bietet Raum für Desinformation. So heizen Fake News und Hasskommentare den öffentlichen Diskurs an. Was hat es mit der Kampagne #maske auf auf sich? Sind Gegenargumente bei Verschwörungstheorien zu Corona wirksam? Diesen Fragestellungen geht die Ausstellung ebenso nach wie etwa der Frage nach der Gestaltung von Liebe in Zeiten von Covid-19. Wer Lust dazu verspürt, kann als Besucher auch seine persönliche Corona-Geschichten aufnehmen, die dann sowohl im Ausstellungsraum als auch auf dem Expotizer www.ausstellung-neuland.de hörbar werden.

Katja Möhrle

Deutsch-italienische Begegnungen in Zeiten von Corona



„Wir müssen digital dazulernen“

Ein Stück Italien in Frankfurt: Die 1966 in Frankfurt am Main aus privater Initiative gegründete Deutsch-Italienische Vereinigung e.V. (DIV) sieht ihre Aufgabe darin, die „kulturellen, wissenschaftlichen und menschlichen Beziehungen zwischen Deutschland und Italien zu fördern und zu vertiefen“. Neben italienischen Sprachkursen zählen Vorträge über deutsche und italienische Themen, Lesungen und Konzerte zum Programmangebot. Außerdem gibt die DIV die von der Frankfurter „Italienstiftung“ maßgeblich geförderte Zeitschrift *Italienisch* heraus. Die der Vereinigung angeschlossene Frankfurter Westend Galerie zeigt Ausstellungen italienischer Künstler sowie deutscher Künstler mit einer engen Verbindung zu Italien. Mit Dr. Caroline Lüderssen, Vorstandsvorsitzender der DIV, haben wir über die Herausforderungen der freien Kultureinrichtung in Zeiten von Corona gesprochen.

Nach wie vor hält Corona die Welt in Atem. In Europa ist Italien eines der bisher am schlimmsten von der Pandemie betroffenen Länder. Die Deutsch-Italieni-



Dr. Caroline Lüderssen und Barbara Thureau in Mailand

sche Vereinigung steht in engem Kontakt mit italienischen Künstlern und Kulturschaffenden. Wie haben Sie den Beginn der Krise erlebt?

Dr. Caroline Lüderssen: Sozusagen hautnah: Eigentlich wollte die Deutsch-Italienische Vereinigung in diesem Jahr das 50-jährige Bestehen der Städtepartnerschaft zwischen Mailand und Frankfurt mit Veranstaltungen und Ausstellungen feiern. Da wir ein Austauschprojekt zwischen der Accademia di Belle Arti di Brera (dt. Akademie der Schönen Künste) in Mailand und der Frankfurter Städelschule angeregt hatten, flogen Barbara Thureau, Kuratorin der Westend Galerie, und ich am 22. Februar nach Mailand, um uns u.a. mit dem deutschen Generalkonsul und italienischen Künstlern zu treffen. Nach der Landung wurden wir noch am Flughafen auf Fieber getestet.

Am nächsten Tag dann, am 23. Februar, kam, für uns völlig unerwartet, der erste Lockdown in Italien. Nach dem Corona-Ausbruch in Codogno wurden mehrere Städte in der Lombardei und Venetien abgeriegelt. Hätten wir das vorher geahnt, wären wir natürlich nicht nach Italien geflogen, so aber bekamen wir das Geschehen unmittelbar mit. Mit einem Mal war Mailand von der Angst vor dem Virus geprägt. Wir sind weder mit Taxi noch der U-Bahn gefahren und haben alle Wege zu Fuß gemacht. Auch die Termine vor Ort fanden unter veränderten Bedingungen statt. Als wir dann am 24. Februar wieder in Frankfurt landeten, waren wir verblüfft, dass die Gefahr hier ganz weit weg schien: Es gab keine Quarantäne, rein gar nichts.

Wie wirkte sich die weitere Entwicklung auf die Arbeit der Deutsch-Italienischen Vereinigung aus?

Lüderssen: Nach Mailand waren wir alarmiert; dennoch haben wir die Sprachkurse zunächst beginnen lassen. Als die Lage im März aber auch hier zunehmend dramatisch wurde und die Nervosität der Teilnehmer wuchs, hatte ich den Ein-

druck, die Fortführung der Kurse nicht mehr verantworten zu können. Am 14. März hatten wir noch eine Ausstellung mit wenigen Besuchern eröffnet, um sie am 18., dem Start des Lockdowns, gleich wieder zu schließen. Gleichzeitig unterbrachen wir die Kurse, sagten unsere Mitgliederversammlung ab und schlossen die Vereinigung anschließend für vier Wochen. Wir hatten Sorge, wie diese Entscheidungen aufgenommen würden, aber sie stießen bei allen – Mitgliedern und externen Kursbesuchern gleichermaßen – auf große Akzeptanz und solidarische Unterstützung.

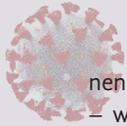
Wie sah die Situation nach der Schließung aus?

Lüderssen: Plötzlich war das Haus ganz still, nur ich kam täglich, da das Administrative weiterlaufen musste. Unsere Mitarbeiterinnen – eine Festangestellte und vier Minijobber – waren im Homeoffice und wir mussten Kurzarbeit beantragen.

Kamen in dieser Zeit alle Aktivitäten der Vereinigung zum Erliegen?

Lüderssen: Nein, nicht ganz. Wir haben versucht, unsere Mitglieder auf andere Weise zu erreichen und auch in der Pandemie eine Begegnungsstätte zwischen Deutschen und Italienern zu bleiben. So haben wir im März die Ausstellung „Leonardo Gambini / Reminiscenze“ virtuell über unsere Website zugänglich gemacht, außerdem Videos italienischer Künstler und kreative Arbeiten unserer Mitglieder online gestellt.

Eine zentrale Rolle nahm und nimmt unser Newsletter „L'arte non si ferma“ (dt. Kunst steht nicht still) ein. Darin berichten wir, wie italienische Künstlerinnen und Künstler während des Lockdowns arbeiteten oder auch teilweise nicht arbeiten konnten. Die ganze Zeit über haben wir sehr, sehr engen Kontakt zu ihnen gehalten und via Mail, Skype oder Telefon Bewegendes miterlebt. In Italien ging ja gar nichts mehr; an gemeinsame Aktio-



nen – Veranstaltungen und Ausstellungen – war überhaupt nicht zu denken. Dass gleichzeitig in den Medien von einer Abkühlung des deutsch-italienischen Verhältnisses die Rede war, hat uns betroffen gemacht.

Hat sich das Deutschlandbild der Italiener und umgekehrt das Bild der Deutschen von Italien tatsächlich in der Krise gewandelt?

Lüderssen: So haben wir es nicht erlebt, weder bei unseren italienischen noch bei unseren deutschen Freunden, Bekannten oder Kollegen. Ein Problem war allerdings, dass Medien in Italien und Deutschland wechselseitig negativ berichtet hatten. Für uns war die Stimmungsmache auf beiden Seiten äußerst schmerzhaft, denn das deutsch-italienische Verhältnis ist unser Thema. Erfreulicherweise scheint sich die Stimmung zwischen beiden Ländern wieder gebessert zu haben.

Wie können Sie die Funktion der Deutsch-Italienischen Vereinigung als Begegnungsstätte in Zeiten von Abstandsregeln und Angst vor Ansteckung aufrecht erhalten?

Lüderssen: Die Idee der Begegnung ist unter den aktuellen Bedingungen tatsächlich nicht einfach umzusetzen. Nicht nur, weil so viele Veranstaltungen abgesagt, oder – wie der Austausch zwischen Städelschule und Accademia di Brera sowie die damit verbundene Ausstellung im Frankfurter Museum Giersch – auf 2021 verschoben werden mussten, sondern auch wegen der Neuorganisation der Sprachkurse. Wir bieten diese seit dem 4. Mai wieder an, und zwar in stark verkleinerten Gruppen von maximal 5 Personen oder online via Zoom. Bei 120 Schülern eine organisatorische Herausforderung. Diejenigen, die kommen, sind glücklich, wieder hier zu sein, und das ist schön, denn es geht bei uns ja um Begegnung. Wir sind optimis-

tisch, im September die Ausstellung von Manuela Toselli – „Albero del sale - Baum der Wüste“ – eröffnen zu können.

Welche Rolle spielen digitale Möglichkeiten für die weiteren Planungen?

Lüderssen: Die Digitalisierung – Videokonferenzen, Streaming von Vorträgen etc. – ist für uns auf jeden Fall ein Thema, auch wenn sie die persönlichen Kontakte nicht ersetzen kann. Sehr gefreut haben wir uns, dass unserem Antrag auf Soforthilfe stattgegeben wurde. Die vor uns liegende Sommerzeit werden wir für die Programmplanung und die Entwicklung neuer Formate für Unterricht und Veranstaltungen nutzen. Ich würde nie sagen, dass die Krise eine Chance ist, aber sie hat uns gezeigt, dass wir als kulturvermittelnder Verein digital dazulernen müssen. Informationen unter <https://www.div-web.de/>

Interview: Katja Möhrle



Impression aus Salerno.

Die beiden Ärztekammern hatten viel für dieses Jahr vor: Am 13. Juni sollte ein deutsch-italienisches Symposium des Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Salerno (dt. Ärzte- und Zahnärztekammer der Provinz von Salerno) und der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) in Salerno stattfinden. Darüber hinaus war in der ersten Juniwoche eine weitere Reise der 2019 erfolgreich gestarteten „Grand Tour Arte Medica“ für Ärztinnen und Ärzte nach Salerno und in die Region Cilento geplant. Wegen der Corona-Pandemie mussten Symposium und Junireise mit deutsch-italienischen Begegnungen jedoch auf 2021 verschoben werden. Derzeit (Stand: 8. Juni) ist

Mail aus Salerno

Strategien zur Corona-Pandemiebewältigung

der zweite Termin der von Genius Loci Travel angebotenen „Grand Tour“ Ende August 2020 weiter vorgesehen. Der Kontakt der partnerschaftlich verbundenen Ärztekammern riss auch während der Pandemie nicht ab. So schilderte Prof. Dott. Caterina Pepe, ehemalige Ehrenrichterin und italienische Referentin des Partnerschaftsprojekts, die Situation in Salerno per Mail an Katja Möhrle von der LÄKH:

Salerno, 29. Mai 2020

„Unsere Krankenhäuser in Salerno sind nicht mit Covid-19-Patienten überlastet, da es in der Region Kampanien glücklicherweise nur wenige Fälle gibt. Sie alle erhalten die notwendige und geeignete Behandlung. Die Ärztekammer ist intensiv in die Koordination der Versorgung und in alle anderen Entscheidungen eingebunden. Zurzeit sind jedoch keine Veranstaltungen der Kammer geplant.

Am 4. Mai begann Phase 2 im Kampf gegen Corona zunächst mit der Wiedereröffnung einiger Geschäfte und der Möglichkeit, sich aus einer internen Zone in die

nächste zu bewegen, ohne dabei die Region zu verlassen – außer aus dringenden Gründen. Da die Ansteckungsgefahr noch immer hoch ist, hat das Leben noch nicht zurück zur Normalität gefunden.“

Salerno, 8. Juni 2020

„Wir haben Phase 2 dank der verantwortungsvollen Zusammenarbeit aller Italiener gut bewältigt, die Infektionen und sogar die Todesfälle sind zurückgegangen. Daher sind wir zu Phase 3 mit Wiedereröffnung der Flughäfen übergegangen und können uns nun zwischen den Regionen frei bewegen. Weiterhin gilt Vorsicht; die Verwendung von Masken, Handschuhen, Handdesinfektionsmitteln, die Einhaltung von Abstandsregeln und die Desinfektion von Gegenständen sind obligatorisch. Hotels, Restaurants, Museen und touristische Gebiete haben Maßnahmen getroffen, um Ansteckungen zu vermeiden. Alle sind bereit, Touristen willkommen zu heißen. Hoffen wir, dass es so weitergeht.“

Prof. Dott. Caterina Pepe
(Übersetzung: Katja Möhrle)

Die Trichterbrust bei Kindern und Jugendlichen – ein Überblick über die Therapieoptionen

VNR: 2760602020189220004

Dr. med. Sebastian Reineke, Dr. med. Andreas Strack, Dr. med. Christian Gernoth, Dr. med. Peter Illing

Einleitung

Die Trichterbrust (Pectus excavatum) stellt die häufigste angeborene Brustwanddeformität dar. Die Häufigkeit liegt bei ca. 1–8 von 1.000 Lebendgeburten mit einem Geschlechtsverhältnis von 4–5:1 (männlich:weiblich). Es finden sich familiäre Häufungen. Der genaue Pathomechanismus der Fusionsstörung zwischen Rippen und Sternum ist nicht bekannt. Es besteht eine Assoziation mit Bindegewebserkrankungen wie beispielsweise dem Marfan-Syndrom [1–3]. Zudem konnte eine Häufung von muskuloskelettalen Deformitäten, wozu auch die Trichterbrust zählt, bei Patientin mit angeborenen Zwerchfellhernien gezeigt werden [4].

Klinik

Die Klinik der Trichterbrust ist stark von der Ausprägung und dem Patientenalter abhängig. Bei Kleinkindern können paradoxe Atembewegungen und Einziehungen als Zeichen einer Thoraxinstabilität beobachtet werden. Mit zunehmendem Alter und Eintritt in die Pubertät entwickelt sich bei ausgeprägter Form ein Circulus vitiosus aus:

- reduzierter Belastbarkeit und Thoraxschmerzen bei sportlicher Betätigung, teilweise mit Atemnot,
- der persönlichen Wahrnehmung eines körperlichen Makels,
- daraus resultierendem Vermeiden sportlicher Betätigung mit einhergehender sozialer Isolation,
- einer Schwächung der Muskulatur von Brust und Rücken und damit wiederum
- einer Verstärkung der Trichterausprägung.

Ferner können kardiale Arrhythmien auftreten [1, 5].

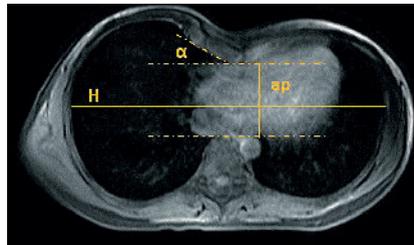


Abb. 1: MRT-Bild bei Trichterbrust. Hilfslinien zur Berechnung des Haller-Index und des Sternumwinkels α sind eingezeichnet. Der Haller-Index berechnet sich als $HI=H/ap$ und liegt in diesem Beispiel bei 4,3.

Diagnostik

Neben der detaillierten Anamnese mit Evaluation der psychosozialen Belastung der Patienten sind die kardiale und pneumologische Basisdiagnostik bestehend aus Elektrokardiographie, Echokardiographie und Lungenfunktionstest zusammen mit einer Schnittbildgebung des Thorax die wesentlichen Säulen der Diagnostik [1]. In der Bildgebung wird der Haller-Index als quantifizierendes Maß herangezogen. Dieser ist definiert als Quotient aus dem inneren horizontalen und anterior-posterioren Thoraxdurchmesser im Bereich der tiefsten sternalen Impression in der Transversalebene (siehe Abb. 1). Ein positiver Haller-Index liegt, je nach Autor, bei einem Wert $\geq 3,25$ – $3,5$ vor. Als zusätzliches Maß wird der Winkel des Sternums zur Horizontalen bestimmt [6, 7]. Aktuelle Arbeiten favorisieren als Schnittbildgebung die Magnetresonanztomographie (MRT) gegenüber der Computertomographie (CT). Dabei geht es einerseits um die Vermeidung der Strahlenbelastung und andererseits um die Möglichkeit dynamischer Untersuchungen der Thoraxform während eines Atemzyklus in Kombination mit funktionellen Untersuchungen des Herzens (c-MRT) [8].

Therapie

Die Therapie der Trichterbrust war mit der von Ravitch 1949 vorgestellten Methode lange Zeit eine Domäne der offenen, invasiven Chirurgie. Dieses Verfahren, klassischerweise im Vorschulalter durchgeführt, beinhaltet eine partielle Resektion der knorpeligen Rippenanteile sowie eine Osteotomie des Sternums und wird heutzutage nur noch in Einzelfällen angewendet [2]. Seit den 1990er-Jahren stehen, dank der Entwicklung und kontinuierlichen Verbesserung minimalinvasiver Techniken, schonendere operative, aber auch konservative Verfahren zur Verfügung. Der Entwickler des MIRPE (Minimally invasive repair of pectus excavatum)-Verfahren Donald Nuss stellte zudem einen Entscheidungspfad für die Indikationsstellung konservativer und operativer Therapieformen auf, der breite Anwendung findet. Darin wird für milde bis moderate Trichterausprägungen ohne Progression, ohne Einschränkung der kardialen oder pulmonalen Funktion und ohne bzw. mit geringer psychosozialer Belastung eine konservative Therapie empfohlen [9].

Konservative Therapie

Diese besteht maßgeblich aus Stärkung der Brust- und Rückenmuskulatur durch intensive sportliche Betätigung. Ein weiteres, in jüngerer Vergangenheit an Bedeutung gewinnendes konservatives Verfahren stellt die Saugglockentherapie dar. Die Glocke wird intermittierend für einige Minuten bis Stunden auf den Thorax aufgesetzt. Dabei wird durch eine Handpumpe von den Patienten selbst ein moderater Unterdruck erzeugt (siehe Abb. 2). Hierdurch werden Sternum und Rippen angehoben. Idealerweise wird die Behandlung vor dem 10. Lebensjahr begonnen, jedoch werden auch ausgewachsene Patienten

mit diesem Verfahren behandelt. Kontraindikationen für die Behandlung sind beispielsweise muskuloskelettale Erkrankungen, Gefäßerkrankungen, Hämophilie, Thrombopathien und kardiale Erkrankungen. Erste Studien mit Beobachtungszeiträumen von zehn Jahren zeigen vielversprechende Ergebnisse [10].

MIRPE (Minimally invasive repair of pectus excavatum)-Verfahren

Die Indikationen für die minimalinvasive operative Therapie sind klar definiert. Liegen zwei oder mehr der folgenden sechs Kriterien vor, so ist eine Operation sinnvoll:

- Symptomatischer Patient und/oder Progression der Trichterausprägung.
- Moderate bis ausgeprägte symmetrische oder asymmetrische Deformität.
- Positiver Haller-Index in der Bildgebung und/oder Kompression oder Verlagerung von Herz oder Lunge.
- Obstruktives oder restriktives Flussmuster in der Lungenfunktionsdiagnostik.
- Herzrhythmusstörungen und/oder Mitralklappenprolaps.
- Psychosoziale Beeinträchtigung des Patienten [9].

Patienten, die für eine operative Korrektur vorgesehen sind, werden nach umfänglicher Aufklärung zunächst mit physiotherapeutischen Maßnahmen vorbereitet, um durch Kräftigung der Muskulatur und Atemgymnastik das postoperativ erforderliche, hohe Maß an Adhärenz seitens der Patienten sicherzustellen.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Die Trichterbrust bei Kindern und Jugendlichen – ein Überblick über die Therapieoptionen“ von Dr. med. Sebastian Reineke, Dr. med. Andreas Strack, Dr. med. Christian Gernoth und Dr. med. Peter Illing finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten

ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25. Juni 2020 bis 24. Juni 2021 möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben. Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

derliche, hohe Maß an Adhärenz seitens der Patienten sicherzustellen.

Das MIRPE-Verfahren beruht auf dem Einbringen eines oder mehrerer Stahlbügel unter dem Sternum unter thorakoskopischer Kontrolle. Maßgeblich für Anzahl und Lokalisation der Bügel sind Trichterform und -größe sowie die Lokalisation des tiefsten Punkts.

Durch den/die Bügel wird das Sternum aufgerichtet und stabilisiert. Zunächst wird der Bügel extern mit Hilfe einer Schablone entsprechend der individuellen Thoraxform gebogen. Mit Hilfe eines Führungstabes wird dann unter der Haut und unter dem Musculus pectoralis ein Tunnel bis an den Trichterrand präpariert.

Unter thorakoskopischer Kontrolle erfolgt das Eindringen in die Thoraxhöhle und das vorsichtige Tunneln unterhalb des Sternums unter Vermeidung einer Verletzung

des anliegenden Perikards. Am gegenüberliegenden Trichterrand tritt der Führungstab aus dem Thorax wieder aus und der Tunnel wird bis an den zuvor markierten gegenüberliegenden lateralen Rand fortgeführt. Mit Hilfe des Führungsinstrumentes oder eines am Xiphoid eingebrachten Hakens erfolgt das Anheben des Sternums. An-

schließend wird der Metallbügel mit Hilfe eines Mersilene-Bandes mit dem Führungsinstrument konnektiert. Unter Rückzug des Führungstabes wird der gebogene Bügel unter dem Sternum durchgezogen. Da der Bügel zunächst mit seiner Konkavität zum Sternum zu liegen kommt, wird er in situ gewendet, sodass die konvexe Seite nun das Sternum anhebt [9] und die Thoraxform plan ist. Sollte ein zweiter Bügel aufgrund der Ausprägung des Trichters notwendig sein, wird dieser in der Regel kaudal des ersten, teilweise auch gekreuzt, auf gleiche Weise eingebracht [11]. Abschließend erfolgt das Anbringen einer Stabilisatorplatte am linken Ende des Bügels, um ein späteres Drehen oder Dislozieren des Bügels zu verhindern (siehe Abb. 3).

Die Länge der Bügel und die Fixiertechniken variieren geringfügig zwischen den Anwendern. Die Vertreter der kurzen Bügel, allen voran Hans K. Pilegaard, sehen deren Vorteile in einem einfacheren Einbringen durch kürzere Tunnelstrecken, einer gleich niedrigen Rate an späteren Bügeldrehungen in situ bei geringerem Fixieraufwand der Bügel sowie einem einfacheren Entfernen durch lediglich einseitige Fixierung des Bügels an den Rippen [11]. Klassischerweise verbleiben die Bügel für ca. zwei Jahre in situ und werden dann operativ wieder entfernt [11].

Postoperatives Management

In der direkten postoperativen Phase ist eine konsequente Schmerzbehandlung elementar, um die Patienten zeitnah mo-



Abb. 2: Saugglocke in Anwendung.

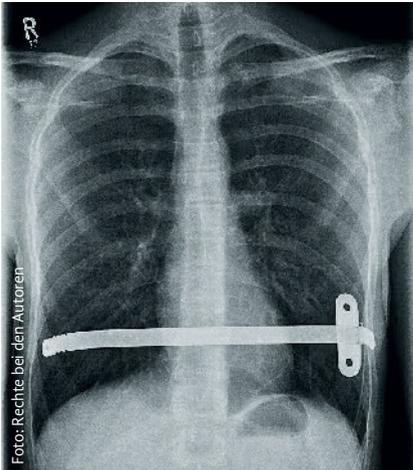


Abb. 3: Röntgen-Thorax-Aufnahme vor Entfernung eines Nussbügels. Links thorakal sind die Stabilisatorplatte und eine Drahtcerklage erkennbar.

bilisieren und entlassen zu können. Ein nach wie vor wichtiger Baustein dieser postoperativen Schmerztherapie ist trotz des zunehmenden Einsatzes von anderweitigen regionalen Nervenblockaden ein thorakal eingelegter Epiduralkatheter. Dieser hat bei optimaler Lage und Nutzung, vor allem in den ersten 24 Stunden postoperativ, die beste analgetische Potenz. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf die rein intravenöse Schmerztherapie [12].

Durch eine frühzeitig parallel begonnene, multimodale Schmerztherapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika sowie Koanalgetika wie Clonidin und Gabapentin kann der Epiduralkatheter dann zumeist innerhalb der ersten 96 Stunden entfernt werden. Dieses Vorgehen bietet den Vorteil, die negativen Effekte des Epiduralkatheters wie die eingeschränkte Mobilisation und die sympathikolysebedingte Kreislaufdepression, aber auch die bei rein intravenöser Opiatgabe häufigen Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen, Harnretention und Pruritus, ohne nachweisliche Nachteile für eine adäquate Schmerztherapie minimieren zu können. Der Erfolg ist dabei abhängig von der institutionell vorhandenen Erfahrung im Umgang mit rückenmarksnah eingelegten Schmerzkathetern [13, 14].

Für die ersten Wochen postoperativ gilt ein Sport- und Hebeverbot und den Patienten wird darüber hinaus nahegelegt,

Kontakt sportarten in den ersten drei Monaten zu vermeiden [11]. Wichtig ist eine Aufklärung darüber, dass eine Herzdruckmassage bei Patienten mit einliegendem Bügel im Falle einer Reanimationssituation nur sehr eingeschränkt bis gar nicht möglich ist.

Komplikationen

Als häufigste postoperative Komplikationen sind Pneumothorax (3,5–27 %), Pleuraergüsse (2–11 %), Fieber (1,9–4,6 %), Wundinfektionen (2,2 %) und die Rotation oder Dislokation des Bügels (0,6–5,7 %) bekannt [7, 15]. Das Trichterbrustrezidiv wird mit Häufigkeiten zwischen 1,2 % und 10 % angegeben [1, 7]. Schwere, lebensbedrohliche Komplikationen sind sehr selten und Todesfälle die absolute Ausnahme. Bei diesen seltenen Fällen handelt es sich primär um Verletzungen des Herzens oder herznaher mediastinaler Strukturen [7, 15, 16].

Outcome

Betrachtet man das subjektive Operationsergebnis, so liegen die Zufriedenheitsangaben patientenseitig laut Literatur bei 95–96 % [1, 7]. Verschiedene objektive Outcomeparameter für den Operationserfolg wurden in den vergangenen Jahren untersucht. Der Fokus lag hierbei vor allem auf kardiopulmonalen Belastungsuntersuchungen. Nicht immer zeigten sich bei heterogenen und teilweise in der Größe limitierten Kollektiven sowie variierenden Beobachtungszeiträumen vergleichbare Ergebnisse [17].

Eine vergleichsweise große Studie aus Dänemark mit 44 minimalinvasiv operierten Patienten und 26 Personen im altersgematchten Kontrollkollektiv untersuchte die kardiopulmonale Belastbarkeit über eine Beobachtungszeit von drei Jahren. Es wurde gezeigt, dass sich drei Jahre nach Korrekturoperation und Entfernung der Bügel sowohl der maximale Herzindex als auch die forcierte Einsekundenkapazität (FEV1) als Maße für die kardiopulmonale Belastbarkeit bei den operierten Patienten normalisiert hatten. Präoperativ waren beide Werte gegenüber der Kontrollgruppe signifikant niedriger [18].

Die Arbeitsgruppe von Donald Nuss berichtet aus ihrem großen Patientenkollektiv von über 1.500 Patienten über eine Verbesserung der durch die Trichterform beeinträchtigten Thoraxbewegung nach der Operation und erklärt damit die Verbesserung der Lungenfunktionsparameter [19].

Fazit

Die Trichterbrust stellt eine ernst zu nehmende und zugleich gut behandelbare Erkrankung dar. Allerdings ist die Kostenübernahme der Behandlung mit konservativen oder operativen Maßnahmen stets eine zu begründende Einzelfallentscheidung. Heutzutage stellt das MIRPE-Verfahren die am häufigsten angewendete operative Therapieform mit sehr guten Ergebnissen dar. Die konservative Therapie mit der Saugglocke bildet für milde Ausprägungen im jüngeren Alter eine gute und zunehmend angewandte Option, da sich das Skelett noch leichter formen und somit eine spätere invasive Intervention verhindern lässt.

Entscheidend für die große Patientenzufriedenheit und die sehr guten Ergebnisse ist ein hohes Maß an Erfahrung auf Seiten der Behandler. Dabei kommt es auf ein gut abgestimmtes und eng zusammenarbeitendes interdisziplinäres Team aus Kinderanästhesisten, Kinderchirurgen, Pflegenden und Physiotherapeuten an.

Dr. med. Sebastian Reineke

Dr. med. Andreas Strack

Dr. med. Peter Illing

Klinik für Kinderchirurgie
und Zentrum für
schwerbrandverletzte Kinder,
Klinikum Kassel

Dr. med. Christian Gernoth

Anästhesie, operative Intensivmedizin
und Schmerztherapie,
Helios Klinikum Duisburg

Kontakt zu den Autoren:

E-Mail:
sebastian.reineke@klinikum-kassel.de

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

Multiple Choice-Fragen:

Die Trichterbrust bei Kindern und Jugendlichen – ein Überblick über die Therapieoptionen

VNR: 2760602020189220004 (nur eine Antwort ist richtig)

- 1. Mit welcher diagnostischen Methode wird der Haller-Index klassischerweise bestimmt?**
 - 1) Elektrokardiogramm
 - 2) Echokardiogramm
 - 3) Schnittbildgebung (CT oder MRT)
 - 4) Sonografie=
 - 5) Psychologischer Fragebogen zur Erhebung der individuellen psychischen Belastungsschwere.
- 2. Wer entwickelte und etablierte federführend das MIRPE-Verfahren zur Behandlung der Trichterbrust?**
 - 1) Donald Nuss
 - 2) Hans Kristian Pilegaard
 - 3) Mark M. Ravitch
 - 4) Fritz Rehbein
- 3. Kein Entscheidungskriterium für oder gegen die Indikationsstellung einer operativen Korrektur bei Pectus excavatum stellt dar:**
 - 1) Progression der Trichterausprägung
 - 2) Herzrhythmusstörungen
 - 3) Haller-Index
 - 4) Symptome des Patienten
 - 5) Wunsch der Eltern nach kosmetischer Korrektur eines kleinen Defekts.
- 4. Die therapieassoziierte Mortalität der operativen Korrektur einer Trichterbrust in den letzten 20–30 Jahren lag laut Literatur bei:**
 - 1) 10 %
 - 2) 20 %
 - 3) 25 %
 - 4) Keine Todesfälle
 - 5) Sehr gering
- 5. Im postoperativen Management nach Korrektur durch das MIRPE-Verfahren spielen folgende Gesichtspunkte keine Rolle:**
 - 1) Konsequentes Schmerzmanagement.
 - 2) Physiotherapeutisch begleitetes Atemtraining.
 - 3) Unbedingte Bettruhe für vier Wochen.
 - 4) Sport- und Hebeverbot in den ersten postoperativen Wochen.
- 6. Die Zufriedenheitsraten der Patienten nach operativer Korrektur einer Trichterbrust liegen bei ca.:**
 - 1) 20 %
 - 2) 40 %
 - 3) 60 %
 - 4) 80 %
 - 5) > 90 %
- 7. Welche Aussage zum MIRPE-Verfahren trifft nicht zu?**
 - 1) Das Einbringen des Metallbügels erfolgt über eine Thorakotomie.
 - 2) Das wesentliche Element des Verfahrens ist ein Anheben des Sternum durch Einbringen eines retrosternal gelegenen Metallbügels.
 - 3) Die Entfernung der Metallbügel erfolgt üblicherweise ca. zwei Jahre nach dem Einbringen.
 - 4) Das Einbringen einer Stabilisatorplatte auf der linken Seite des Bügels soll das Rotieren des Bügels in situ verhindern.
 - 5) Vor dem Einbringen des Metallbügels erfolgen das Tunneln mittels eines sogenannten Führungsstabes und das Einbringen eines Bandes in den Tunnel.
- 8. Wesentliches Element einer konservativen Therapie bei Pectus excavatum stellt nicht dar:**
 - 1) Physiotherapie zur Stärkung der Brust- und Rückenmuskulatur.
 - 2) Absolutes Sportverbot bis ins Erwachsenenalter.
 - 3) Atemübungen.
 - 4) Sauglockentherapie.
- 9. Welche Aussage zu operationsassoziierten Komplikationen ist richtig?**
 - 1) Bei jedem Patienten treten Komplikationen auf.
 - 2) Auftretende Komplikationen sind sehr häufig akut lebensbedrohlich.
 - 3) Durch das Einbringen eines Metallbügels können Thoraxkompressionen im Rahmen einer Reanimationssituation deutlich erschwert sein und somit eine effektive Reanimation unter Umständen sehr schwierig bis unmöglich sein.
 - 4) Eine Verletzung des Herzens ist beim MIRPE-Verfahren ausgeschlossen.
 - 5) Die Rezidivrate nach operative Korrektur liegt bei 30–50 % der Fälle.
- 10. Welche Aussage ist richtig?**
 - 1) Die postoperative Schmerzbehandlung nach MIRPE-OP beruht im Wesentlichen auf nichtsteroidalen Antirheumatika als Monotherapie.
 - 2) Der kombinierte Einsatz von Epiduralkatheter, nichtsteroidalen Antirheumatika und Koanalgetika stellt das zu favorisierende Schmerztherapiekonzept dar.
 - 3) Der Epiduralkatheter bleibt klassischerweise 2 Wochen liegen.
 - 4) Sofort nach Entlassung sind dem Patienten sämtliche Sportarten erlaubt.
 - 5) Kraft- und Hebetraing ist unmittelbar nach Entlassung zu empfehlen.

Literatur zum Artikel:

Die Trichterbrust bei Kindern und Jugendlichen – ein Überblick über die Therapieoptionen

Dr. med. Sebastian Reineke, Dr. med. Andreas Strack, Dr. med. Christian Gernoth, Dr. med. Peter Illing

- [1] Avdullah F, Harris J: Pectus Excavatum: More Than a Matter of Aesthetics. *Pediatr Ann* 2016; 45(11): e403-e406.
- [2] Kanagaratnam A, Phan S, Tchantchaleishvili V, Phan K: Ravitch versus Nuss procedure for pectus excavatum: Systematic review and meta-analysis. *Ann Cardiothorac Surg* 2016; 5(5): 409–21.
- [3] Nuss D, Obermeyer RJ, Kelly RE: Pectus excavatum from a pediatric surgeon's perspective. *Ann Cardiothorac Surg* 2016; 5(5): 493–500.
- [4] Aydin E, Özler O, Burns P, Lim F-Y, Peiró JL: Left congenital diaphragmatic hernia-associated musculoskeletal deformities. *Pediatr Surg Int* 2019; 35(11): 1265–70.
- [5] Martina Heinrich, Kathrin Neuhaus, Dietrich von Schweinitz (Herausgeber): *Kinderchirurgie: Basiswissen und Praxis*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Germering: W. Zuckschwerdt, 2019.
- [6] Birkemeier KL, Podberesky DJ, Salisbury S, Serai S: Breathe in... breathe out... stop breathing: Does phase of respiration affect the Haller index in patients with pectus excavatum? *Am J Roentgenol* 2011; 197(5): W934–9.
- [7] Pawlak K, Gasiorowski L, Gabryel P, Galecki B, Zielinski P, Dyszkiewicz W: Early and Late Results of the Nuss Procedure in Surgical Treatment of Pectus Excavatum in Different Age Groups. *Ann Thorac Surg* 2016; 102(5): 1711–6.
- [8] Dore M, Triana Junco P, Bret M, et al.: Advantages of Cardiac Magnetic Resonance Imaging for Severe Pectus Excavatum Assessment in Children. *Eur J Pediatr Surg* 2018; 28(1): 34–8.
- [9] Nuss D, Obermeyer RJ, Kelly RE: Nuss bar procedure: Past, present and future. *Ann Cardiothorac Surg* 2016; 5(5): 422–33.
- [10] Haecker F-M, Sesia S: Vacuum bell therapy. *Ann Cardiothorac Surg* 2016; 5(5): 440–9.
- [11] Pilegaard HK: Short Nuss bar procedure. *Ann Cardiothorac Surg* 2016; 5(5): 513–8.
- [12] Choudhry DK, Brenn BR, Sacks K, Reichard K: Continuous chest wall ropivacaine infusion for analgesia in children undergoing Nuss procedure: A comparison with thoracic epidural. *Paediatr Anaesth* 2016; 26(6): 582–9.
- [13] Stroud AM, Tulanont DD, Coates TE, Goodney PP, Croitoru DP: Epidural analgesia versus intravenous patient-controlled analgesia following minimally invasive pectus excavatum repair: A systematic review and meta-analysis. *J Pediatr Surg* 2014; 49(5): 798–806.
- [14] Frawley G, Frawley J, Cramer J: A review of anesthetic techniques and outcomes following minimally invasive repair of pectus excavatum (Nuss procedure). *Paediatr Anaesth* 2016; 26(11): 1082–90.
- [15] Protopapas AD, Athanasiou T: Perioperative data on the Nuss procedure in children with pectus excavatum: Independent survey of the first 20 years' data. *J Cardiothorac Surg* 2008; 3: 40.
- [16] Jemielity M, Pawlak K, Piwkowski C, Dyszkiewicz W: Life-threatening aortic hemorrhage during pectus bar removal. *Ann Thorac Surg* 2011; 91(2): 593–5.
- [17] Maagaard M, Heiberg J: Improved cardiac function and exercise capacity following correction of pectus excavatum: A review of current literature. *Ann Cardiothorac Surg* 2016; 5(5): 485–92.
- [18] Maagaard M, Tang M, Ringgaard S, et al.: Normalized cardiopulmonary exercise function in patients with pectus excavatum three years after operation. *Ann Thorac Surg* 2013; 96(1): 272–8.
- [19] Kelly RE JR, Obermeyer RJ, Nuss D: Diminished pulmonary function in pectus excavatum: From denying the problem to finding the mechanism. *Ann Cardiothorac Surg* 2016; 5(5): 466–75.

Gastbeitrag aus der Landeszahnärztekammer Hessen

Erfolgsmodell Zahnmedizinische Prophylaxe

Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen (LAGH) – Ziele, Zahlen, Zusammenarbeit

Mit dem SGB V hat der Gesetzgeber 1989 die Wichtigkeit der Verhütung von Zahn- und Kieferkrankheiten anerkannt und in den §§ 21 und 22 die zahnmedizinische Prophylaxe für Kinder gesetzlich verankert. Einerseits durch die Übernahme von individualprophylaktischen Leistungen in Zahnarztpraxen durch die gesetzliche Krankenversicherung, andererseits mit dem gesetzlichen Auftrag zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe für alle Kinder unter 12 Jahren.

Dafür hat die LAGH mit Zahnmedizinern, Wissenschaftlern, Pädagogen, Ökotrophologen, Kitas und Schulen ein salutogenetisches Konzept erarbeitet, implementiert und ständig weiterentwickelt. Dieses ausgereifte Konzept trägt den Namen „5 Sterne für gesunde Zähne“ und wird durch alle an der Gruppenprophylaxe Mitwirkenden flächendeckend an Eltern und Kinder, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer und beteiligte Multiplikatoren herangetragen. Jährlich werden über 1.100 Erzieherinnen und Erzieher, Hebammen, Tagespflegepersonen und Angehörige anderer Berufsgruppen fortgebildet sowie circa 450 Zahnärzte, Zahnärztinnen und Mitarbeiter aus Patenschaftszahnarztpraxen. Alle Referentinnen und Referenten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der 20 hessischen Arbeitskreise Jugendzahnpflege (AKJ), die Kitas und Schulen besuchen, werden ebenso jährlich qualitätsgesichert fortgebildet.

Gesund beginnt im Mund: Gruppenprophylaxe und Allgemeingesundheit

Die Gruppenprophylaxe sorgt mit ihrem salutogenetischen Ansatz nicht nur für gesunde Zähne: Mundgesundheit korreliert stark mit kardiovaskulärer Gesundheit, geringerem Diabetesrisiko, guter Abwehrlage, regelrechter Sprachentwicklung, sozialem Erfolg und emotionalem Wohlbefinden.



Einrichtungen, die ein vorbildliches Engagement zur Förderung der Zahngesundheit im Rahmen des hessischen Gruppenprophylaxe-Konzeptes zeigen, werden für ihren Einsatz mit dem Prädikatssiegel „Rundum mundgesund“ geehrt.

Alle gruppenprophylaktischen Inhalte basieren auf dem Hessischen Bildungs- und Erziehungsplan (BEP). Die (Mund-)Gesundheitsförderung ist als Bestandteil der Entwicklung von Basiskompetenzen, eines positiven Selbstkonzeptes, Kontaktfähigkeit, motorischen Fähigkeiten und Sprache darin verankert.

Die Ziele der hessischen Gruppenprophylaxe sind:

- Erziehungspersonal und Lehrkräfte gewinnen für die Umsetzung des Konzeptes „5 Sterne für gesunde Zähne“ in den Alltag von Kita und Schule (Verhältnisprävention).
- Unabhängig vom Elternhaus und sozialem Status allen Kindern die Kulturtechnik der systematischen Mundpflege (KAI^{plus} Systematik) vermitteln.
- Mit dem Wassertrinken und dem Konzept „Zuckerfreier Vormittag“ allen Kindern eine Ernährungsweise vermitteln, die (Mund-)Gesundheit im ganzen Leben ermöglicht.
- Allen Kindern den Zahnarzt/die Zahnärztin als Freund und Helfer für gesunde Zähne vorstellen.
- Alle Eltern informieren über ihre Verantwortung für das Sauberputzen der

Zähne ihrer Kinder ab dem ersten Zahn (Eltern putzen Kinderzähne sauber).

- Bei allen Eltern für eine zahnmedizinische Prävention ab der Schwangerschaft werben (halbjährliche individuelle, familienbezogene Vorsorge in der Zahnarztpraxis).

Umsetzung der Gruppenprophylaxe in den Kitas

Jede Kita wird patenschaftlich betreut. Die Patenschafts-Teams unterstützen und beraten die Kita-Teams bei der Umsetzung der 5 Sterne für gesunde Zähne im Kita-Alltag, geben Tipps zur täglichen Zahnpflege und dem Konzept Zuckerfreier Vormittag, informieren Eltern u. a. über die kostenfreien Vorsorgeangebote, besuchen die Kitas zum gemeinsamen Zähneputzen mit der Hexe IRMA und Lernspielen zum Thema Mundpflege und Ernährung.

Naturbelassen und vielfältig, knackig und kauaktiv, fruchtig, herzhaft und auf alle Fälle lecker – so soll das Essen in den Kitas vorgelebt werden. Dies steht auch im Mittelpunkt der Lerneinheiten zum Konzept Zuckerfreier Vormittag, damit die Kinder Lust auf eine kariesprotektive und gleichzeitig gesamtgesundheitsförderliche Ernährung bekommen. Durch konsequente Beratung ist es gelungen, dass 2019 in 95 Prozent aller hessischen Kitas auf zuckerhaltige, kariogene und hochkalorische Getränke, eine der Hauptursachen von Karies im Kindesalter, verzichtet wird. Diese in den Einrichtungen geschaffenen gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen (=Verhältnisprävention) leisten einen großen Beitrag zur Gesundheitsförderung aller Kinder unabhängig vom Elternhaus. Da kariogene Ernährung auch adipogen ist, wird durch die Habituation des Zuckerfreien Vormittags und des Wassertrinkens auch das Risiko von Adipositas und den damit zusammenhängenden Erkrankungen gesenkt.

Süßigkeiten sind nicht kategorisch verboten, sondern können bewusst und maßvoll (die Hand ist das Maß) als Nachtisch, Nachmittagssnack oder zu Hause verzehrt werden. Durch diese zeitliche Eingrenzung findet automatisch auch eine Mengenbegrenzung des Konsums freier Zucker statt, die ohne großen Aufwand im Alltag der Kinder umsetzbar ist. Details zum Konzept Zuckerfreier Vormittag im Rahmen der „5 Sterne für gesunde Zähne“ unter www.lagh.de oder im Zahnärztlichen Kinderuntersuchungsheft (www.lzkh.de, www.kzv.de).

Die Zahnarztpraxis gemeinsam erleben

Das Highlight für die Kinder ist der Praxisbesuch: Alle Patenschaftszahnärztinnen und -zahnärzte heißen ‚ihre‘ Kindergartenkinder einmal im Jahr in ihren Praxen willkommen. Hier dürfen die Kinder in der vertrauten Gruppe eine Zahnarztpraxis kennen lernen, ausprobieren wie es sich anfühlt, auf dem „Zauberstuhl“ zu fahren und mit den Saugern Spucke oder Wasser verschwinden zu lassen, und versuchen, auch mal mit dem Mundspiegel die Zähne zu zählen. Diese Besuche machen Spaß, bauen eventuelle Ängste ab und ebnen den Weg in die Praxen zur individuellen Vorsorge.

Informationen und Fertigkeiten, die den Kindern und Familien durch die Gruppenprophylaxe vermittelt wurden, können bei der individuellen Prophylaxe in den Zahnarztpraxen erweitert und vertieft werden. So wirkt die Gruppenprophylaxe außer-

halb der Kitas noch lange nach.

Die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen (LAGH) und die 20 regionalen Arbeitskreise Jugendzahnpflege (Akj) haben durch ihre Arbeit in 4.007 hessischen Kindertageseinrichtungen (Kitas) und 1.100 Grundschulen

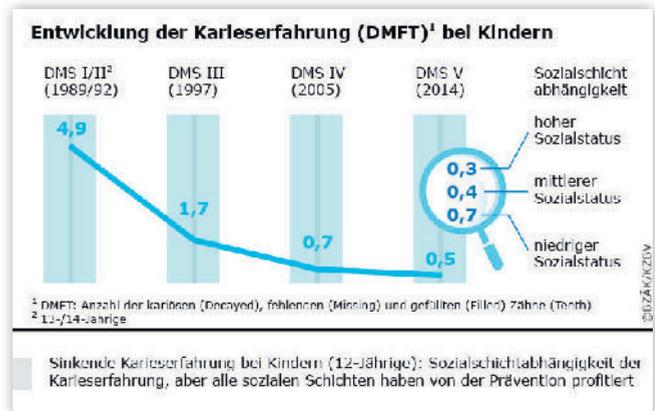
schon viel erreicht:

Zwischen 1989 und 2014 stieg der Anteil der 12-Jährigen ohne Karies von 13 Prozent auf 81 Prozent!

Diese Gesundheitsverbesserung kam – wie die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) aus dem Jahr 2014 zeigt – allen sozialen Schichten zugute. Mit gesunden Zähnen aufzuwachsen, ist also von der Ausnahme zur Norm geworden.

Die aufsuchende Betreuung der Patenschaftsteams in den Kitas erreicht alle Kinder der Einrichtung und bietet ein niedrigschwelliges Beratungsangebot für Eltern, was besonders Familien mit geringerem sozioökonomischen Status entgegenkommt. Rund 240.000 Kinder werden in Kitas erreicht, deren Eltern in 79,9 % aller Kitas, und rund 173.000 Kinder in Grundschulen.

Diese Zahlen werden jährlich dokumentiert und den Ministerien auf Landes- und Bundesebene sowie



Zahnmedizinische Prophylaxe fruchtet deutschlandweit; dies belegt die aktuelle Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V).

zahnärztliche Vereinigung Hessen und das Hessische Ministerium für Soziales und Integration.

Mundgesundheitsvorsorge muss mit der Schwangerschaft beginnen

Leider erreicht die Gruppenprophylaxe einige Kinder viel zu spät: in die Kita mit gruppenprophylaktischer Betreuung kommen die Kinder im Schnitt mit 2,5 Jahren, aber frühkindliche Karies kann ab dem ersten Zahn entstehen oder eben verhindert werden. Leider entstehen schwerwiegende Krankheitsbilder oft durch Unwissen, nicht nur in Fällen von Kindesvernachlässigung. Die Vorsorge und Beratung für Eltern und Kind muss in der Schwangerschaft beginnen!

Hier bedarf es engerer Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten und Allgemein-, Kinder- und Frauenärzten. Infomaterialien, die diese Zusammenarbeit erleichtern, wie der Einleger in den Mutterpass und das Zahnärztliche Kinderuntersuchungsheft, können kostenfrei bei der Formularstelle der KZVH bestellt werden.

Laura Pfeiffer
Zahnärztin,
im Auftrag der
Landeszahnärztekammer
Hessen

Kontakt:
Landeszahnärztekammer Hessen
Rhonestr. 4
60528 Frankfurt
E-Mail: box@lzkh.de



Hoher Besuch zum zahngesunden Frühstück: Hessens Minister für Soziales und Integration Kai Klose und Dr. Andrea Thumeyer (Vorsitzende LAGH) besuchen eine Wiesbadener Kita anlässlich der Verleihung des Prädikatssiegels.



Abstandsregeln und Begegnung – Neue Methoden im Kurs äQM

Neustart der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung



Empfang: 50 Veranstaltungsgäste kommen innerhalb einer guten halben Stunde an – Abstandhalten geht trotzdem.

Anfang Juni hat die Akademie die erste Präsenzveranstaltung unter Pandemiebedingungen durchgeführt.

Ja – es hat einige Mühe gekostet, das Bildungszentrum in Bad Nauheim umzurüsten. Und nein – dies war keine reine Vortragsveranstaltung, und so mussten auch die Referenten ihre Methodik „abstandstauglich“ umbauen.

Aber nochmals ja – es hat sich gelohnt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unserer ersten Präsenzveranstaltung unter Pandemiebedingungen haben den Kurs als Gewinn erlebt und auch so bewertet. „äQM“ steht für „Ärztliches Qualitätsmanagement“. Die Kursweiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung hat bei der Akademie eine lange Tradition. Die stetige große Nachfrage spricht für sich: Für die Ärzteschaft besitzt das Thema einen hohen Stellenwert – gehört doch die Sicherung der Qualität medizinischer Leistungen zum Grundverständnis des Berufes. Umso schöner, dass am 3. Juni 2020 der Akademiebetrieb mit einem Block dieses Kurses wieder beginnen konnte.

Neue Wege für bewährte Kurse

Aufgrund der Corona-Pandemie musste im März auch die Landesärztekammer für ihr Bildungszentrum in Bad Nauheim alle Veranstaltungen absagen. Gerade in der aktuellen Lage ist die Fortsetzung der Qualifizierungsangebote für Ärzte aber

unverzichtbar. Die Akademie hat die Pause genutzt, um Onlineseminare vorzubereiten und um für Präsenzveranstaltungen am Standort Bad Nauheim ein umfangreiches Organisations- und Hygienekonzept auszuarbeiten. Letzteres geschieht unter strenger Einhaltung der jeweils gültigen Corona-Verordnungen des Landes Hessen mit viel Augenmaß und Pragmatismus. Die Maßnahmen reichen dabei neben

den allgemein üblichen Abstands- und Hygieneregeln über „Einbahnstraßen“ bei stark frequentierten Laufwegen, verständlicher Beschilderung, persönlicher Ausgabe von Speisen und Getränken in den Pausen bis hin zum Einsatz mehrerer Räume und moderner Technik in den Seminaren. So wurden auch im äQM-Kurs verschiedene digitale Anwendungen eingesetzt, mit denen die Teilnehmenden ohne physischen, aber dennoch mit viel persönlichem Kontakt einander begegnen konnten – u. a. fand per Videokonferenz, Chat und interaktiver Präsentation ein reger Austausch statt.

Das war in diesem Kursblock eine besondere Herausforderung, standen doch Moderationstechniken und die Auswertung von Projektarbeiten auf dem Programm. Die Referenten sind erfahrene Moderatoren, die über eine Fülle sowohl klassischer als auch digitaler Techniken verfügen. Zahlreiche Methoden wurden eingesetzt; die Gruppe hat sie nicht nur kennengelernt, sondern Passendes auch gleich für die Arbeit im Kurs genutzt.

Moderation und Präsentation unter besonderen Bedingungen

Die Veranstaltung begann mit zwei Tagen intensiven Moderatorentrainings mit Dr. med. Armin Mainz aus Korbach. An den beiden nächsten Tagen standen Projektarbeiten im Fokus. Dazu hatten sich die Teilnehmenden bereits in vorangegangenen Kursblöcken intensiv mit dem Einsatz von Befragungen im Qualitätsmanagement befasst. Gemeinsam mit der Referentin, Prof. Dr. Stefanie Winter aus Darmstadt, wurden dafür schon im Februar verschiedene Befragungsprojekte vorbereitet. Durch die Corona-Pandemie und die damit verbundenen einschneidenden Veränderungen im Arbeitsalltag vieler Ärzte war während der Arbeit an diesen Projekten viel Kreativität nötig, nicht alles konnte wie noch im Februar geplant umgesetzt werden.

Ärztliches Qualitätsmanagement

Kurs-Weiterbildung zum Erwerb der Zusatz-Bezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ auf Grundlage des Curriculums der Bundesärztekammer.

Darin vorgesehen sind 200 Stunden, die in Bad Nauheim in mehreren Kursblöcken umgesetzt werden.

Kursleitung:

Nina Walter, Leiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung und Stellv. Ärztliche Geschäftsführerin der Landesärztekammer Hessen

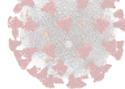


Der QR-Code für Smartphones führt zur Website des Kurses.
www.laekh.de

Information: Adiola Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiola.candelo-roemer@laekh.de

Information im Internet unter:

www.akademie-laekh.de → Veranstaltungsangebot → Qualitätsmanagement



Die Veranstaltungsräume werden optisch kleiner. Aber etwas mehr Platz für jeden Einzelnen hat auch angenehme Seiten.



Essensausgabe unter Pandemie-Bedingungen im Casino. Mehr Abstand führt zu lauterer Gesprächen – und manch einer fühlt sich auf der Terrasse wohl.

alle Fotos: Dr. Aline Zetsche

Für die Projektgruppen, die Referentin, die Kursleiterin Nina Walter und die Kursbetreuerin der Akademie Adiola Candelo-Römer ist dadurch viel zusätzlicher Koordinationsaufwand entstanden. Dank des großen Engagements aller Beteiligten konnten in kürzester Zeit Projekte doch noch gestartet sowie neue geplant und durchgeführt werden. Während der Präsenztage in Bad Nauheim stellten die Teilnehmenden ihre Befragungen vor und befassten sich mit der Datenbereinigung und der Auswertung der Datensätze. Am Samstagnachmittag präsentierten die Gruppen die

Ergebnisse ihrer Projekte – etwas aufgekratzt und mit großer Freude am gelungenen Abschluss der aufwendigen Arbeiten. Die Akademie will Ärztinnen und Ärzten mit ihren Angeboten über den reinen Wissenserwerb hinaus einen kollegialen Austausch und eine Inspiration für ihren Arbeitsalltag ermöglichen. So ist es auch für die Organisatoren ein Highlight, wenn Teilnehmer uns zwischen den Arbeitssitzungen zurufen: „Das war gerade super!“ Die erste Veranstaltung unter Pandemiebedingungen war auch für die Mitarbeiterinnen der Akademie inspirierend: Wir

werden zukünftig sehr viel mehr als bisher digitale Medien einsetzen und dabei Begegnung und Diskussion in Präsenzveranstaltungen als zentrale, besonders intensive Komponenten unserer Veranstaltungskonzepte weiterentwickeln.

Katrin Israel-Laubinger

Stabsstelle Qualitätssicherung, Frankfurt

Dr. Aline Zetsche

Akademie für Ärztliche

Fort- und Weiterbildung, Bad Nauheim

beide: Landesärztekammer Hessen

Studie zu Shingrix®

Verdachtsfälle mit schweren Hautreaktionen nach Impfung melden

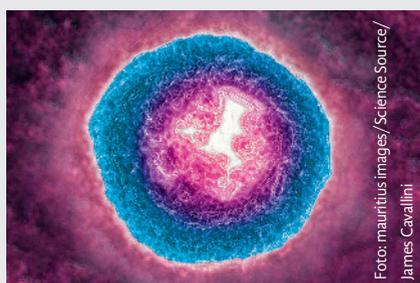


Foto: mauritius images / Science Source / James Cavallini



© koolhaasbuy - stock.adobe.com

Varicella-Zoster-Virus und die davon verursachte Gürtelrose.

Seit Mai 2018 steht ein neuartiger, inaktivierter Impfstoff (Shingrix®, GlaxoSmithKline Biologicals SA) zur Vorbeugung von Herpes Zoster (HZ, Gürtelrose) und postherpetischer Neuralgie bei Menschen ab 50 Jahren auf dem deutschen Markt zur Verfügung. Der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und dem für

die Überwachung der Impfstoffsicherheit zuständigen Paul-Ehrlich-Institut liegen zahlreiche Verdachtsfallmeldungen eines HZ sowie ausgeprägten, teilweise bläschenförmigen (bullösen) Hautreaktionen im engen zeitlichen Zusammenhang mit der Shingrix®-Impfung vor. Im Rahmen einer Studie soll geklärt werden, ob es sich

in den oben beschriebenen Fällen um die Reaktivierung des Varizella-Zoster-Virus (VZV) als potenzielle Nebenwirkung von Shingrix® handelt. Hierzu soll eine Serie von Verdachtsfällen von HZ sowie bullösen Hautreaktionen untersucht werden, die im engen zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung aufgetreten sind. Dabei sollen nach Möglichkeit Proben vom Bläscheninhalt entnommen werden. Bei einem solchen Verdachtsfall werden Ärztinnen und Ärzte gebeten, an der Studie teilzunehmen. Entstehende Kosten werden entschädigt.

Kontakt, auch für Rückfragen:

Referat Pharmakovigilanz S1

Paul-Ehrlich-Institut, Langen

Fon: 06103 77 0 oder 06103 77 3130

E-Mail: Studiensekretariat-S@pei.de



Foto: Westend61 – stock.adobe.com

Weiterbildungszeit, Familienplanung und Facharztprüfung

Vorbereitung, Ablauf und Tipps
von Dr. med. Johanna Holzwarth

Im Oktober 2019 hat Frau Dr. Johanna Holzwarth erfolgreich ihre Pädiatrie-Facharztprüfung abgelegt. Die junge Mutter, die ihre Facharztweiterbildung am Uniklinikum Gießen absolviert hat und jetzt in der Neuropädiatrie arbeitet, erzählt von ihren Erfahrungen und gibt jungen Kolleginnen und Kollegen Tipps für die Prüfungsvorbereitung.

Mit der Facharztprüfung erfolgt der finale Abschluss eines langen Bildungsweges über das Abitur, das Medizinstudium und die jahrelange Tätigkeit als Ärztin in Weiterbildung. Wie haben Sie sich darauf vorbereitet?

Johanna Holzwarth: Für mich war es relativ einfach. Ein Jahr vor der Prüfung kam unsere Tochter zur Welt und ich war in Elternzeit. Ungefähr ein Dreivierteljahr vorher habe ich angefangen, das Lehrbuch von vorne bis hinten einmal durchzulesen. Das kann sich natürlich keiner so erlauben, der gerade noch berufstätig ist. Mit einer Kollegin habe ich außerdem Fälle besprochen, Fallbücher und Fragebücher durchgearbeitet. Schlussendlich haben wir vier Bücher durchgeackert, die Fachzeitschriften des letzten Jahres gelesen und die Prüfungssituation mit Hilfe der Prüfungsprotokolle per Frage und Antwort geübt.

Aber auch mit kleinem Kind zuhause muss man die Zeit zum Lernen finden.

Holzwarth: Die ganz Kleinen schlafen ja noch relativ viel, diese Zeiten hatte ich dann genutzt. Gegen Ende übernahm dann aber mein Mann einen Großteil der Betreuung.

Gab es Schwierigkeiten bei der Erfüllung der Voraussetzungen, Anmeldung oder generell den Abläufen?

Holzwarth: Ja, einige Hürden gab es. Bei uns in der Kinderklinik ist es generell ein

Problem, die vorgegebene Anzahl an Sonografien zusammenzubekommen, weil diese im Alltag üblicherweise nicht von den Ärzten der Pädiatrie, sondern von den Kollegen aus der Abteilung für Kinderradiologie durchgeführt werden. Durch Rotationen in die Kinderradiologie wird zwar versucht dem entgegenzuwirken, aber das kann nicht für jeden Arzt in Weiterbildung organisiert werden. Und leider hatte auch ich dazu nicht die Möglichkeit.

Außerdem ist die Arbeitsbelastung an der Uniklinik relativ hoch und ein bis zwei Überstunden täglich sind keine Seltenheit. Im Arbeitsalltag selbst müssen die Patienten versorgt werden. Da ist es nachrangig, welcher Arzt noch welche Weiterbildungsinhalte absolvieren muss. Abends länger zu bleiben, um zu sonografieren, fällt wohl jedem nach einem 10-Stunden-Arbeitstag schwer. Es gibt Kollegen, die daher während ihres Urlaubs oder am Wochenende in die Klinik gekommen sind, um zu schallen. Ich habe es letztendlich so gelöst, dass ich außerhalb meiner Dienstzeit sonografiert habe. Insgesamt erfordert es Eigeninitiative. Ich vermute, dass dies an anderen Kliniken ähnlich ist.

Mein Tipp an alle Kollegen am Anfang ihrer Weiterbildungszeit: möglichst früh mit Sonografien beginnen.

In Gießen gibt es außerdem die Sondersituation, dass wir vier einzelne Kinderkliniken (Allgemeinpädiatrie, Neuropädiatrie, Kinderkardiologie und Kinderhämatologie/-onkologie) mit jeweils eigenem Chef, aber gemeinsamer Weiterbildungsermächtigung haben. Das bedeutet, dass man die Arbeitszeugnisse und Bescheinigungen jeweils von vier verschiedenen Stellen einholen muss. Das erforderte etwas Zeit und Geduld. Soll die Prüfung unmittelbar nach abgeschlossener Weiter-

bildungszeit abgelegt werden, muss man früh anfangen, die entsprechenden Unterlagen zusammenzutragen.

Wie haben Sie die Betreuung und den Kontakt zur Landesärztekammer erlebt? Was war gut und was könnte aus Ihrer Sicht verbessert werden?

Holzwarth: Das war recht unproblematisch und gut organisiert. Ich hatte eine nette Ansprechpartnerin, die auch telefonisch gut zu erreichen war. Sie wusste zu allen Fragen Bescheid und hat mir auch direkt die Liste mit Prüfungsterminen geschickt. So konnte ich mehr oder weniger aussuchen, wann ich die Prüfung ablegen möchte. Die Anmeldung selbst erfolgte in der Bezirksärztekammer in Gießen. Die benötigten Unterlagen können dort abgegeben und auch direkt beglaubigt werden, was Zeit und Geld spart.

Wie haben Sie die Prüfungssituation als solche wahrgenommen bezüglich Ablauf, Dauer und Inhalte?

Holzwarth: Natürlich war ich aufgeregt, obwohl ich mich gut vorbereitet fühlte. Nach Ankunft in der Landesärztekammer ging alles Schlag auf Schlag: Ausweiskontrolle, Begleitung zum Wartezimmer, Abholen durch den Prüfungsvorsitzenden, kurze Vorstellung der beiden Prüfer und schon ging es los. Die Prüfer waren sehr freundlich und haben versucht, die Prüfungssituation für den Prüfling so angenehm wie möglich zu gestalten. Pro Prüfer gab es zwei Fragerunden, so dass letztendlich vier Themen abfragt wurden. Die Prüfung selbst war auch eher ein Gespräch als reine Frage und Antwort. Von den Prüfern habe ich von Anfang an relativ viel positive Rückmeldung bekommen und Hilfestellungen, wenn ich in die falsche Richtung gegangen war oder nicht mehr weiterwuss-

te. Alles in Allem relativ angenehm für eine Prüfungssituation.

Ich wurde kurz rausgeschickt und nach wenigen Minuten vom Prüfungsvorsitzenden wieder reingebeten. Dort habe ich dann mein Zeugnis bekommen und nach insgesamt 30 Minuten war alles geschafft.

Was raten Sie jungen Kolleginnen und Kollegen, die die Prüfung noch vor sich haben?

Holzwarth: Prüfungsprotokolle sind sehr hilfreich. So weiß man ungefähr, worauf die Prüfer Wert legen und man erhält einen Eindruck über den Ablauf. Ich habe gute Erfahrungen damit gemacht, gemeinsam mit Kollegen zu lernen und sich gegenseitig Fragen zu stellen. Also im Team lernen und vor allem Sprechen üben. Das hat mir viel Aufregung genommen.

Sie sind während Ihrer Weiterbildungszeit Mutter geworden. Würden Sie dies



Foto: privat

Dr. med. Johanna Holzwarth

anderen Ärztinnen und Ärzten, die über Familienplanung nachdenken, ebenfalls raten?

Holzwarth: Das ist eine recht individuell zu beantwortende Frage. Für mich war es gut, dass ich die Weiterbildung fast fertig hatte. Eine Weiterbildung in Teilzeit birgt

immer zumindest organisatorische Herausforderungen, insbesondere bei dem oben geschilderten Gießener Weiterbildungs-/ Rotationsmodell. In anderen Kliniken oder Abteilungen, wo man seine Weiterbildungszeit bei nur einem Chef ableistet, ist es in der Hinsicht eventuell einfacher.

Wie geht es jetzt nach der Elternzeit für Sie weiter?

Holzwarth: Ich mache nun die Schwerpunktweiterbildung Neuropädiatrie und habe eine 70 %-Teilzeitstelle. Mein Chef war sehr entgegenkommend und hat mir einen guten Wiedereinstieg ermöglicht. Da ich z.B. lieber in der Fünf-Tage-Woche je 6 Stunden arbeiten wollte, bin ich erstmal in der Ambulanz eingeteilt. Dort sind die Zeiten meist leichter einzuhalten als auf Station. Die ersten Wochen hat auch schon alles gut geklappt und die Arbeit macht mir nach der langen Pause wieder richtig viel Freude.

Interview: Maren Grikscheit

FAQs: Weiterbildungsbefugnisse ab 1. Juli 2020

Am 1. Juli 2020 tritt die neue Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020 (WBO 2020) in Kraft. Gleichzeitig tritt die bisherige WBO 2005 außer Kraft.

Was bedeutet das für Ärztinnen und Ärzte, die bereits vor dem 1. Juli 2020 mit der Weiterbildung angefangen haben?

Eine bereits begonnene Weiterbildung darf im Rahmen von Übergangsbestimmungen nach der bisherigen WBO 2005 fortgesetzt und beendet werden. Dabei gelten folgende Übergangsfristen:

- 8 Jahre für Fachgebietsbezeichnungen
- 5 Jahre für Schwerpunktbezeichnungen und Zusatzweiterbildungen.

Für die Zusatzweiterbildungen Psychoanalyse und Psychotherapie gilt diese Befristung nicht.

Ein freiwilliger Umstieg auf die WBO 2020 ist ebenfalls möglich.

Verlieren die bisherigen Weiterbildungsbefugnisse am 1. Juli 2020 ihre Gültigkeit?

Nein, im Rahmen der Übergangsbestimmungen bleiben die bisherigen Weiterbildungsbefugnisse für die bisherige WBO 2005 erhalten. So können Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildung vor dem 1. Juli 2020 begonnen haben, diese nach WBO 2005 bis zum Ende der Übergangsfrist abschließen.

Gelten die bisherigen Weiterbildungsbefugnisse automatisch auch für WBO 2020?

Ja, bis zur notwendigen Überprüfung der bisherigen Weiterbildungsbefugnis nach den neuen Kriterien gelten die Weiterbildungsbefugnisse im selben Umfang auch für die WBO 2020.

Die Neubewertung der bisherigen Befugnisse anhand der neuen Anforderungen wird voraussichtlich einen Zeitraum von etwa drei Jahren beanspruchen. Die Landesärztekammer Hessen wird zu gegebener

Zeit entsprechend auf die Weiterbildungsbefugten zukommen.

Fragen speziell zur WBO 2020 senden Sie bitte per E-Mail an: wbo2020@laekh.de.

Dr. med. Wolf Andreas Fach
Präsidiumsmitglied, Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses

Dr. med. H. Christian Piper
Präsidiumsmitglied, Stellv. Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses

Jens Sudmann
Leiter der Abteilung Weiterbildung

Daniel Libertus
Rechtsreferent

Perspektiven schaffen – Rehabilitation vor Resignation

Dr. med. Sabine Krefß

Julian hängt in der Luft

Vor acht Monaten war er noch psychotisch, jetzt sitzt er zu Hause und nimmt Medikamente. Das Stimmenhören ist weg, auch das Verfolgungsgefühl. Letztes Jahr hat er Abitur gemacht, eigentlich wollte er studieren, ist immer noch eingeschrieben. Er kann sich aber nicht konzentrieren, morgens kommt er nicht aus dem Bett. Seit der stationären psychiatrischen Behandlung geht er zu einem niedergelassenen Psychiater. Bei einem Psychotherapeuten steht er auf der Warteliste. Er hat sich eine Tagesstätte für psychisch kranke Menschen angesehen, wegen der Tagesstruktur.

Nicole ist am Ende

Gerade schreibt sie ihre Kündigung. Sie kann nicht mehr zurück in ihren alten Job als Krankenschwester. Die stufenweise Wiedereingliederung hat sie auch im zweiten Anlauf vorzeitig beendet. Seit zwei Jahren geht es ihr psychisch immer schlechter, seit fast einem Jahr ist sie kontinuierlich krankgeschrieben, zweimal war sie in der psychiatrischen Tagesklinik. Struktur und Medikation hatten durchaus Erfolg, immerhin kann sie ihren Haushalt bewältigen, geht auch mal wieder vor die Tür. Sie könnte eine Umschulung machen, aber länger als drei Stunden hält sie es eigentlich nicht aus unter anderen Menschen. Soll sie mit Ende dreißig Rente beantragen?

Michael steckt in der Sackgasse

Noch bekommt er Arbeitslosengeld I, das Krankengeld ist vor ein paar Wochen ausgelaufen. Vor einem halben Jahr war er in einer psychosomatischen Reha wegen eines Burn-outs. Außerdem spielt sein Rücken nicht mehr mit. Das hatte schon häufiger zu Krankheitsphasen geführt und in der Folge zu heftigen Konflikten mit seinem Schichtleiter. Dieses Klima von Anforderung und Misstrauen hält er nicht mehr aus. Aus der Reha wurde er vollschichtig

leistungsfähig entlassen, aber er ist weiter arbeitsunfähig. Er sollte Psychotherapie machen. Jetzt hat die Rentenversicherung seinen Rentenantrag abgelehnt. Für etwas Neues hat er keine Kraft. Mit 52 Jahren ist er doch raus. Den Abtrag fürs Haus werden sie bald nicht mehr zahlen können.

Teilhabe ist eingeschränkt

Drei Menschen in völlig unterschiedlichen Phasen ihres Lebens und Berufslebens ereilt das Schicksal einer psychischen Erkrankung. Die Akutversorgung und Behandlung der Symptomatik erfolgen in angemessener und grundsätzlich auch erfolgreicher Weise. Die Schwere der Erkrankung führt aber in allen drei Fällen dazu, dass eine reibungslose Rückkehr ins bisherige Leben mit den entsprechenden Rollen und sozialen Anforderungen nicht gelingt. Die Teilhabe am Leben ist allen dreien nicht (Arbeitsleben) oder nur noch bedingt (Alltagsleben) möglich.

Für diese Fälle hält unser Versorgungssystem ein spezifisches Angebot vor: die Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen – RPK. [1]

Was ist RPK?

Zielgruppe einer RPK-Maßnahme sind Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen [2, 3]. Die Schwere der Erkrankung definiert sich aber nicht allein über die ICD-10-Diagnose oder die Ausprägung der Symptomatik. Entscheidend ist die Tragweite der in der Folge der Erkrankung aufgetretenen Schädigungen (wie beispielsweise psychosoziale Funktionen) und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe in allen Lebensbereichen. Die Mehrzahl der Rehabilitanden in einer RPK leidet unter affektiven Störungen, psychotischen Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Aber auch alle anderen Diagnosen aus dem Kapitel V der ICD-10 sind vertreten, voraus-

gesetzt die Krankheitsfolgen sind erheblich. Rehabilitationsprinzipien sind: ambulant vor stationär, regional vernetzt und wohnortnah, personenzentriert, niedrigschwellig und frühzeitig.

Die Einbeziehung rehabilitativer Angebote nach schweren Erkrankungen ist im Bereich der somatischen Medizin eine Selbstverständlichkeit. „Die Rehabilitation beginnt am Unfallort“ (Zitat: Unfallkasse), die Rückkehr in die bislang relevanten Lebensbereiche ist immer das Ziel, die Versorgungsalgorithmen sind entsprechend ausgerichtet. In der psychiatrischen Versorgung wird die medizinische Rehabilitation für schwerer erkrankte Menschen meist noch gar nicht gedacht oder als Randphänomen betrachtet. Dabei sind die bestehenden Strukturen und Angebote in Hessen differenziert, auf fachlich hohem Niveau und vielerorts schon wohnortnah verfügbar.

Was passiert in einer RPK?

Ein multiprofessionelles Team aus Fachärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern und Gesundheits- und Krankenpflegern bietet psychoedukative, bewältigungsorientierte und handlungsorientierte psychotherapeutische Verfahren und fachärztliche Therapie in Gruppen und Einzelkontakten. Zentrale Aspekte sind diagnostische und trainierende Verfahren zur Arbeitsrehabilitation. Die Einbeziehung des persönlichen Umfelds, der Angehörigen und des Arbeitsumfeldes, soweit noch vorhanden, ist obligat. Belastungserprobungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind zentraler Bestandteil jeder Maßnahme. Dabei erfolgt eine intensive Begleitung der Betroffenen und auch der Arbeitsgeber durch die Mitarbeiter der Reha-Teams [4]. Konzeptionelles Bezugssystem ist die ICF [5]. Als rehabilitatives Prinzip hat sich insbesondere in den ganztags-ambulanten Angeboten das Prinzip „first place, then

train“ (konkreten Platz im sozialen System einnehmen, dann trainieren) durchgesetzt. So wird durch wohnortnahe Behandlung und Lebensweltorientierung die Schaffung von künstlichen Trainingswelten vermieden und der reale Lebenskontext der Rehabilitanden aktiv in die Rehabilitation eingebunden und genutzt [6, 7, 8, 9].

Für die drei geschilderten Fälle gilt: Die Akutbehandlung ist abgeschlossen. Die Rückkehr ins alte Leben wird von allen angestrebt. Die Einschränkungen in Bezug auf Alltagsanforderungen sind noch erheblich. Die weitere Entwicklung ist prognostisch kaum abzuschätzen. Ohne intensive Hilfen droht in allen Fällen die dauerhafte soziale und berufliche Exklusion und die langfristige finanzielle Abhängigkeit von staatlichen Institutionen. Rehabilitation, und hier medizinische Rehabilitation mit einem komplexen Unterstützungsangebot, ist dringend indiziert.

Nicole und Michael finden wohnortnah ein ambulantes RPK-Angebot und nehmen an einem unverbindlichen Informationstermin und einem individuellen Beratungsgespräch teil. Hier wird die Indikation für die Reha geprüft und bestätigt. Mit Hilfe der Mitarbeiter der RPK-Einrichtungen stellen beide einen Antrag auf Kostenübernahme bei der jeweils zuständigen Rentenversicherung.

Julian muss weiter reisen, die nächste RPK-Einrichtung ist 100 Kilometer entfernt. Für ihn stellt sich aber sogar die Frage nach einer Indikation für ein stationäres Setting, da von allen Beteiligten die Distanz zum Elternhaus und die Verselbstständigung als ein zentrales Rehabilitati-

onsziel unter anderen identifiziert werden. Auch er stellt mit Hilfe der RPK-Mitarbeiter einen Antrag auf Kostenübernahme bei seiner Krankenkasse.

Die RPK-Landschaft in Hessen

RPK-Einrichtungen sind intensiv örtlich vernetzt und mit ihrem Angebot in die Versorgungslandschaft der jeweiligen Regionen eingepasst. So finden sich RPK-Einrichtungen mit einem rein ambulanten, rein stationären oder einem gemischten Angebot. Alle RPK-Einrichtungen bieten medizinische Rehabilitation über die Krankenkassen und die Rentenversicherung an, ein Teil der Einrichtungen kann den nahtlosen Übergang in Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben realisieren. Eine RPK-Maßnahme kann prognoseabhängig bis zu zwei Jahre dauern.

Das Zugangsverfahren ist in allen RPK-Einrichtungen ähnlich. Die Betroffenen stellen selbst den Kontakt her (Infotermin, Beratungsgespräch), die Mitarbeiter der Einrichtungen kümmern sich dann um die Antragstellung. Die Bearbeitungszeiten der Anträge sind in der Regel überschaubar, die Wartezeiten auf einen Rehabilitationsplatz in den Regionen sehr unterschiedlich.

Julian hat Boden unter den Füßen

Er war sehr skeptisch und von zu Hause weg zu sein ist ihm nicht leicht gefallen. Aber die ambulanten Angebote waren zu weit weg und im Endeffekt war es ganz gut, sich mal nicht auf die Eltern verlassen zu können und wie in einer WG mit anderen zurecht kommen zu müssen. Die Eltern waren zu Gesprächen in der Reha. Es

tat gut, gemeinsam noch mal die Krisen der letzten Monate in aller Ruhe zu betrachten. So konnten sie auch einen Notfallplan miteinander abstimmen, sollte es mal wieder zu einer Krise bei Julian kommen. Man kann ja nie wissen. Julian hat in der Reha unterschiedliche Medikamente ausprobiert, rauf und runter, bis er das Gefühl hatte, einigermaßen klar denken zu können und bis er auch wieder ein paar Kilo abgenommen hatte. Der Sport, die konsequenten Alltagsanforderungen und die Tatsache, dass seine Tage in der Reha ausgefüllt waren, haben sicher einen Teil dazu beigetragen. In Bezug auf die Medikamente wurde ihm viel Verantwortung überlassen. Für seine Ambivalenz hatte man immer ein offenes Ohr. Bevor er ins Praktikum startete, ließ er dann die Medikamente in der Hoffnung, wieder richtig fit zu werden, ohne Rücksprache mit dem Arzt weg. Im Praktikum konnte er zunächst punkten. Gemeinsam mit den Reha-Mitarbeitern hatte er sich den Erprobungsplatz gesucht, war nach dem Vorstellungsgespräch in Begleitung seines Therapeuten begeistert. Es entsprach sehr genau seinen Interessen und er ist ein schlauer Kopf. Doch dann kamen die Stimmen im Kopf wieder und die Angst. Eine Woche konnte er deswegen gar nicht arbeiten. Dabei hatte er eine Aufgabe übernommen, die fertig werden musste. Sein Therapeut in der Reha hat ihn gelassen durch die Krise gesteuert. Er war so erleichtert, als er das Praktikum fortsetzen konnte. Das Absetzen der Medikamente hat er erst mal hinten angestellt. Und dann lief es richtig gut für ihn. Im Gespräch mit dem Rehaberater des Jobcenters, begleitet von den RPK-Mitarbeitern, konnte er seine berufliche Perspektive planen. Nach der Reha hat er eine Ausbildung zum IT-Kaufmann in einem Berufsbildungswerk begonnen, lebt dort im Internat. Vielleicht probiert er noch mal, ohne Medikamente auszukommen, wenn er seine Ausbildung in der Tasche hat. Der Plan zu studieren, ist auch noch nicht vom Tisch. Das läuft ihm nicht weg. Im Moment tut es ihm noch gut, nicht zu viel Spielraum für tägliche Entscheidungen zu haben. Von ganz allein und ohne äußere Struktur kommt ihm doch noch manchmal der Antrieb abhanden. Gelegentlich meldet er sich noch bei seinem ehemali-

Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen: RPK-Standorte in Hessen

Vitos Reha Kassel

50 ambulante Plätze
www.vitos-reha.de

RPK Marburg

12 ambulante Plätze
www.bi-marburg.de

RPK Schlüchtern

20 stationäre, 10 ambulante Plätze
www.mkkliniken.de

Vitos Reha Frankfurt

30 ambulante Plätze
www.vitos-reha.de

RPK Modautal

40 stationäre Plätze
www.reas.de

Standortsuche im Internet unter:

www.bag-rpk.de

gen RPK-Therapeuten und berichtet, wie es ihm geht. Nach neun Monaten RPK hat er die Kontrolle über sein Leben wieder.

Nicole startet neu

Sie hatte so viel Angst erneut zu scheitern, dass sie fast nicht mit der Reha anfangen hätte. Und anfangs konnte sie auch kaum mehr als halbe Tage dort bleiben. Die RPK-Mitarbeiter blieben gelassen und immer wieder wurde der Wochenplan mit den Anforderungen an ihre Möglichkeiten angepasst. Langsam wurde es besser. Ihre Wohnung war ihre Zuflucht. Die zuverlässig optimistische Haltung der Reha-Mitarbeiter und die Diskussion und Prüfung aller Alternativen taten ihr gut. Außerdem bekam sie wieder ein Gefühl für ihre eigenen Fähigkeiten. In den Gruppen war sie beliebt, konnte gut auf Andere eingehen, hilfreich sein. Manchmal übernahm sie sich dann auch wieder in der Fürsorge für andere. Ihre RPK-Therapeutin bremste sie. Sie verstand langsam, wohin ihre Energien immer wieder versickerten. Aber auch, welche Vorteile sie daraus zog. Die in der Reha beantragte Anerkennung einer Schwerbehinderung hat dann bei der Finanzierung ihrer weiteren Perspektive geholfen. Ihr erstes Praktikum fand im Tierheim statt. Mehr als Katzen streicheln hatte sie sich zunächst nicht zugetraut. Und selbst hier ist sie mit dem Leid der Tiere kaum fertig geworden. Am Ende, als sie immer mehr Kraft und auch wieder Hoffnung hatte, arbeitete sie in einer Apotheke, konnte auf ihr Wissen als Krankenschwester zurückgreifen. Schließlich hat ihr Chef ihr einen Aus- bzw. Umschulungsplatz angeboten. In der Reha wurde dann der Weg dafür geebnet, alle Anträge mit ihr gestellt und alle Fragen geklärt. Sie konnte im vertrauten Apotheken-Team bleiben, die Anforderungen der Berufsschule bewältigt sie gut. Ohne Schichtarbeit und mit mehr Abstand zu den Menschen kann sie ihr inneres Gleichgewicht halten. Nach wie vor ist sie in regelmäßiger ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Das Jahr in der Reha ist wie im Flug vergangen.

Michael hat Hindernisse aus dem Weg geräumt

Anfangs war er überzeugt davon, dass außer Rente für ihn nichts mehr in Frage kä-

me. Es war sein Auftrag an die Reha, das für ihn durchzusetzen. Die Frage seines RPK-Therapeuten, was er dann im Weiteren mit seinem Leben so anfangen wollte, hat ihn irritiert. Was ging die das an? Gleichzeitig haben sie mit ihm überprüft, wie seine Ansprüche auf Erwerbsminderungsrente aussähen. Das war deutlich weniger als er sich vorgestellt hatte. Also hat er ein Praktikum versucht, eigentlich nur, um zu prüfen, ob so etwas wie ehrenamtliche Arbeit in Frage käme. Ging dann ganz gut. Am Ende hat er sich bereit erklärt, mit seinem Arbeitgeber Kontakt aufzunehmen. Reha-Mitarbeiter haben ihn begleitet. Zu seinem Erstaunen war man offen, er erlebte sogar so etwas wie Wertschätzung, auch wenn allen klar war, dass er nicht an seinen alten Arbeitsplatz zurückkonnte. Aber die Kenntnis der Strukturen und die Vernetzung im Betrieb prädestinierten ihn für koordinierende Tätigkeiten. Allerdings stellte er im Verlauf auch fest, dass er weder körperlich noch psychisch acht Stunden am Tag durchhielt. Das Ergebnis: anerkannte Schwerbehinderung, halbe Rente und halbtags tätig sein in seinem alten Betrieb in einer neuen Tätigkeit. Seine Ehefrau arbeitet seitdem mit einer vollen Stelle. Das war eine Idee aus den diversen Angehörigengesprächen in der Reha. Sie fand das gar nicht so schlimm, wie er befürchtet hatte. Sie hatte immer nur Sorge, ihn allein zu Hause zu lassen. Außerdem hat er mit seiner Frau beschlossen, dass sie sich einen Hund zulegen, damit er regelmäßig raus kommt. Die Zeit dafür hat er ja jetzt. Und umziehen mussten sie am Ende auch nicht. Er hat den Eindruck, innerhalb von sechs Monaten Rehabilitation zunächst schier unüberwindbare Hindernisse aus dem Weg geräumt zu haben. Jetzt hat er wieder freie Sicht.

Rehabilitation in der RPK

- Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gibt es ein differenziertes und individuell ausgerichtetes Angebot der medizinischen Rehabilitation: RPK.
- Die Rehabilitation in der RPK findet an der Lebenswelt orientiert im konkreten Lebenskontext der Rehabilitanden statt, also vorwiegend ambulant und wohnortnah.

- Die Rehabilitation dauert bis zu 24 Monate.
- Das Angebot einer Erprobung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist obligat.
- Betroffene nehmen selber mit den regionalen Einrichtungen Kontakt auf.
- Die Mitarbeiter der RPK übernehmen die Beantragung der Kostenübernahme.

Resümee

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen darf die Hoffnung auf Wiederherstellung von Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit im Alltag, Rückkehr oder Verbleib im bisherigen Lebenskontext mit der Vielfalt an sozialen Rollen und Verantwortungen nicht vorenthalten werden [10, 11].

Es ist die Aufgabe der Behandler, die Angebotsvielfalt der Rehabilitationslandschaft für diese Menschen verfügbar zu machen – frühzeitig, angemessen optimistisch und am Bedarf des Einzelnen orientiert.

**Dr. med.
Sabine Krefß**
Fachärztin
für Psychiatrie
und Psychotherapie,
Sozialmedizin,
Medizinische
Geschäftsführerin
der Vitos Reha GmbH



E-Mail: sabine.kress@vitos-reha.de

Zur Autorin: Ausbildungszeiten in der Akutpsychiatrie Vitos Kurhessen, in der neurologischen Frührehabilitation und als Gutachterin beim MDK Hessen. Leitung der Psychiatrischen Rehabilitation (RPK) bei Vitos, seit 2013 in der Funktion der Medizinischen Geschäftsführerin der Vitos Reha GmbH, Aufbau der RPK-Standorte in Frankfurt und in Kassel. Außerdem Tätigkeit als Dozentin und Prüferin in der Aus- und Weiterbildungsambulanz für klinische Verhaltenstherapie in Kassel und Friedrichsdorf sowie als Koordinatorin im geschäftsführenden Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V. (BAG RPK).

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

Literatur zum Artikel:

Perspektiven schaffen – Rehabilitation vor Resignation

Dr. med. Sabine Krefß

- [1] RPK-Empfehlungsvereinbarung und Handlungsempfehlungen, Hrsg. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Frankfurt, 2011
- [2] DGPPN (2013, 2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1. Update 2018.
- [3] Gühne U. et al (2015): Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? In: Psychiatrische Praxis 2015; 42: 415–423
- [4] Hoffmann, H.; Jäckel D., Weig W. (2010): Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen, Psychiatrie Verlag, Bonn.
- [5] Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2002.
- [6] DGPPN und Gesundheitsstadt Berlin GmbH (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Berlin.
- [7] Gühne, U.; Hoffmann H.; Stengler, K.; Becker T.; Riedel-Heller, S.G.: Supported Employment bei schweren psychischen Erkrankungen. In: Die Psychiatrie 4/2015. Stuttgart
- [8] Hoffmann, H., Bangen, R., Gobes, K. (2014): Berufliche Rehabilitation: First place, then Train – Pro & Contra. In: Psychiatrische Praxis 6–2014. Thieme Verlag, Stuttgart
- [9] Hoffmann H., Jäckel D. et al. (2014): Long-Term Effectiveness of Supported Employment: 5-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. Am J Psychiatry 2014; 00:1–8
- [10] Krefß, S.; Kunze, H.; Theißing, A.: Sattelfeste Erkenntnisse, f&w 4/2013
- [11] Krefß, S.: Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen, Ärztliche Psychotherapie 2018; 13: 40–43

Schwangerschaftsabbruch in Hessen: Versorgung regional ungenügend



Die Klage gegen die Gießener Ärztin Kristina Hänel, die auf ihrer Praxiswebsite darüber informiert, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführt, setzte in Deutschland erneut eine gesellschaftliche und politische Diskussion zum § 219a StGB in Gang.¹ Die Verurteilung von Frau Hänel zu einer Geldstrafe machte einmal mehr deutlich, dass die Informations- und Aufklärungspflicht von Ärztinnen und Ärzten zum Schwangerschaftsabbruch (wie auch die Informationsmöglichkeiten von Frauen) durch das Gesetz erschwert werden. Die Diskussion zeigte außerdem: Im Bereich der ärztlichen Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch besteht in vielen Regionen eine dramatische Unterversorgung.

Geregelt ist die Versorgung zum Abbruch durch das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG). Es sieht in § 13, Absatz 2, vor, dass die Länder ein ausreichendes Angebot an ambulanten und stationären Einrichtungen sicherstellen müssen. Ein Monitoringsystem, welches die Versorgungssituation systematisch erfasst und analysiert, ist jedoch in fast keinem Bundesland installiert. Laut Statistischem Bundesamt ist bundesweit die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die nach geltendem Recht Abbrüche durchführen, in den vergangenen zehn Jahren um 40 Prozent gesunken.

Für die Situation in Hessen sind daher keine validen Daten verfügbar. Die Befragung hessischer Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen ermöglicht jedoch Aussagen zur Versorgungsdichte. Demnach ist einzig den Regionen Frankfurt, Offenbach, Wiesbaden und Kassel ein funktionierendes Versorgungssystem zu attestieren, das heißt, nur hier gibt es eine ausreichende Zahl an Einrichtungen, die Abbrüche vornehmen, sowie die Möglichkeit für Frauen, sich zwischen einem medikamentösen und einem instrumentellen Abbruch zu entscheiden. Bereits in ballungsraumnahen Regionen wie Darmstadt-Dieburg, Limburg, Gießen und Marburg ist die Versorgung von einzelnen Anbietern abhängig. Hier ist das Angebot überhaupt, aber auch die Möglichkeit, die Methode frei zu wählen, überaus fragil. Beides kann in Abhängigkeit vom Anbieter von einem auf den anderen Tag wegfallen.

Als komplett unzureichend muss die Versorgung in vielen ost- und nordhessischen Landkreisen bewertet werden, so etwa in den Regionen Fulda, Vogelsberg, Schwalm-Eder, Werra-Meißner und Wald-eck-Frankenberg, in denen es praktisch keine Versorgung für Frauen gibt, einen Abbruch durchführen zu lassen. Für Frauen, die in diesen Regionen leben, folgt daraus ein sehr hoher organisatorischer und zeitlicher Aufwand, häufig verbunden mit hohen Kosten, wenn sie sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden und für die Behandlung bis zu 100 Kilometer Anreise auf sich nehmen müssen. Die Wahlmöglichkeit für die individuell schonendste und präferierte Abbruchmethode ist zudem an vielen Orten nicht gegeben. In den meisten europäischen Nachbarländern ist dies eine Selbstverständlichkeit.

Die wichtigste Ursache für die beobachteten Versorgungslücken scheint die abnehmende Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten zu sein, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Woran liegt das?

- Kriminalisierung: Beim Schwangerschaftsabbruch bewegen sich Ärzte unmittelbar unter Beobachtung des Strafgesetzes und sehen sich zunehmend einer Kriminalisierung und Stigmatisierung ausgesetzt. Daneben führt der § 219a StGB dazu, dass Ärztinnen und Ärzte von Abtreibungsgegnern systematisch mit Strafanzeigen überzogen werden, wenn sie fachliche Informationen zum Abbruch bereitstellen. Die Novellierung des § 219a StGB im Februar 2019 hat die Situation eher verschärft.
- Fehlende Förderung der Ausbildung und des Nachwuchses: Der Schwangerschaftsabbruch ist nur unzureichend in die medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung implementiert, verbindliche Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung sind nicht verfügbar. Es gibt keine zertifizierten Fortbildungen, und die wissenschaftliche Auseinandersetzung zu Schwangerschaftsabbruchmethoden wird in der zuständigen Fachgesellschaft kaum geführt. Viele der Ärztinnen und Ärzte, die in der Abbruchversorgung tätig sind, werden in den nächsten Jahren in den Ruhestand

gehen. Schon jetzt wird die Tätigkeit von einigen auch nach Eintritt ins Rentenalter weitergeführt, um die medizinische Versorgung zum Abbruch in der Region aufrechtzuerhalten. Konfessionelle Krankenhäuser lehnen die Durchführung von Abbrüchen zumeist ab und bilden dazu nicht aus, auch wenn sie in anderen medizinischen Bereichen einen gesetzlichen Versorgungsauftrag erfüllen. Durch den Versorgungsmangel wächst der Druck auf diejenigen, die Abbrüche durchführen.

- Die Regelungen zum Abbruch sind kompliziert und nicht evidenzbasiert: Die WHO hält die obligatorischen Beratung und dreitägigen Wartezeit zwischen Beratung und Abbruch in Deutschland für nicht notwendig, die UN mahnt daher wiederholt die Aufhebung der Regelungen an.
- Die Vergütung von Schwangerschaftsabbrüchen gilt als kaum kostendeckend, besonders nach einer Umverteilung der Honorare im EBM 2020 zugunsten der Anästhesie.

Um der kritischen Versorgung zu begegnen, wären die Implementierung transparenter Versorgungsangebote und -strukturen sowie eine Behandlungsqualität nach evidenzbasierten Standards erste Schritte, um Entlastung für Frauen, Ärztinnen und Ärzte sowie Beratende zu erreichen.

Dr. med.
Ines Thonke, M.Sc.



Christiane
von Rauch
Fachärztin für
Allgemeinmedizin



Kontakt per E-Mail
via: haebl@laekh.de

¹ § 219a StGB: § 219a Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft



Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 8: Patientensicherheit ist Arbeitssicherheit – Das Second-Victim-Phänomen

Hannah Rösner, Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz

Sichere Patientenversorgung und Minimierung vermeidbarer Schäden sind, ausgedrückt durch die Grundsätze „primum nil nocere“ und „salus et voluntas aegroti suprema lex“, Kernbestandteile des Selbstverständnisses und hohen ärztlichen Anspruchs an das eigene Handeln [1]. Dennoch kommt es im Rahmen der eigenen ärztlichen Tätigkeit immer wieder zu unbeabsichtigten, vermeidbaren Fehlern, teilweise mit gravierenden Auswirkungen auf Patienten.

Wenn Patienten vermeidbar zu Schaden kommen, trifft dies sowohl die Behandelten als auch ihre Angehörigen schwer. Aber auch die Ärztinnen und Ärzte, denen dieser Fehler unterläuft, werden dadurch oft traumatisiert. Der amerikanische Internist Albert W. Wu prägte im Jahr 2000 für diese Kolleginnen und Kollegen den Begriff des Second Victims [2], also des zweiten Opfers einer Patientenschädigung, womit ein Prozess des Umdenkens begann.

Während die eigene Fehlbarkeit bei bester Absicht und gewissenhaftem Vorgehen zunehmend thematisiert werden darf, ist der Begriff des Second Victims auf andere traumatisierende Ereignisse und Berufsgruppen erweitert worden, die im Rahmen der Patientenversorgung auftreten können. So werden beispielsweise bei Großschadensereignissen vielfach auch Ärztinnen und Ärzte nachhaltig traumatisiert [3]. Second Victims sind also „medizinische Fachpersonen, die durch einen unvorhergesehenen Zwischenfall am Patienten, einen medizinischen Fehler und/oder einer Verletzung des Patienten selbst zum Opfer werden, da sie durch dieses Ereignis traumatisiert sind“ [4].

Internationale Studien zeigen, dass die Traumatisierung Behandelnder ein länderübergreifendes und flächendeckendes Phänomen darstellt und selbst innerhalb der Weiterbildungszeit schon über 50 %

befragter Kolleginnen und Kollegen betreffen kann [5, 6]. Das Second-Victim-Phänomen ist jedoch selbst innerhalb der Ärzteschaft bislang wenig bekannt: Die Hochschule RheinMain in Wiesbaden hat in Zusammenarbeit mit der Charité Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in ärztlicher Weiterbildung im Rahmen der SeVID-I-Studie befragt [7]: Während die Mehrheit der Teilnehmenden nach Erläuterung des Begriffs angab, selbst schon mindestens einmal Second Victim gewesen zu sein, hatten ca. 90 % der Antwortenden vom Begriff Second Victim vor dieser Befragung noch nie gehört.

Ablauf und Folgen einer Second-Victim-Traumatisierung

Der Ablauf einer Second-Victim-Traumatisierung ist mittlerweile gut erforscht [4]: Nach dem initialen Schock und sich anschließenden aufdrängenden Erinnerungen gilt es, die persönliche Integrität wiederherzustellen, den Schweregrad der Situation zu realisieren und den Fall aufzuarbeiten. Neben der Suche nach einer Antwort auf die Frage, warum dieses Ereignis passiert ist, wird vor allem emotionale Erste Hilfe benötigt, um die Traumatisierung zu überwinden. Je nach Schweregrad des Falles, der persönlichen Ressourcen der Betroffenen, aber auch insbesondere der Hilfe und Unterstützung durch Mitglieder des Behandlungsteams und Vorgesetzte kann die Situation auf eine von drei der hier beschriebenen Arten bewältigt werden:

1. Wachsen an der Situation unter Beibehaltung der Life-Balance und Arbeitsfähigkeit.
2. Überleben der Situation als bloßes Funktionieren mit „Narben“.
3. Verlassen des Arbeitsplatzes, der patientennahen Tätigkeit oder komplette Berufsaufgabe.

Während also Personen, die dieses Er-

eignis gut verarbeiten können, aus dieser Situation mit höherer Kompetenz und zukünftigem Engagement für Patientensicherheit hervorgehen, findet in den anderen beiden Fällen kein konstruktives Lernen aus Fehlern statt. Dies wiederum führt bei vielen Betroffenen zu dysfunktionalen Verarbeitungsmechanismen, die sich äußern können in:

- Schlafstörungen,
- dem Verlust an Glauben in eigene Fähigkeiten,
- Schuldgefühlen, Isolation, Depression,
- Wiedererleben (Flashbacks) der Situation,
- Medikamenten- und/oder Alkoholkonsum.

Die Folgen für Betroffene sind individuell dramatisch und können zur Posttraumatischen Belastungsstörung, zur Berufsaufgabe und im schlimmsten Fall zum Suizid führen [8]. Behandelnde, die aufgrund eines eigenen verschuldeten medizinischen Fehlers physisch und psychisch vorbelastet sind, haben mit einer kontinuierlichen Entmutigung im Beruf zu kämpfen, die dabei häufig schwerer wiegt als die Angst vor juristischen Konsequenzen [9]. Resultierend aus einer geringeren Aufmerksamkeit oder einer ängstlichen, defensiven Haltung der Second Victims gegenüber Patienten, besteht somit das Risiko, dass sich eine Traumatisierung darüber hinaus auch beeinträchtigend auf die Behandlung zahlreicher künftiger Patienten auswirkt [10]. Es ist daher wichtig, sich bewusst zu werden, dass Patientensicherheitsmaßnahmen in gleichem Maß dem eigenen Schutz dienen und umgekehrt: Patientensicherheit ist Arbeitssicherheit!

Hilfe für Second Victims

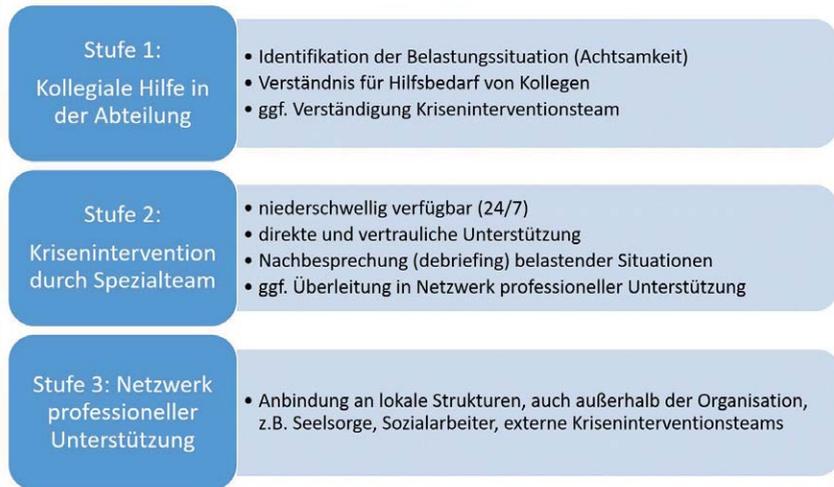
Second Victims brauchen Hilfe, um das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, die





Berufszufriedenheit bis hin zur eigenen Lebensqualität zu erhalten. Hilfsprogramme zur Verminderung emotionaler Stressreaktionen nach einer Second-Victim-Problematik aus den USA zeigen sowohl positive medizinische Effekte [11] als auch eine Kosteneffektivität [12] durch den Vergleich mit Folgeschäden einer unzureichenden Unterstützung der Second Victims. In Deutschland gibt die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Empfehlungen zur psychologischen Ersten Hilfe bei traumatischen Ereignissen [13]. Weiterhin existieren einige Projekte wie der Verein PSU-Akut e.V. in Bayern [14] oder das Projekt EMPTY der YoungDGINA sowie Initiativen einiger Kliniken als Anlaufstellen für ein Gesprächsangebot auf kollegialer Basis. Anders als beispielsweise für Nadelstichverletzungen gibt es bislang aber keine flächendeckenden Akut- und Nachsorgeprogramme für Angehörige des Gesundheitswesens [15]. Strategie aller bisherigen Hilfsprogramme ist es, eine gestufte Krisenintervention für Second Victims zu etablieren, wie das Drei-Stufen-Modell von Scott [16] zeigt (siehe Grafik). Die meisten Second Victims erhalten bereits in Stufe 1 ausrei-

Drei-Stufen-Modell der Unterstützung von Second Victims nach Scott



Quelle Grafik: [16] basierend auf [4]

chend Hilfe, es muss immer die Möglichkeit bestehen, auch Hilfsangebote höherer Bedarfsstufen zu erhalten, was insbesondere die organisatorische Einbindung von Fachleuten voraussetzt. Zur Verminderung der Effekte von Second-Victim-Traumatisierungen können folgende Maßnahmen vor Ort helfen [16, 17]:

- Kurze Auszeit von der Tätigkeit anbieten auch bei Personalknappheit (ein

dauerhafter Ausfall wäre die schlechtere Lösung).

- Aktives kollegiales Gesprächsangebot, nicht nur bei vermuteten Fehlern, sondern in regelmäßigen Abständen.
- Routinehafte kurze, aber effektive Nachbesprechung belastender Situationen.
- Einfühlsame, aber eindeutige und klare Sprache.
- Grundsätzliche Bestätigung fachlicher Kompetenz.

Second Victim: Mehr Aufmerksamkeit für ein noch wenig bekanntes Phänomen

Warum ist es wichtig, besonders jetzt zum Second-Victim-Phänomen zu informieren?

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen: Besonders in Corona-Zeiten sind die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, aber auch alle anderen medizinischen Berufsgruppen stark gefordert. Die zusätzliche Belastung, die durch die aktuellen Umstände entsteht, kann zu Überlastung und damit zu höherer Fehleranfälligkeit führen. Dies gilt es im Sinne der Patientensicherheit zu verhindern.

Natürlich gehört die Vermeidung unerwünschter Ereignisse zur Grundhaltung des ärztlichen Berufes. Wenn aber dennoch ein Fehler passiert, ist es notwendig, neben allen Maßnahmen für die Patienten und ihre Angehörigen die betroffenen Kolleginnen und Kollegen bestmöglich zu unterstützen – sie tragen entscheidend zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens bei.

Wie kann eine Unterstützung betroffener Kolleginnen und Kollegen aussehen?

Pinkowski: Wichtig ist es, jetzt, aber auch zukünftig mehr zum Second-Victim-Phänomen zu informieren. Kollegen und Vorgesetzte sollten auf der Arbeitsebene sensibilisiert, vorhandene Unterstützungsstrukturen genutzt und neue Möglichkeiten

entwickelt werden. Auch die Betroffenen selbst sollten das Phänomen kennen und sich, wenn nötig, Hilfe organisieren können. Davon unabhängig sollte vor Ort eine gute Fehlerkultur gefördert werden. So kann eine Aufarbeitung kritischer Ereignisse und Beinahefehler im Behandlungsteam stattfinden. Dies schafft eine wichtige Grundlage für die Patientensicherheit, die ein wesentlicher Bestandteil des ärztlichen Alltags ist.

Interview: Stabsstelle Qualitätssicherung der LÄKH



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen, ist Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin mit den Zusatzbezeichnungen Spezielle Schmerztherapie, Notfallmedizin und Palliativmedizin sowie der Qualifikation Leitender Notarzt. Er ist seit vielen Jahren als Anästhesist und Schmerztherapeut niedergelassen. Pinkowski setzt sich im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit, aber auch als Kammerpräsident für das Thema Patientensicherheit ein. Zudem ist er Co-Vorsitzender und aktives Mitglied des Ausschusses Patientensicherheit bei der Bundesärztekammer. [18]



- Bestärkung des Selbstwertgefühls.
- Emotionen und Ängste zulassen.
- Fachliche Unterstützung und Rückversicherung im klinischen Arbeiten anbieten.
- Bei Fehlern in der Behandlung Beteiligten eine Rolle bei der Fehleranalyse geben; über Ergebnisse informieren.
- Aufmerksame Beobachtung, um Isolierung und Rückzug frühzeitig zu erkennen.
- Vermeiden und Ächtung von Lästereien, Mobbing, Schuldzuweisung und Herabwürdigungen der Beteiligten (um Hilfe zu bitten, ist kein Zeichen von Schwäche, sondern menschlich und verantwortungsbewusst gegenüber eigenen Patienten).

Second Victims in Zeiten von Covid-19

Die Covid-19-Pandemie verschärft die Second-Victim-Problematik: Die außergewöhnliche Belastung und die berechtigte Sorge, sich selbst und Angehörige mit dem SARS-CoV-2-Virus zu infizieren, führen global zur Belastung von Ärztinnen



Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz (Foto links) ist Patientensicherheitsforscher an der Hochschule RheinMain in Wiesbaden. Zuvor war er langjährig klinisch als Anästhesist und Notfallmediziner sowie als Ärztlicher Leiter der Stabsstelle Qualitätsmanagement am Universitätsklinikum



Frankfurt am Main tätig. Neben zahlreichen Qualifikationen im Qualitäts- und Risikomanagement ist er im Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) e. V. und als Dozent auch für die Landesärztekammer Hessen tätig.

Hannah Rösner (Foto rechts) studiert Gesundheitsökonomie an der Hochschule RheinMain in Wiesbaden. Während ihrer Studienzeit hat sie im Forschungsprojekt SeVID-I mitgewirkt und verfasste ihre Abschlussarbeit zur Second Victim-Problematik.

und Ärzten. Mündet dies in eine Traumatisierung, schädigt es sowohl die Behandelnden als auch künftige Patientinnen und Patienten, da die eigene Leistungsfähigkeit reduziert wird und die Fehleranfälligkeit damit steigt. Wie aus Italien und New York berichtet, kann die flächendeckende psychische Überlastung der Behandelnden das Gesundheitssystem zusätzlich unter erheblichen Druck setzen. Aus diesem Grund haben Forscher aus Deutschland und Österreich unter Koordination der Hochschule RheinMain eine Handlungsempfehlung zur Unterstützung von Second Victims, aber auch zur Stärkung der Resilienz von Behandelnden in

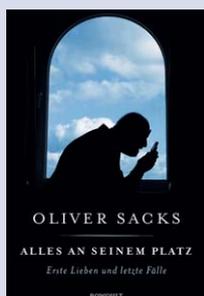
Zeiten von Covid-19 publiziert, die auf der Website des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (www.aps-ev.de) kostenfrei abrufbar ist.

Hannah Rösner

Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz
Hochschule RheinMain
E-Mail: reinhard.strametz@hs-rm.de

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

Bücher



Oliver Sacks: Alles an seinem Platz – Erste Lieben und letzte Fälle

Rowohlt 2019, Deutsche Erstausgabe.
Aus dem Englischen von Hainer Kober.
288 Seiten, ISBN 9783498064426,
Hardcover € 24, auch als E-Book

Der Autor braucht nicht mehr vorgestellt zu werden – der Neurologe Oliver Sacks (1943–2015) wurde durch die Publikation seiner Fallgeschichten weltberühmt. Nach seinen Büchern wurden mehrere Filme gedreht. Diese Sammlung an Kurzgeschichten aus seinem umfangreichen Nachlass überblickt die Lebenszeit des Autors von Jugend an bis zu seinen letzten Tagen. Kurz nach seinem Tod am 30. August 2015 publizierte The New Yorker in seinem Angedenken „Filter Fish“. Im Buch ist dies die vorletzte Geschichte über die Zubereitung von „Gefilter Fisch“, eines hauptsächlich am jüdischen Sabbat verzehrten Gerichts. Beispielhaft zeigt sich hier die verdichtete Sprache, mit der Sacks mit wenigen Worten und höchster Empathie die Charaktere unterschiedlichster Menschen lebendig werden lässt und die Eigen-

tümlichkeiten des Lebens. Versöhnlich klingt darin auch sein Wissen um das nahende Ende seines irdischen Lebens an. Frei zugänglich auf der Website www.newyorker.com/magazine/2015/09/14/filter-fish/ ist seine starke literarische Stimme im englischen Original natürlich noch um Welten besser zu genießen als in der gelungenen Übersetzung von Hainer Kober. Sacks schreibt über Depressionen und Psychosen, über das Tourette-Syndrom und Demenzerkrankungen, Träume und Halluzinationen. Zum Lachen verführt seine mit Selbstironie und Komik gespickte Geschichte „Erste Liebe“. Es geht um seine Dreier-Clique in Teenager-Zeiten, die Schule und die Entdeckung seiner Liebe zur Chemie und den Naturwissenschaften – alles endet jedoch in einem Desaster aus explodierenden Tintenfisch-Kadavern in Einmachgläsern, einem zusätzlich zur Übertünchung des Gestanks mit Kokosnuss-Essenz getränkten Keller sowie einem daraufhin für mehrere Monate unbewohnbaren Ferienhaus in Kent. Sacks ist in London geboren und wurde 2008 von Königin Elizabeth II. zum Commander of the Order of the British Empire ernannt. Noch mehr Episoden aus seinem reichen Leben, das jedoch auch lange emotionale Dürrezeiten kannte, sammeln seine Erinnerungen „On the move – Mein Leben“ (Rowohlt 2015, auch als Taschenbuch).

Isolde Asbeck



Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 8: Patientensicherheit ist Arbeitssicherheit – Das Second-Victim-Phänomen

von Hannah Rösner und Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz

- [1] Strametz R: Grundwissen Medizin: Für Nichtmediziner in Studium und Praxis. 4th ed. Stuttgart: UTB; UVK 2020.
- [2] Wu AW: Medical error: The second victim. *BMJ* 2000; 320(7237): 726–7.
- [3] Tam CWC, Pang EPF, Lam LCW, Chiu HF: Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: Stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med* 2004; 34(7): 1197–204.
- [4] Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW: The natural history of recovery for the healthcare provider „second victim“ after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009; 18(5): 325–30.
- [5] Seys D, Wu AW, van Gerven E, et al.: Health care professionals as second victims after adverse events: A systematic review. *Eval Health Prof* 2013; 36(2): 135–62.
- [6] Harrison R, Lawton R, Stewart K: Doctors' experiences of adverse events in secondary care: The professional and personal impact. *Clin Med (Lond)* 2014; 14(6): 585–90.
- [7] Rösner H: Das Second Victim Phänomen in Deutschland: Ergebnisse der SeVID-I Studie. Bachelorthesis. Wiesbaden 2019.
- [8] Grissinger M: Too many abandon the „second victims“ of medical errors. *P T* 2014; 39(9): 591–2.
- [9] Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al.: The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007; 33(8): 467–76.
- [10] Vincent C, Amalberti R: Safer Healthcare: Strategies for the Real World. Cham (CH) 2016.
- [11] Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW: Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: A case study. *BMJ Open* 2016; 6(9): e011708.
- [12] Moran D, Wu AW, Connors C, et al.: Cost-Benefit Analysis of a Support Program for Nursing Staff. *J Patient Saf* 2017.
- [13] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) (ed.): DGUV Information 206–023: Standards in der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung (bpE) bei traumatischen Ereignissen. Berlin: DGUV Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband 2017.
- [14] Hinzmann D, Schießl A, Koll-Krüsmann M, Schneider G, Kreitlow J: Peer-Support in der Akutmedizin. *Anästhesiologie Intensivmedizin* 2019; 60: 95–101.
- [15] Strametz R: Arbeitssicherheit durch Risikomanagement. In: Strametz R, Bayeff-Filloff M (eds.): Risikomanagement in der Notaufnahme, 1st ed. 2019; 75–84.
- [16] Strametz R, Raspe M, Ettl B, Huf, Wolfgang, Pitz, Andreas: Handlungsempfehlung zu Stärkung der Resilienz von Behandelnden und Umgang mit Second Victims im Rahmen der Covid-19-Pandemie zur Sicherung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens.
- [17] Schwappach DL, Boluarte TA: The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly* 2009; 139(1–2): 9–15.
- [18] <https://www.laekh.de/die-kammer/praesidium/lebenslauf-praesident>. Zugriff 25.05.2020.

Die LÄKH-Abteilung „Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte“ informiert

Einschulungstermine der Berufsschulen

Die Sommerferien enden in diesem Jahr am 14. August 2020. Die Einschulungstermine der Berufsschulen liegen somit Mitte August. Aufgrund der aktuellen Situation haben wir, sofern uns Termine vorliegen, diese vermerkt. Die „voraussetzlichen“ Einschulungstermine der für Ihre Auszubildende zuständigen Berufsschule können im Internet unter: www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/berufsschulen/ eingesehen werden.

Regularien für Zwischenprüfungen

Aufgrund des Beschlusses des Berufsbildungsausschusses der Landesärztekammer Hessen vom 26. Februar 2020 erlässt die Landesärztekammer Hessen als zuständige Stelle hiermit gemäß § 71 Abs. 6 i. V. m. § 48 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931), das zuletzt durch Artikel 1 des BBiMoG vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2522) geändert wurde, unter Berücksichtigung der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 1097) die folgenden

Grundsätze für die Durchführung von Zwischenprüfungen im Ausbildungsberuf Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte. Diese können unter www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/pruefungen/ eingesehen werden.

Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B

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

- Beschäftigte, insbesondere auch die Auszubildenden, bei Aufnahme der Tätigkeit über die für sie in Frage kommenden Immunisierungsmaßnahmen zu informieren

sowie

- gemeinsam mit dem/der Arzt/Ärztin, der/die die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen vornimmt, festzulegen, welche Impfungen im Einzelfall notwendig sind, und die erforderlichen Impfungen kostenlos anzubieten.

Informationen können im Internet unter: www.laekh.de/aktuelles/ abgerufen werden.

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 60036249 ausgestellt am 25.11.2014 für Masoud Azari Hamidian, Mannheim

Arztausweis-Nr. 60047447 ausgestellt am 01.03.2017 für Caner Curuk, Niestetal

Arztausweis-Nr. 60037097 ausgestellt am 29.01.2015 für Swenja Feneis, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60064368 ausgestellt am 13.03.2020 für Dr. med. Jama Jahanyar, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60045892 ausgestellt am 02.12.2016 für Jan-Paul Knaak, Göttingen

Arztausweis-Nr. 60055127 ausgestellt am 06.08.2018 für Dr. med. Johanna Lembeck, Dreieich

Arztausweis-Nr. 60064952 ausgestellt am 06.04.2020 für Clara Mieke, Vachendorf

Arztausweis-Nr. 60051156 ausgestellt am 27.11.2017 für Doctor-medic Raza Rehman, Gießen

Arztausweis-Nr. 60045968 ausgestellt am 07.12.2016 für Dr. med. Siegfried Scharmman, Marburg

Arztausweis-Nr. 60062760 ausgestellt am 19.12.2019 für Dr. med. Helmut Schneider, Frankfurt

Fortsetzung nächste Seite

Begrüßung neuer Mitglieder der Landesärztekammer in der Bezirksärztekammer Gießen



Dr. med. Hans-Martin Hübner, Charlotte Guckenmus, Dr. med. Alexander Dr. Marković, Dr. iur. Anja Schneider (von links, noch ohne Abstand, da der Termin vor dem Corona-Lockdown war).

Beim jüngsten Begrüßungsabend für neue Mitglieder der Bezirksärztekammer (BezÄK) Gießen gab es wieder für Neumitglieder wertvolle Informationen rund um wichtige Stationen im Berufsleben. Durch den Abend führte der Vorsitzende der BezÄK, Dr. med. Hans Martin Hübner. Mit dabei in der alten Fabrikhalle in Gießen war auch die Stellvertretende Vorsitzende Jutta Willert-Jacob sowie weitere Vorstandsmitglieder und die Mitarbeiterinnen der Bezirksstelle der Landesärztekammer (LÄKH). Von den 146 Geladenen kamen 24 Kolleginnen und Kollegen, die den Vorträgen mit großem Interesse zuhörten. Dr. Hübner stellte einleitend die für das ärztliche Berufsleben wichtigen Strukturen vor und erklärte die Unterschiede zwischen einzelnen Instanzen der LÄKH sowie deren Verbindungen.

Aus der Rechtsabteilung

Auf den Internetseiten der LÄKH und der Bundesärztekammer (BÄK) finden sich dazu Publikationen und Merkblätter: z. B. unter <https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht>. Fragen können direkt an die Rechtsabteilung gerichtet werden, per E-Mail an: rechtsabteilung@laekh.de.

Für den Geschäftsbereich Recht der LÄKH stellte Dr. iur. Anja Schneider die Aufgaben der Rechtsabteilung (RA), wichtige

berufsrechtliche Regelungen und eine Auswahl wiederkehrender Anfragen vor. Zum einen sei die RA Servicestelle für Kammermitglieder bei berufsrechtlichen Fragen, Vertragsprüfung und Fragen der Abrechnung nach GOÄ; zum anderen sei sie – in Zusammenarbeit mit den Bezirksärztekammern – Beschwerdestelle für Patienten und Ansprechpartner bei Unstimmigkeiten zwischen den Ärzten. Der Geschäftsbereich Recht umfasse daneben noch die Berufsgerichtsabteilung, die Gutachter- und Schlichtungsstelle sowie die Ethik-Kommission. Anhand der Regelungen in der Berufsordnung wurde besonders auf die ärztliche Aufklärungspflicht und Schweigepflicht und deren entsprechende Tücken sowie die Wichtigkeit der sorgfältigen Dokumentation, deren Aufbewahrung, die zugehörigen Fristen und die Bedingungen für die Herausgabe von Patientendaten eingegangen. Ebenfalls wurde über die Fernbehandlung, das Werberecht und seine Fallstricke sowie Korruption im Gesundheitswesen nach §§ 299a, 299b StGB gesprochen.

Aus dem Versorgungswerk

Charlotte Guckenmus, Syndikusrechtsanwältin des Geschäftsbereiches Versicherungsbetrieb des Versorgungswerkes der LÄKH, erläuterte die wichtigen Kernpunkte zur Mitgliedschaft aus Sicht der berufs-

ständischen Versorgung (Alterssicherung, Vorteile, Verfahren bei Wechsel von Bundesländern und Ländern).

Dazu wurden den Zuhörern Daten und Fakten des Versorgungswerkes, die Vorteile der Pflichtmitgliedschaft aller Ärztinnen und Ärzte und insbesondere auch der Mitgliederservice erklärt. Darüber hinaus wurden die Organe des Versorgungswerkes vorgestellt. Anschließend führte Guckenmus durch das „Labyrinth“ der Meldeverpflichtungen (Beschäftigungsaufnahme oder Tätigkeitsänderung). Insbesondere die rechtzeitige Einreichung des jeweiligen Befreiungsantrags beim Versorgungswerk lag ihr dabei sehr am Herzen, damit kein Beitragsverlust entsteht. Erläuterungen zur Höhe der Beiträge mit Änderungsmöglichkeiten in besonderen Lebenssituationen (z. B. Mutterschutz, Erziehungszeiten, Krankheiten etc.) rundeten das Bild ab. Zum Abschluss wurden noch die Möglichkeiten der Inanspruchnahme der Altersrente vorgestellt, wobei die Besonderheiten der einzelnen Leistungen des hessischen Versorgungswerkes erläutert wurden.

- Das Fazit lautet: „Rechtzeitig an die Altersvorsorge denken.“
- Jederzeit können sich die Mitglieder des Versorgungswerkes bei dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern informieren, Fragen können auch per E-Mail gestellt werden an: info@vw-laekh.de.

COS und Akademie

Dr. Hübner stellte mit einer Präsentation die Carl-Oelemann-Schule (COS) und die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim vor. Damit gab er

einen Überblick über die Vorteile der ärztlichen Fort- und Weiterbildung in Hessen, die so nicht in jedem Bundesland verfügbar sei. Auch konnten die Neumitglieder die Gewissheit mitnehmen, dass die Aus- und Fortbildung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter qualifiziert stattfinden wird.

Informationen zur Weiterbildung

Die Weiterbildungsabteilung der LÄKH wurde von dem ärztlichen Geschäftsführer Dr. med. Alexander Marković vertreten. Seine Übersicht erläuterte die Feinheiten der Unterschiede in der Berufsausbildung, der Weiterbildung zum Facharzt und der lebenslangen Fortbildung. Zudem stellte er die Möglichkeiten der Facharzt-Bezeichnungen, die zugehörigen Schwerpunktbezeichnungen und die Zusatz-Weiterbildungen vor und erklärte die sich je nach Bundesland unterscheidenden Weiterbildungsordnungen (WBO). Marković wies insbesondere auf die Fallstricke hin, die sich bei der Suche nach Weiterbildungsbefugten, bei Anträgen und Merkblättern sowie Zeugnismachweisen ergeben können. Fragen dazu beantworten die Mitarbeitenden der Weiterbildungsabteilung der LÄKH, per E-Mail: an:weiterbildung@laekh.de; online unter www.laekh.de finden sich die jeweiligen telefonischen Ansprechpartner.

Jutta

Willert-Jacob

Stellvertretende
Vorsitzende

der Bezirksärztekammer
Gießen

E-Mail: bezaek.giessen@laekh.de



Foto: Kaija Kolsch

Goldenes Doktorjubiläum

Drei neue Berufungen

Der Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen (JLU) teilt drei neue Berufungen mit:



Foto: JLU/Rolf K. Wegst

Prof. Dr. med. Yeong-Hoon Choi

(50) ist auf die W3-Professur für Herzchirurgie (Campus Kerckhoff) mit dem Schwerpunkt Erwachsenenherztransplantation und Herzunterstützungsverfahren berufen worden und hat gleichzeitig die Stelle als neuer Direktor der Abteilung für Herzchirurgie an der Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim angetreten. Choi war zuvor als wissenschaftlicher Mitarbeiter und Stellvertretender Direktor der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie am Herzzentrum der Universität zu Köln sowie als Chefarzt der Klinik für Herzchirurgie, CardioCliniC Köln, tätig.



Foto: JLU

Prof. Dr. med. Andreas Uwe Günther

(55) wurde die W3-Professur für Diffuse Parenchymal and Rare Lung Diseases übertragen. Er hatte bislang die W2-Professur für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pathomechanismen und Therapie der Lungenfibrose des Fachbereichs Medizin der JLU inne.



Foto: lumière fotografie

Prof. Dr. med. Linda Falgenhauer

(36) hat den Ruf auf die W1-Professur für Genombasierte Surveillance und Epidemiologie angenommen. Sie war zuvor als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Mikrobiologie des Fachbereichs Medizin der JLU tätig.

Das Frankfurter St. Elisabethen-Krankenhaus baut ein Zentrum für minimal-invasive gynäkologische Chirurgie (MIC) auf. Die Leitung übernehmen **Dr. med. Uwe Eissler** und **Dr. med. Philipp-Andreas Hessler**. Seit 16 Jahren als Chefarzt im Diakonissen-Stif-



Fotos: St. Elisabethen Krankenhaus/Steranie Kösling

Dr. U. Eissler (links) und Dr. P.-A. Hessler

tungs-Krankenhaus Speyer tätig, tritt Eissler zum 1. Juli seinen chefärztlichen Posten in Frankfurt an. Nach fast 22-jähriger Tätigkeit als Chefarzt im Krankenhaus Sachsenhausen wechselt zudem Hessler mit einem Team aus Ober-, Fach- und Assistenzärzten ans St. Elisabethen-Krankenhaus.



Foto: Agaplesion Markus KKH

Stephan Trainer

(60) ist seit dem 1. April neuer Chefarzt der Klinik für Thoraxchirurgie am Agaplesion Markus Krankenhaus in Frankfurt/Main. Der Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie war bisher als Leitender Oberarzt der Klinik tätig und tritt nun die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Joachim Schirren** an, der sich in den Ruhestand verabschiedet hat.



Foto: Philipps Universität Marburg

Prof. Dr. med. Andreas Neubauer

ist ab sofort Mitglied im Stiftungsvorstand der „José Carreras Leukämie-Stiftung“. Zu seinen Aufgaben zählt u. a. die Förderung von Leukämie-Forschungsprojekten. Der Facharzt für Innere Medizin und Onkologie ist seit 1999 Direktor der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie und seit 2009 Leiter des Carreras-Leukämie-Centers am Universitätsklinikum Marburg. Seit 2014 ist Neubauer Mitglied der Leopoldina, der Nationalen Akademie der Wissenschaften.

Dr. med. Maïke Manz leitet seit dem 1. April die Geburtshilfe am Klinikum Darmstadt. Sie war zuletzt zwei Jahre lang Chefarztin für Geburtshilfe und Perinatalmedizin an der Klinik Mariahilf des Helios-

Bezirksärztekammer Kassel



Foto: Klinikum Darmstadt

Konzerns in Hamburg. Die Fachärztin für Frauenheilkunde mit dem Schwerpunkt Spezielle Geburtshelferin und Perinatalmedizinerin ist außerdem gelernte Hebamme.

von **Prof. Dr. med. Jürgen Faß** an, der Ende Mai nach 20 Jahren in den Ruhestand gegangen ist. Homayounfar absolvierte bereits seine Facharztweiterbildung am Klinikum Kassel. Zuletzt war er Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Endokrine Chirurgie an den DRK Kliniken Nordhessen. Seinen wissenschaftlichen Tätigkeiten in Göttingen geht er weiter nach.



Foto: Gesundheit Nordhessen

Seit 1. Mai ist **Prof. Dr. med. Felix Treumer** (Foto) neuer Direktor der Klinik für Augenheilkunde am Klinikum Kassel. Der 44-jährige Augenarzt war über 16 Jahre lang an der Universitäts-Augenklinik Kiel tätig, zuletzt als Leitender Oberarzt mit dem klinischen Schwerpunkt der vitreo-retinalen Chirurgie. Treumer folgt **Prof. Dr. med. Rolf Effert** nach, der seit 1998 Chefarzt am Klinikum Kassel und außerdem sieben Jahre lang dessen Ärztlicher Direktor war.



Foto: Lahn-Dill-Kliniken

Am Klinikum Wetzlar hat **Patrick Müller-Nolte** (41) am 1. Juni als Ärztlicher Leiter der Zentralen Notaufnahme begonnen. Zu den Aufgaben von Patrick Müller-Nolte gehören die Organisation der Zentralen Notaufnahme, die Koordination der klinischen Notfallversorgung und die Steuerung des Personaleinsatzes. Der Facharzt für Innere Medizin war davor über zehn Jahre an den Asklepios Kliniken Schwalm-Eder tätig, zuletzt rund fünf Jahre als Ärztlicher Leiter der Zentralen Notaufnahme.



Foto: Klinikum Wetzlar

Am 1. Oktober 2020 wird am Klinikum Wetzlar **PD Dr. med. Tobias Achenbach** (48) als neuer Chefarzt des Instituts der Diagnostischen und Interventionellen Radiologie beginnen. Der Facharzt für Radiologie war davor als Oberarzt der Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der Universitätsmedizin Mainz tätig.



Foto: Krankenhaus Nordwest

Der Chefarzt der Medizinischen Klinik, **Prof. Dr. med. Siegbert Rossol** (Foto) ist ab 1. Juni 2020 neuer Ärztlicher Direktor am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt/Main. Er löst **Prof. Dr. med. Klaus-Peter Hunfeld** ab, der die Ärztliche Leitung turnusmäßig übergibt und sich in Zukunft wieder ausschließlich seiner Tätigkeit als Leiter des Zentralinstituts für Labormedizin, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene widmen wird. Der Aufsichtsrat beruft Rossol für die Dauer von drei Jahren.



Foto: Bernd Schoelzchen/ Gesundheit Nordhessen

PD Dr. med. Kia Homayounfar (Foto) ist seit 1. Juni neuer Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Kassel. Er tritt die Nachfolge

Personalia aus ganz Hessen bitte per E-Mail an: isolde.asbeck@laekh.de

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

Fortsetzung nächste Seite

Ehrungen MFA/Arzthelfer*innen

Wir gratulieren zum zehn- und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Wir gratulieren zum 25-jährigen Berufsjubiläum:

Wir gratulieren zum mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum:

Gerätespenden sowie Verbandsmaterialien für Berufsschulen gesucht

Die Berufsschulen, an denen Klassen für Medizinische Fachangestellte eingerichtet sind, sowie die Carl-Oelemann-Schule für die Überbetriebliche Ausbildung wären sehr dankbar, wenn Geräte (z. B. EKG-Geräte, Blutdruckmessgeräte, Zentrifugen, Mikroskope, Photometer), die in der Praxis nicht mehr benötigt werden, den Schulen zur Verfügung gestellt würden. Die Geräte müssen funktionsfähig sein.

Auch werden Verbandsmaterialien für Übungszwecke von den Berufsschulen und der Carl-Oelemann-Schule dringend benötigt. Ansprechpartner sind die jeweiligen Bezirksärztekammern.

Renate Schwarz, Kassel
Vorsitzende
des Berufsbildungsausschusses

Neue Gießener Sterbestudie

Angesichts der aktuellen Situation mit Blick auf die Bewältigung der durch das Coronavirus verursachten Pandemie ist auch das Thema Sterben verstärkt zum Gegenstand der medialen Berichterstattung geworden. Vor diesem Hintergrund wird der TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und Beratung eine umfassende Studie zum Thema „Eigene Endlichkeit und Sterben“ durchführen. Diese richtet sich an alle interessierten Personen, welche die Gelegenheit nutzen wollen, sich mit ihrer eigenen Endlichkeit erinnernd zu befassen.

Ziel der Studie ist es, unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten weiterführende Orientierung in diesem wichtigen Themenkreis herzustellen. Die neue empirische Gießener Sterbestudie erfolgt im Rahmen des durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geförderten Projektes Avenue-Pal. Für die Studie verantwortlich ist Prof. Dr. Wolfgang George, Leiter des TransMIT-Projektbereichs für Versorgungsforschung und Beratung. Informationen und Teilnahme unter: www.sterbestudie.de/. (red)

Wir gedenken der Verstorbenen



Foto: © Alex – stock.adobe.com

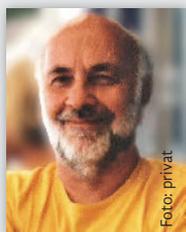


Foto: privat

Nachruf auf Dr. med. Helmut Sedlaczek

*** 31. März 1946**
† 2. Mai 2020

Mit tiefem Bedauern haben wir vernommen, dass uns der von uns allseits hochgeschätzte Kollege, Dr. med. Helmut Sedlaczek, am 2. Mai 2020 für immer verlassen hat. Er hat über 20 Jahre mit qualifizierten Fragen basierend auf fundierten Kenntnissen der Frauenheilkunde und aus einer über Jahrzehnte generierten umfangreichen praktischen Erfahrung in der Geburtshilfe und durch

seinen immer hilfsbereiten, freundlichen und kollegialen Umgang sowohl mit den Prüfungskandidatinnen und -kandidaten, aber auch mit den mit ihm prüfenden Kolleginnen und Kollegen die Arbeit und Zusammenarbeit im ärztlichen Prüfungsausschuss in den genannten Fächern sowie auch als oft berufener Prüfungsausschussvorsitzender zu Facharztprüfungen Allgemeinmedizin gestaltet und geprägt.

In Gedenken,
das Ärztliche Prüfungskollegium
der Landesärztekammer Hessen

Die Geburtstage im September aus der BezÄK Gießen werden in der Ausgabe 09/2020 veröffentlicht.

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. Hans-Rudolf Tinneberg (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
Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: haeb1@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 € 140,00

Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00

Einzelheftpreis € 14,00, 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

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

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt und verantwortlich für den Stellen- und Rubrikenmarkt:

Marcus Lang, Tel.: +49 2234 7011-302,
E-Mail: lang@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter 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: Meike Höhner

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. 6, gültig ab 01.01.2020

Auflage Lt. IVW 1. Quartal 2020:

Druckauflage: 37.467 Ex.; Verbreitete Auflage: 37.188 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.

81. 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