Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 9 | 2020
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 81. Jahrgang

Der elektronische Arztausweis (eHBA)

Fotomontage: © shefkate – stock.adobe.com/BÄK/Peter Jülich/Grafik des Deutschen Ärzteverlags

Neuer Internetauftritt
Die Website der Landesärztekammer präsentiert sich mit neuer Struktur und in modernem Design

Diagnostik von SARS-CoV-2
Im Interview erzählt die Frankfurter Virologin Prof. Sandra Ciesek über die Forschungen ihres Teams zu SARS-CoV-2

Ethik & Gesundheitssystem
Teil II der Serie „Ethik, Gesundheitsversorgung und Ökonomie“ über das „ideale“ Gesundheitssystem

Wie die Zeit vergeht

Wie die Zeit vergeht, schoss es mir kürzlich beim Blick auf den Kalender in den Sinn. Seit zwei Jahren habe ich die Ehre und die Verpflichtung, die Landesärztekammer Hessen und ihre mehr als 38.000 Mitglieder vertreten zu dürfen. Vielleicht denken Sie jetzt, dass dies ein langweiliger Job als Frühstücksdirektor in einer Verwaltung ist. Weit gefehlt!

Bevor ich vor vielen Jahren begann, mich aktiv in der Berufspolitik zu engagieren, dachte ich das zugegebenermaßen aber selbst auch. Wenn ich diese beiden Jahre Revue passieren lasse, stellt sich das jedoch gänzlich anders dar und wäre auch ohne die vielen Herausforderungen, die die Coronapandemie mit sich bringt, nicht anders. Hier möchte ich die Gelegenheit nutzen und dem Team der Landesärztekammer Hessen herzlich für das außerordentliche Engagement und die Unterstützung dabei danken. Meinen tief empfundenen Dank und Respekt zolle ich selbstredend allen Kolleginnen und Kollegen, Pflegekräften, Medizinischen Fachangestellten, den Gesundheitsämtern, den zahlreichen Krisenstäben und allen Bürgerinnen und Bürgern, die in dieser außergewöhnlichen Situation mal anpackend, mal besonnen, mal ermunternd, mal zuhörend dafür gesorgt haben, dass uns die Situation in Deutschland nicht entglitten ist. Wenn wir diesen Weg gemeinsam weiter verfolgen, bin ich zuversichtlich, dass der Weg aufwärts und nicht in den Abgrund führt. Auch in den Schulen soll es nach den Sommerferien wieder aufwärts gehen, um unseren Kindern wieder einen möglichst „normalen" Schulalltag zu bieten – keine einfache Aufgabe. Die Wiedereröffnung der Schulen halte ich übrigens für wesentlich wichtiger als die Öffnung der Fußballstadien oder andere Großveranstaltungen.

In den vergangenen Monaten haben viele Lehrkräfte mit großem Engagement und sozusagen aus dem Stand heraus versucht, den Unterricht aus dem Homeoffice aufrechtzuerhalten. Auch das war keine einfache Aufgabe, denn Teleunterricht ist in Deutschland ebenso wenig eine Selbstverständlichkeit wie Telemedizin und sieht sich den vergleichbaren Schwierigkeiten und Beschränkungen gegenüber. Hier werden die Coronahilfen in der EU und in Deutschland hoffentlich endlich zu spürbaren Fortschritten führen. Statt fraglicher Versuche, eHighways für Schwerlastkraftwagen zu testen – ca. 15 Mio. Euro kostet allein die kurze Versuchsstrecke auf der A 5 zwischen Frankfurt und Darmstadt – sollten Bildung, Gesundheit und Digitalisierung für alle intensiv gefördert werden. Bildung habe ich bewusst an die erste Stelle gesetzt, denn es gibt keine Zweifel, dass sich die Gesundheit mit steigendem Bildungsgrad verbessert. Beides kann durch flächendeckend vorhandene Digitalisierung erheblich unterstützt werden. Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen, betone ich, dass weder Teleunterricht noch Telemedizin den Vorrang vor Präsenzunterricht und „Präsenzmedizin" erhalten sollten. Menschen, gleich ob Kinder, Jugendliche oder Erwachsene, sind soziale Wesen und brauchen den zwischenmenschlichen Kontakt und die Interaktion. In diesem Sinne möchte ich auch Lehrerinnen und Lehrer, die die Wiederaufnahme des regulären Schulbetriebs ablehnen, ermutigen, ihre Haltung zu überdenken. Unter Einhaltung der bekannten Verhaltensregeln halte ich die Aufnahme des Präsenzunterrichts für geboten und vertretbar. Gleichzeitig appelliere ich eindringlich an alle Risikogruppen, zu denen medizinisches Personal, aber auch Lehrkräfte gehören, sich frühzeitig gegen Grippe impfen zu lassen.

Es sei noch kurz daran erinnert, dass allen Ärzten das Impfen der von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen ohne Fachgruppeneinschränkung seit 1. März 2020 möglich ist. So dürfen Gynäkologen beispielsweise nicht nur die Patientin, sondern auch deren Partner impfen. In Nicht-Coronazeiten boten auch einige Gesundheitsämter Impfungen und vorherige Beratung an, während andere dies schon seit vielen Jahren nicht mehr anbieten. Ein kleines, aber durchaus bezeichnendes Beispiel, wie heterogen die hessische Landschaft der Gesundheitsämter ist, denn die Zuständigkeit liegt auf der Kommunalebene. Abgesehen von dem zu Recht beklagten Mangel an ärztlichem Personal liegt das neben dem jeweiligen Füll- oder leider auch Leerstand der Gemeindekasse auch an unterschiedlichen Präferenzen und Organisationsformen. So nachvollziehbar und verständlich kommunaler Föderalismus auch ist, so unübersichtlich hat sich die Situation in jüngster Zeit dargestellt. Kolleginnen und Kollegen, die es wegen der Lage ihrer Praxis mit unterschiedlichen Gesundheitsämtern zu tun hatten, können ein Lied davon singen. Das muss sich ändern. Wir brauchen klare und nachvollziehbare Vorgehensweisen, Zuständigkeiten und Ansprechpartner.

Habe ich nicht gesagt, dass mir nicht langweilig wird?

Genau wie Ihnen.

Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident

Inhalt

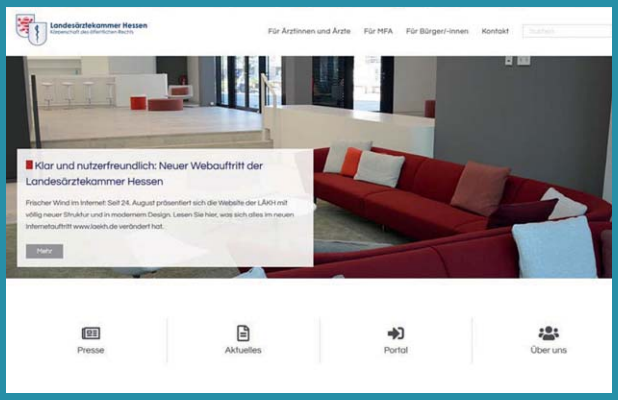


Foto: LÄKH

Der neue Internetauftritt der Landesärztekammer Hessen geht an den Start

Seit dem 24. August präsentiert sich die Website der LÄKH mit neuer Struktur und in modernem Design. Nach Themen gegliedert, rückt der neue Internetauftritt noch stärker die Bedürfnisse der Nutzer in den Vordergrund und ist auf allen Endgeräten gut bedienbar.

472

Foto: Uniklinikum Frankfurt/Main

Die Virologin Prof. Dr. med. Sandra Ciesek forscht zur SARS-CoV-2-Pandemie

Im Interview berichtet die Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie am Uniklinikum Frankfurt/M. über die Forschungen ihres Teams, um die Diagnostik von SARS-CoV-2 zu verbessern, sowie über Fortschritte bei der Entwicklung von Impfstoffen und Medikamenten.

475

Editorial: Wie die Zeit vergeht **463**

Aus dem Präsidium: Schreck lass nach! – Durchgefallen? **466**

Ärztekammer

Der elektronische Arztausweis – Gesetzliche Vorgaben werden umgesetzt **467**
Stellenanzeige **471**
Klar und nutzerfreundlich: Neuer Webauftritt der LÄKH **472**
Interview mit Prof. Dr. Sandra Ciesek: „Unser Ziel ist es, die Diagnostik bei SARS-CoV-2 weiter zu verbessern" **475**
Fortbildungspflicht für Notärztinnen & Notärzte und Leitende Notärztinnen & Notärzte **479**
Serie Patientensicherheit Teil 9: Die externe Qualitätssicherung – einrichtungs- und sektorenübergreifend **503**
Zahl ärztlicher Behandlungsfehler in Hessen nahezu unverändert **509**

Recht: Gefälligkeitsattest: Straf- und berufsrechtliche Risiken **488**

Bekanntmachungen

- **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung **489**
- **Fort- und Weiterbildungen für für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule **495**
- **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** **511/514**

Gesundheitspolitik

„Ethik, Gesundheitsversorgung und Ökonomie" Teil II: – Strukturen und ethische Aspekte des Gesundheitssystems **480**
Krankenhausschließungen – eine deutsche Diskussion inmitten der Pandemie **484**
Veränderungen durch die Novellierung des Transplantationsgesetzes – Erfahrungen der DSO nach einem Jahr **506**

Junge Ärztinnen und Ärzte: Neue Angebote des Kompetenzzentrums Weiterbildung Hessen **502**

Foto: © Prof. Dr. med. Andreas Goldschmidt

Strukturen und ethische Aspekte des Gesundheitssystems

Teil II der Serie „Ethik, Gesundheitsversorgung und Ökonomie" beschäftigt sich mit der Suche nach dem „idealen" Gesundheitssystem und stellt vorbildhafte Einzelaspekte aus anderen Ländern vor. Diese werden in Beziehung zu den Strukturen in Deutschland gesetzt.

480

Foto: © New Africa – stock.adobe.com

Substitutionstherapie in der Haft: Interview mit Prof. Dr. Heino Stöver

Über den Zusammenhang von Suchterkrankungen, Stigmatisierung und Straffälligkeit sowie die Situation der Suchttherapie in Haft berichtet der Sozialwissenschaftler und Direktor des Instituts für Suchtforschung an der Frankfurt University of Applied Sciences.

498

Ansichten und Einsichten
Die Landarztquote. Zeichen für politisches Versagen ... **501**
Die Spanische Grippe ... **512**

Im Gespräch
Hausarzt Armin Haßdenteufel spricht über seine Covid-19-Erkrankung und warnt vor zu schnellen Lockerungen ... **478**
Opioidsubstitution in Haft – Interview mit dem Sozialwissenschaftler Prof. Dr. Heino Stöver ... **498**

Mensch und Gesundheit
Die Geburtshelferin: Porträt der Hebamme und Frauenärztin Dr. med. Maike Manz ... **496**

Nachruf: Ein Wegbereiter der Psychoanalyse in Deutschland – Gedenken an Prof. Dr. Dr. Horst Kächele ... **508**

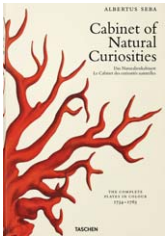
Impressum ... **516**

Bücher

Sachsen – Wiege der Ärztlichen Selbstverwaltung

Landesärztekammer Sachsen (Hrg.)

S. 502



Cabinet of Natural Curiosities

Albertus Seba

S. 510

Relaunch der Website www.laekh.de

Achtung: Wenn am 24. August 2020 die neue Website der Landesärztekammer Hessen (www.laekh.de) freigeschaltet wird, funktionieren alle alten Links nicht mehr, die auf den bisherigen Kammerauftritt verweisen. Bitte nutzen Sie z. B. die Suchfunktion auf der Startseite, um die Inhalte zu finden.

Schreck lass nach! – Durchgefallen?

Die Coronapandemie hatte und hat natürlich auch Auswirkungen auf die Arbeit der Landesärztekammer Hessen (LÄKH). Regelmäßig und in kurzen Abständen kam der Krisenstab zusammen, um Vorschläge und Maßnahmen zu erarbeiten, die ein möglichst sicheres Arbeiten für die Belegschaft gewährleisten sollten. Schließlich sollte die Arbeit der LÄKH für ihre Mitglieder möglichst uneingeschränkt und zeitnah auch unter Pandemiebedingungen erfolgen. Mit tatkräftiger Unterstützung der EDV-Abteilung wurde vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das mobile Arbeiten ermöglicht.

Am Beispiel der Weiterbildungsabteilung, die unzweifelhaft eine der wichtigsten Aufgaben der LÄKH bearbeitet, lässt sich exemplarisch darstellen, wie engagiert und ideenreich die Belegschaft sich mit Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Kolleginnen und Kollegen den Pandemieherausforderungen stellte.

Foto: Katarina Ivanisevic

„Prüfungen mittels Videoübertragung sind gut, Präsenzprüfungen aber immer besser!“

So entschied das Präsidium am 17. März zunächst, die Facharztprüfungen unter Einhaltung des gebotenen Abstands weiter durchzuführen. Begleitpersonen durften das Kammergebäude jedoch nicht mehr betreten. Bereits zu diesem Zeitpunkt stellte die Gewinnung von Prüfern eine Herausforderung dar, denn viele Prüferinnen und Prüfer gehören zu den über 60-Jährigen und nicht wenigen wurden Dienstreisen von ihrem Arbeitgeber untersagt. Doch bereits in der Folgewoche mussten die Facharztprüfungen ausgesetzt werden, weil sich nicht mehr genügend Prüferinnen und Prüfer fanden. Neue und möglichst jüngere Prüferinnen und Prüfer mussten gesucht werden. Dank meiner guten Kontakte zur Ärzteschaft fand sich sehr schnell ein Team geeigneter Kolleginnen und Kollegen, das sich für die ehrenamtliche Prüfungstätigkeit zur Verfügung stellte. Hierfür sind wir noch immer dankbar.

Darüber hinaus stellte sich die Frage, ob wir videogestützte Facharztprüfungen durchführen können. Flugs nahm die Rechtsabteilung mit unserer Aufsichtsbehörde, dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, Kontakt auf und erhielt erfreulich rasch eine positive Antwort. Mit Worten allein ist es jedoch nicht getan. Jetzt kam auch die EDV-Abteilung ins Spiel und stattete die Konferenzräume im Erdgeschoss und die Prüfungsräume im 1. Obergeschoss des neuen Kammergebäudes rasch mit der zusätzlich benötigten Videotechnik aus, nicht zuletzt gefolgt von Einweisung und Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Damit waren die technischen Voraussetzungen geschaffen, dass die Prüflinge ihre Facharztprüfung vor Ort in der Kammer, aber räumlich getrennt von den Prüfenden ablegen konnten. Organisatorisch gab es viel zu tun, sei es das Einholen einer Einverständniserklärung der zu Prüfenden für diese neue Prüfungsform oder das Testen und Erläutern der ungewohnten Technik. Wer kennt nicht Videokonferenzen, in denen ein Teilnehmer das Mikrofon beim Sprechen nicht eingeschaltet hat, während ein vermeintlich ruhiger Zuhörer seelenruhig, aber eben nicht geräuschlos seinen Schreibtisch bei geöffnetem Mikrofon aufräumt.

Am 24. April war es dann soweit. Elf Prüflinge stellten sich der Herausforderung. Dank der guten Vorbereitungen gab es keine Komplikationen, aber aufgrund der ungewohnten Technik waren auch die Prüfer ein wenig aufgeregt. Die Prüfungskandidatinnen und -kandidaten saßen jeweils allein mit den Prüfungsvorsitzenden in einem Sitzungsraum im Erdgeschoss, während die anderen Prüferinnen und Prüfer jeweils zu zweit in einem anderen Raum im 1. OG per Videokonferenz zugeschaltet waren.

Um Rückkopplungen zu vermeiden – Sie kennen diesen nervtötenden Piepton sicher alle –, dürfen die Prüfer im 1. OG ihre Mikrofone nicht gleichzeitig öffnen. So kam es, dass eine Prüferin ihren gegenüber sitzenden Mitprüfer bei geschlossenem Mikrofon nonverbal bitten wollte, das geöffnete Fenster wegen des Straßenlärms zu schließen. Um ihrer Bitte Ausdruck zu verleihen, wedelte sie lebhaft mit beiden Armen. Doch ein geschlossenes Mikrofon verschließt nicht die Kamera und so erbleichte der Prüfungskandidat, der die Prüferin ja sehen konnte und fragte, ob denn seine Prüfung vorzeitig abgebrochen würde und was er denn falsch gemacht habe. Nach diesem Schreck verlief die weitere Prüfung glatt und wurde bestanden.

Insgesamt zeigte sich allerdings, dass die Vorbereitung und Durchführung videogestützter Prüfungen im Vergleich zu dem üblichen Prüfungsformat zeitintensiver und aufwendiger ist. Prüferinnen, Prüfer und natürlich Prüflinge waren zwar froh, mit dieser technischen Hilfe Prüfungen absolvieren zu können, stimmten aber dennoch überein, dass eine normale Präsenzprüfung immer vorzuziehen ist.

Monika Buchalik
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Maintal
Vizepräsidentin der Landesärztekammer Hessen

Genderneutrale Sprache

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

Der elektronische Arztausweis

Gesetzliche Vorgaben werden umgesetzt

Ralf Münzing

Fotomontage: BÄK/Peter Jülich/DÄV

Zahlreiche digitale Anwendungen in der Patientenversorgung stehen vor der Tür. Um diese Anwendungen nutzen zu können, benötigen Ärztinnen und Ärzte einen elektronischen Arztausweis (eArztausweis oder eHBA).

Drei digitale Startanwendungen der Telematik-Infrastruktur sollen künftig einer besseren ärztlichen Information und Kommunikation dienen: das Notfallfalldatenmanagement (NFDM), der elektronische Medikationsplan (eMP) und die Kommunikation im Medizinwesen (KIM), siehe Infokästen 2–4.

Für die Nutzung dieser medizinischen Anwendungen macht der Gesetzgeber hierbei eine grundsätzliche Vorgabe: den elektronischen Arztausweis. Damit wird sichergestellt, dass nur berechtigte Personen auf die medizinischen Daten des Versicherten zugreifen können.

Eine weitere Anwendung, die vor ihrer bundesweiten Einführung steht, ist die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU).

Neben der grundsätzlichen gesetzgeberischen Vorgabe sind es die Funktionen des eArztausweises, die seinen Einsatz im Rahmen der Anwendungen notwendig machen. Insbesondere ist dies die qualifizierte elektronische Signatur (QES), mit der medizinische Dokumente (NFDM, elektronischer Arztbrief etc.) rechtsgültig elektronisch unterschrieben werden. Die QES ist rechtlich einer eigenhändigen Unterschrift des Arztes oder der Ärztin in der analogen Welt gleichgestellt.

Bis zum Herbst dieses Jahres soll ein Update der Praxis-IT-Systeme zur Verfügung stehen, das die medizinischen Anwendungen NFDM, eMP und KIM ermöglicht, siehe Infokästen 2–4.

Da Patientinnen und Patienten gegenüber dem Vertragsarzt einen Anspruch auf die Erstellung eines Notfalldatensatzes und unter bestimmten Voraussetzungen auf einen eMedikationsplan haben, ist mit einer ansteigenden Nachfrage nach elektronischen Arztausweisen zu rechnen. Beide Anwendungen setzen diesen voraus.

Grundsätzlich ändert sich darüber hinaus das Verfahren der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU). Nach wie vor erhält der Versicherte eine AU als Papierausdruck, den er an seinen Arbeitgeber weiterreicht.

Die Zuleitung der AU an die Krankenkasse übernimmt dann aber nicht mehr der Versicherte selbst, sondern der ausstellende Arzt. Er übermittelt über die Telematik-Infrastruktur die elektronische AU, die mit dem eArztausweis signiert wird, an die zuständige Krankenkasse. Die Übermittlung findet mittels KIM statt (siehe Kasten 4). Dieses neue Verfahren gilt auch für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die im Zuge des Entlassmanagements durch stationär tätige Ärztinnen und Ärzte ausgestellt werden.

Ursprünglich sollte die elektronische AU ab dem 1. Januar 2021 starten, allerdings hat am 31. Juli 2020 das Bundesgesundheitsministerium der Forderung nach einer Übergangsregelung für die geplante elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zugestimmt. Die Vertragsärzte bekommen nun neun Monate Aufschub und müssen voraussichtlich erst ab Oktober 2021 die AU-Daten elektronisch an die Kassen übermitteln.

Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Entwicklung ist es Ärztinnen und Ärzten, die im ambulanten und stationären Bereich Patienten versorgen, zu empfehlen, rechtzeitig einen eArztausweis zu beantragen.

(1) Die gesetzliche Vorgabe

Nach § 291a Abs. 5 SGB V fordert der Gesetzgeber, dass die elektronische Gesundheitskarte nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis oder einem entsprechenden Berufsausweis genutzt werden kann. Der elektronische Heilberufsausweis soll über eine qualifizierte Signatur verfügen und eine sichere Authentifizierung ermöglichen.

Gemäß hessischem Heilberufsgesetz wird der Heilberufsausweis für Ärzte (der eArztausweis) von den Ärztekammern an ihre Mitglieder ausgegeben.

Kernfunktionen

Der eArztausweis besitzt fünf Kernfunktionalitäten:

1. **Sichtausweis:** Wie sein klassisches Pendant – der Arztausweis aus Papier – dient er zusammen mit dem amtlichen Lichtbildausweis als Sichtausweis, bspw. um in einer Apotheke verschreibungspflichtige Medikamente zu erwerben.
2. **Signatur:** Der Inhaber kann mit dem eArztausweis eine elektronische Unterschrift (Qualifizierte elektronische Signatur, QES) erstellen. Diese elektronische Signatur ist der eigenhändigen Unterschrift rechtlich gleichgestellt. Mit ihr können Arztbriefe, Abrech-

(2) Notfalldatenmanagement, NFDM

Ärzte und Zahnärzte können wichtige medizinische Notfalldaten direkt auf der Gesundheitskarte speichern – sofern der Patient in die Speicherung einwilligt.

- Im Notfalldatensatz können folgende Informationen gespeichert werden:
- chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes, koronare Herzkrankheit) und wichtige frühere Operationen (z. B. Organtransplantation)
- regelmäßig eingenommene Medikamente,
- Allergien und Unverträglichkeiten (besonders Arzneimittelallergien mit bekannter schwerer allergischer Reaktion),
- weitere wichtige medizinische Hinweise (wie Schwangerschaft oder Implantate) und
- ergänzend Kontaktdaten von Angehörigen, die im Notfall benachrichtigt werden sollen, und von behandelnden Ärzten (z. B. dem Hausarzt) und Zahnärzten.

Der Notfalldatensatz wird durch den anlegenden Arzt mit der qualifizierten elektronischen Signatur des eArztausweises unterschrieben.

Quelle: Bundesärztekammer

nungsunterlagen für die Kassenärztliche Vereinigung, Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte, elektronische Rezepte oder elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen rechtssicher und medienbruchfrei elektronisch unterschrieben werden. Die elektronische Signatur wird mittels der Eingabe einer selbst vergebenen, mindestens sechsstelligen PIN ausgelöst.

3. **Authentifizierung:** Mit dem eArztausweis ist es möglich, sich in der elektronischen Welt sicher als „Arzt" auszuweisen, z. B. an Portalen von Kammern oder Arztnetzen oder in der Telematik-Infrastruktur. Unsichere Anmeldeverfahren können ersetzt und auf ein höheres Sicherheitsniveau angehoben werden. Diese Funktionalität ist der Kern für den späteren Zugriff auf die elektronischen Patientenakten von Versicherten.
4. **Vertraulichkeit:** Der eArztausweis ist in der Lage, medizinische Daten sicher zu ver- und entschlüsseln. Damit steigt das Datenschutz- und Sicherheitsniveau bei der Übertragung personenbezogener medizinischer Daten oder bei vertraulichen Informationen deutlich.
5. **eGK-Zugriff:** Mit dem eArztausweis kann auf medizinische Daten zugegriffen werden, die auf der eGK des Patienten abgespeichert sind wie bspw. „Notfalldaten" und „elektronischer Medikationsplan".

Der elektronische Arztausweis ist also zukünftig integraler Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung.

Der hessische Mitgliedsausweis

Der eHBA behält seine Gültigkeit auch dann, wenn die Ärztin oder der Arzt die Ärztekammer wechselt, er ist ein Heilberufsausweis gemäß SGB V § 291a.

Ergänzend dazu gibt die Landesärztekammer Hessen weiterhin auch einen, dem eHBA optisch ähnlichen, Mitgliedsausweis in Form eines Arztausweises heraus, der die Mitgliedschaft in der Landesärztekammer Hessen bestätigt. Dieser Arztausweis hat keine digitalen Funktionen und kann nicht in der Telematik-Infrastruktur verwendet werden. Er weist Sie aber über Ihre Mitgliedschaft als Arzt aus.

Dieser Arztausweis gilt für einen Zeitraum von fünf Jahren und wird kostenlos für alle Mitglieder ausgestellt. Er bleibt Eigentum der Landesärztekammer Hessen und ist bei Beendigung der Kammerzugehörigkeit oder nach Aufforderung zurückzugeben. Selbstverständlich behalten alle diese bisher herausgegebenen Mitgliedsausweise ihre Gültigkeit gemäß dem aufgedruckten Datum.

Sicherheit bei der Herausgabe des eHBA

Da der eArztausweis in der digitalen Welt die oben genannten weitreichenden Einsatzmöglichkeiten hat, ist seine Ausgabe unter hohen Sicherheitsmaßnahmen vorgesehen. Eine sichere Identifizierung des antragstellenden Arztes oder der antragstellenden Ärztin ist – neben der sicheren Auslieferung – Voraussetzung für den Erhalt eines eHBA. Die Landesärztekammer Hessen ist zwar per Gesetz für die Herausgabe der eArztausweise zuständig, die notwendige technische Infrastruktur wird jedoch von zugelassenen sogenannten Vertrauensdiensteanbietern (VDA) angeboten. Diese VDA produzieren konform zur eIDAS-Verordnung der EU die Ausweise und betreiben die Infrastrukturen für die Prüfbarkeit der elektronischen Signaturen etc.

Aktuell sind die folgenden Anbieter seitens der Ärztekammern zugelassen (Reihenfolge alphabetisch):

- Bundesdruckerei (D-Trust GmbH)
- medisign GmbH
- SHC Stolle & Heinz Consultants GmbH/ Atos GmbH
- T-Systems GmbH

Jeder Vertrauensdiensteanbieter bietet mindestens die kostenlose Identifizierung des Antragstellers in einer Postfiliale (sog. Postident-Verfahren) an. Darüber hinaus bieten die VDA weitere unterschiedliche Identifizierungsverfahren an (z. B. Video-Ident, Online-Identifizierung mittels des neuen Personalausweises).

Der eArztausweis ist für den Antragsteller kostenpflichtig; die Preise unterscheiden sich von Anbieter zu Anbieter. Aktuell liegen die monatlichen Kosten bei ca. 8 Euro, die für Vertragsärzte hälftig seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen erstattet werden.

Foto: BÄK

(3) Elektronischer Medikationsplan (eMP)

Ärzte, Zahnärzte und Apotheker können den E-Medikationsplan direkt auf der Gesundheitskarte speichern – sofern der Patient in die Speicherung einwilligt und der Patient mindestens drei verordnete Medikamente gleichzeitig einnimmt.
Zu den Daten des E-Medikationsplans gehören:

- Angaben zur Medikation, d. h. alle Arzneimittel, die ein Patient einnimmt, und Informationen zur Anwendung (Dosierung, Zeitpunkt, Darreichungsform etc.). Dies umfasst sowohl die vom Arzt oder Zahnarzt verordneten Medikamente als auch Arzneimittel, die rezeptfrei in der Apotheke erworben wurden (OTC). Zusätzlich sind Arzneimittel aufgeführt, die aktuell nicht mehr angewendet werden, die jedoch für die Überprüfung der Sicherheit der Arzneimitteltherapie durch den Arzt, Apotheker oder Zahnarzt relevant sein können.
- Medikationsrelevante Daten wie Allergien und Unverträglichkeiten.

Quelle: Bundesärztekammer

Beantragung bei der Landesärztekammer Hessen

Um Ihnen die Beantragung eines eArztausweises so leicht wie möglich zu machen, haben wir den Bestellvorgang in unser Mitgliederportal integriert. Die Antragstellung können Sie dann in fünf Schritten durchführen.
Das Mitgliederportal erreichen Sie über die Website der Landesärztekammer Hessen www.laekh.de, direkt zur eArztausweis-Antragsstellung gelangen Sie über den Link www.laekh.de/ehba.

1. Schritt eins bittet Sie um die Prüfung und Bestätigung Ihrer Meldedaten bei der Landesärztekammer Hessen. Sind diese korrekt, werden sie später für die Vorbefüllung Ihres Antrages verwendet.

2. Im zweiten Schritt haben Sie die Möglichkeit, zwei auf den eArztausweis aufgedruckte Felder anzupassen.

3. In Schritt drei wird Ihnen bei einer Erstbestellung eines eArztausweises eine sogenannte Telematik-ID zugeteilt. Die Telematik-ID ist eine eindeutige Nummer des Karteninhabers in der Telematik-Infrastruktur und notwendig, um Ihnen beispielsweise Zugriffsrechte zuweisen zu können.

4. In Schritt vier wählen Sie einen der angebotenen Vertrauensdiensteanbieter (Kartenhersteller) aus, der Ihre Karte produzieren wird. Sie können sich über Links zu den Kartenherstellern über deren Leistungen und Kosten informieren. Dabei kann es aus wettbewerbsrechtlichen Gründen keine Empfehlung der Landesärztekammer Hessen geben.

5. Im fünften und letzten Schritt erhalten Sie nochmals eine Übersicht Ihrer Daten und lösen die verbindliche Bestellung aus.

6. Nun ist der Antragsprozess für Sie im Portal der Landesärztekammer Hessen abgeschlossen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LÄKH bereiten Ihre Daten für die Übergabe an den Kartenhersteller auf. Nach der Datenübergabe bekommen Sie eine E-Mail-Nachricht mit einer Vorgangsnummer des Kartenherstellers und einem Link zu dessen Antragsportal. Die Vorgangsnummer benötigen Sie nun im Antragsportal des Kartenherstellers, um den mit Ihren Daten bereits gefüllten Antrag laden und weiterbearbeiten zu können. Dazu nutzen Sie den in der E-Mail-Nachricht enthaltenen Link. Die Weiterbearbeitung des Antrages im Portal des Kartenherstellers beinhaltet das Ausfüllen verschiedener Antragsunterlagen sowie das Hochladen eines Passbildes. Halten Sie grundsätzlich Ihre Ausweisdokumente (z. B. Personalausweis) bereit, bevor Sie die Antragstellung beginnen.

7. Der Antrag muss nun ausgedruckt und von Ihnen unterschrieben werden.

8. Abschließend findet Ihre Identifizierung als Antragsteller anhand eines gültigen

(4) Kommunikation im Medizinwesen (KIM)

KIM sorgt für den sicheren Austausch von sensiblen Informationen wie Befunden, Bescheiden, Abrechnungen oder Röntgenbildern über die Telematikinfrastruktur zwischen verschiedenen Ärzten bzw. mit Apothekern etc. Nachrichten und Dokumente können künftig schnell, zuverlässig per sicherer E-Mail – mit oder ohne Anhang – ausgetauscht werden. KIM bringt folgende Vorteile:

- Vertraulichkeit der Nachrichten: Kartenbasierte Verschlüsselung macht ein unberechtigtes Mitlesen unmöglich. Sensible Daten können immer nur von demjenigen gelesen werden, für den sie gedacht sind.
- Fälschungssicher: KIM-Nachrichten können nicht unbemerkt manipuliert werden. Adressaten erkennen immer, ob sie die E-Mail so erhalten haben, wie sie der Absender auch verschickt hat.
- Geprüfte Identität: Empfänger einer Nachricht können immer sicher sein: Wer als Absender draufsteht, ist auch der Absender der Nachricht. Die Identitäten der KIM-Teilnehmer sind geprüft und bestätigt.
- Schnelle Auffindbarkeit: Alle KIM-Teilnehmer sind im zentralen Adressbuch z. B. über die Praxisanschrift auffindbar. Es entfällt ein umständliches und fehleranfälliges Suchen oder Austauschen von E-Mail-Adressen.
- Abrechenbarkeit: KIM ist das sichere Übermittlungsverfahren nach § 291b Abs. 1e SGB V und dadurch die Basis für eine mögliche Vergütung.

Der eArztausweis wird für die Verschlüsselung der versendeten Inhalte sowie für die Signatur, bspw. eines angehängten Arztbriefes, genutzt.

Quelle: Bundesärztekammer

amtlichen Ausweisdokuments (Personalausweis, Reisepass, ggf. Aufenthaltsbescheinigung) statt, wozu Sie eine Identifizierungsstelle (z. B. Postfiliale) aufsuchen müssen. Nach erfolgter Identifizierung geben Sie dort Ihre vollständigen Antragsunterlagen ab.

Im Hintergrund erfolgt eine Weiterleitung und Freigabe des Antrags durch die Landesärztekammer Hessen gegenüber dem Kartenhersteller. Sie prüft, ob der Antragsteller Mitglied der Ärztekammer und Arzt ist und erteilt dem Anbieter die Erlaubnis, den eArztausweis herzustellen. Der Anbieter produziert und versendet den eArztausweis – getrennt von einem PIN-Brief – an den Antragsteller.
Die Ärztin oder der Arzt muss den erhaltenen Ausweis „in Betrieb nehmen" bzw. aktivieren, das heißt, es müssen individuelle PINs gesetzt und gegenüber dem Kartenhersteller der Erhalt und die erfolgreiche Inbetriebnahme bestätigt werden. Daraufhin schaltet der Kartenhersteller den Ausweis frei.

Bei Fragen zum Antragsprozess im Mitgliederportal der Landesärztekammer Hessen wenden Sie sich bitte an unser Zentrales Mitgliederdatenmanagement unter Fon 069 97672-404. Informationen erhalten Sie auch im Internet unter www.laekh.de/ehba.

Antworten auf häufige Fragen

Die Bundesärztekammer stellt auf ihrer Website www.bundesaerztekammer.de/aerzte/telematiktelemedizin/earztausweis/faq/ eine ausführliche FAQ-Liste zur Verfügung, in der Fragen rund um den eArztausweis beantwortet werden. Darüber hinaus helfen Ihnen auch folgende Ansprechpartner weiter:

- Bei Fragen zur technischen Anbindung an die Telematik-Infrastruktur und zur praktischen Nutzung des eArztausweises treten Sie bitte mit Ihrem IT-Dienstleister in Kontakt.
- Als Vertragsärztin/-arzt können Sie sich über Abrechnungs- und Förderungsbelange bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen unter Fon: 069 24741 7777 informieren.
- Stationär tätige Ärzte sollten sich vor Beantragung eines eArztausweises zunächst mit ihrer Hausleitung abstimmen.
- Auch privatärztlich tätige Ärzte können einen eArztausweis bestellen, falls Sie ihn für Anwendungen der Telematik-Infrastruktur benötigen. Die Anbindung einer privatärztlichen Praxis an die Telematik-Infrastruktur ist noch nicht abschließend geklärt.
- Die Firma medisign befindet sich derzeit in der Umstellung auf Karten der zweiten Generation. Die Bestellung von Karten der Generation 0 ist nicht mehr möglich. Informationen, insbesondere zum Austausch der ausgegebenen Generation 0-Karten durch medisign in Karten der Generation 2, finden Sie auf der Website von medisign.

- Abschließend nun die uns am häufigsten gestellte Frage zum eArztausweis: **Benötige ich einen solchen Ausweis oder nicht?**

→ Grundsätzlich benötigen Sie einen solchen Ausweis dann, wenn Sie zukünftig Anwendungen in der Telematik-Infrastruktur bedienen müssen. In jüngerer Zeit wurde die Telematik-Infrastruktur durch Gesetze wie das Terminservice- und Versorgungsgesetz, das Digitale-Versorgung-Gesetz und das Patientendatenschutzgesetz immer feiner ausgestaltet und die Anwendungen immer detaillierter beschrieben. Insbesondere bei den elektronischen Anwendungen Notfalldatenmanagement, eMedikationsplan und elektronische Patientenakte erfolgt zukünftig der Zugriff über einen eArztausweis, auch wenn es zu Beginn unter Umständen noch mit einer Praxiskarte möglich ist. Vertragsärztlich niedergelassene Ärzte müssen somit praktisch über einen eArztausweis verfügen. Allerdings ist klar, das allen Ärzten, die keinen eHBA besitzen, der Zugriff auf bestimmte Informationen in naher Zukunft versperrt sein wird, auch stationär im Krankenhaus und rein privatärztlich tätigen, die eventuell Daten der Gesundheitskarte auslesen möchten oder müssen. Insofern ist davon auszugehen, dass langfristig jeder Arzt einen solchen Ausweis haben muss. Informationen finden Sie dazu auf den oben erwähnten FAQ-Seiten der Bundesärztekammer. Bezüglich des zeitlichen Rahmens einer Bestellung können Sie damit rechnen, dass Sie zur Zeit ca. zwei bis drei Wochen nach abgeschlossener Antragstellung den eArztausweis in Ihren Händen halten. Diese Zeit hängt im Wesentlichen vom Herausgabeprozess des Kartenherstellers ab, darauf hat die Landesärztekammer Hessen nur geringen Einfluss.

Wir hoffen, Ihnen damit einen guten Überblick gegeben zu haben über den aktuellen Stand der Telematik-Infrastruktur. Über künftige Entwicklungen werden wir Sie – in enger Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen – weiter im Hessischen Ärzteblatt informieren.

Ralf Münzing
Leiter EDV und Organisationsentwicklung, Landesärztekammer Hessen

Foto: Caroline McKenney

Quellen: Bundesärztekammer, SGB V

Libanon: Nothilfe nach Explosion in Beirut

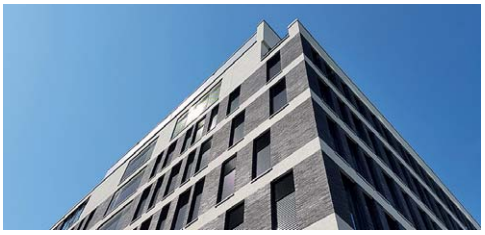
Nach der verheerenden Explosion in Beirut mit bislang über 170 Toten und über 6.000 Verletzten ist der Libanon in einer Ausnahmesituation: Noch immer suchen Retter nach Vermissten. Und auch wegen fehlender Masken ist die Zahl der mit dem Coronavirus Infizierten in dem Land zuletzt stark gestiegen.
Beispiele für Spendenkonten:
(Stichwort Libanon)
Ärzte ohne Grenzen e. V.
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00

„Bündnis Entwicklung Hilft" und „Aktion Deutschland Hilft", beides sind Zusammenschlüsse von renommierten Hilfsorganisationen, rufen mit folgendem Konto gemeinsam zu Spenden auf:
IBAN: DE53 2004 0060 0200 4006 00

Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen für ca. 38.400 Ärztinnen und Ärzte in Hessen. Wir suchen baldmöglichst am Standort Frankfurt einen

Ärztlichen Referenten (m/w/d) für die Abteilung Weiterbildung
in Vollzeit(40 Std./Wo.)
(Kennz.: Ref. QS)



Ihre Aufgaben:

- Beurteilung ärztlicher Qualifikationsnachweise z. B. im Rahmen der (fachärztlichen) Weiterbildung mit Entscheidung über Prüfungszulassungen, RöV, StrSchV und Rettungsdienstgesetz Hessen
- Unterstützung im Prozess der Ärztlichen Prüfungen (ggf. Aufsichtsführung, formale Klärungen, Unterstützung/ Koordinierung bei Berufungsvorschlägen von Prüfern)
- Mitarbeit bei Anerkennung von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, einschließlich der Bearbeitung von Widersprüchen sowie Mitgestaltung/Anpassung der Abteilungsaufgaben
- Sammlung, Bündelung und Weitergabe von Informationen auf Länder-, Bundes- und EU-Ebene zu Themen ärztlicher Weiterbildung
- Einbringen von ärztlichem Sachverstand in internen und externen Gremien inkl. Außenvertretung
- Führung eines kleinen Teams qualifizierter Sachbearbeiter; Sie berichten direkt an den Leiter der Abteilung

Ihr Profil:

- Abgeschlossenes Medizinstudium, Approbation/ Berufserlaubnis als Ärztin/Arzt sowie bereits einige Jahre Berufserfahrung
- Eine Facharztanerkennung ist wünschenswert.
- Verständnis für Berufs- und/oder Verbandspolitik sowie Interesse am Qualitätsmanagement sind von Vorteil
- Sie sind vertraut mit der Nutzung moderner Büro-, Kommunikations- als auch Datenbank-Software und sind sicher bei Kommunikation in Wort und Schrift
- Gutes Zeitmanagement und Organisationstalent
- Belastbarkeit, eine engagierte Arbeitsweise sowie ein verbindliches, sicheres Auftreten gehören neben einer hohen Kommunikations- und Teamfähigkeit zu Ihren Stärken

Unser Angebot:

- Leistungsgerechte Bezahlung bei flexiblen Arbeitszeiten ohne Nacht-/Wochenenddienste
- Eine individuelle Gleitzeitregelung mit hoher Flexibilität – bei festen Kernarbeitszeiten
- Ein sicherer Arbeitsplatz in einer Körperschaft des öffentlichen Rechts
- Interessante, verantwortungsvolle und vielseitige Aufgaben
- Ein engagiertes Team von Kolleginnen und Kollegen
- Nach angemessener Einarbeitungszeit ein hohes Maß an Selbstständigkeit

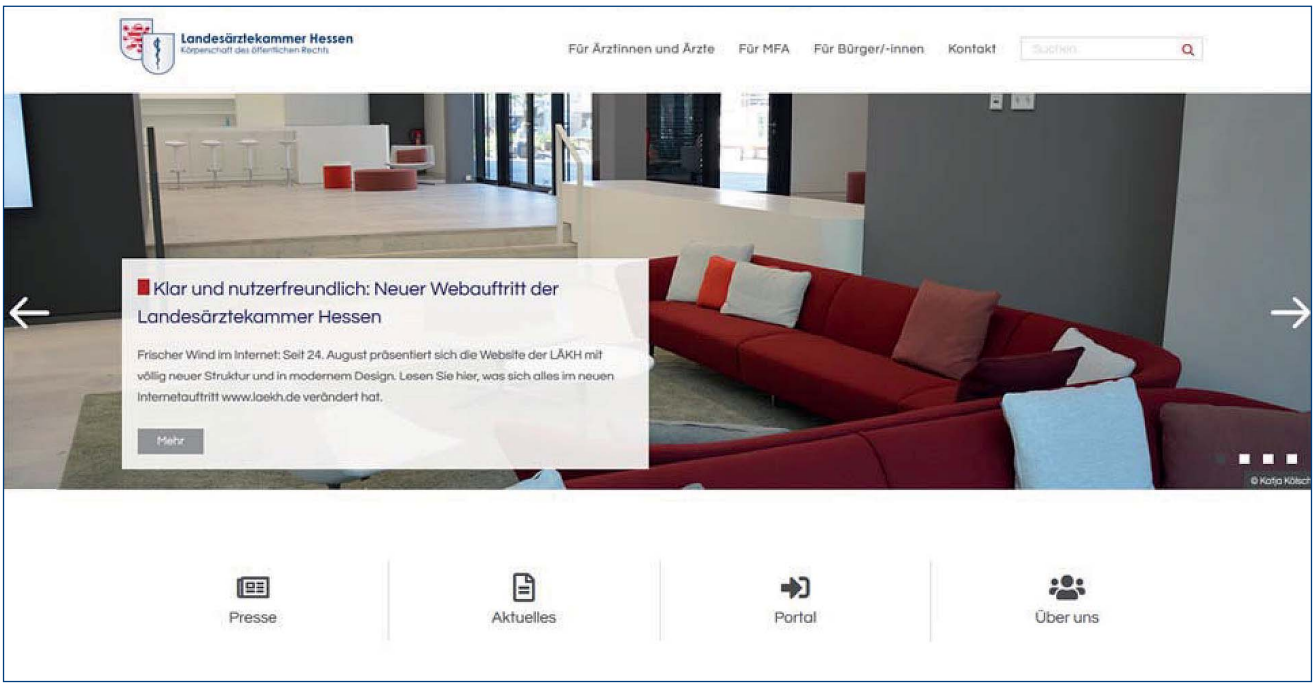
Fotos: Katja Kölsch

Auskünfte zu der Aufgabenstellung erteilt Ihnen Herr Jens Sudmann (Foto), Leiter der Abteilung Ärztliche Weiterbildung, Fon: 069 97672-194.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung unter Angabe des Kennzeichens „Ref WB 2020–02“ bis zum 30. September 2020 an die

Landesärztekammer Hessen,
Personalabteilung,
Hanauer Landstraße 152,
60314 Frankfurt am Main

oder per E-Mail an:
bewerbung@laekh.de.

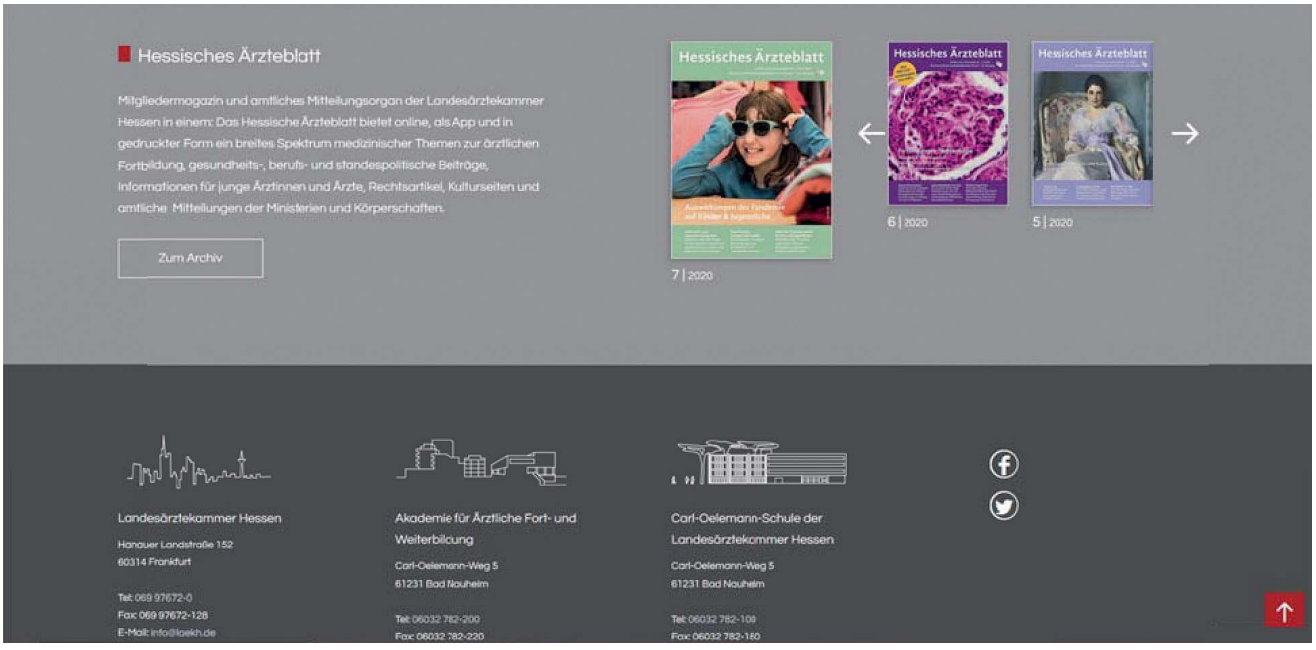


Fotos: LÄKH/Katja Möhrle

Über die Startseite des neuen Internetauftritts gelangen Nutzer zu allen wichtigen Informationen.

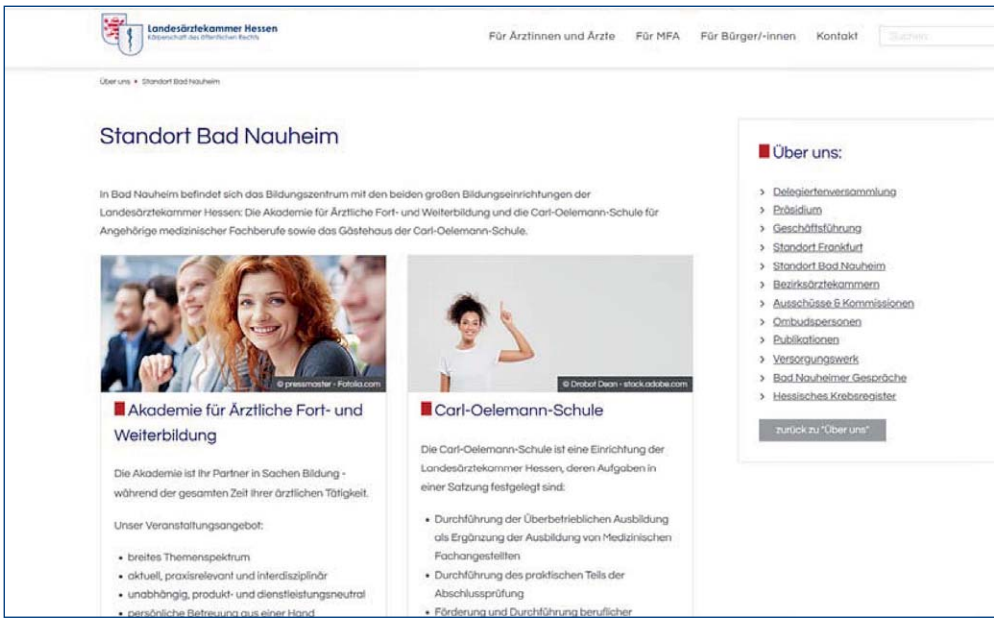
Klar und nutzerfreundlich: Neuer Webauftritt der LÄKH

Frischer Wind im Internet: Seit dem 24. August präsentiert sich die Website der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) mit völlig neuer Struktur und in modernem Design. Ziel des umfassenden Relaunches war es, die Website an den Bedürfnissen der Nutzer auszurichten und nach Themen zu gliedern. Übersichtlicher Seitenaufbau, modernes Layout und zukunftsorientierte Technik (Typo 3 CMS) machen es möglich, schneller als bisher zu Informationen zu gelangen. Die Website



Der Webauftritt des Hessischen Ärzteblattes wurde grundlegend erneuert und bietet unter anderem ein Heftarchiv.

ist responsiv und auf allen Endgeräten – ob PC, Tablet oder Smartphone – gut bedienbar. Services und Funktionen wurden dem Nutzerverhalten entsprechend angepasst. Durch die Straffung der Navigation sind einige Themen an eine neue Stelle getreten, andere werden deutlicher hervorgehoben. Die völlig neue visuelle Gestaltung ist kein Selbstzweck: Das neue Design entspricht dem LÄKH-eigenen Corporate Design und trägt entscheidend zur Übersichtlichkeit der Website bei, mit der die Nutzerführung erleichtert wird.



Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und Carl-Oelemann-Schule auf einen Blick.

Startseite und Navigationsleiste

Empfangen werden die Nutzer von der optisch durch einen Slider (ein Bild, das nach wenigen Sekunden durch ein neues Bild ausgetauscht wird) bestimmten Startseite. Neben Impressionen u. a. des Verwaltungsgebäudes der LÄKH kann dieser – anlassbedingt – mit aktuellen Informationen und Hinweisen gefüllt werden: derzeit zum Beispiel rund um die Corona-Maßnahmen.

Die bisherige Nutzerführung nach Zielgruppen findet sich in den über dem Slider angeordneten Oberrubriken der Navigationsleiste „Für Ärztinnen und Ärzte", „Für MFA", „Für Bürger/-innen" (ehemals „Bürger & Patienten") wieder, die durch „Kontakt" ergänzt werden. Fährt man mit der Maus über das Navigationsmenü (bzw. tippt man bei mobilen Endgeräten darauf), werden die jeweiligen Unterrubriken zum weiteren Navigieren sichtbar. Dank dieses sog. Hover-Effektes konnte – nach Auswertung der Nutzungszahlen und des Suchverhaltens – die Startseite erheblich verschlankt und die Navigation der Inhalte beschleunigt werden. Rechts neben dem Navigationsmenü findet sich die prominent gestaltete Suche. Sie macht es Seitenbesuchern möglich, auf einen Klick an Informationen zu kommen. In der Suchergebnisseite lässt sich zusätzlich filtern (z. B. nach Dateien, Seiten, Artikeln usw.)

Schnellzugriffe, Mitgliederportal

Um die Navigation in größtmöglicher Klarheit und minimalistischer Aufgeräumtheit zu gestalten und die Websitestruktur stärker an dem Suchverhalten der Nutzer auszurichten, wurden unterhalb des Sliders Buttons geschaffen. Über beschriftete Icons erlauben sie einen Schnellzugriff auf die häufig aufgerufenen Bereiche „Presse", „Aktuelles", „Portal" und „Über uns" (ehemals: „Die Kammer"). Dabei ist der Übergang von der Website zum Mitgliederportal weiterhin nicht nur auf der Startseite möglich, sondern überall dort, wo dies inhaltlich sinnvoll ist (vgl. etwa die Schnittstelle Website/Portal auf der Unterrubrik „Für Ärztinnen und Ärzte > Fort- und Weiterbildung > Fortbildung > Fortbildungspunktekonto").

Zusammen mit dem sich links über dem Slider befindenden Kammerlogo bildet die Navigationsleiste die Kopfzeile, die auf jeder Webseite des Netzauftritts unverändert erscheint. Über das anklickbare Kammerlogo gelangt der Nutzer dabei schnell zurück auf die Startseite.

Inhaltsbereich und Newsletter

Unterhalb der Icons beginnt auf der Startseite der eigentliche Inhaltsbereich, der sich aus aktuellen Meldungen, Pressemitteilungen und Statements zusammensetzt. Darunter sind die Seiten der kammereigenen Bildungseinrichtungen „Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung" und „Carl-Oelemann-Schule" aufrufbar. In der rechten Spalte finden Besucher aktuelle Erklärungen des Präsidenten u. a. zur Coronakrise und werden auf bevorstehende Termine aufmerksam gemacht. Gleichzeitig zum Relaunch wird es auch möglich, den neuen Newsletter der LÄKH zu abonnieren. Zu der Newsletter-Anmeldung gelangt der Nutzer ebenfalls über die rechte Spalte.

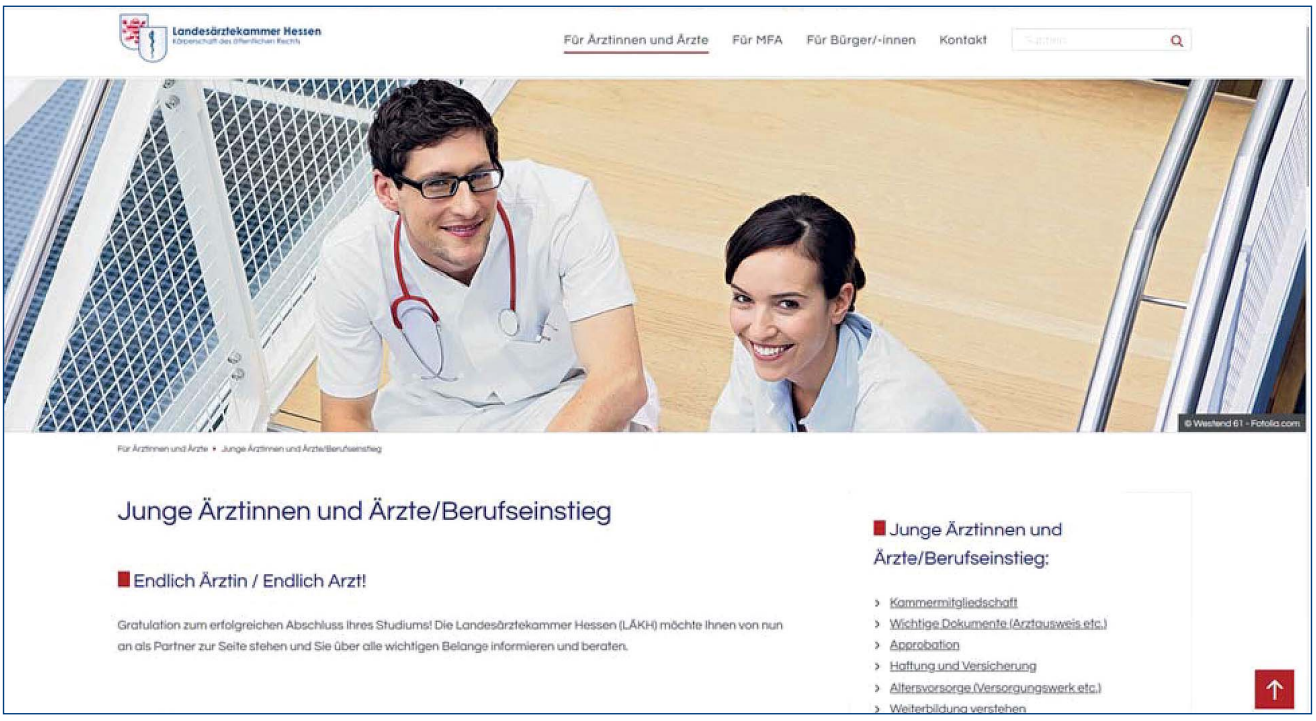
Hessisches Ärzteblatt mit Heftarchiv

Unterhalb des Hauptinhalts befindet sich der grunderneuerte Online-Auftritt des Hessischen Ärzteblatts (HÄBL): Nunmehr im HTML-Format in die LÄKH-Website eingebunden, bietet er den Lesern viel mehr als den bisherigen Download der Monatshefte als PDF-Datei. Jeder Artikel ist nun als Webseite einzeln abrufbar, kann bei Bedarf ausgedruckt und als einzelne PDF heruntergeladen werden. Verbunden mit dem neu eingerichteten Heftarchiv der Ausgaben der vergangenen Jahre wird die Suche nach Themen, Artikeln und Autoren deutlich erleichtert.

Die Startseite ‚schließt' mit der Fußzeile, in der – neben Adressen, Öffnungszeiten und rechtlichen Hinweisen – auch zu den Social Media-Kanälen der LÄKH auf Facebook und Twitter weitergeleitet wird.

Rubrik „Für Ärztinnen und Ärzte"

Von Grund auf erneuert präsentiert sich die Rubrik „Für Ärztinnen und Ärzte": Die Struktur der Unterrubriken wurde deutlich verschlankt und nach Interessen und Suchverhalten der Nutzer angeordnet. So bilden die für Berufseinsteiger oft schwer auseinander zu haltenden Bereiche Fortbildung



Erklärungen Schritt für Schritt: Seitenbesucher werden „an die Hand genommen".

und Weiterbildung zunächst die gemeinsame Unterrubrik „Fort- und Weiterbildung", die den Nutzer über eine erläuternde Doorway-Page mit Hilfe von klärenden Fragen (z.B. „Sie möchten eine Facharzt-/Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung erwerben? Weiter zur Seite ‚Weiterbildung'") zu den gewünschten Inhalten führt.

Schritt für Schritt erklärt

Hier zeigt sich der zentrale Anspruch des umfassenden Relaunches, Informationen nicht nur bereitzustellen, sondern möglichst nutzerfreundlich aufzubereiten: Die Seitenbesucher werden quasi an die Hand genommen und durch einzelne Seiten wie Prozesse Schritt für Schritt geführt. So bietet die Unterrubrik „Weiterbildung" einen Wegweiser, der den Weg von der Approbation über die Aufnahme und Durchführung der Weiterbildung bis zur Facharztprüfung und der Möglichkeit, selbst weiterzubilden, in zehn Schritten anschaulich erklärt. Ähnlich geleitet werden die Nutzer beispielsweise auch in den Unterrubriken „Mitgliedschaft/Neu in der Kammer?" sowie „Junge Ärztinnen und Ärzte/Berufseinstieg".

Verschlankt und deutlich ‚entschlackt' wurde auch die Rubrik „Über uns", in der sich die Organe und Abteilungen der LÄKH präsentieren. Die bisherige Unterscheidung nach den Standorten Frankfurt und Bad Nauheim hat sich gut bewährt und wurde beibehalten.

Ausblick: Die Arbeit an einer Website ist nie ganz abgeschlossen. Über die Mediathek soll künftig auch der Podcast des Präsidenten abgerufen werden können.

Katja Möhrle,
Alla Soumm & Katja Kölsch

Neu: Newsletter der Landesärztekammer Hessen

Wir halten Sie auf dem Laufenden: Mit unserem neuen Newsletter erhalten Sie regelmäßig aktuelle Informationen und interessante Themen rund um die Kammer bequem in Ihr E-Mail-Postfach. Den Anmelde-Button finden Sie rechts auf der Startseite in einem Kasten auf www.laekh.de.

Das Hessische Ärzteblatt auch als App

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

Die LÄKH auf Facebook

Folgen Sie uns auf www.facebook.com/LAEKHessen

Die Seite ist öffentlich und kann auch ohne Facebook-Konto betrachtet werden. Freuen Sie sich auf Nachrichten und vieles mehr aus der LÄKH!

Folgen Sie uns auf Twitter

Die LÄK Hessen hat einen eigenen Kanal auf Twitter frei geschaltet. Damit können aktuelle Informationen unter http://twitter.com/LAEKHpresse verfolgt werden. Kurzmeldungen werden mit Verlinkung auf die Internetseite der LÄKH www.laekh.de versendet.

„Unser Ziel ist es, die Diagnostik zum Nachweis von SARS-CoV-2 weiter zu verbessern“

Interview mit Prof. Dr. med. Sandra Ciesek

Foto: Uniklinikum Frankfurt

Prof. Dr. med. Sandra Ciesek (Foto), Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, ist Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie am Universitätsklinikum Frankfurt sowie Professorin für Medizinische Virologie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität. Zu ihren Schwerpunkten gehören neue Therapieformen für Hepatitis C und in jüngerer Zeit die Suche nach Medikamenten gegen Covid-19.

Anlässlich ihres Besuchs bei Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski und der Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen am 29. Juli 2020 gab Prof. Dr. med. Sandra Ciesek, neue Direktorin der Virologie am Universitätsklinikum Frankfurt, dem Hessischen Ärzteblatt ein Interview.

In den ersten Wochen und Monaten der Corona-Pandemie konnte man fast den Eindruck gewinnen, das Land würde von Virologen regiert, deren Erkenntnisse die Maßnahmen der Politik bestimmten. Wie haben Sie dies empfunden; bestand der Eindruck zu Recht?

Prof. Sandra Ciesek: Ich glaube nicht, dass dieser Eindruck berechtigt war. Politiker sollten sich natürlich fachlich beraten lassen; sie haben ja nicht alle Medizin oder Biologie studiert. Um die Situation inhaltlich einschätzen zu können, brauchen sie die Expertise von Fachleuten, unter anderem von Virologen. Aber die Politik muss bei ihren Entscheidungen nicht allein eine wissenschaftlich-medizinische Denkweise, sondern viele Bereiche des Lebens berücksichtigen. So sieht man etwa bei der Frage nach Schulöffnungen oder -schließungen, dass hier auch pädagogische und wirtschaftliche Aspekte eine große Rolle spielen, die alle gegeneinander abgewogen werden müssen. Das ist die Aufgabe der Politik – und die Virologie ist nur ein kleiner Baustein, der interdisziplinär beratend tätig sein kann. Im Endeffekt entscheidet die Politik.

Rund um den Globus laufen Forschungen zum SARS-CoV-2-Virus auf Hochtouren. Kürzlich verkündete die WHO, sie rechne mit einem Impfstoff gegen das Coronavirus in elf bis 17 Monaten. Andere stellen einen Impfstoff bereits für Anfang des nächsten Jahres in Aussicht. Ist die Hoffnung auf einen baldigen Durchbruch beim Impfstoff berechtigt?

Ciesek: Es gibt mehrere Studien zu Impfstoffen, die zeigen, dass diese zur Bildung von Antikörpern und zum Teil zu T-Zell-Antworten führen. Allerdings muss in den nächsten Studien noch bewiesen werden, dass sie eine Infektion beim Menschen wirklich verhindern können. Diese Information fehlt noch, doch man muss hoffen, dass es nächstes Jahr einen Impfstoff gibt. Dafür wurden alle Kräfte gebündelt, die mit Hochdruck daran arbeiten. Die ersten Daten sehen vielversprechend aus, aber wie effektiv dieser Impfstoff dann vor einer Infektion schützt, weiß man noch nicht, und auch nicht, wie lange der Schutz hält.

Ihr Institut, das Institut für Medizinische Virologie, ist für die breite virologische Diagnostik am Frankfurter Uniklinikum zuständig. Hat sich dies durch Corona verändert?

Ciesek: Richtig, wir bieten als Universitätsklinik und Virologie eine breite virologische Diagnostik an. Mit dem Auftreten von Corona und immer mehr Covid-19-Fällen haben wir uns primär an der SARS-CoV-2-Diagnostik beteiligt. Da in den ersten Wochen der Pandemie weniger Patienten in den Regelbetrieb kamen, war die Standarddiagnostik etwas reduziert. Inzwischen ist es zwar immer noch so, dass wir sehr viele Proben auf SARS-CoV-2 bekommen – alle Neuaufnahmen werden ja gescreent. Aber jetzt werden auch wieder elektive Operationen durchgeführt und ambulante Versorgung sowie ambulante Vorstellungen nehmen zu, so dass die Routine-Diagnostik wieder angewachsen ist. Dadurch haben wir mehr als doppelt so viele Proben wie noch vor einem Jahr. Das ist eine große Aufgabe und natürlich auch eine große Belastung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Sie haben Pilotprojekte zu SARS-CoV-2 Testungen (SAFE KiDS Studie, in Altenheimen etc) auf den Weg gebracht. Unter anderem hat eine von Ihnen in Zusammenarbeit mit dem Blutspendedienst entwickelte Testmethode für Beachtung gesorgt. Was können Sie über die Projekte berichten, welche Neuerungen sind damit verbunden?

Ciesek: Unser Ziel ist es, die Diagnostik zum Nachweis von SARS-CoV-2 kontinuierlich weiter zu verbessern. Mit dem Blutspendedienst haben wir ein System entwickelt, mit dem wir mehrere Abstrichproben gleichzeitig testen können, ohne dass der Test weniger sensitiv wird. Auf diese Weise ist es möglich, die Testkapazität zu vervielfachen. Am Institut selbst haben wir eine neue PCR-Methode eingeführt,

um Erbsubstanz (DNA) in vitro zu vervielfältigen. Außerdem haben wir zwei Studien publiziert, in denen wir verschiedene Antikörpertests miteinander verglichen haben, um deren Stellenwert bei der Erkrankung besser einordnen zu können.
Zusammen mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration führen wir die SAFE KiDS Studie in hessischen Kindergarten durch. Dafür haben wir ein neues Verfahren entwickelt, bei dem Eltern ihre Kinder zu Hause selbst testen können. Ein ähnliches System soll auch in der Studie in Seniorenheimen erprobt werden. Wir sammeln bei den Studien epidemiologische Daten und wollen feststellen, ob die Testungen zuverlässig funktionieren. Dies würde es Laien künftig ermöglichen, alternativ selbst einen Corona-Test durchzuführen, ohne einen Facharzt aufsuchen zu müssen. So könnte das Prozedere der Testungen insgesamt vereinfacht werden.

Die Suche nach einem wirksamen Impfstoff läuft auf Hochtouren. Doch wie sieht es mit der Entwicklung effektiver antiviraler Medikamente aus? Sie selber suchen unter anderem nach wirksamen Substanzen gegen Covid-19.
Ciesek: Es gibt relativ viele antivirale Substanzen, die erfolgversprechend erscheinen. Wir testen vor allem sogenannte Repurposing Drugs, also bereits zugelassene Arzneimittel für neue therapeutische Zwecke oder Medikamente, die bereits in der klinischen Entwicklung sind. So wie das ursprünglich zur Bekämpfung von Ebola entwickelte Remdesivir. Diese Medikamente werden auf ihre antivirale Aktivität geprüft, und es gibt zumindest in Zellkulturen verschiedenste Kandidaten, wie das gerade erwähnte Remdesivir, die wirksam sind. Dann muss man in klinischen Studien untersuchen, ob diese Medikamente auch im Patienten wirksam sind. Das geht schneller, als wenn Sie ein Medikament neu entwickeln. Bei bereits zugelassenen Medikamenten gibt es außerdem die Möglichkeit, einen individuellen Heilversuch zu machen. Dagegen sind große klinische Studien für einzelne Universitäten kaum zu realisieren. Man braucht dann ein Pharmaunternehmen, das diese durchführt.

Wie ist der Entwicklungsstand, gibt es Ansätze für eine Therapie?
Ciesek: Wie bereits gesagt, gibt es verschiedenste Medikamente, die derzeit in Testung sind und bei denen man den Mechanismus in Zellkultur untersucht, um zu verstehen, an welchem Punkt der Zellreplikation sie das Virus blocken. Wenn man das verstanden hat, ist es auf diesem Wissen aufbauend oft auch möglich, einen Wirtsfaktor zu finden, der essenziell ist für die Replikation: Einen Wirtsfaktor, den das Virus unbedingt braucht, um sich zu vermehren, und den man dann versucht, gezielt zu blocken. Dafür gibt es schon mehrere Beispiele, auch von anderen Viruserkrankungen. Außerdem sind wir dabei, Medikamente zu entwickeln, die speziell auf Enzyme des Virus designt werden: Apoptose-Inhibitoren etc. Zum Teil führen wir Screens durch und versuchen zum anderen Teil, spezifische Substanzen auf ihren Wirkmechanismus hin genauer zu charakterisieren. In diesen Tagen kommt übrigens ein Paper in „Nature“ heraus, an dem wir mitgewirkt haben: Wir haben ein Enzym von SARS-CoV-2 genauer untersucht und Inhibitoren getestet und gefunden.

Ist ein Medikament wie Remdesivir nach dem Durchlaufen aller Phasen der Zulassung für den Einsatz bei schwer erkrankten Patienten gedacht?
Ciesek: Nein, im Gegenteil. Man vermutet ja, dass es zwei verschiedene Phasen der Covid-19-Erkrankung gibt: Zuerst spielen die Virusreplikation und der Virusinfekt eine Rolle, dann folgt eine überschießende Reaktion des Immunsystems. Die Annahme ist: Je früher das antivirale Medikament eingesetzt wird, desto eher lässt sich die überschießende Reaktion verhindern. Wenn man dagegen bereits überschießende Reaktionen bei Patienten auf Intensivstationen hat, spielen vermutlich eher Immunmodulatoren, wie zum Beispiel Steroide, eine Rolle. Wahrscheinlich wird man daher für eine effektive Therapie eine Kombination aus verschiedenen Medikamenten benötigen, die antiviral wirken oder auch das Immunsystem modulieren.

Was macht SARS-CoV-2 aus Ihrer Sicht zu einem besonderen Virus?
Ciesek: Was an SARS-CoV-2 besonders ist, sind mehrere Faktoren, die allerdings auch auf andere Viren zutreffen können: Es gibt noch keine Immunität, und das Virus kann jeden treffen. Außerdem gibt es verschiedene Verläufe: Eine große Anzahl von Menschen hat keine Symptome, eine ebenfalls große Anzahl von Menschen weist zunächst nur milde Symptome auf, hat aber möglicherweise Folgeschäden. Und schließlich gibt es leider auch eine kleine Gruppe von Menschen, die schwer erkranken. Da niemand sicher weiß, zu welcher Gruppe er gehört, löst das große Ängste aus.

Bis vor einigen Wochen war die Zahl der Neuinfektionen in Deutschland noch so überschaubar, dass zahlreiche Lockerungen vorgenommen wurden. In der Folge sind viele Menschen unbekümmerter geworden, wie Partyszenen auf großen Plätzen oder überfüllte Strände zeigen. Wie schätzen Sie die Gefahr ein, die von wachsender Sorglosigkeit und von Urlaubsrückkehrern ausgeht?
Ciesek: Man sieht schon, dass die Urlaubsrückkehrer eine nicht zu vernachlässigende Zahl der Infektionen ausmachen. Das ist das eine. Das andere ist nicht so sehr die Reise an sich, sondern die Gefahr, das antrainierte Verhalten – Abstand halten, Hygienemaßnahmen und Maskentragen – zu vernachlässigen. Mit anderen Worten, der Versuch, Urlaub von der Pandemie zu machen. Das ist im In- und im Ausland zu beobachten, wie Bilder unter anderem aus Frankfurt zeigen. Ich selbst war erschrocken, zu sehen, dass beispielsweise in Holland viele Menschen wieder unbekümmert ohne Maske herumgelaufen sind. Und natürlich ist das Risiko, dass man auf jemanden trifft, der infiziert ist, in Ländern mit höheren Fallzahlen größer als in Ländern mit niedrigen Fallzahlen.

Finden Sie es sinnvoll, Reisende nach der Rückkehr aus dem Urlaub, vor allem aus sogenannten Risikogebieten zu testen?
Ciesek: Jedes Testergebnis ist nur eine Momentaufnahme. Wer sich sofort nach der Rückkehr aus einem Risikogebiet testen lässt, kann zu einem frühen Zeitpunkt der Infektion dennoch ein negatives Testergebnis haben. Wichtig ist daher, dass nach einer Woche ein weiterer Test zur Kontrolle durchgeführt wird.

Lange Zeit herrschte Unsicherheit über die Relevanz von Aerosolen für die Anste-

ckung mit dem Corona-Virus. Im Juli wurde die Möglichkeit der Luftübertragung von SARS-CoV-2 zum großen Thema in der öffentlichen Diskussion.
Ciesek: Ich glaube, Aerosole spielen eine große Rolle, aber sie sind nicht der einzige Infektionsweg. Bei Superspreader-Events – Chorproben, Gottesdiensten etc. – waren sie sicherlich verantwortlich, aber ich kann mich auch anstecken, wenn ich jemandem die Hand gebe, der infektiös ist und sich vorher in die Hand gehustet hat. Wichtig sind daher nach wie vor: Abstand halten, Hygiene und Maske tragen.

Noch haben wir Sommer und halten uns viel im Freien auf. Doch Herbst und Winter stehen vor der Tür. Steigt damit auch aus Ihrer Sicht die Gefahr einer weiteren Ausbreitung des Virus?
Ciesek: Es ist auf jeden Fall ein Risiko. Ich glaube, dass die Verbreitung des Virus unter anderem auch von der Jahreszeit abhängig ist. Wenn wir uns wieder vorrangig drinnen aufhalten und uns ohne Masken, Abstand und geeignete Belüftungssysteme mit einer größeren Zahl anderer Menschen in geschlossenen Räumen aufhalten, kann es auch wieder vermehrt zu Infektionen kommen.
Das Argument, in warmen Ländern, wie etwa Kalifornien, seien die Infektionszahlen ebenfalls hoch, so dass die Ansteckungsrate offenbar nichts mit den Temperaturen zu tun habe, überzeugt mich nicht. Denn gerade in den USA halten sich viele Menschen trotz hoher Außentemperaturen in klimatisierten Innenräumen bei etwa 15 Gad auf. Unter anderem mit Blick auf den Schlachtbetrieb Tönnies, aber auch auf die Ansteckungszahlen auf Kreuzfahrtschiffen wird diskutiert, welche Rolle Klimaanlagen bei der Verbreitung des Virus haben.
Ich denke, dass die Technik durch geeignete Belüftungssysteme in geschlossenen Räumen dazu beitragen kann, dass Ansteckungen vermieden werden. Wichtig ist, dass größere Sitzungen und Versammlungen in entsprechend großen Räumlichkeiten stattfinden, die es möglich machen, dass Abstände eingehalten werden können. Außerdem sollten auf jeden Fall Masken getragen werden. Und es ist wichtig, dass Leute mit Erkältungssymptomen zu Hause bleiben und sich testen lassen.

Wie sieht die künftige „Normalität" aus? Werden wir mit dem Virus leben müssen?
Ciesek: Es ist durchaus möglich, dass wir auf längere Sicht mit Corona leben müssen. Insgesamt wird sich unser Leben meiner Ansicht nach ändern. So werden wir beispielsweise auf kürzere Dienstreisen verzichten, weil wir gelernt haben, dass es auch anders, schneller und wirtschaftlicher mit Videokonferenzen geht. Einige Verhaltensmuster werden bleiben, andere wird man vielleicht wieder vergessen. Es kommt entscheidend darauf an, wie effektiv der Impfstoff sein wird, und wie viele Menschen sich impfen lassen werden.

Interview: Katja Möhrle

Folgende Arztausweise sind verloren und ungültig:

Arztausweis-Nr. 60046927 ausgestellt am 31.01.2017 für PD Dr. med. Sven Ackermann, Eppertshausen
Arztausweis-Nr. 60065554 ausgestellt am 20.05.2020 für Christof Bartsch, Frankfurt
Arztausweis-Nr. 60056788 ausgestellt am 04.12.2018 für Dr. med. Waltraud Bernard, Frankfurt
Arztausweis-Nr. 60059739 ausgestellt am 18.06.2019 für Prof. Dr. med. Stefanie Bussen, Viernheim
Arztausweis-Nr. 60042938 ausgestellt am 29.04.2016 für Simon Gampert, Hünfeld
Arztausweis-Nr. 60061251 ausgestellt am 23.09.2019 für Dr.-medic/Univ. Bukarest Beatrice Goldenthal, Offenbach
Arztausweis-Nr. 60055244 ausgestellt am 13.08.2018 für Prof. (Univ. Riga) Dr. med. habil. Georg Kneissl, Langen
Arztausweis-Nr. 60046900 ausgestellt am 30.01.2017 für Angelika Knöß, Hofheim
Arztausweis-Nr. 60051632 ausgestellt am 05.01.2018 für Reinhold Kolb-Maaßen, Kassel
Arztausweis-Nr. 60023287 ausgestellt am 19.12.2011 für Maximilian Kovács, Frankfurt
Arztausweis-Nr. 60050458 ausgestellt am 09.10.2017 für Dr. med. Rosemarie Link, Marburg
Arztausweis-Nr. 60048046 ausgestellt am 12.04.2017 für Michaela Möginger, Gießen
Arztausweis-Nr. 60053736 ausgestellt am 17.04.2018 für Ivana Pavlovic, Frankfurt
Arztausweis-Nr. 6004249 ausgestellt am 29.03.2016 für Dr. med. Johannes Renczes, Bad Nauheim
Arztausweis-Nr. 60057535 ausgestellt am 23.01.2019 für Dr. med. Mario Scheib, Sotogrande
Arztausweis-Nr. 60048855 ausgestellt am 13.06.2017 für Dirk Schmieder, Fernwald
Arztausweis-Nr. 60065076 ausgestellt am 14.04.2020 für Stefanie Schmölcke, Bruchköbel
Arztausweis-Nr. 60040486 ausgestellt am 02.11.2015 für Georg Töpfer, Groß-Umstadt
Arztausweis-Nr. 60047542 ausgestellt am 06.03.2017 für Nadia Toumi, Fulda
Arztausweis-Nr. 60046341 ausgestellt am 02.01.2017 für Dr. med. Jürgen Truß, Kassel
Arztausweis-Nr. 60051816 ausgestellt am 15.01.2018 für Vladimir Veselinov, Niestetal
Arztausweis-Nr. 60038962 ausgestellt am 30.06.2015 für Kim Wagner, Wiesbaden
Arztausweis-Nr. 60061657 ausgestellt am 14.10.2019 für Dr. med. Marlene Walter, Frankfurt
Arztausweis-Nr. 60060543 ausgestellt am 12.08.2019 für Dr. med. Udo Wortelboer, Weilrod
Arztausweis-Nr. 60058821 ausgestellt am 10.04.2019 für Dr. med. Saskia Wunderlich, Groß-Gerau
Arztausweis-Nr. 60047360 ausgestellt am 23.02.2017 für Ltd. Med. Dir. Dr. med. Gerd Zimmermann, Heppenheim

„Urlaub ist wichtiger als Gesundheit“

Hausarzt Armin Haßdenteufel spricht über seine Covid-19-Erkrankung und warnt vor zu schnellen Lockerungen

Kurz nach der Wiederaufnahme seiner Tätigkeit im Eingangsbereich seiner Praxis für ganzheitliche Naturmedizin in Riedstadt-Wolfskehlen: Dr. med. Armin Haßdenteufel.

Das Interview ist zuerst am 20. Juni 2020 im Groß-Gerauer Echo erschienen. Der Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der VRM GmbH & Co. KG.

Armin Haßdenteufel, Facharzt für Allgemein- und Sportmedizin sowie Naturheilverfahren mit eigener Praxis in Wolfskehlen (Kreis Groß-Gerau), ist Anfang April selbst an Covid-19 erkrankt. Dreieinhalb Wochen lag er in der Klinik und musste teilweise beatmet werden. Seit Anfang Juni kann er wieder arbeiten; kämpft aber mit Nachwirkungen. Im Interview spricht er über die Erkrankung und den Mangel an Schutzausrüstung, der dieser voranging. Für Menschen, die von einer „kleinen Grippe“ sprechen, hat er kein Verständnis.

Herr Haßdenteufel, wie geht es Ihnen jetzt?

Ich bin einigermaßen leistungsfähig. Die Haupteinschränkung ist noch die Luft. Es ist zwar besser geworden in den vergangen vier Wochen [Anm. d. Redaktion: Stand 20. Juni 2020], aber die Lungenfunktion ist doch noch deutlich eingeschränkt. Ansonsten merke ich schon, wenn ich vier, fünf Stunden gearbeitet habe, dass ich sehr erschöpft bin.

Was war das Hauptleiden?

Ich hatte, bis auf Übergewicht, vorher keine Risikofaktoren und nahm keine Medikamente ein. Das Problem bei einer Erkrankung mit Covid-19 sind ja viele verschiedene Symptome. Ich hatte Herz-Rhythmus-Störungen. Die sind besser, aber noch nicht weg. Ich hatte Nervenstörungen, die sind Gott sei Dank weitgehend verschwunden. Die Nierenstörungen sind weitgehend weg. Gerinnungsprobleme hatte ich und eine Thrombose eine Woche nach der Krankenhausentlassung.

Das heißt, es hat sie voll erwischt – mit allen Symptomen und klinischem Aufenthalt?

Ja, ich war dreieinhalb Wochen in Langen im Krankenhaus, davon zweieinhalb Wochen auf der Intensivstation. Ich musste nicht intubiert werden, sondern hatte eine Maskenbeatmung. Hauptproblem dabei ist, dass man nichts zum Beruhigen bekommt. Man ist stetig wach und muss schon ein bisschen gegen das Gerät atmen. Am Anfang war das 24 Stunden am Tag. Das war schon heftig.

Wie begann das Ganze?

Es fing in der Woche vor den Osterferien an, dass ich mich ein bisschen müde und schlapp gefühlt habe. Ich hatte ein bisschen Kopfweh, ein bisschen Grammeln im Bauch. Ich dachte, das ist wieder so ein Magen-Darm-Infekt. Doch nach dem Wochenende ging es mir zunehmend schlechter. Sodass ich am 9. April zum Testen nach Groß-Gerau gegangen bin. Wobei ich da immer noch nicht der Meinung war, dass ich Covid habe.
Ich hatte keinen Husten, keinen Schnupfen, keine klassischen Erkältungssymptome. Es fiel nur auf, dass ich von der Luft her zunehmend eingeschränkt war.
Das Testergebnis haben wir dann nicht mehr abgewartet. Meine Frau hat gesagt, Du siehst so schlecht aus, wir fahren jetzt nach Langen ins Krankenhaus. Ein Freund ist dort Chef der Radiologie.

Wissen Sie, wie Sie sich angesteckt haben?

Nein. Man hat viel Zeit auf der Intensivstation. Aber ich habe früh entschieden, dass mir das völlig egal ist. Zwei meiner Kinder waren auch erkrankt, mit sehr moderaten Symptomen. Wahrscheinlich ist vom Verlauf her schon, dass ich mich bei einem Patienten in der Praxis angesteckt habe. Aber ich verfolge das nicht. Es ist eher der Ärger über die Leute, die uns ohne Schutz an die Front geschickt haben.

Hatten Sie denn genügend Schutzausrüstung?

Nein. Wir hatten noch einen Restbestand an Masken. Wir hatten ein bisschen Desinfektionsmittel, weil ich vorher etwas bestellt hatte. Wir hatten keine Schutzkittel und keine Hauben. Handschuhe waren da, aber nicht so, dass man damit jeden ausreichend versorgen konnte. Wir haben schnell die Kunststoffabsperrung an der Anmeldung gemacht. Den Desinfektionsmittelspender am Wartezimmer hatte ich schon vorher wegen der Grippesaison bestellt. Ansonsten sind wir sehr allein gelassen worden.

Armin Haßdenteufel (54) stammt aus Biebesheim. Er ist verheiratet und hat sechs Kinder. Studium der Humanmedizin von 1986 bis 1992 an der Universität Frankfurt/Main. Danach war er Assistenzarzt an der Uniklinik Mainz und in Kirn (Rheinland-Pfalz). Seit 1. Juli 1998 hat er als Arzt für Allgemeinmedizin eine eigene Praxis in Riedstadt-Wolfskehlen, Kreis Groß-Gerau. Zahlreiche Zusatz- und Weiterbildungen schlossen sich an, unter anderem Neuro-Linguistisches Programmieren (NLP), Sportmedizin, Chirotherapie, Akupunktur, Naturheilkunde, Notfallmedizin, Kinder- und Sport-Osteopathie. (M. Menrath)

Von wem hatten Sie Unterstützung gewünscht?
Von der Kassenärztlichen Vereinigung, weil die für uns mitverantwortlich ist, und natürlich auch vom Land.

Erlebt man Covid als Arzt anders?
Man hat vielleicht mehr Angst. Weil ich ja weiß, was es heißt, beatmet zu werden und dann wieder entwöhnt werden zu müssen. Man setzt sich damit anders auseinander, weil man genau weiß, was auf einen zukommt.
Es gab ja damals auch keine spezifische Therapie, sondern nur die klassische intensiv-medizinische Behandlung, dass genügend Sauerstoff, Flüssigkeit und Nährstoffe da sind, die Niere funktioniert.

Mittlerweile gibt es viele Menschen, die die Einschränkungen wegen der Pandemie für überzogen halten, von einer „kleinen Grippe" sprechen und meinen, es sterben nur die Menschen, die wenig später eh gestorben wären.
Aus humanitärer Sicht ist es eine Unverschämtheit, das zu behaupten. Es ist bis heute nicht klar, wen es trifft. Und es trifft eine ganze Menge Menschen, die nicht zur Risikogruppe gehören. Natürlich sind ältere Menschen und Menschen mit Vorerkrankung häufiger betroffen. Die Folgen sind viel gravierender.
Nach einer normalen Lungenentzündung ist alles nach vier Wochen vorbei. Ich habe noch eine massive Vernarbung der Lunge, etwas Herz-Rhythmus-Störungen, weiter Luftnot, obwohl ich trainiere. Das hat ganz andere Dimensionen. Es gibt einfach Menschen, die alles leugnen wollen.

Waren die Beschränkungen am Anfang der Pandemie richtig?
Es war meiner Meinung nach das einzig Richtige, dass wir den Übertragungsweg, über die Luft, über Aerosole, soweit es geht, einschränken. Die Maßnahmen waren absolut richtig.
Wir können momentan sehen, wie schnell es wieder zu deutlichen Ausbrüchen kommt, wenn jemand das gravierend verletzt, wie zum Beispiel in Frankfurt in dieser Kirchengemeinde. Mir ist sogar die jetzige Zurücknahme der Maßnahmen in einigen Bereichen viel zu schnell. Die Menschen sollten verstehen, dass es weiter an ihnen liegt, sich zu schützen.
Ich denke, man sollte die Infektionszahlen genau im Blick behalten. Man sollte den Mut haben, sollte es sich in die falsche Richtung entwickeln, auch wieder Beschränkungen auszurufen. Es kann nicht sein, dass man dann aus Angst um Wählerstimmen oder wegen Unkenrufen, nichts tut. Der Wunsch nach Urlaub ist momentan wichtiger als die Gesundheit.

Interview: Marion Menrath

Fortbildungspflicht für Notärztinnen & Notärzte und Leitende Notärztinnen & Notärzte

Gemäß § 25 Abs. 5 Satz 2 der HRDG-Durchführungsverordnung müssen Notärztinnen und Notärzte jährlich zu den Themenbereichen der Notfallversorgung einschließlich Reanimationsmaßnahmen und -algorithmen fortgebildet werden. Diese Fortbildung muss mindestens 16 Stunden betragen. Angesichts der durch die Corona-Pandemie verursachten Kursausfälle hat die Landesärztekammer Hessen dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) empfohlen, die Fortbildungspflicht der Notärztinnen und Notärzte analog der des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals per Erlass auszusetzen.

Die Qualifikation „Leitender Notarzt" der Landesärztekammer ist auf drei Jahre befristet. In diesem Jahr konnten wegen der Pandemie bisher nur wenige Kurse angeboten werden, so dass etliche Urkunden bereits abgelaufen sind bzw. noch ablaufen werden. Für die September-Sitzung der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer ist geplant, eine rückwirkende Verlängerung der Urkunden zu beschließen, so dass für die Kolleginnen und Kollegen weiterhin Rechtssicherheit besteht. Die Veröffentlichung des Beschlusses ist für die Ausgabe 11/2020 des Hessischen Ärzteblattes vorgesehen.

Dr. med. Dipl. Chem. Paul Otto Nowak
Vorsitzender des Ausschusses Notfallversorgung und Katastrophenmedizin der LÄKH

Foto: Peter Beckmann

Strukturen und ethische Aspekte unseres Gesundheitssystems

Teil II der Serie „Ethik, Gesundheitsversorgung und Ökonomie“

Univ.-Prof. (Trier) Dr. med. habil. Andreas J. W. Goldschmidt

„Da ist was faul in unserem System“ – diese Redensart mag vielen mit Blick auf unser Gesundheitssystem durch den Kopf gehen. Ursprünglich ließ William Shakespeare Marcellus im ersten Aufzug der Tragödie „Hamlet“ sinngemäß sagen: „Something is rotten in the state of Denmark“ [1]. Aber dort scheint mittlerweile doch einiges besser zu laufen als bei uns. Und in der Tat besteht an vielen Stellen bei uns aktuell und immer wieder Verbesserungsbedarf.

Die Frage ist: Was können wir von anderen lernen? Auf der Suche nach einem idealen Gesundheitssystem können auf der ganzen Welt vorbildhafte Einzelaspekte entdeckt werden, die auch medizinethisch interessant sind. Einige davon sollen hier vorgestellt werden. Dabei ist es nützlich, zunächst unser eigenes „System“ zu strukturieren. Dessen Aufbau und Struktur sind nämlich äußerst komplex. Daher haben wir es gedanklich frei nach Hermann Hesses Glasperlenspiel vereinfacht [2]: „Jede Wissenschaft ist, unter andrem, ein Ordnen, ein Vereinfachen, ein Verdaulichmachen des Unverdaulichen für den Geist.“

Aufbau und Struktur der Gesundheitsversorgung in Deutschland

Als wesentliche drei Entscheidungsebenen für die Abdeckung durch ein Gesundheitssystem können zunächst die „Breite“ der gesicherten Bevölkerung (z. B. mehr als 70 % der Population), die „Tiefe“ der Gesundheitsdienstleistungen (Leistungsumfang) und die „Höhe“ aller Gesundheitsausgaben gelten [3]. Hier wird daher zunächst zur Darstellung von Aufbau und Struktur eine eigene Variante des sogenannten IAT-Zwiebelmodells [4] gemäß Abb. 1 verwendet.

Kernbereich Gesundheitsversorgung („Gesundheitswesen“)

Das Gesundheitswesen bzw. die „klassische“ Gesundheitsversorgung wird größtenteils durch gesetzliche Krankenversicherungen und zu einem kleineren Teil durch Steuerzuschüsse, private Krankenversicherungen und Eigenleistungen der Patientinnen und Patienten etc. getragen. Im Kern befinden sich – orientierend am Wohl der Patientinnen und Patienten –

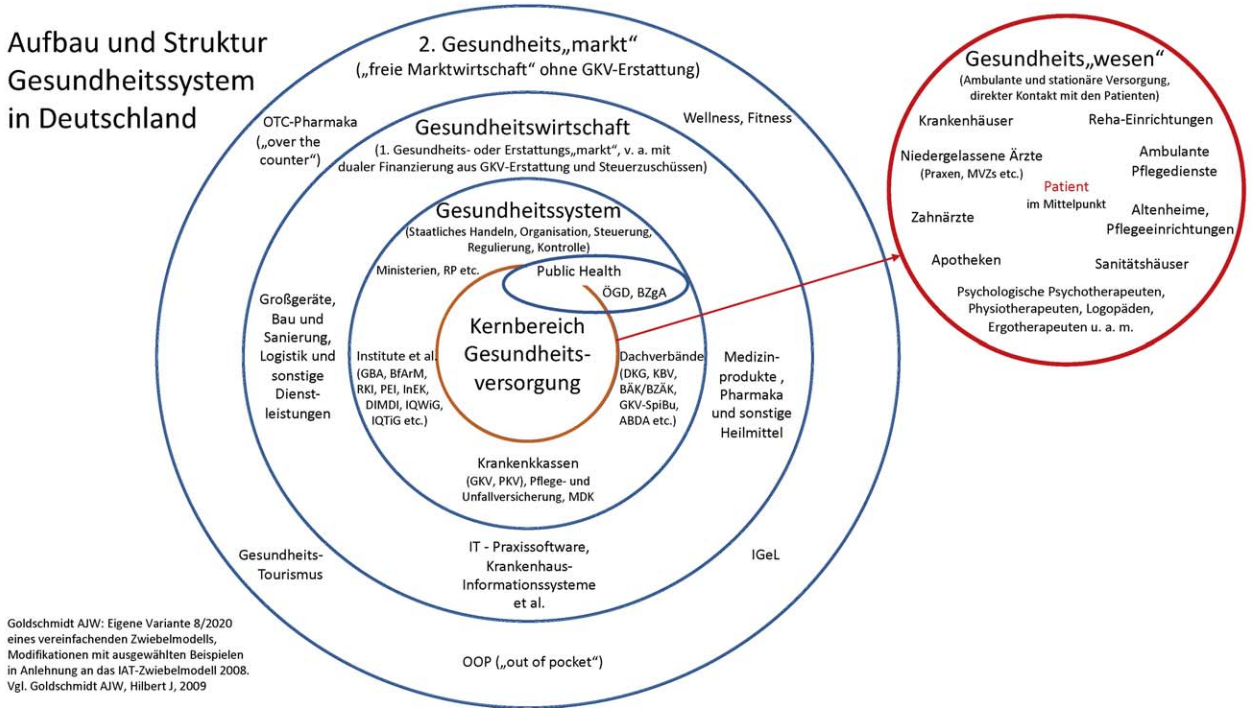


Abb. 1: Der Kernbereich „Gesundheitswesen“ für die Gesundheitsversorgung umgeben von Politik, Krankenkassen, Verwaltung, Dienstleistungen und den produzierenden und sonstigen Bereichen der Gesundheitswirtschaft. In Anlehnung an das IAT-Zwiebelmodell; vgl. Goldschmidt AJW, Hilbert J, 2009, [4].

zum einen die Leistungserbringer der direkten medizinisch-pflegerischen Versorgung, das heißt Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser, Reha, Seniorenzentren et al.) mit den darin tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften und niedergelassenen Vertragsärzten und sonstigen Heilberufen. Darüber hinaus gehören u. a. die Träger der jeweiligen Gesundheitseinrichtungen, die Apotheken, die freiberuflich tätigen psychologischen Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Masseure, Logopäden, Zahntechniker etc. zu diesem Kernbereich. Nicht zu vergessen sind natürlich die Patienten, um die sich dies alles gruppiert.

Steuerung, Kontrolle und Finanzierung – „Gesundheitssystem"

Darum herum gruppieren sich die Politik mit ihren Institutionen, die Krankenkassen et al., der Öffentliche Gesundheitsdienst, die Interessenvertreter aller Leistungserbringer, hier vor allem die Krankenhausgesellschaften, Kassenärztliche und -zahnärztliche Vereinigungen sowie Heilberufekammern, und nicht zuletzt die jeweiligen Fachgesellschaften und Berufsverbände. Das entscheidende Regulativ ist die Politik, die vor allem durch die gesetzlichen Krankenkassen über die notwendigen Hebel verfügt.

Gesundheitswirtschaft

Für die steigende wirtschaftliche Bedeutung gesundheitsbezogener Produkte sorgen nicht zuletzt die industriellen Marktteilnehmer um diese zentralen Bereiche herum. Dies sind in erster Linie die Pharma- und Medizinprodukte-Industrie, die Hersteller von Großgeräten, die Anbieter von medizinischer Informationstechnologie, die Dienstleister für Logistik und für sonstige Mehrwertleistungen. Dies ist der Bereich, dessen Produkte und Dienstleistungen durch die Sozialversicherungen erstattet oder vergütet und/oder durch Steuerzuschüsse finanziert bzw. gefördert werden.

Der „zweite Gesundheitsmarkt"

In dem äußeren Bereich wird häufig von einem sogenannten zweiten Gesundheitsmarkt gesprochen, der alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit bezeichnet. Das Angebotsspektrum reicht von probiotischem Joghurt bis zu selbst finanzierten Vorsorgeuntersuchungen und sonstigen IGeL-Leistungen, von frei verkäuflichen Arzneimitteln über die Mitgliedschaft im Fitnessstudio bis hin zu gesundheitsorientierten Urlaubsreisen.

Schwächen unseres Gesundheitssystems

Ein solch komplex aufgebautes System ist nur sehr schwer steuerbar und bietet an vielerlei Stellen fast zwangsläufig offene Flanken für dessen Missbrauch und das Setzen von Fehlanreizen. Von zunehmender Bedeutung ist konsekutiv auch in Deutschland der in den angloamerikanischen Ländern längst überdimensionierte Anteil des Rechtsbereichs im Gesundheitswesen.

Überbordende Regulierung und Kontrolle

Unser Gesundheitssystem hat also einen spezifischen Aufbau mit vielerlei Strukturen und einer sehr detailorientierten Steuerung und – vor allem – einer überbordenden Regulierung und Kontrolle. Diese Feinheiten treffen in abgewandelter Form auch auf jedes andere Gesundheitssystem zu, was es so schwierig macht, sie untereinander zu vergleichen und zu bewerten. Jedes untersuchte Gesundheitssystem hat Stärken und Schwächen.

Ruinöser Wettbewerb

Eines der herausragenden Merkmale im deutschen Gesundheitssystem ist das Ergebnis des seit etwa 20 Jahren gesetzlich gewollt intensivierten Wettbewerbs. Positiv betrachtet steckt dahinter die Vorstellung, dass dadurch die qualitativ beste Dienstleistung für die Patienten erbracht würde. Kritisch betrachtet geht es aber nicht primär um das Patientenwohl, sondern um möglichst große Marktanteile, Gewinnmaximierung und die Ausschaltung von Konkurrenten.
Viel stärker als der Rückgang der Krankenhäuser ist dabei die Anzahl an gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) geschrumpft: Von 1.815 im Jahre 1970 auf 109 in 2019 laut Angaben des GKV-Spitzenverbandes auf Statista (elf AOK, sechs Ersatzkassen, sechs Innungs-, 84 BKK und zwei sonstige).
Um einigermaßen gleiche Wettbewerbsbedingungen wegen unterschiedlicher Versichertenmerkmale wie Alter, Geschlecht, Morbidität, Gehalt und beitragsfrei Mitversicherte herzustellen, wurde der finanzielle Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Krankenkassen bereits 1994 eingeführt und seitdem mehrfach erweitert. Darüber schimpfen vor allem diejenigen, die mehr Transfergelder zahlen wie beispielsweise die TK, während andere sich eher darüber freuen, zum Beispiel die AOK. Weitere Reformen des RSA sowie die Vermeidung von Fehlanreizen sind erforderlich.

Gerechtigkeitslücken GKV versus PKV

Eine weitere Besonderheit im deutschen Gesundheitssystem ist die Möglichkeit einer vollen und nicht nur zusätzlichen Privaten Krankenversicherung (PKV) ab einer bestimmten Einkommensgrenze und grundsätzlich bzw. unabhängig von der Besoldungshöhe für alle Beamte. Mit etwa 8 % aller Versicherten ist deren Anteil zwar relativ klein, in Klinik und Praxis gelten sie aber als wichtig zur Quersubventionierung GKV bedingter, defizitärer Bereiche.
Das Gerechtigkeitsprinzip wurde seit den 1970er Jahren Gegenstand des medizinethischen Diskurses. Im Hintergrund standen Fragen der gerechten Zuteilung von neu entwickelten therapeutischen Möglichkeiten. Gerechtigkeit ist ein schwer zu definierender Begriff. Grob lässt sich zwischen Tauschgerechtigkeit und Verteilungsgerechtigkeit unterscheiden. In der Medizinethik spielt in erster Linie die Verteilungsgerechtigkeit eine Rolle.
Die entscheidende Gerechtigkeitslücke zwischen GKV und PKV entsteht dadurch, dass die GKV jeden Patienten, ob mit guten oder schlechten Risiken, in eine solidarische Versichertengemeinschaft aufnehmen muss und ihre Prämien nicht nach Gutdünken festlegen kann (Kontrahierungszwang).

Während die PKV eine aktive Risikoselektion bei relativ freier Vertrags- und Prämiengestaltung durchführen kann, also bis hin zur Ablehnung eines Vertragsabschlusses zum Beispiel für bestimmte Risikopatienten. Dadurch entsteht ein starkes Ungleichgewicht zwischen den beiden: Der gesetzlich gewollte Wettbewerb wird aus wirtschafts- und medizinethischer Sicht klar konterkariert, denn es geht nicht um die Gewinnung von Patienten per se als Versicherte, sondern nur um die möglichst Gesunden mit den höheren Einkommen oder diejenigen mit staatlicher Beihilfe.

Eine weitere Gerechtigkeitslücke entsteht konsekutiv aus Patientensicht: Ausgerechnet ein Teil der besser verdienenden oder verbeamteten Bevölkerung kann sich der Solidargemeinschaft entziehen; hinzu kommt deren in vielen Fällen mutmaßlich bevorzugte (kürzere Wartezeiten) und mutmaßlich oft bessere Behandlung unter Ausschöpfung neuester Innovationen und Medikamente, die GKV-Patienten nicht erstattet bekämen.

Erster Blick über den Tellerrand

Eines der wichtigsten Rankings in Europa bildet seit 2005 der „Euro Health Consumer Index (EHCI)". Der Score gewichtet und bewertet dabei 48 Indikatoren in 35 Ländern:

- Zugang zu Gesundheitsleistungen (Hausarztmodell, freie Arztwahl und anderes mehr),
- die Ergebnisqualität (Kindersterblichkeit, MRSA-Infektionen, Überleben nach Krebserkrankung und anderes),
- den Umfang und die Erreichbarkeit aller Gesundheitsdienstleistungen,
- Patientenrechte und -information (Aufklärung, Zweitmeinung, IT-Services, Zugang zur Patientenakte etc.)
- Präventionsmaßnahmen und deren Auswirkungen,
- Pharmakotherapie (Zugang zu neuester Krebsmedikation, Antibiotikaverbrauch etc.).

Reformen 2006 in Holland

Beim Gesamtindex katapultierten die niederländischen Gesundheitsreformen ab 2006 das Land innerhalb von zehn Jahren auf Platz 1 des EHCI in Europa (EHCI 2016 total scores) [5].

Diese Reformen veränderten das ursprünglich unserem sehr ähnliche Gesundheitssystem radikal an mehreren entscheidenden Stellen. Zum einen wurde in Holland das wie bei uns parallele GKV- und PKV-System radikal abgeschafft, nachdem auf seinem Höhepunkt im Jahr 2000 bereits 36,9 % aller Gesundheitsausgaben durch überwiegend voll privat Versicherte finanziert worden waren.

Im Ergebnis steht heute, also nach der Einführung einer allgemeinen GKV-Pflicht mit nur noch optionaler privater Zusatzversicherung, allen Leistungserbringern deutlich mehr Geld zur Verfügung – sowohl was das gesamte Budget als auch die Ausgaben pro Kopf betrifft.

Also das Gegenteil von dem, was wir in Diskussionen und „Talk-Shows" in Deutschland zur Abschreckung der Einführung einer „GKV-Pflicht für alle" immer wieder hören. Hier die Hintergründe dafür:

Seit den 2006 eingeleiteten Reformen sind dort alle Bürgerinnen und Bürger wie in den anderen beiden Benelux-Staaten in der GKV bzw. Zorgverzekeringswert (ZVW) pflichtversichert (mit einer einheitlichen Prämie, Arbeitgeberbeteiligung, gesetzlichem Basispaket und Risikostrukturausgleich) und können sich auf Wunsch nur noch „zusätzlich", aber nicht mehr voll privat versichern. Hinzu kommt, ähnlich wie bei uns die Pflegeversicherung, eine Versicherung für Langzeitpflege (= Wet Langdurige Zorg, WLZ).

Nach Angaben von Kronemann et al. für die WHO stieg der Anteil aller Gesundheitsausgaben in den Niederlanden – zeitgleich wie in fast allen OECD-Ländern – vor der Reform (2005) von 10,9 % innerhalb von acht Jahren auf 12,9 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP). Bis 2017 sank er wieder auf 10,1 % (Deutschland 11,3 %). Zunächst einmal kosteten die Reformen also sehr viel Geld, so wie dies aktuell auch in Dänemark zu beobachten ist. Bemerkenswert ist aber, dass der relative Anteil der zusätzlichen privaten Ausgaben an allen Versicherungsausgaben zwischen dem Jahr 2000 und 2013 gleichzeitig zunächst um ca. zwei Drittel auf nur noch 12,9 % sank.

Parallel sank das, was obendrein noch zusätzlich aus der eigenen Tasche als Eigenleistung gezahlt werden musste (OOP = „out of pocket") von 9 % auf 5,4 % [6].

Um Wartezeiten zu verringern und mehr als die GKV-Leistungen zu erhalten, versichert sich allerdings mittlerweile fast jeder in Holland (ca. 95 %), der sich das irgendwie leisten kann, zusätzlich privat und/oder über optionale GKV-Zusatzangebote. Die hinzubuchbaren Leistungen der privaten Zusatzversicherung sind ansonsten mit unseren vergleichbar [7].

Krankenhausschließungen nach Qualitätsevaluierungen in Holland

Holland hat ein Primärarztsystem, der Hausarzt fungiert als Lotse, es gibt Kopfpauschalen und Honorarärzte rechnen direkt mit den Krankenkassen ab, eine fachärztliche Behandlung gibt es fast nur im Krankenhaus, die Krankenhäuser haben zunehmend eine Trägerschaft als Stiftungen [7].

Das Gesundheitsministerium in Holland leitete die Reformen mit der Strategie ein: „Redesigning health care services: the future of ‚value-for-money' strategies:

1) Substitution of care: towards primary care, towards medicine, e-health etc.,
2) Optimizing medical quality: patient logistics, safety procedures, reducing complications and errors,
3) Reducing (variety in) preference and supply-sensitive care: shared decision-making and new ‚certificate of need' policies".

Dabei wurde die unter 2) genannte „Medizinische Qualität" in den folgenden Jahren zum entscheidenden Kriterium zur Schließung zahlreicher kleinerer Gesundheitseinrichtungen vor allem im ländlichen Bereich und für vielerlei Fusionen [8].

Ergebnis: Die große Mehrheit der Holländer erreicht ihren Hausarzt laut eigenen Angaben heute mit dem Auto innerhalb von sieben Minuten und innerhalb von 25 Minuten ein öffentliches Krankenhaus. Stand 2015 sind 122 Allgemeinmedizinische Zentren außerhalb der Bürozeiten geöffnet (Huisartsenpost, HAP) und 91 Krankenhäuser bieten 24/7-Notfalldienste. Mit dem Rettungswagen können 99 % der Bevölkerung innerhalb von 45 Minuten die Notfallambulanz erreichen

(https://www.volksgezondheidenzorg.info, [9]).

Fehlerhaft aus Australien übernommenes DRG-Vorbild

Nach jahrelanger Suche im internationalen Umfeld entschied sich Deutschland Anfang des Jahrtausends zur Übernahme der australischen „Diagnosis Related Groups“ (DRG) zur Abrechnung von Krankenhausleistungen mit der GKV. Dabei wurde jedoch nicht beachtet, dass die DRG in Australien nicht der Abrechnung einzelner Krankenhausfälle dienen, sondern primär ein Instrument zur Verteilung der Krankenhausbudgets darstellen [10, 11].

Mittlerweile wurde auch in Deutschland erkannt, dass die DRG-Vollfinanzierung kein geeignetes Instrument darstellt. Die fehlenden Investitionsmittel der Länder führten und führen dazu, dass Investitionen aus den dafür nicht vorgesehenen DRG-Erlösen erwirtschaftet werden (müssen), was nur allzu oft durch Personaleinsparung insbesondere in der Pflege erfolgte. Um dies zu stoppen, wurden die Pflegekosten jetzt aus den DRG herausgenommen und Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt. Verständlicherweise fordert nun auch der ärztliche Dienst entsprechende Personaluntergrenzen bzw. Mindestbesetzungen. Dieses Beispiel zeigt einmal mehr, wie komplex und eben auch anfällig für Fehlanreize ein derartiges System ist.

Ausblick: Medizin- und Wirtschaftsethik sind nicht dasselbe

Im dritten Teil dieser Reihe werden die Ursprünge, Vor- und Nachteile der beiden Gesundheitssysteme aus Deutschland (Bismarck) und England (Beveridge) einander gegenübergestellt und warum sich viele Länder der Erde an diesen bis heute orientieren.

Wie haben sich die vor allem für die Gesundheitsversorgung ethisch interessanten Gesundheitsindikatoren etabliert? Warum, wie und mit welcher Bewertung haben sich private Wettbewerbselemente und das Streben nach Gewinnmaximierung in die Gesundheitssysteme eingeschlichen? —

Univ.-Prof. (Trier) Dr. med. habil. Andreas J. W. Goldschmidt

Biografisches zum Autor: Sprecher Gesundheit & Soziales der gemeinnützigen FOM Hochschule für Ökonomie & Management Essen und Frankfurt/M. seit 2012, Gastwissenschaftler am IASU der Goethe-Universität seit 2018, Mitglied der Sozial-, Rechts- und Wirtschaftswissenschaften der Europäischen Akademie der Wissenschaften und Künste seit 2012, Aufsichtsrat des Klinikums Darmstadt (seit 2013) und der Universitätskliniken des Saarlandes (2016–2019). C4-Univ.-Professor für Gesundheitsmanagement sowie IHCI-Geschäftsführer der Universität Trier 2003–2017, davor Vorstand eines MDAX-Unternehmens und Univ.-Professor in Bonn 1998–2003.

Teil I siehe Ausgabe 02/2020, S. 90ff.
Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“, Ausgabe 09/2020.

Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt.

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com

Literatur zum Artikel:

Strukturen und ethische Aspekte unseres Gesundheitssystems

– Teil II der Serie „Ethik, Gesundheitsversorgung und Ökonomie“

von Univ.-Prof. (Trier) Dr. med. habil. Andreas J. W. Goldschmidt

[1] Dudenredaktion (Hrsg.): Duden, Redewendungen. Wörterbuch der deutschen Idiomatik. In: Der Duden in 12 Bänden. Band 11, Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich 2002: S. 210

[2] Hesse H: Das Glasperlenspiel. Zum Beispiel: Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1. Auflage 1972: S. 179 (Copyright 1943 by Fretz & Wasmuth, Zürich. Renewal Copyright 1971 Heiner Hesse, Küsnacht, Suhrkamp Taschenbuch Verlag. ISBN 3518365797)

[3] Busse R, Schreyögg J, Gericke C: The Three Dimensions of Coverage Decisions. Abbildung in: Analysing changes in health financing arrangements in high-income countries: A comprehensive framework approach. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington DC World Bank, 2007: S. 1 – URL: https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13711/399130Analyzing0Changes01PUBLIC1.pdf?sequence=1&isAllowed=y– Abruf: 31.7.2020, 14:31 Uhr

[4] Goldschmidt A, Hilbert J.: Von der Last zur Chance – Der Paradigmenwechsel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft. In: Goldschmidt A. und Hilbert J (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland: die Zukunftsbranche; Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft und Management, Wikom (Thieme), Wegscheid 2009: S. 20–40 (ISBN 9783981264609)

[5] Björnberg A: Euro Health Consumer Index 2016. Report. Health Consumer Powerhouse, Marseille (Frankreich), 2016: S. 28, (ISBN 978919806875)

[6] Kroneman M, Boerma W, Berg van den M, Groenewegen P, Jong de J, Ginneken van E: Netherlands. Health system review. European Observatory on Health Systems and Policies, hosted by WHO 2016.

[7] Henningen D, Fejzovic A, Dinges V, Klotz A, Stiller A: Gesundheitssystem des Königsreichs der Niederlande. Vortrag, Hochschule Rhein-Main, Wiesbaden 15.5.2028

[8] Hurts H: The Dutch efforts towards sustainable healthcare through effective competition. Presentation. The Director Hugo Hurts of Pharmaceutical Affairs and Medical Technology, Ministry of Health, Welfare and Sport. The Netherlands, Amsterdam, 14. Nov. 2012

[9] Netherlands – Health system review. In: Health System in Translation. Vol. 18 Nr. 2016

[10] Günster C: AR-DRGs. Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs). WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK Berlin, 07.08.2000 (geringfügige Aktualisierung 01.02.2001) – URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationsdatenbank/wido_kra_hs_ar-drgs_0800.pdf, Abruf: 2.8.2020, 13:03 Uhr

[11] Müller M: Die Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs). URL: http://www.thorsten-karin-mueller.de/Lektuere/AR-DRG.htm, Abruf: 2.8.2020, 12:58 Uhr

Krankenhausschließungen – eine deutsche Diskussion inmitten der Pandemie

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Ernst Hanisch, Dr. med. Thomas F. Weigel, Prof. Dr. rer. nat. Rüdiger Brause, Prof. Dr. med. Hans-Bernd Hopf, Dr. med. Alexander Buia, Prof. Dr. phil. Dieter Zapf, PD Dr. med. Dr. med. habil. Thomas Schmandra

Das Mantra der Klinikschließungen wird in einem vielstimmigen Chor vorgetragen. So forderte die Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung plakativ: „Schließt endlich Kliniken!" [1] Aktuell wird diese Diskussion unter dem Aspekt der Corona-Krise weiter befeuert [2, 3] und an Hand von selektiven OECD-Krankenhausverweildauerdaten konstatiert: Was in der Klinik wirklich schiefläuft [4].

Bereits 2016 stellte die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina in ihren 8 Thesen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesen zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft fest, dass, hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, bei uns nur noch 330 Krankenhäuser notwendig wären [5].

Eine ähnliche These vertritt die Bertelsmann Stiftung/IGES: Basierend auf der Simulation einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen (NRW). Dabei kommen die Autoren zum Schluss, dass unter den Gesichtspunkten Erreichbarkeit und Qualität mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser in dieser Versorgungsregion geschlossen werden könnten [6].

Neben der Verbesserung der Qualität wird auch die Behebung des Pflegenotstandes als ein mögliches Argument für Krankenhausschließungen benutzt [7]. Auf den ersten Blick wäre man geneigt, den Forderungen zuzustimmen. Insbesondere der Hinweis, dass durch Klinikschließungen der Pflegnotstand behoben werden kann, erweckt Hoffnungen. Daher ist es lohnenswert, sich die Argumentation etwas genauer anzusehen.

Das Bertelsmann/IGES- Gutachten argumentiert im Wesentlichen mit Voraussetzungen und daraus abgeleiteten Projektionen. Als Voraussetzung wird angenommen, dass die Gegebenheiten in anderen europäischen Ländern ohne weiteres auch für das hiesige Gesundheitssystem gelten. Bei der Projektion werden die Verhältnisse in NRW in einem induktiven Verfahren auf Gesamt-Deutschland übertragen. Daher stellt sich folgende Frage: Sind die Voraussetzungen und die Projektionen – die man deutlich voneinander unterscheiden sollte – richtig? Denn sollten die Voraussetzungen nicht richtig sein, ist es schwer, die Projektionen, geschweige denn die Konklusion – unter den Gesichtspunkten Erreichbarkeit und Qualität können zwei Drittel der Krankenhäuser geschlossen werden – mit der von anderen [7] vorgetragenen Schlussfolgerung, dass dies den Pflegenotstand behebt, zu akzeptieren.

Voraussetzungen und Ergebnisse des Bertelsmann/IGES-Gutachten

Als Voraussetzungen werden angenommen:

- Es gibt ein großes Potenzial für die ambulante Behandlung von stationären Krankenhausfällen, hergeleitet aus dem Vergleich mit anderen EU-Staaten und einem Delphi-Verfahren, in dem Ärzten ICD-Codes vorgelegt wurden mit der Vorgabe zu entscheiden, ob eine ambulante Behandlung möglich ist.
- Die Projektion geht bis 2030, da kurzfristig der ambulante Sektor nicht in der Lage ist, die zusätzlichen ambulanten Fälle (das Gutachten geht von einem nach eigenen Angaben eher moderaten Ansatz von 11 % aus) zu bewältigen.
- Die aktuelle mittlere Verweildauer wird in der Projektion bis 2030 beibehalten.
- Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten können geschlossen werden.

Für die Ergebnisse werden für den Großraum Köln zwei Strukturmodelle aufgestellt:

1. Gesichtspunkt Erreichbarkeit: Für eine 30- bzw. 60-minütige Erreichbarkeit können von den bestehenden 45 Standorten bis auf 14 alle anderen geschlossen werden (= Reduktion der Krankenhäuser um 69 %).
2. Gesichtspunkt Qualität: Bei nicht ausreichender fachärztlicher Versorgung (7 Tage/24 Stunden; überprüft nach den gesetzlich vorgeschriebenen und veröffentlichten Qualitätsberichten der Krankenhäuser) werden von den bestehenden 45 Standorten bis auf 12 alle geschlossen werden (= Reduktion der Krankenhäuser um 73,4 %).

Die Autoren sind der Meinung, dass dann diese Ergebnisse, die bezogen auf ein gemischt städtisch-ländliches Gebiet im Großraum Köln ermittelt wurden, auf ganz Deutschland extrapoliert werden können. Wie müssen wir diese Modelle beurteilen?

Statistik

Wir haben den Ergebnisteil der o. a. Studie, nämlich Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten zu schließen, unter dem Gesichtspunkt „Behebung des Pflegenotstandes" mit den Daten des Statistischen Bundesamtes 2017 [8] abgeglichen und folgende Ergebnisse ermittelt:

- Anzahl der Krankenhäuser insgesamt in Deutschland: n = 1.942 (Stand 2017)
- Mittlere Verweildauer 7,3 Tage
- Durchschnittliche Bettenauslastung 77,8 %
- Anzahl der Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten n = 1.040
- Stationäre Patienten n = 2.992.877 in Krankenhäusern mit weniger als 200 Betten, die von den verbleibenden 902 Krankenhäusern aufgenommen werden müssen.
- Stationäre Patienten n = 16.448.400 in den 902 Krankenhäusern mit > 200 Betten. Nach Schließung der Krankenhäuser < 200 Betten ergeben sich in den verbleibenden 902 Krankenhäusern n = 19.441.277 Patienten.

Nach der IGES-Studie könnten davon 11 % ambulant behandelt werden, also n = 2.138.540. Nach Abzug dieser ambulant zu behandelnden Patienten verbleiben damit n = 17.302.737 stationäre Patienten in den verbleibenden 902 Krankenhäusern.

Pflegenotstand

Es gibt n = 52.266 Vollkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten, die dann gemäß der Projektion der IGES-Studie nach Schließung den verbleibenden Krankenhäusern zur Verfügung stehen sollen. Diese Projektion ist unrealistisch.

Die Prognosen zu den pflegerischen Berufen bis 2030 gehen, je nach Szenario, von einer Versorgungslücke von 100.000 bis 500.000 unbesetzten Stellen aus [9, 10]. Nach einer im Jahr 2018 durchgeführten Umfrage von Verdi fehlten zu diesem Zeitpunkt bereits 80.000 Pflegekräfte in den Krankenhäusern [11]. Die Bandbreite der Schätzungen muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass lediglich empirisch gesicherte, aber eben nicht validierte Methoden zur Personalbemessung in deutschen Krankenhäusern vorhanden sind [12].

Ungeachtet der publizierten Schätzungen des Bedarfs an Pflegekräften ergibt unser einfacher Abgleich der IGES-Ergebnisse mit den Daten des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2017, dass durch Schließung von Krankenhäusern mit weniger als 200 Betten in einem Zeitraum von zehn Jahren der Pflegenotstand allein von der Zahl der Pflegekräfte nicht behoben werden kann. Im Gegensatz zu Karagiannidis et al. [7] sind wir auch der Meinung, dass mehr Personal zur Reduzierung der Arbeitsbelastung in „systemrelevanten" Krankenhäusern – und hier im „High end"-Bereich Intensivmedizin – definitiv nicht aus den zukünftig zu schließenden „systemirrelevanten" Krankenhäusern zu rekrutieren sein wird. Im Gegenteil, die Abwanderungstendenz von Pflegepersonal geht nachweislich seit Jahren weg von den „systemrelevanten" Maximalversorgern und Universitätskliniken! Erschwerend kommt hinzu, dass Erfahrungen aus dem Wirtschaftsleben belegen, dass alle Firmen Schwierigkeiten haben, Personal an andere Standorte zu versetzen.

Fakt ist: Hauptursache für den Pflegenotstand sind die schlechten Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern. So sehen Krankenhausärzte fachübergreifend die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz zu 42 % gewährleistet, Chirurgen lediglich zu 35 %. Bei den Pflegekräften in Krankenhäusern sind es abteilungsübergreifend 31 %, in der Chirurgie sogar nur 25 %. [13]. Insbesondere die emotionale Erschöpfung als zentrale Facette des Burnout-Syndroms ist z. B. bei Assistenz- und Fachärzten stark erhöht und auf einem sehr kritischen Level [14].

Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit bleiben im Durchschnitt Pflegende nur siebeneinhalb Jahre im Beruf. Ein knappes Drittel der deutschen Pflegekräfte gilt als Burn-out-gefährdet, so die RN4Cast-Studie. Nur in England sieht es noch finsterer aus (42 %, [15]).

Um die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen, hat das RWI folgende Maßnahmen vorgeschlagen wie z. B. eine Reduktion der Teilzeitquote von Pflegekräften, eine Ausweitung der Ausbildungsaktivitäten sowie Weiterbildungsaktivitäten zur Höherqualifikation von Hilfspersonal und eine Verlängerung der Verweildauer von Pflegekräften in ihrem Beruf.

Darüber hinaus

(i) eine höhere Vergütung, die sich über die Knappheit am Arbeitsmarkt einstellen wird,
(ii) eine größere Lohnspreizung, um Anreize zur Weiterbildung zu erhöhen und um die mittlere Führungsebene zu stärken,
(iii) attraktive Rückkehrangebote nach einer beruflichen Auszeit,
(iv) eine altersgerechte Arbeitsorganisation, um ältere Pflegekräfte zu halten und
(v) neue Karrierepfade und Aufgabenfelder, um die berufliche Laufbahn interessanter zu machen [16].

Die Umsetzung dieser notwendigen und sinnvollen Maßnahmen wird Zeit benötigen, die das „System" u. E. nicht mehr hat. Zur Abhilfe des Pflegenotstandes ausländische Pflegekräfte z. B. aus Serbien und Mexiko ab/anzuwerben, sehen wir sehr kritisch. Eingebettet in ein Programm wie dem „Triple win-Programm bei Kranken- und Altenpflegern" der Bundesagentur für Arbeit kann das durchaus funktionieren. Hierbei geht es um die systematische Qualifikation und Unterstützung von Pflegenden, die aus Ländern kommen, in denen tendenziell zu viel Pflegepersonal (zu viel jedenfalls im Verhältnis zu angebotenen Stellen) ausgebildet wird. Die Pflegenden bekommen alle mögliche Unterstützung, um nach Deutschland zu kommen und hier Wohnung und Arbeitsstelle zu finden. Die Daten belegen, dass das ganz gut funktioniert.

Hier die richtige Balance zu finden vor dem Hintergrund, dass sich Widerstand in Serbien und Mexiko regt, ihr Pflegepersonal Deutschland zur Verfügung zu stellen, ist nicht einfach. Mittlerweile spricht man auch von „Unethical International Nurse-Staffing Agencies" [17].

Krankenhausschließungen unter dem Aspekt der Qualitätssteigerung

Wie Karagiannidis et al. [7] erwähnen, haben die skandinavischen Länder gezeigt, wie gut man ein Krankenhaussystem strukturieren kann – mit einem Bruchteil der aktuell in Deutschland vorhandenen Betten und Kliniken und unter gleichzeitiger Steigerung der Qualität, und verweisen dabei auf die OECD-Statistik. Auch das Leopoldina-Papier [5] hebt darauf ab: Vergleicht man die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland mit denen in Schweden oder Dänemark – Länder, in denen der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP und die Bevölkerungsstruktur ähnlich sind –, so wird deutlich: Die Qualität der Versorgung und die Effizienzkennzahlen sind in diesen Ländern in Teilen besser.

Dabei sollte nicht aus dem Blick geraten, „dass ein umfassender internationaler Vergleich der Qualität von Gesundheitssystemen auf Basis ‚harter' Faktoren nicht existiert. Bisher verfügt die Forschung hier nur über ein relativ schmales Set abgesicherter Indikatoren, die einen internationalen Vergleich erlauben. Insofern ist gerade hier Vorsicht geboten, bevor aus Einzelergebnissen wissenschaftliche oder sogar politische Schlussfolgerungen mit Blick auf die Performance oder den Reformbedarf eines Gesundheitssystem gezogen werden" [18].

Daneben gibt es nach unserer Meinung aber auch eine Fundamentalkritik derjenigen OECD-Daten, die belegen sollen, dass andere Länder eine bessere Relation Pflege/Patient aufweisen. Das RWI fasst dies so zusammen: „Die festgestellte unterschiedliche Ausstattung mit Pflege und Ärzten in Krankenhäusern zwischen den Ländern lässt vermuten, dass Gesundheitssysteme stark variierende Aufgabenspektren für Pflegekräfte und Ärzte haben. Aus den Zahlen lässt sich jedoch nicht ablesen, mit welchen konkreten Aufgaben Pflegekräfte in den einzelnen OECD-Staaten betraut werden, wie das Pflegepersonal ausgebildet ist oder wie der ambulante und stationäre Sektor zusammenarbeiten. Auch geben diese Statistiken keine Antwort darauf, wie die Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegern in den verschiedenen Gesundheitssystemen konkret ausgestaltet ist, ob z. B. in anderen Ländern Pflegenden Aufgaben erfüllen, die in Deutschland Ärzte durchführen. Wegen der unterschiedlichen Ausgestaltung der Gesundheitssysteme lässt sich aus diesen Statistiken nicht ableiten, dass in Deutschland zu wenige Pflegekräfte oder zu viele Ärzte im Krankenhaussektor eingesetzt werden.

Hierzu sind einfache internationale Vergleiche anhand hochaggregierter Statistiken nicht ausreichend. Stattdessen bedürfte es detaillierter Analysen mit Daten auf Krankenhaus- oder Individualebene“ [16].

Schlussfolgerung

Auch wenn andere Autoren „Tödliche Lücken“ im deutschen Gesundheitssystem konstatieren und als gutes Beispiel zur Abhilfe dieser Lücken das amerikanische Gesundheitssystem benennen mit ihren mehr als 200 verbindlich vorgeschriebenen Qualitätsindikatoren [19], steht Deutschland im internationalen Vergleich nach der „Mirror Mirror-Studie“ (siehe Abbildung mit dem overall ranking: Zusammenfassung von Care Process, Access, Administrative Efficiency, Equity, Health Outcomes) mit anderen Industrienationen auf gleicher Höhe, während die USA abgeschlagen auf dem letzten Platz landen. Dieses letztere Ergebnis wird auch durch andere Daten erhärtet [20]. Gleichzeitig macht diese Analyse vor der Pandemie deutlich, wie schwierig es ist, Gesundheitssysteme zu bewerten und international zu vergleichen. So ist die Analyse des Commonwealth Fund, dass das Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten schlecht abschneidet, offenbar keine Überraschung, wenn man sieht, wie das Gesundheitssystem in den USA durch diese Pandemie kollabiert (https://tinyurl.com/y53gk7q3). Auf der anderen Seite sagt die Studie, dass das Vereinigte Königreich am besten abschneidet: vor dem Hintergrund der heutigen Berichte aus dem UK mit den höchsten Covid-19-Todesraten in Europa „auf den ersten Blick“ eher ein paradoxer Befund.

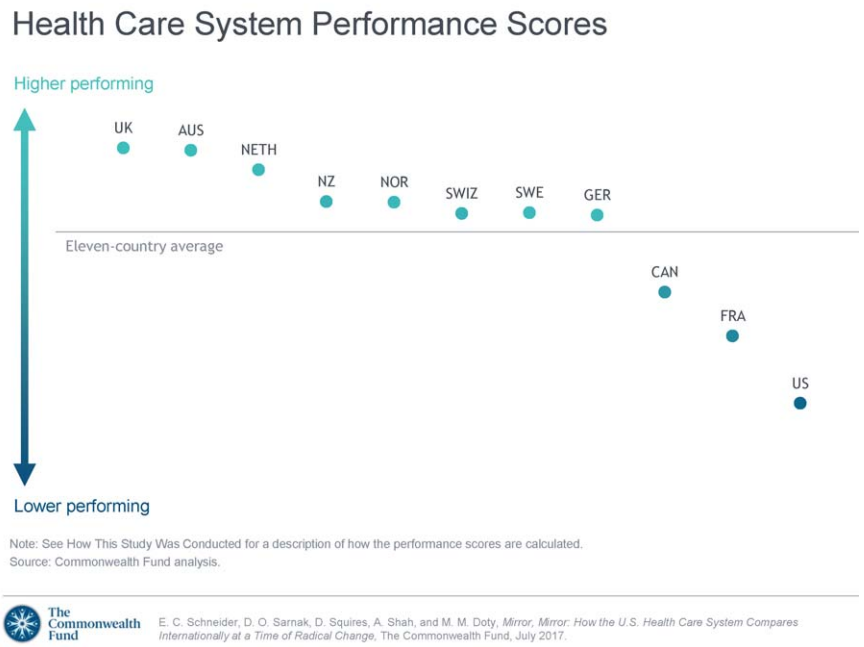
In komplexen Systemen wie einem Gesundheitssystem werden Unberechenbarkeiten und paradoxe Phänomene natürlich immer präsent sein [21]. Komplexe Systeme funktionieren nun mal nicht nach linearen Kausalitätsbeziehungen im Sinne von „Wenn-Dann“ [22].

Deshalb sind vermeintlich einfache Lösungen zum Scheitern verurteilt, frei nach dem Motto: „For every complex problem, there is an answer that is clear, simple and wrong“ [23].

So wird, basierend auf dem eingangs erwähnten IGES-Gutachten, für 11 % der stationären Krankenhausbehandlungen ein ambulantes Behandlungspotenzial postuliert. Diese Annahme beruht auf Vergleichszahlen aus EU-Ländern (und wie oben geschildert aus einem Delphi-Prozess, der ohne jeden praktischen Bezug mit Patienten durchgeführt wurde), ohne allerdings die **dahinterstehenden** Behandlungsstrukturen zu beleuchten.

Auch bei einem Projektionszeitraum von zehn Jahren ist angesichts der Engpässe in der ambulanten Patientenbehandlung bei Fachärzten unklar, wie dabei noch zusätzlich Patienten aus Krankenhäusern ambulant behandelt werden sollen. Analoges gilt für die Behandlung der stationären Behandlung der Patienten der zu schließenden Häuser mit weniger als 200 Betten, welche von den verbleibenden Krankenhäusern übernommen werden müssen. Das Gegenargument, dass „unsere Krankenhäuser ja nach der OECD-Statistik wie eingangs erwähnt zu hohen Kosten mit Patienten überflutet werden, die eigentlich keine Krankenhausbehandlung brauchen [4]“ ist aus unserer Sicht eine geradezu populistische Sicht der Dinge ohne Realitätsbezug.

Auch wenn wir konstatieren, dass das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals gute Ansätze beinhaltet, wird der Pflegenotstand aus unserer Sicht in den nächsten Jahren damit nicht beseitigt. Dazu ist ein gesellschaftlicher Kulturwandel notwendig, der die Wertschätzung des Pflegepersonals auf Augenhöhe in den Mittelpunkt stellt. Und das ist nicht ausschließlich eine



Frage der finanziellen Mittel (wobei die These einer „Kostenexplosion“ im deutschen Gesundheitswesen falsch ist; [18]), sondern auch eine Frage der Rückbesinnung der Ärzte und Klinikleitungen auf ihre eigentlichen Aufgaben. Nur Anstrengungen für eine Neuorganisation der Pflegeberufe, hin zu einem Team aus Ärzten, Pflegenden und externen Fachleuten wird die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern.

Eine höhere Zufriedenheit der Beschäftigten ist das, was man erreichen muss: Der Lohn winkt in Form eines niedrigeren Krankenstands, höherer Popularität des Berufs, längeren Berufskarrieren und freundlicherem, weniger gehetzten Menschen. Ein Gewinn für Jeden!

Ein solcher Ansatz für den Pflegenotstand könnte leicht in Modellkliniken umgesetzt werden – wenn man nur wollte. Da wir alle mit einem hohen Mass an kognitiver Voreingenommenheit ausgestattet sind, dürfte dieser Lösungsansatz nicht einfach werden [24].

Hier schließt sich nahtlos der Aufruf des British Medical Journals für eine Reformation an: „Medicine has become a daily grind of to-do lists, patient lists, and bed numbers. To reignite our passion for our profession, people must be put back at the heart of everything we do“ [25].

Auch in den Vereinigten Staaten scheint ein Umdenken in Gang zu kommen: „After 2 decades of efforts relying largely on quality measurement and performance-linked payment incentives, we need new ideas and new conversations. As revealed by health care workers’ response to the Covid-19 pandemic, professionalism in health care may be an underused resource. Reframing quality improvement around the linchpin of care delivery — physician agency — could provide much-needed direction by elucidating strategies that address problems of information or motivation when professionals act as agents on their patients’ behalf. These strategies need not rely on measures“ [26].

Krankenhausschließungen, wie vom „Apologeten des Abbaus von Überkapazitäten in der stationären Versorgung“ Busse gefordert (so in einem aktuellen Interview vom Herausgeber des Monitor Versorgungsforschung bezeichnet [27]), gehören unserer Meinung nach nicht zu den geforderten Ideen, insbesondere nicht vor dem Hintergrund einer Assoziation von erhöhter Covid-19-Sterblichkeit in Ländern mit nachgewiesener niedrigster Bettenanzahl [28].

Der Grad der Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitswesen mit der Einschätzung „gut“ liegt in Deutschland bei 90 % – Dies langfristig zu erhalten und zu verbessern sollte uns allen zutiefst am Herzen liegen.

Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Ernst Hanisch
Asklepios Klinik Langen,
Mitglied des Aufsichtsrates,
Stellv. Leiter des regionalen Studienzentrums CHIRNET an der Asklepios Klink Langen,
E-Mail: e.hanisch@asklepios.com

Foto: privat

Dr. med. Thomas F. Weigel, M.A.
Ltd. Oberarzt, Allgemein- und Viszeralchirurgie,
Heilig-Geist-Hospital Bingen

Prof. Dr. rer. nat. Rüdiger Brause, i. R.
Institut für Informatik
Goethe-Universität Frankfurt

Prof. Dr. med. Hans-Bernd Hopf
Chefarzt, Klinik für Anästhesie, Periop. Medizin und interdisziplinäre Intensivmedizin, ECLS/ECMO-Zentrum Langen, Asklepios Klinik Langen, Akademisches Lehrkrankenhaus der Goethe-Universität

Dr. med. Alexander Buia
Chefarzt, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Asklepios Klinik Langen, Leiter des regionalen Studienzentrums CHIRNET an der Asklepios Klinik Langen, Akademisches Lehrkrankenhaus der Goethe-Universität

Prof. Dr. phil. Dieter Zapf
Arbeits- und Organisationspsychologie, Goethe-Universität Frankfurt

PD Dr. med. Dr. med. habil. Thomas Schmandra
Chefarzt, Klinik für Gefäßchirurgie, Gesundheits- und Sozialökonom, Rhön-Klinikum Campus, Bad Neustadt

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

Online-Fortbildung zur Strahlenschutzverordnung

Veranstalter: Ärztliche Stelle Hessen (ÄSH) in Kooperation mit der Deutschen Röntgengesellschaft

Hauptthemen: „Die neue Strahlenschutzverordnung (StrlSchV): Anwendung, Umsetzung, Ausblicke“

Termin: Mi., 16.09.2020 von 17–21 Uhr

Themen (Auszug): Aktuelles, Dosismanagementsysteme, Strahlenanwendungen und Geräte, Strahlenschutz und Strahlenschutzmittel, Umsetzung der Strahlenschutz-Gesetzgebung

Veranstaltungsleiter: PD Dr. med. Michael Walz (ÄSH)

Referenten: Dipl.-Ing. Horst Lenzen (Universitätsklinikum Münster), Bärbel Madsack (ÄSH), Dr. Jürgen Westhof (RP Kassel).

- Die Veranstaltung der Ärztlichen Stelle Hessen (ÄSH) ist nicht gesponsert. Die ÄSH ist eine Abteilung der TÜV Süd Life Service GmbH.
- Die Inhalte der Veranstaltung sind nach Angaben der Veranstalter produkt- und dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenskonflikte.
- Die Fortbildung ist mit vier Punkten zertifiziert.
- Infos & Anmeldung über die Website www.vmtb.de oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/y2quq7ab/.

Dieser QR-Code für Smartphones führt direkt zur Website.

Literatur zum Artikel:

Krankenhausschließungen – Eine deutsche Diskussion inmitten der Pandemie

von Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Ernst Hanisch, Dr. med. Thomas F. Weigel, Prof. Dr. rer. nat. Rüdiger Brause, Prof. Dr. med. Hans-Bernd Hopf, Dr. med. Alexander Buia, Prof. Dr. Dieter Zapf und PD Dr. Dr. med. habil. Thomas Schmandra

[1] Balzter S: Schließt endlich Kliniken. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung 11/2019

[2] Tutt C: 1927 Kliniken – wofür? 5.6.2020/WirtschaftsWoche 24

[3] Tutt C: Deutschlands kranke Kliniken. Ineffizient, fehleranfällig, teuer: Warum ausgerechnet die Pandemie gezeigt hat, dass wir zu viele Krankenhäuser haben. WirtschaftsWoche online 04.06.2020. https://www.wiso-net.de/document/WWON__cd8accca93aee5dcd2a961b9a33533c9382db2bc

[4] Balzter S: Was in der Klinik schiefläuft. FAZ, 7.6.2020, S. 23

[5] Busse R, Ganten D, Huster St, Reinhardt ER, Suttorp N, Wiesing U: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft. https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Dis kussion_Medizin_und_Oekono mie_2016.pdf (last accessed on 29 February 2020)

[6] Bertelsmann Stiftung: Zukunftsfähige KrankenhausversorgungSimulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen. Auflage 2019, 106 Seiten (PDF) https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaehige-krankenhausversorgung/ DOI 10.11586/2019042 (last accessed on 29 February 2020)

[7] Karagiannidis Ch, Janssens U, Krakau M, Windisch W, Welte T, Busse R: Deutsche Krankenhäuser verlieren ihre Zukunft. Dtsch Arztebl 2020; 117(4): A131–3

[8] Statistisches Bundesamt Fachserie 12 Reihe 6.1.1: Grunddaten der Krankenhäuser. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile (last accessed on 29 February 2020)

[9] Ehrentraut O, Hackmann T, Krämer L, Schmutz S (2015): Zukunft der Pflegepolitik: Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen. gute gesellschaft – soziale demokratie. # 2017 plus. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn. http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12140.pdf (last accessed on 29 February 2020)

[10] Rothgang H, Müller R, Unger R. (2012): Themenreport „Pflege 2030". Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue Publikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf (last accessed on 29 February 2020)

[11] Für eine gute Versorgung fehlen rund 80.000 Pflegekräfte. https://www.zeit.de/wirtschaft/2018–06/verdi-erhebung-pflegekraefte-mangel-krankenhaeuser (last accessed on 29 February 2020)

[12] Behrendt D, Martin J, Fiedler K, Berendt J. Diskussions- und Erkenntnisstand zur Personalbemessung im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser. Systematische Literaturanalyse. HeilberufeSCIENCE 2013:5: 27–30.

[13] Borgelt S, Metz A, Langer D: Kulturwandel im Krankenhaus. Passion Chir 2016; 3:13–17

[14] Kern M, Buia A, Tonus C, Weigel TF, Dittmar R, Hanisch E, Zapf D: Psychische Belastungen, Ressourcen und Wohlbefinden von Chirurgen in Deutschland. Chirurg 2019; 90:576–584

[15] Straßmann B: „Schluß mit Schwester!", Die Zeit Nr. 12/2014. https://www.zeit.de/2014/12/kopfgeld-pflegepersonal-klinik

[16] Augurzky B, Bünnings Ch, Dördelmann S, Greiner W, Hein L, Scholz St, Wübker A. Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. RWI Materialien Heft 104. Hrsg. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_104.pdf (last accessed on 29 February 2020)

[17] Pittman P, Pulver AR: Unethical international nurse-staffing agencies – The need for legislative action. N Engl J Med 2020;382(9):793–795

[18] Schölkopf M, Pressel H (eds.): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2017

[19] Reinhart K, von Butler A, Graf J. Tödliche Lücken. FAZ Nr 122, Seite N2, Mi 27. Mai 2020

[20] Bamdad M, Englesbe, M. Surgery and population health – Redesigning surgical quality for greater impact. JAMA Surgery online June 24, 2020. doi: 10.1001/jamasurg.2020.0808

[21] Plsek PE, Greenhalgh T: The challenge of complexity in health care. BMJ 2001;323:625–8

[22] Mainzer K: Komplexität. München, W. Fink Verlag 2008

[23] Sturmberg J, Topolski St: For every complex problem, there is an answer that is clear, simple and wrong. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2014; 20:1017–1025

[24] Halpern S, Truog R, Miller F. Cognitive Bias and Public Health Policy during the COVID-19 Pandemic. JAMA online June 29, 2020

[25] Abbasi K: Generalism for specialists: a medical reformation. BMJ 2020: 368:m157

[26] McWilliams JM: Professionalism Revealed: Rethinking Quality Improvement in the Wake of a Pandemic. NEJM Catalyst: DOI: 10.1056/CAT.20.0226

[27] Busse, R., Roskio, R., Stegmaier, P.: Daten und Evidenz für Health in all Policies. Monitor Versorungsforschung 2020; 4: 6–9. Doi: 10.24945/MVF.04.20.1866–0533.2229

[28] Liang L-L, Tseng C-H, Ho HJ, Chun-Ying Wu C-Y: Covid-19 mortality is negatively associated with test number and government effectiveness. Scientific Reports 2020; 10:12567–12573. DOI: 10.1038/s41598–020–68862-x

Gefälligkeitsattest: Straf- und berufsrechtliche Risiken

Gesundheitszeugnisse spielen im Rechtsverkehr eine erhebliche Rolle, da von ihnen in der Regel finanzielle Leistungen oder andere Vorteile abhängen. Nicht nur in Zeiten der Pandemie stellen Gefälligkeitsatteste ein Problem dar. Während aktuell Blanko-Atteste zur Befreiung von der Maskenpflicht diskutiert werden, sind es sonst primär „verdächtige" Arbeitsunfähigkeits- (AU) oder Schulunfähigkeitsbescheinigungen, die zu Beschwerden bei der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) führen.

1. Problemlage

Selbst wenn Patienten mit einer gewissen Selbstverständlichkeit erwarten, die von ihnen „angeforderte" Bescheinigung zu erhalten, darf ein Attest nur bei entsprechender ärztlicher Überzeugung auf Basis erhobener Befunde ausgestellt werden. Auch in einer guten Arzt-Patient-Beziehung verbietet sich, selbst wenn durch Hilfsbereitschaft motiviert, die „Gefälligkeit" des Ausstellens falscher Gesundheitszeugnisse – der Patient fordert schließlich in der Regel eine Beihilfe zum Betrug ein. Diesem Ansinnen zu entsprechen, schadet nicht nur der eigenen ärztlichen Integrität, sondern auch dem Ansehen des Berufsstandes. Konsequenz ist neben den mit einem Beschwerdeverfahren bei der LÄKH verbundenen Unannehmlichkeiten und etwaigen berufsrechtlichen Folgen das Risiko eines Strafverfahrens.

2. Rechtslage

Sollte es zu Diskussionen mit dem Patienten kommen, kann auf die den Arzt bei Ausstellung eines Gefälligkeitsattests treffenden straf- und berufsrechtlichen Konsequenzen sowie die zivilrechtlichen Risiken hingewiesen werden:

- Gemäß § 25 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen (BO) haben Ärzte bei Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen.
- Nach § 2 Abs. 2 BO haben Ärzte ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.
- Gemäß § 278 Strafgesetzbuch (StGB) werden Ärzte, die wider besseres Wissen ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherung ausstellen, mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
  Begehrt beispielsweise ein Patient – ohne krank zu sein – ein Attest, um nach Abschluss einer Reiserücktrittsversicherung die Stornierung der Reise zu begründen, und stellt der Arzt es aus, macht er sich strafbar. In Betracht kommt auch die Strafbarkeit wegen Beihilfe zum Versicherungsbetrug (§ 263 StGB). Der Arzt muss mit Durchsuchung und Beschlagnahme rechnen, da die Staatsanwaltschaft durch Einsichtnahme in die Krankenakte ermitteln kann, ob Befunde erhoben wurden oder nicht bzw. ob der Patient überhaupt vorstellig wurde.
- Der Arzt muss bei Ausstellung eines Gefälligkeitsattests damit rechnen, dass er sich gegenüber Arbeitgeber, Krankenversicherung, Behörde etc. schadensersatzpflichtig macht und in Regress genommen wird.
- Nach § 275 Abs. 1a SGB V sind Zweifel an der AU anzunehmen, wenn „Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt oder die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt festgestellt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist." Bei der Krankenkasse kann in diesem Fall die Überprüfung der AU beantragt werden. Sie wird von dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durchgeführt. Der Arzt ist dem MDK gegenüber auskunftspflichtig (§ 6 Abs. 1 AU-Richtlinie).

3. Fazit

Der Begriff des ärztlichen Zeugnisses deckt sich mit dem des Gesundheitszeugnisses. Es handelt sich um Feststellungen über den Gesundheitszustand eines Menschen aufgrund besonderer Sachkunde. Diese müssen sich nicht allein auf aktuelle Befunde beziehen, sondern können auch einen früheren Gesundheitszustand ebenso wie eine prognostische Einschätzung betreffen. Bei Ausstellung des Attests muss der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung wiedergeben.
Rückwirkende Atteste für Zeiträume vor Vorstellung des Patienten (§ 5 Abs. 3 AU-Richtlinie) sollten nur mit entsprechender Vorsicht ausgestellt werden. Das Attest sollte erkennen lassen, für welchen Zweck die Ausstellung erfolgt, um Missbrauch vorzubeugen.
Zudem sollte dafür Sorge getragen werden, dass das Risiko einer Fälschung von Attesten in der Praxis minimiert wird (es wird etwa berichtet, dass Mitarbeiter digital vorliegende Formulare und die Arzt-Unterschrift widerrechtlich verwenden und Atteste für Bekannte oder Verwandte „ausstellen").
In Fällen, in denen die ärztliche Bescheinigung in Zweifel gezogen wird, kommt der Dokumentation (§ 10 BO) entscheidende Bedeutung zu. Nicht ausreichend ist die alleinige Angabe der Diagnose. Auch Anamnese, Befunde, etwaige Konsile und die seitens des Arztes angestellten Erwägungen sollten zur eigenen Absicherung dokumentiert werden.
In Problemfällen steht die Rechtsabteilung der LÄKH zur Beratung zur Verfügung: Fon: 069 97672-113/-313 oder per E-Mail: rechtsabteilung@laekh.de.

Dr. jur. Kirsten Theuner
Rechtsreferentin, Syndikusrechtsanwältin
Landesärztekammer Hessen

Foto: privat

Foto: © Marco2811 – stock.adobe.com

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!

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 € (Akademiemitglieder 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 € (Akademiemitglieder 126 €)
EKG-Kurs **Fr., 18.–Sa., 19. Dezember 2020** **22 P**
Gebühr: 320 € (Akademiemitglieder 288 €)
Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@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 € (Akademiemitglieder kostenfrei)
Ort: **Bad Nauheim,** REHA Zentrum
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Arbeitsmedizin

Arbeitsmedizinische Vorsorge:
Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitl. Bedingungen
Fr., 23.–Sa., 24. Oktober 2020
Leitung: Dr. med. U. Klinsing,
Dr. med. S. Hitzeroth
Gebühr: 280 € (Akademiemitglieder 252 €)

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

Rechtsmedizin

Verletzungsdokumentation
Teil 1: **Mi., 21. Oktober 2020**
Teil 2, Fallbespr.: **Mi., 04. November 2020**
Gebühr: jeweils 70 € (Akademiemitglieder 63 €)

Leitung: Prof. Dr. med. M. A. Verhoff, Frankfurt

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

Medizinische Begutachtung

Medizinische Begutachtung
Modul II: **Sa., 24. Oktober 2020** **8 P**
Gebühr: 140 € (Akademiemitglieder 126 €)

Modul III: **Fr., 11.–Sa., 12. Dezember 2020 16 P**
Gebühr: 250 € (Akademiemitglieder 225 €)

Zum Abschluss des Moduls III wird je ein **Final- und ein Kausalitätsgutachten** gefordert. Die Erstellung der Gutachten erfolgt in Eigenarbeit mit fachlicher Überprüfung. Die Gutachten sind gesondert buchbar.
Gebühr Gutachten: Final- und Kausalitätsgutachten
je 30 € (Akademiemitglieder 27€)

Verkehrsmedizinische Begutachtung
Modul VI: **Fr., 28.–Sa., 29. August 2020** **12 P**
Gebühr: 250 € (Akademiemitglieder 225 €)

Modul V: **Sa., 29. August 2020** **4 P**
Gebühr: 100 € (Akademiemitglieder 90 €)

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

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

Hygiene/Öffentliches Gesundheitswesen

Krankenhaushygiene Modul I: Hygienebeauftragter Arzt
Mo., 14., bis Fr., 18. September 2020 **40 P**
Mo., 21. bis Fr., 25. September 2020 **40 P**
Leitung: Dr. med. A. Lengler, Gießen
Ort: Gießen, Universitätsklinikum
Gebühr: jeweils 780 € (Akademiemitgl. 702 €)

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher
Mi., 18. November 2020
Leitung: Dr. med. A. Lengler,
D. Albert, D. Ziedorn, Gießen
Gebühr: 160 € (Akademiemitglieder 144 €)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

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 € (Akademiemitglieder 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 € (Akademiemitglieder 162 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
Mail: baerbel.buss@laekh.de

Hämotherapie

Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
Mo., 22–Fr., 26. März 2021 **40 P**
Leitung: Prof. Dr. G. Bein, Gießen
Ort: Gießen, Universitätsklinikum
Gebühr: 900 € (Akademiemitgl. 810 €)

Transfusionsverantwortlicher/-beauftrager/Leiter Blutdepot
Do., 19.–Fr., 20. November 2020 **16 P**
Leitung: Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach
Gebühr: 360 € (Akademiemitglieder 324 €)
Ort: **Darmstadt,** Klinikum

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

Moderatorentraining

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

Einführung in das Medizinrecht

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

Dermatologie

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

Di., 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

Gebühren: je 180 € (Akademiemitglieder 162 €)
zzgl. 70 € Schulungsmaterial

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.loeffler@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**
Block 5A: **Fr., 15. – Sa., 16. Januar 2021**
Block 5B: **Fr., 29. – Sa., 30. Januar 2021**
Block 5C und 6: **Fr., 19. – Sa., 20. Februar 2021**
Abschlussprüfung: **Mi., 17. März 2021**e

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

Gebühren: Block 1, 3, 5A je 220 €
(Akademiemitglieder. 198 €)
Block 2 + 4, 5B je 300 €
(Akademiemitglieder 270 €)
inkl. Prüfung
Block 5C+ 6: 590 €
(Akademiemitglieder 531 €)
inkl. Prüfung
Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208
E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Psychotherapie

Muslimische Patienten in der Psychotherapie
Mi., 21. Oktober 2020
Leitung: Dr. med. I. Rüschoff,
Dipl.-Psych. M. Laabdallaoui
Gebühren: 100 € (Akademiemitglieder 90 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
E-Mail: andrea.floeren@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 € (Akademiemitglied 324 €)
Kenntniskurs **Sa., 24. Oktober 2020**
(Theoretische und praktische Unterweisung)
Gebühr: Theorie: 100 € (Akademiemitgl. 90 €)
Praxis: 60 € (Akademiemitglied 54 €)
Ort: **Frankfurt,** Universitätsklinikum
Spezialkurs Röntgendiagnostik
Fr., 18.–Sa., 19. Dezember 2020 (Theorie) **20 P**
(+ Praktikum, Termin wird noch bekannt gegeben)
Gebühr: 340 € (Akademiemitglied 306 €)
Ort: **Frankfurt,** Universitätsklinikum
Spezialkurs Interventionsradiologie
Termin in Planung, bitte lassen Sie sich auf die Interessentenliste setzen.
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 € (Akademiemitgl. kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin
Sa., 31. Oktober 2020 (ausgebucht – Warteliste möglich) **10 P**
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 140 € (Akademiemitglieder 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 € (Akademiemitglieder 450 €)

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

Ultraschall

Kurse in Planung, bitte beachten Sie kommende Hinweise auf der Internetseite unter www.akademie-laekh.de.
Gefäße
Leitung der Kurse für Gefäße: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,
Dr. med. F. Präve, Frankfurt

Abdomen und Retroperitoneum
Leitung der Kurse für Abdomen: 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 € (Akademiemitglieder 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

Notfall- und Intensivmedizin

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt
Sa., 21. November 2020 (ausgebucht – Warteliste möglich)
Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel
Ort: Kassel, Hess. Landesfeuerwehrschule
Gebühr: 260 € (Akademiemitglieder 234 €)

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst
(ausgebucht – Warteliste möglich)
Do., 05. – Sa., 07. November 2020 **30 P**
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
M. Leimbeck, Braunfels
Gebühr: 420 € (Akademiemitglieder 378 €)

Notfallmedizin machbar machen
Mi., 25. November 2020 **8 P**
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
Gebühr: 180 € (Akademiemitglieder162 €)

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 € (Akademiemitglieder 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**
Telelernphase: 14. September–10. November 2020 24 P
Block III b: Mi., 11.–Sa., 14. November 2020 **32 P**

Gebühren: III a, IIIb je:
770 € (Akademiemitglieder 693 €)
Leitung: N. Walter, Frankfurt

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

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung
für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin
Kurs B – Modul IIa: **Di., 15.–Mi., 16. September 2020** **20 P**
Leitung: Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden

Gebühren: Kurs A/B jeweils jeweils 300 €
(Akademiemitglieder 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

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 €
(Akademiemitglieder 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 Ärztegesellschaft 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

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 3 **Mo., 16.–Fr., 20. November 2020 40 P**
(ausgebucht - Warteliste möglich)
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 800 € (Akademiemitglieder 720 €)
Kurs-Weiterbildung **Di., 08.–Sa., 12. Dezember 2020 40 P**
(ausgebucht - Warteliste möglich)
Gebühr: 700 € (Akademiemitglieder 630 €)
Leitung: Dr. med. K. Mattekat, Hanau

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

Suchtmedizin

Suchtmedizinische Grundversorgung
Kursteil 2: **Fr., 04.–Sa., 05. September 2020**
Gebühr: 210 € (Akademiemitglieder 189 €)

Kursteil 3: **Fr., 11.–Sa., 12. September 2020**
Gebühr: 220 € (Akademiemitglieder 198 €)

Kursteil 4: **Fr., 30.–Sa., 31. Oktober 2020**
Gebühr: 220 € (Akademiemitglieder 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 € (Akademiemitgl. 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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 11.– Sa., 14. November 2020
Themenübersicht:

Mi.: Gynäkologische Onkologie
Prof. Dr. med. I. Meinhold-Heerlein, Gießen

Do.: Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. H.-R. Tinneberg, Frankfurt

Fr.: Gynäkologie inkl. Urogynäkologie
Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. H.-R. Tinneberg, Frankfurt

Sa.: Geburtshilfe inkl. Pränataldiagnostik
Dr. med. F. Oehmke, Gießen

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

Gebühr: 520 € (Akademiemitglieder 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 €
(Akademiemitglieder 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 **ges. 62 P**

Themenübersicht:

Mo.: Gastroenterologie/Kardiologie **11 P**
Prof. Dr. med. K. Haag/Dr. med. R. Brandt

Di.: Kardiologie/Pneumologie **11 P**
Dr. med. R. Bran/Prof. Dr. med. C. Vogelmeier

Mi.: Angiologie/Nephrologie **11 P**
Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle/
PD Dr. med. H.-W. Birk, Prof. Dr. med. W. Fassbinder

Do.: Internistische Hämatologie; Onkologie/ Internistische Intensivmedizin **11 P**
Prof. Dr. med. L. Bergmann, Prof. Dr. med. A. Neubauer/
Prof. Dr. med. K. Mayer

Fr.: Endokrinologie; Diabetologie/Rheumatologie **11 P**
Dr. med. C. Jaursch-Hancke, Prof. Dr. med. Dr. phil. P. H. Kann
Prof. Dr. med. U. Lange

Sa.: Fallseminar **6 P**

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: adiela.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 € (Akademiemitglieder 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

Neurologie und Psychiatrie (NP)

Inhalte:
Im Qualifizierungslehrgang werden Tätigkeiten vermittelt mit dem Ziel, bei der Behandlung und Begleitung von Patienten in der neurologischen und/oder psychiatrischen Praxis delegationsfähige ärztliche Leistungen übernehmen zu können.
Beginn (NP): 23.10.2020
Gebühr (NP): 950 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
Zusätzlich sind diese Fortbildungenzu belegen:
PAT 1: Kommunikation und Gesprächsführung (95 €)
PAT 2: Wahrnehmung und Motivation (95 €)
Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176, Fax: -180

Nichtärztliche Praxisassistenz (NäPA)

Nichtärztliche Praxisassistent/-innen unterstützen Haus- und Fachärzte bei der Versorgung der Patienten. Im Rahmen der delegationsfähigen ärztlichen Leistungen können sie selbstständig Hausbesuche und Besuche in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durchführen und zum Beispiel Wunden versorgen, Blutdruck- und Blutzuckerwerte kontrollieren und die Sturzprophylaxe übernehmen.
Informationen und Termine zur Fortbildung sind im Internet auf der Website www.laekh.de → MFA → MFA-Fortbildung → Qualifizierungslehrgänge eingestellt.
Kontakt: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Assistenz beim ambulanten Operieren (AOP)

Die Fortbildung vermittelt nicht nur Handlungskompetenzen in der unmittelbaren Unterstützung und operationstechnischen Assistenz der Ärztin/des Arztes bei der Durchführung ambulanter Eingriffe, sondern auch Kenntnisse zu deren vielfältigen Rahmenbedingungen.
Inhalte:
Block A (70 Std.): Rechtliche Grundlagen, Medizinische und strukturelle Grundlagen, Perioperatives Management, Infektionsprophylaxe, Medizinprodukte in der Anwendung, Umgang mit Patienten und Angehörigen, Patientenbeobachtung, Best practice.
Termin Block A AOP 1:
Mi., 23.09.–Sa., 26.09.2020 und
Fr., 16.10.–Sa., 17.10.2020 und
Do., 29.10.–Sa., 31.10.2020

Gebühr Block A AOP: € 950 zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Block B (24 Std.): Sachkenntnis zur „Aufbereitung von Medizinprodukten" (SAC)
Termine Block B: 20_SAC (24 Stunden): siehe www.laekh.de → MFA → MFA-Fortbildung → Qualifizierungslehrgänge.
Kontakt: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax -180

Fachkraft für Impfmanagement (IMP)

Der Qualifizierungslehrgang gliedert sich in vier Schwerpunkte: Medizinische Grundlagen, organisatorische Grundlagen, Erarbeitung einer Fallstudie, Best practice des Impfmanagements. Die Teilnehmer/-innen erarbeiten Fallbeispiele für ihren Tätigkeitsbereich. Das Lehrgangskonzept beschreibt eine zeitliche Anerkennung von zehn Stunden, die anhand einer Aufgabenstellung von den Teilnehmer/-innen selbstständig erarbeitet wird. Die Teilnahme an der achtstündigen Fortbildung „Impfen" wird beim Qualifizierungslehrgang „Impfmanagement" anerkannt.
Termine (IMP2): Fr., 13.11.2020–Sa., 14.11.2020 und
Fr., 27.11.2020–Sa., 28.11.2020
Gebühr: 420 € inkl. Lernerfolgskontrolle
Kontakt: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax -180

Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende

Abrechnung: EBM
Termin (PVK 1_2): Sa., 31.102020, 09:30–16:00 Uhr
Gebühr: 80 €
Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ
Termin (PVK 2_2): Sa., 07.11.2020, 09:30–16:00 Uhr
Gebühr: 80 €
Medizinische Fachkunde
Termin (PVK 4_2): Sa., 14.11.2020 und Sa., 21.11.2020, jeweils 09:30 – 16:00 Uhr
Gebühr: € 130
Kontakt: Christina Glaubitz-Harbig, Fon: 06032 782-175, Fax: -180

Abschlussprüfung praktischer Teil
Termine:
(PVK 3_7): Sa., 12.12.2020, 09:3– 17:45 Uhr oder
(PVK 3_8): Sa., 19.12.2020, 09:30–17:45 Uhr
Gebühr: € 95
Kontakt: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

ALLGEMEINE HINWEISE

Aktuelle Termine und Änderungen siehe Website: www.carl-oelemann-schule.de
Anmeldung: Bitte schriftlich oder per Fax an die Carl-Oelemann-Schule. Eine Bestätigung erfolgt ebenfalls schriftlich.
Veranstaltungsort (soweit nicht anders angegeben):
Carl-Oelemann-Schule (COS)
Carl-Oelemann-Weg 5 | 61231 Bad Nauheim
Fon: 06032 782-100 | Fax: 06032 782-180
Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:
Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule
Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim
Fon: 06032 782-230 | Fax: 06032 782-320
E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

Die Geburtshelferin

Mit der Hebamme und Frauenärztin Dr. med. Maike Manz an der Spitze zieht die Darmstädter Frauenklinik im Herbst in einen Neubau

Dr. med. Maike Manz ist die neue Leiterin der Geburtshilfe am Klinikum Darmstadt. Sie spricht sich für spezialisierte Zentren aus, statt eines Kreißsaals in jedem kleinen Krankenhaus. Eine halbe Stunde Autofahrt bis zum nächsten Geburtshilfezentrum sei jeder Gebärenden, aber auch jeder Hebamme und Ärztin zumutbar.

Eine Geburtsklinik wie sie sein sollte? Der Eindruck drängt sich auf, wenn Dr. med. Maike Manz über ihre Arbeit am Klinikum Darmstadt spricht. Seit 1. April leitet sie die Geburtshilfe der größten Geburtsklinik und des einzigen Perinatalzentrums in Südhessen. Von Level 1 Geburtsmedizin bis hin zur Organisationsstruktur eines rein hebammengeleiteten Kreißsaals für Gebärende ohne Risiko – alles unter einem Dach. So sieht für die 45-Jährige eine optimale patientinnenfreundliche Versorgung aus. Jetzt fehlt nur noch der Umzug in den zentralen Neubau. Die Vorhänge sind schon montiert. Im Herbst soll es so weit sein.

Manz gehört zu der raren Spezies, die Geburtshilfe aus zwei Perspektiven kennt. Vor dem Medizinstudium in Frankfurt hat sie in Tübingen eine Ausbildung zur Hebamme absolviert. Zwischen den Vorlesungen und in den Semesterferien hat sie Kinder auf die Welt gebracht, werdende Eltern auf die Niederkunft vorbereitet. „Manchmal wundere ich mich heute, wie das zu schaffen war“, sagt sie. „Es waren sehr sehr arbeitsreiche und komplexe Jahre, die mir aber auch sehr sehr viel Freude gebracht haben.“ Zum Glück, fügt sie hinzu, hatte sie einen toleranten Freundeskreis.

Von Hebammen lernen

Die Geburtshelferin, wie sie ihren Beruf definiert, kennt also beide Seiten und nennt es „ein großes Geschenk“, dass sie als Hebammenschülerin als Wachfrau stundenlang neben Gebärenden sitzen und ihnen zuhören durfte. Die unterschiedlichen Geräusche, die die Frauen in den verschiedenen Phasen von sich geben. Das Tönen, das nicht alleine Ausdruck des Schmerzes ist. „Das ist auch Körper-Arbeit, wie zum Beispiel beim Sport.“ Gerne würde Manz ihren jungen Kolleginnen und Kollegen ermöglichen, ebenfalls diese Erfahrung machen zu können: Im Laufe der ärztlichen Ausbildung ein paar Tage eine Hebamme begleiten, ohne Piepser in der Tasche – das würde das „ärztliche Geburtshilfeverständnis“ gewiss erweitern.

Die Zeit als Assistenzärztin arbeitete sie in Gelnhausen und der Frankfurter Universitätsklinik. „In Frankfurt und später in Hamburg hatte ich das Glück, sehr gute Beckenlagen-Geburtshilfe und auch äußere Wendungen aus Beckenend- in Schädellage lernen zu können.“ Als Fachärztin war sie an der Universitätsklinik Hamburg tätig, wo Gynäkologie und Geburtshilfe als getrennte Fakultäten geführt werden. Eine Spezialisierung, die Manz – nach drei Jahren an der Universitäts-Frauenklinik in Lübeck und einem Jahr bei Asklepios in Hamburg – auch bei Helios in Hamburg auf den Weg brachte, als sie dort im Januar 2017 als Chefärztin für Geburtshilfe und Perinatalmedizin berufen wurde. Zwei Jahre später kündigte Manz – und mit ihr fünf ihrer sieben Oberärztinnen und -ärzte. Manz äußert sich nicht, wenn man sie nach den Gründen fragt, sondern verweist auf die vereinbarte Verschwiegenheitsklausel. „Eine lebensprägende Zeit“, sagt die Ärztin rückblickend. Laut Presseberichten war der Personalmangel in der Helios Mariahilf Klinik in Hamburg zeitweise so groß, dass der Kreißsaal schließen musste.

An ihrem letzten Arbeitstag am 28. Februar 2019 wusste Manz noch nicht, wie es beruflich weitergeht. Sie wusste aber, dass sie von ihren Ansprüchen an geburtshilfliche Qualität nicht abrückt: Das bedeutet unter anderem eine Neonatologie im selben Gebäude, um den winzigen hochsensiblen Frühchen den strapaziösen Transport in einem Krankenwagen zu ersparen. Und keine präventiven Kaiserschnitte, weil kein Kinderarzt greifbar ist.

Im Dezember 2019 lernte sie PD Dr. med. Sven Ackermann kennen. Er hatte als Direktor der Darmstädter Frauenklinik in den vergangenen Jahren viele strukturellen Veränderungen auf den Weg gebracht. Die beiden sind auf der gleichen Wellenlänge. „Ein Sparringspartner als Chef. Die Qualität der Medizin ist das Zentrum, von dem aus wir gemeinsam planen."

Alles unter einem (neuen) Dach

Zum Neubau mit neun Geburtsräumen gehört ein „BeUp-Kreißsaal", in dem eine Studie zur Auswirkung der Geburtshaltung auf den Geburtsverlauf läuft, eine Gebärwanne, zwei Kaiserschnitt-Operationssäle und eine geburtshilfliche Intermediate-Care-Station für Risikopatientinnen im Kreißsaal, die in enger Zusammenarbeit mit den Anästhesisten betreut werden, sowie eine Wand-an-Wand-Kooperation mit den Neonatologen, damit auch Kinder mit Überwachungsbedarf bei ihren Müttern bleiben können. Die Betreuung im von Hebammen geleiteten Kreißsaal ist eins zu eins, ein problemloses „Up-and-Down-Grade" von dort hin zu ärztlich mitbetreuter Geburt ist jederzeit möglich. Auch die Pränataldiagnostik übernimmt Manz für den stationären Bereich.

„Die Frauen werden nicht zur Nummer", sagt Manz, „sondern wir können mit diesem Alles-unter-einem-Dach-Konzept für jede Frau eine individuelle Lösung finden". Bis zu 2.500 Geburten wird es schätzungsweise in diesem Jahr im Darmstädter Klinikum geben. Vier Hebammen arbeiten dort pro Schicht. „Noch mehr wären toll, und unsere Geschäftsführung hat zugesagt, dass wir weitere einstellen dürfen. Das ist großartig!", sagt Manz. Die Kompetenz der Hebammen sei lange politisch unterschätzt worden, und sie zitiert den Kollegen Michel Odent, einen Verfechter der natürlichen Geburt: „Es ist wichtig, wie wir geboren werden." Eine gute Eltern-Kind-Beziehung habe gesellschaftspolitische Bedeutung.

Foto: Klinikum Darmstadt

Dr. med. Maike Manz

Wer jetzt glaubt, Manz gibt sich nach dem im Herbst geplanten Umzug aus dem denkmalgeschützten Gebäude in die neue Darmstädter Frauenklinik zufrieden, der täuscht sich. Die promovierte Frauenärztin schließt in diesem Jahr ihr Zweitstudium an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg ab. Will als Master of Business Health mehr über die wirtschaftlichen Seiten der Geburtshilfe wissen, ohne ihre Berufung in der praktischen Geburtshilfe zu verlassen. „Die Strukturen in den Kliniken müssen insgesamt besser werden", lautet ihr Ziel. Dazu gehört vor allem die Erkenntnis, nicht in jedem kleinen Krankenhaus einen Kreißsaal vorzuhalten. Jeder Gebärenden, aber auch jeder Hebamme und Ärztin sei eine Autofahrt von bis zu einer halben Stunde zumutbar in eine Klinik, die über die notwendige Erfahrung und Infrastruktur verfügt. Davon profitierten alle: „Kleine Abteilungen mit 750 Geburten im Jahr sind oft nicht für alle Eventualitäten gewappnet. Und dieselbe Personalmenge in großen Zentren eingesetzt, statt auf viele kleine Standorte verteilt, würde etliche Personalprobleme lösen."

Jutta Rippegather

Goldenes Doktorjubiläum

Opioidsubstitution in Haft: „Ein wichtiger Baustein der Suchttherapie“

Interview mit dem Sozialwissenschaftler Prof. Dr. Heino Stöver

Auch im Gefängnis sind Drogenprobleme allgegenwärtig.

Wie eng sind Suchterkrankung, Delinquenz und Stigmatisierung miteinander verbunden?

Prof. Dr. Heino Stöver: Die Suchterkrankung ist eine psychische Störung, die das größte Stigmatisierungspotenzial enthält. Menschen, die unter einer Suchterkrankung leiden, bekommen ein Etikett angeheftet und werden, leider meist ihr ganzes Leben lang, stigmatisiert. Auch wenn Menschen schon eine lange Zeit abstinent leben, werden sie im Alltagsverständnis immer noch primär als „Süchtige“ wahrgenommen.

Es gibt aber auch den kompulsiven – also zwanghaften und exzessiven – Drogengebrauch, der nur in einer bestimmten Lebensphase bzw. belastenden Lebenssituation wie Tod des Partners, Trennung oder Scheidung auftritt. Viele Betroffenen befreien sich selbst wieder aus der Lage und beenden ihren Drogenkonsum. So können sich beispielsweise beim Alkohol 75 % der Betroffenen ohne oder maximal mit ein bis zwei professionellen Behandlungen aus ihrer Sucht lösen. Selbstheilungskräfte und eigene Willenskraft gefördert von sozialen Faktoren wie Unterstützung durch Partner, Familie, Freunde spielen dabei eine große Rolle.

Welche Folgen zieht die Stigmatisierung nach sich? Wirkt sich diese auf eine Straffälligkeit aus?

Stöver: Im Alltagsverständnis sind bestimmte Suchtbilder – in erster Linie die Alkohol- und die Heroinsucht – mit moralischen Konnotationen verknüpft. Als „Alki“ oder „Junkie“ tituliert, wird der Mensch auf seinen Umgang mit Drogen reduziert, selbst wenn der problematische Umgang damit längst überwunden ist. Davon muss man die Fachdiskussion trennen, denn wir brauchen differenzierte Annahmen.

Ein Problem ist, wie bereits gesagt, dass Sucht allgemein als lebenslänglich begriffen und katalytisch durch Kriminalisierung befördert wird. Hier erleben wir oft das Phänomen der sich-selbsterfüllenden-Prophezeiung. So haben von einer Suchterkrankung Betroffene häufig Schwierigkeiten, einen Arbeitsplatz oder eine Wohnung zu finden. Die Stigmatisierung führt zu sozialer Ausgrenzung, deren schärfste Form der Strafvollzug ist.

Viele Menschen, die aufgrund ihrer Drogensucht inhaftiert wurden, zweifeln an

der Rechtmäßigkeit ihrer Bestrafung. Wenn sie etwa für drei Gramm Heroin im Handschuhfach verurteilt werden, ein anderer aber für zehn Kästen Bier im Kofferraum keinerlei Sanktionen zu fürchten hat, fehlt ihnen häufig das Unrechtsbewusstsein für das, was sie getan haben.

Ist die Suchterkrankung ein häufiger Haftgrund?

Stöver: Etwa ein Drittel der Männer im Strafvollzug und über 50 % der Frauen haben Opiaterfahrungen oder sind opioidabhängig. Allerdings stehen lediglich 15 % der Fälle beim ersten Delikt – als dem ersten Strafgrund – in direkten Zusammenhang mit einem Vergehen nach dem Betäubungsmittelgesetz, der Rest ist Beschaffungskriminalität. Da nur der erste Strafgrund zählt, wird auch nur dieser statistisch erfasst. Die tatsächliche Zahl von Drogenabhängigen ist vermutlich höher aufgrund von Delikten, die nicht vordringlich einen Drogenbezug aufweisen, aber mit diesem in Zusammenhang stehen. Durch den Suchtdruck werden Suchtkranke immer wieder zu Straftaten getrieben. Die erste bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug (Stichtag: 31.03.2018 unter der Beteiligung von 12 Bundesländern) hat gezeigt, dass 44 % der 41.896 erfassten Gefangenen eine stoffgebundene Suchtproblematik (Abhängigkeit und Missbrauch nach den Kriterien der WHO ICD-10) zum Zeitpunkt des Haftantritts aufweisen.

Die Zahlen machen deutlich, dass ein großer Teil der Inhaftierten Erfahrungen mit Drogen hat, bzw. unter einer Suchterkrankung leidet. Wie sieht die medizinische Versorgung im Strafvollzug aus?

Stöver: Für den Justizvollzug zeigte sich im Jahr 2018, dass mindestens 6.013 aller erfassten 39.699 Inhaftierten entweder von Opioiden oder anderen Substanzen abhängig waren. Nach der Entlassung kommt es oft zu Rückfällen in alte Konsummuster und damit verbundene Straftaten, bei ca. 30 % der nach dem Betäubungsmittelgesetz verurteilten Erwachsenen und bei über 45 % der verurteilten Jugendlichen.

Was die Therapie der Drogenabhängigkeit betrifft, haben wir ziemlich dramatische Zustände in Haft. Die medizinische Versorgung stellt hier eine Besonderheit dar, denn im Vollzug existiert ein eigenes System. Ganz basal: Wer inhaftiert wird, fliegt aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) heraus und hat nach der Haft Schwierigkeiten, sofort wieder in die GKV zurückzukehren. Für die Dauer des Vollzugs übernimmt der Staat die Verantwortung und die Kosten für die medizinische Versorgung.

Dabei tut sich ein grundlegendes strukturelles Problem auf: Die Belegung der Vollzugsanstalten reicht von 180 bis zu 1.200 Gefangenen. Jede dieser Anstalten hat ihr eigenes medizinisches Versorgungssystem mit einem Anstaltsarzt und externen Ärzten, die stundenweise zur Behandlung hinzugezogen werden. Ist eine Anstalt klein, wird die medizinische Versorgung meist von niedergelassenen Ärzten übernommen.

Was bedeutet das für den Umgang mit Suchterkrankungen?

Stöver: Ganz elementar: Die Gefangenen haben keine freie Arztwahl mehr und müssen mit dem vorlieb nehmen, was ihnen geboten wird. Präventive Angebote wie etwa Krebsvorsorgeuntersuchungen finden in der Haft in der Regel nicht in dem Umfang wie in Freiheit statt.

Drogenabhängige Inhaftierte haben weniger Schutzmöglichkeiten. In Freiheit stand ihnen beispielsweise sauberes, steriles Spritzenmaterial zur Verfügung. Das war vor 30 Jahren die zentrale Antwort auf HIV/AIDS; über diesen Transmissionsweg haben es die niedrigschwellige Drogenhilfe und die Ärzteschaft geschafft, Menschen mit Kondomen, Spritzen und Substitutionsprogrammen zu versorgen und damit die Verbreitung von HIV bei Opiatabhängigen einzudämmen. Das war und ist ein Riesenerfolg.

Doch drinnen, im Gefängnis, steht nur in einer von 181 Haftanstalten in Deutschland (JVA für Frauen in Berlin) mit einer geringen Inhaftiertenzahl (90 Haftplätze) sauberes und steriles Spritzenmaterial zur Verfügung. Die Gefängnisadministration hat Mühe, das Parallelsystem Haft so zu gestalten, dass die medizinische Versorgung von drogenabhängigen Gefangenen dem state of the art in Freiheit entspricht.

Welche Bedeutung hat die medikamentengestützte Behandlung einer Opioidabhängigkeit?

Stöver: Die Bundesärztekammer (BÄK) definiert Opioidabhängigkeit (zum Beispiel von Heroin) als eine behandlungsbedürftige, schwere chronische Krankheit. Die Opioidsubstitutionsbehandlung als wissenschaftlich evaluierte Behandlungsform stellt sicher, dass opioidabhängige Menschen ein Medikament zur Reduktion bzw. Aufhebung des Suchtdrucks erhalten, etwa um eine weiterführende Therapie zu ermöglichen. Für viele Suchtkranke ist eine solche Therapie die einzige Möglichkeit, einen Weg aus der Abhängigkeit zu finden und sich gesundheitlich und sozial zu stabilisieren.

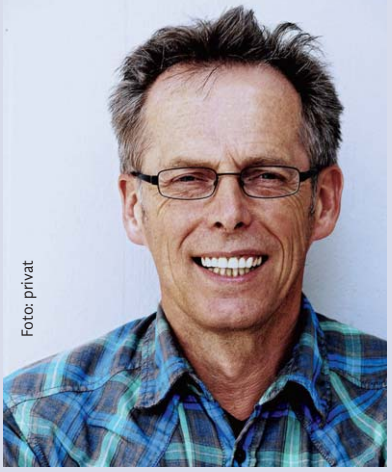


Foto: privat

Prof. Dr. Heino Stöver (Foto) ist Dipl.-Sozialwissenschaftler und seit 2009 Professor am Fachbereich „Soziale Arbeit und Gesundheit" sowie Geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung an der Frankfurt University of Applied Sciences. Er ist Mitbegründer und Vorstand von akzept e. V. (Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik). Kontakt per E-Mail: hstoever@fb4.fra-uas.de

Erhalten drogenabhängige Gefangenen eine Substitutionstherapie, bzw. können sie eine in Freiheit begonnene Therapie in Haft fortsetzen?

Stöver: Die BÄK-Richtlinie zur Substitutionstherapie gilt bundesweit und auch in Haft. Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass die Substitution dazu beitragen kann, Rückfälle in kriminelles Verhalten zu verhindern. Auch in Haft ist die Substitutionsbehandlung daher ein wichtiger Baustein der Suchttherapie. Sie kann die gesundheitliche Lage der betroffenen Gefangenen verbessern; außerdem ist nachgewiesen, dass substituierte Inhaftierte weniger stark in den Drogenhandel im Gefängnis involviert sind und sich häufiger in weiterführende Drogenbehandlungen begeben. Auch die Gefängnisse selbst können von der Substitutionstherapie profitieren, denn mit ihrer Hilfe lassen sich die Entzugssymptome von drogenabhängigen Inhaftierten besser kontrollieren und diese lassen sich besser in den Haftalltag integrieren.

Doch obwohl die Substitution opioidabhängigen Inhaftierten in über 40 Mitgliedstaaten des Europarats zur Verfügung steht, erhalten viele Inhaftierte in Deutschland keine Substitution. Oder aber diese ist mit hohen Hürden verbunden. Durchschnittlich werden bundesweit 24 % der opioidabhängigen Inhaftierten substituiert. Schätzungsweise 70 % der vor der Haft begonnenen Substitutionsbehandlungen werden während der Inhaftierung abgebrochen, oft entgegen den Richtlinien der BÄK. Auch wird Inhaftierten immer wieder eine Substitutionsbehandlung verweigert.

Besteht ein Anspruch auf Substitutionsbehandlung in Haft?

Stöver: Nach den Strafvollzugsgesetzen haben Inhaftierte einen Anspruch auf angemessene medizinische Behandlung – in Umfang und Qualität ausgerichtet an den Vorgaben des SGB V. Die Entscheidung über eine Behandlung darf dabei nicht durch unzureichende Ressourcen des Vollzuges beeinflusst oder durch nichtmedizinische Gründe abgelehnt werden. Auch hat die Vollzugsbehörde eine besondere Fürsorgepflicht, aus der Ansprüche der Inhaftierten erwachsen können, da sie keine freie Arztwahl haben, und daher nicht selbst für ihre medizinische Versorgung sorgen können. Auch bei der Substitution handelt es sich um eine Behandlung im Sinne der Strafvollzugsgesetze. Insofern kann ein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Substitution bei einer entsprechenden medizinischen Indikation bestehen.

Wie viele Inhaftierte befinden sich in Hessen in Substitutionstherapie?

Stöver: Schätzungsweise 166.000 Menschen in Deutschland sind opioidabhängig (Quelle: Münchner Institut für Therapieforschung). Nach Angaben der Drogenbeauftragten der Bundesregierung erhalten 79.700 (1.7.2019) Opioidabhängige eine Substitutionsbehandlung.

In Haft sind die Zahlen weit geringer: Während etwa zum Stichtag 1. Juli 2016 hessenweit 9.105 Substituierte gemeldet waren und die geschätzten Zahlen sich auf 15.898 Personen beliefen (Quelle: „Schätzung Opioidabhängiger in Deutschland", Münchner Institut für Therapieforschung), befanden sich zum 31. März 2020, Stichtag der jüngsten Erhebung, 352 drogenabhängige Inhaftierte in hessischen Gefängnissen in Substitutionsbehandlung. Meiner Meinung nach deckt diese Zahl den Bedarf nicht ab.

Woran liegt es, dass die Zahl der Substitutionsbehandlungen im Strafvollzug so niedrig ist?

Stöver: Das hängt mit mehreren Faktoren zusammen. So hinken die Vollzugsanstalten bei der Substitutionstherapie der Standardbehandlung sieben bis 15 Jahre hinterher. Die Gefangenen haben also nicht nur keine freie Arztwahl; sie sind auch vom Fortschritt der Medizin abgeschnitten.

Außerdem ist es nicht leicht, Ärzte für die herausfordernde Arbeit im Strafvollzug zu gewinnen; die Tätigkeit hat kein gutes Image. Daher tun die Landesjustizverwaltungen alles, um die wenigen Anstaltsärzte zu halten: So müssen diese beispielsweise keine Fortbildung absolvieren. Ein Manko, denn wer sich nicht im Bereich Substitutionstherapie fortgebildet hat, führt diese auch nicht durch.

Die Anstaltsärzte arbeiten in der Regel sehr lange in einem Gefängnis. Sie sind für die gesundheitliche Betreuung der Inhaftierten zuständig und müssen Ermessensentscheidungen fällen. Aufgrund ihrer Sachkunde haben die Ärzte einen Beurteilungsspielraum, der nur eingeschränkt von der Anstaltsleitung und den Gerichten kontrolliert werden kann. Wenn sich ein Arzt gegen Substitution wendet, bleibt den Gefangenen nur der Klageweg, um eine adäquate Behandlung zu bekommen. Aber es gibt auch sehr fortschrittliche Ärzte im Strafvollzug, die erfolgreiche Substitutionstherapien durchführen.

Wie stellt sich die Situation im bundesweiten Vergleich dar?

Stöver: Die Situation in deutschen Gefängnissen ist ausgesprochen heterogen und variiert je nach Bundesland. Es gibt Bundesländer, in denen Anstaltsärzte erst über den Klageweg dazu gebracht werden, eine Substitutionsbehandlung durchzuführen. Bayern war lange Zeit ein Negativbeispiel, da dort regelmäßig Behandlungen bei Haftantritt abgebrochen wurden. Vor vier Jahren hat ein Gefangener dagegen geklagt und es geschafft, bis vor den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte zu ziehen. Mit dem Urteil „Wenner gegen Deutschland" vom 1. September 2016 hat er dort Recht bekommen. Dieses Urteil hat damals international großes Aufsehen erregt und war ein Meilenstein. Seitdem hat sich Bayern bewegt.

Im Vergleich mit den anderen Bundesländern befindet sich Hessen im Mittelfeld. Vorreiter sind Bremen, wo es nur eine große Haftanstalt gibt, und Nordrhein-Westfalen (NRW). Dort wird allen Nachfragen nach einer Substitutionsbehandlung entsprochen. Das war nicht immer so: 2009 gab es in nordrhein-westfälischen Gefängnissen 18.000 Inhaftierte, von denen gerade einmal 100 bis 150 substituiert wurden. Das Gute ist: Die Verantwortlichen haben daraus Konsequenzen gezogen und 2010 mit beiden Ärztekammern – der Ärztekammer Nordrhein und der Ärztekammer Westfalen-Lippe – sowie engagierten niedergelassenen Ärzten eine ausgezeichnete Behandlungsempfehlung entwickelt. Mittlerweile gibt es in NRW ca. 2.500 Substituierte in Haft. Ein solches, von allen Beteiligten konsentiertes Konzept als Basis für die Behandlung existiert in Hessen nicht. Der Weg dorthin ist lang, aber erfolgsversprechend!

Interview: Katja Möhrle

Die Landarztquote. Zeichen für politisches Versagen

Immer mehr Bundesländer führen eine Landarztquote ein. Im Tausch gegen einen Studienplatz im Fach Humanmedizin verpflichten sich Studierende für ein Studium von mindestens sechs Jahren und eine Weiterbildung von fünf Jahren weitere zehn Jahre als Allgemeinarzt oder Allgemeinärztin in einem „unterversorgten Gebiet" in Hessen tätig zu werden. Die Dauer der Festlegung von 21 Jahren entspricht bei dieser Vertragsgestaltung in etwa dem Alter der Abiturienten bei dieser Entscheidung.

Was ist falsch an der Idee?

Zunächst der Inhalt. Die alleinige Fokussierung auf Allgemeinärzte ist eine monodimensionale Ausrichtung. Hausärztliche Internisten und Kinder- und Jugendärzte und andere Grundversorger fehlen. Schon jetzt werden Kassenarztsitze verschiedener Provenienz nicht besetzt. In naher Zukunft werden weitere Fachgebiete folgen.
Die räumliche Ausgestaltung unterliegt einem stetigen demografischen Wandel. In den kommenden zehn bis 15 Jahren wird der Ärztemangel sehr viele weitere Gebiete in Hessen erfassen. Das Durchschnittsalter der Kolleginnen und Kollegen in den „unterversorgten" Gebieten steigt. Die ländlichen Gebiete verwaisen. Behörden, Banken, der Einzelhandel wandern ab. Kränkere Patienten, weite Wege und Hausbesuche führen zu einer Überlastung des Systems. Wer will sich in jungen Jahren festlegen, dort zu arbeiten?
Ein dritter Punkt: Die demografische Entwicklung und der Morbiditätsverlauf des Patientenklientels. Dauer und Differenziertheit von Erkrankungen sind nicht mehr alleine durch den Allgemeinarzt zu bewältigen. Der Bedarf an ärztlicher Leistung geht viel weiter und tiefer als in dem vorliegenden Gesetzentwurf berücksichtigt. Telemedizin und Unterstützung von nicht-ärztlichen Berufen sind da schon eingerechnet.
Die ärztliche Tätigkeit auf dem Land und häufig auch in den Städten hat an Attraktivität verloren. Jede Gewerkschaft würde sich über die inhaltliche und zeitliche Belastung von niedergelassenen Ärtinnen und Ärzten beschweren. Die Arbeitsbedingungen in der Praxis (und in den Kliniken) mit Nacht- und Wochenenddiensten strotzen vor Bürokratie, Regulierungen und möglichen Regressen. Dies ist wenig attraktiv im Vergleich zu inzwischen gut dotierten Arbeitsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten ohne Patientenkontakt. Hören Ärzte heute früher auf?
Zu guter Letzt: Die zu geringe Anzahl der Studierenden und Absolventen in der Humanmedizin ist ein Problem der Politik. Natürlich erschweren Faktoren wie die Differenzierung der Medizin, eine adäquate Work-Life-Balance, häufigere Teilzeitarbeit im Angestelltenverhältnis die Nutzung der Ressource Arzt, das war aber absehbar. Für Nachwuchs wurde nicht ausreichend gesorgt, der Flaschenhals wird uns mindestens 15 Jahre begleiten. Diesen Flaschenhals mit Verträgen über mehr als 20 Jahre und existenzvernichtenden Strafen auszunutzen, ist schlicht unanständig.
Und doch müssen Ideen zusammengetragen werden, die die medizinische Versorgung in den ländlichen Bereichen nicht zusammenbrechen lassen. Die Förderung der Niederlassung müsste sich auf alle Grundversorger erstrecken. Immer mehr Internisten lassen sich im hausärztlichen Sektor nieder, Kinder- und Jugendärzte werden händeringend gesucht. Die Praxisführung muss vereinfacht werden. Für ältere Kolleginnen und Kollegen muss es attraktiv sein, die Rente zu verschieben.
Es muss auch zu einer besseren Nutzung der medizinischen Ressourcen kommen. Kooperationen, Medizinische Versorgungszentren und eine intelligente intersektorale Verzahnung auch unter verstärkter Nutzung der belegärztlichen Strukturen wären hilfreich. Eine Anpassung der gesetzlichen Regelungen und der Vergütungsstrukturen müssten rasch umgesetzt werden. Räumliche Schwerpunktbildungen erfordern eine gute Erreichbarkeit, die öffentlich sichergestellt werden muss. Für wirklich kranke Menschen müssen Transportdienste eingerichtet werden.
Die Ärzteschaft lässt die Menschen auf dem Land nicht im Regen stehen. Sie sucht nach Lösungen für das vertrackte und von der Politik durch mangelnde Investitionen in Humankapital verursachte Problem der ärztlichen Versorgung auf dem Land. Festlegungen von Abiturienten für die nächsten 25 Jahre und Strafen von 250.000 Euro für die Nichterfüllung sind politischer Aktionismus vor der nächsten Wahl. Die aktuellen Probleme werden damit nicht gelöst. Im Übrigen fehlen dann die Ärztinnen und Ärzte woanders.

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

Foto: Katarina Ivanisevic

Bundesprogramm fördert Ausbildungsplätze

Damit die Corona-Krise keine Krise für die berufliche Zukunft junger Menschen wird, hat die Bundesregierung zum 1. August eine neue Förderrichtlinie zum Bundesprogramm „Ausbildungsplätze sichern" erlassen. Kleine und mittlere Unternehmen (KMU), darunter fallen auch Arztpraxen, können diese Ausbildungsprämie beantragen. Die Prämie (2.000 € für jeden Neuabschluss bei Erhalt der Zahl der Ausbildungsplätze, 3.000 €, wenn die Zahl der Ausbildungsplätze damit steigt) wird für jeden Berufsausbildungsvertrag nach erfolgreicher Probezeit gewährt, der zwischen dem 1. August 2020 und dem 15. Februar 2021 beginnt. Damit können sich auch Praxen beteiligen, die bislang noch nicht ausgebildet haben. Der Ausbildungsbetrieb muss aber nachweisen, von der Corona-Krise besonders betroffen zu sein. Informationen gibt es auf der Website www.bmbf.de → „Bundesprogramm Ausbildungsplätze sichern" und bei der Agentur für Arbeit sowie auf der Website www.laekh.de. (red)

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

Foto: Westend61 – stock.adobe.com

Neue Angebote des Kompetenzzentrums Weiterbildung Hessen

Das Kompetenzzentrum Weiterbildung Hessen (KW Hessen), das Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin durch berufsbegleitende Seminare und ein strukturiertes Mentoringprogramm unterstützt, bietet in diesem Jahr verstärkt Seminare im ländlichen Raum an. Die bereits bestehenden Angebote in Bad Zwesten (Schwalm-Eder-Kreis) und Königstein (Hochtaunuskreis) werden nun durch Seminartage in Alsfeld (Vogelsbergkreis), Idstein (Rheingau-Taunus-Kreis) und Volkmarsen (Landkreis Waldeck-Frankenberg) ergänzt.

Der Seminartag in Alsfeld widmet sich dem Thema „Der palliative Patient in der Hausarztpraxis". Von der Klärung der palliativen Situation über die Beratung der Betroffenen hinsichtlich Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung bis hin zu Symptomkontrolle und Umgang mit Todeswunsch kann hier die optimale Betreuung palliativer Patienten in der Hausarztpraxis erlernt werden. Der Seminartag wird durch erfahrene Hausärztinnen und -ärzte aus der Region sowie Spezialisten aus dem Kreiskrankenhaus Alsfeld begleitet.

In Idstein und Volkmarsen bietet das KW Hessen spezielle Tage zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung Allgemeinmedizin an. Die teilnehmenden ÄiW können sich hier intensiv mit Fragen rund um den Themenkomplex Bewegung und Orthopädie (Idstein) sowie Psychosomatik mit Schwerpunkt akute Belastungsreaktion (Volkmarsen) auseinandersetzen. Nach einer inhaltlichen Auffrischung durch lokale Hausärztinnen und -ärzte folgt eine interaktive Prüfungssimulation mit Dr. med. Armin Wunder, der selbst als Prüfer bei der Landesärztekammer Hessen tätig ist.

Zusätzlich wird in diesem Jahr die Online-Teilnahme an Fallkonferenzen (gemeinsame Besprechung schwieriger Patientenfälle) zunächst in den Postleitzahlbezirken 34xxx (Nordhessen) sowie 65xxx (Region um Wiesbaden) angeboten. Sie sollen einmal monatlich wochentags abends für jeweils 45 Minuten stattfinden und werden von erfahrenen Hausärztinnen und -ärzten aus der Region geleitet. Die Fallkonferenzen starten, sobald sich genügend ÄiW dafür gemeldet haben.

Jana Groth
Prof. Dr. med. Erika Baum

Termine und Anmeldung Seminartage

- **28.08.2020** Der palliative Patient in der Hausarztpraxis (kostenpflichtig)
  Ort: Alsfeld, Villa Raab
- **18.09.2020** Vorbereitung auf die Facharztprüfung mit Schwerpunkt Bewegung (kostenlos)
  Ort: Idstein, Stadthalle
- **20.11.2020** Vorbereitung auf die Facharztprüfung mit Schwerpunkt Psychosomatik (kostenlos)
  Ort: Volkmarsen, Nordhessenhalle

- **Anmeldung** über das Online-Anmeldesystem des KW Hessen: www.zentrale-eintragung.de/am/wb/login/intro.php/
  Der QR-Code führt direkt auf die Website.

Anmeldung Fallkonferenzen per E-Mail an: weiterbildung-allgemeinmedizin@uni-marburg.de

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

Bücher

Sachsen – Wiege der Ärztlichen Selbstverwaltung

Sächsische Landesärztekammer (Hrg.). Nicht im Handel erhältlich. Bestellung per E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de, ISBN: 9783000652943, 15 €

Ihr 30-jähriges Bestehen hat die Landesärztekammer Sachsen (SLÄK) zum Anlass genommen, die Geschichte der sächsischen Ärzteschaft seit 1830 auf 470 Seiten in acht Kapiteln darzustellen: „Sachsen – Wiege der Ärztlichen Selbstverwaltung". Kammerpräsident Erik Bodendieck betont eingangs das Privileg der Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Die SLÄK hat sich als erste Ärztekammer der neuen Bundesländer nach der friedlichen Revolution im Mai 1990 nach 40 Jahren Sozialismus gegründet. Zur Gesundheitspolitik in der – heute schon fast vergessenen? – ehemaligen DDR ist zu lesen, dass hier die Überwachung durch die sog. Staatssicherheit offenbar kleiner ausfiel, als man zunächst erwarten würde (vgl. S. 261ff). Diesen „ostdeutschen" Teil der Geschichte der Ärzteschaft zu lesen, ist besonders interessant. „...Insgesamt war die Niederlassung zu DDR-Zeiten eine gute Möglichkeit, relativ ungestört vom System arbeiten zu können...", resümiert bspw. ein HNO-Arzt aus Leipzig. Repressalien, Missstände und Mängel gab es selbstredend auch. Verstöße gegen die Schweigepflicht insbesondere bei Angaben zu psychisch Erkrankten waren wohl relativ häufig (S. 263). Ausgewählte zeitgeschichtliche Abbildungen ergänzen die Kapitel – wie das schwer verdauliche Titelbild des Sächsischen Ärzteblattes vom 15. Mai 1933, das unter seinem Porträt Adolf Hitler als „rettende(r) Arzt des deutschen Volkes" tituliert (S. 178). Das Buch bietet insgesamt einen gelungenen Streifzug durch die vergangenen 200 Jahre. **Isolde Asbeck**

Serie: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 9: Die externe Qualitätssicherung – einrichtungs- und sektorenübergreifend

Dr. med. Friedemann Woernle, Dr. med. Björn Misselwitz

Foto: © Nizwa Design – Shutterstock.com

Verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses beschrieben, bilden eine wichtige Grundlage für die Patientensicherheit in Deutschland. Dazu gehört auch die externe Qualitätssicherung [1]. Was steckt hinter diesem Begriff? Welche Akteure, Verfahrensschritte und Handlungen sind damit verknüpft? Dr. med. Friedemann Woernle und Dr. med. Björn Misselwitz von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) erläutern in Teil 9 der Serie, wie sich diese Maßnahmen auf die Sicherheit in der Patientenversorgung auswirken.

Die Geschichte der externen vergleichenden Qualitätssicherung in Deutschland reicht mit der „Münchner Perinatalstudie" bis in die 1970er-Jahre zurück [2]. Heute ist sie im Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) verankert. Gemäß § 136 SGB V erlässt der von Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildete Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die für die Qualitätssicherung erforderlichen Richtlinien für Krankenhäuser und die vertrags(zahn-)ärztliche Versorgung.

Richtlinien für die Qualitätssicherung

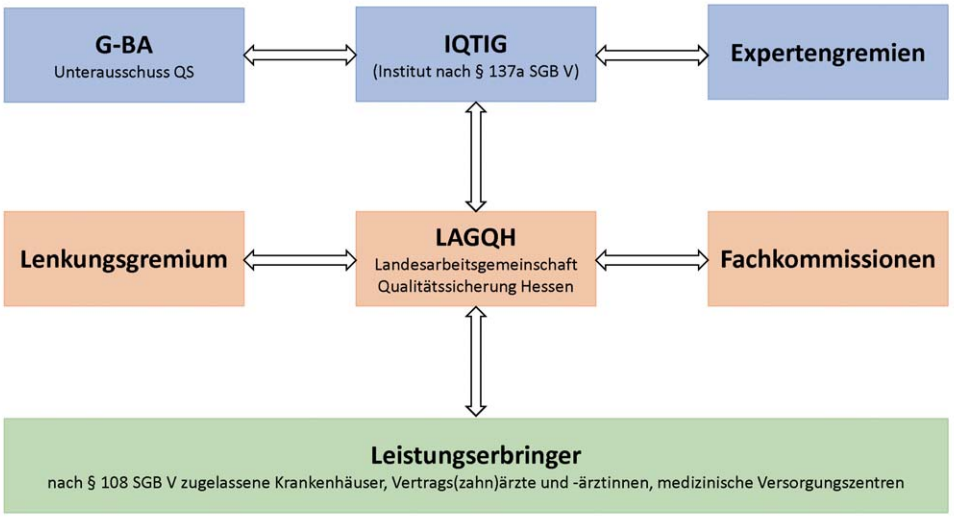
Zielte die erstmalig 2007 in Kraft getretene „Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern" (QSKH-RL) [3] noch auf die Qualitätsverbesserung ausschließlich in Krankenhäusern ab, so bezieht seit 2019 die „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung" (DeQS-RL) [4] ausdrücklich auch die an der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung beteiligten Leistungserbringer mit ein. In diesen Richtlinien ist jeweils festgelegt, in welchen medizinischen Leistungsbereichen welche Daten erfasst werden, welche Qualitätsindikatoren daraus berechnet werden und wie mit auffälligen Ergebnissen umzugehen ist. Weitere Regelungen können in Landesvereinbarungen getroffen werden. Eine Übersicht über die bundesweit und in Hessen erfassten Leistungsbereiche zeigt Tabelle 1.

Aufgabenverteilung in der externen Qualitätssicherung

Zur Umsetzung der Vorgaben der vom G-BA erlassenen Richtlinien sind sowohl auf Bundesebene als auch auf Landesebene entsprechende Institutionen eingesetzt (siehe Abb. 1): Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) [5] entwickelt im Auftrag des G-BA die bundesweit anzuwendenden Qualitätssicherungsverfahren

Tab. 1.: Übersicht über die aktuellen externen Qualitätssicherungsverfahren

QSKH-RL	Ambulant erworbene Pneumonie
	Gynäkologische Operationen
	Herzschrittmacherversorgung
	Hüftendoprothesenversorgung
	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
	Implantierbare Defibrillatoren
	Karotis-Revaskularisation
	Knieendoprothesenversorgung
	Mammachirurgie
	Perinatalmedizin (Geburtshilfe, Neonatologie)
	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Landesverfahren in Hessen	Multiresistente Erreger (MRE)
	Schlaganfall: Akutbehandlung
	Schlaganfall: Frührehabilitation (Phase B)
	Schlaganfall: Rehabilitation (Phase C/D)
DeQS-RL	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen
	Cholezystektomie
	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen
	Transplantationsmedizin
	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen



Grafik: Rechte bei den Autoren

Abb. 1: Vereinfachte Darstellung der Organisationsstrukturen auf Bundes- und Landesebene (gem. DeQS-RL)

und insbesondere die für die Berechnung der Qualitätsindikatoren erforderlichen Rechenregeln. Inhaltlich wird es dabei von Expertengremien beraten. Des Weiteren beteiligt sich das IQTIG selbst auch an der Durchführung von Qualitätssicherungsverfahren (bundesbezogene Verfahren wie Transplantationsmedizin bzw. Herzchirurgie). Auf Landesebene sind für die Durchführung der (landesbezogenen) Verfahren Landesarbeitsgemeinschaften eingesetzt. Auch diese werden durch Fachkommissionen inhaltlich beraten, insbesondere bei der Bewertung von auffälligen Indikatorergebnissen. Verantwortlich gegenüber dem G-BA für die ordnungsgemäße Umsetzung der Richtlinien auf Landesebene ist ein Lenkungsgremium. Stimmberechtigte Mitglieder im Lenkungsgremium sind Vertreter der Leistungserbringer (Landeskrankenhausgesellschaft, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung) und der Kostenträger (gesetzliche Krankenkassen). Des Weiteren sind der Verband der Privaten Krankenversicherungen, die Landesärztekammern, die Landesorganisationen der Pflegeberufe sowie Patientenvertreter beteiligt.

Qualitätsindikatoren als Messinstrument

Der grundsätzliche Ablauf eines jeden Qualitätssicherungsverfahrens beginnt mit der Datenerfassung bei den beteiligten Leistungserbringern (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte). Dabei kann es sich um Daten handeln, welche im Rahmen der Leistungsabrechnung routinemäßig erhoben werden (ICD-, OPS- oder EBM-Kodes), oder aber um allein zum Zweck der Qualitätssicherung separat erfasste Daten, wie beispielsweise Anamnesedaten, Untersuchungsergebnisse oder Verlauf und Ergebnis von medizinischen Leistungen. Zukünftig sollen auch Sozialdaten der Krankenkassen sowie Daten aus Patientenbefragungen verwendet werden. Aus diesen Daten werden gemäß der vom IQTIG bereitgestellten Rechenregeln Qualitätsindikatoren berechnet und die individuellen Ergebnisse den einzelnen Leistungserbringern jeweils im Vergleich zur landes- oder bundesweiten Vergleichsgruppe mitgeteilt.

Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung werden derzeit Prozess-Indikatoren (inklusive Indikationsstellung) und Ergebnis-Indikatoren eingesetzt. Prozess-Indikatoren können beispielsweise Maßzahlen für Leitlinien-Adhärenz sein, etwa bei der Frage, ob notwendige Maßnahmen ergriffen werden (z. B. rechtzeitige Antibiotikagabe bei ambulant erworbenen Pneumonien), ob bestimmte zeitliche Abläufe eingehalten werden (z. B. präoperative Verweildauer in der Unfallchirurgie) oder ob Eingriffe leitliniengerecht indiziert werden (z. B. Indikation und Systemwahl bei Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren). Ergebnis-Indikatoren hingegen beschreiben, wie häufig ein bestimmtes (meist unerwünschtes) Ereignis nach einer medizinischen Behandlung eingetreten ist (z. B. Komplikationsraten, Sterblichkeit). Eine Sonderform der Ergebnis-Indikatoren sind Follow-up-Indikatoren, bei welchen untersucht wird, ob im weiteren Verlauf nach einer Behandlung ein bestimmtes Ereignis auch einrichtungsüber-

Projekt der GQH: Das Peer Review „Cholezystektomie“

Seit 2014 werden in Hessen ärztliche Peer Review-Verfahren durchgeführt, um einen weiteren Beitrag zur Patientensicherheit zu liefern. Grundlage ist das Curriculum der Bundesärztekammer [6]. Teilnehmende Kliniken erhalten ein von der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) ausgestelltes Zertifikat.

Ein Peer Review ist dreigliedrig aufgebaut. Es beginnt mit einer Vorbereitungsphase, in welcher die teilnehmende Klinik einen Selbstauskunftsbogen ausfüllt. Eigentliches Kernstück des Peer Reviews ist dann der Klinikbesuch durch ein Team ärztlicher Peers. Auf Grundlage des Selbstauskunftsbogens wird ein kollegiales Gespräch „auf Augenhöhe“ geführt und eine oder mehrere Operationen begleitet. Anhand eines durch das Peer Review-Team erstellten Berichtes in Form einer SWOT-Analyse – Abkürzung für Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Risiken) – können mit der Klinik Ziele vereinbart werden, deren Erfüllung nach Ablauf eines halben Jahres abgefragt wird. In den vergangenen Jahren haben etwa 30 % der hessischen Kliniken am Peer Review Cholezystektomie teilgenommen. Rund 20 Viszeralchirurgen in leitender Position aus Kliniken der Regel- und Maximalversorgung in Hessen haben mittlerweile die Schulungen der LÄKH zum Peer durchlaufen.

greifend eintritt (z. B. Wechsel einer Endoprothese). Zur Beurteilung, wie ein Indikatorergebnis zu bewerten ist, werden Referenzbereiche definiert, welche rechnerisch auffällige von rechnerisch unauffälligen Ergebnissen differenzieren. Diese Referenzbereiche können als feste Raten definiert sein (beispielsweise orientiert an in der Literatur beschriebenen Komplikationsraten) oder jährlich neu als Perzentilen anhand der bundesweiten Verteilung der Ergebnisse berechnet werden. Der Aspekt der Patientensicherheit wird besonders deutlich bei den Sentinel Events. So werden unerwünschte Ereignisse bezeichnet, bei denen jeder aufgetretene Fall, unabhängig von der Gesamtrate, als auffällig zu bewerten ist (z. B. Sterblichkeit bei elektiven Eingriffen, kontraindizierte Eingriffe).

Datenvalidierung

Um sicherzustellen, dass die im Rahmen der Qualitätssicherung erfassten Daten korrekt sind, also nicht nur vollständig und vollzählig, sondern auch inhaltlich richtig dokumentiert werden, ist ein Datenvalidierungsverfahren vorgesehen. Hierbei wird über einen Abgleich mit den Abrechnungsdaten der Leistungserbringer ermittelt, ob alle dokumentationspflichtigen Fälle erfasst wurden (Vollzähligkeit). Ob pro Fall alle erforderlichen Daten dokumentiert wurden (Vollständigkeit), ebenso wie die Frage nach der Plausibilität der Daten, wird rechnerisch anhand von sogenannten Auffälligkeitskriterien überprüft. Sehr viel aufwendiger ist die Überprüfung der Richtigkeit der Qualitätssicherungsdaten, also ob die erfassten Daten mit der Realität, also der tatsächlich stattgefundenen Versorgung oder den spezifischen Patientenmerkmalen übereinstimmt. Hierzu wird in einem Stichprobenverfahren durch die Landesgeschäftsstellen bzw. durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein Abgleich zwischen Patientenakten und Qualitätssicherungsdaten vorgenommen.

Individuelle Bewertung von rechnerischen Auffälligkeiten

Liegt bei einem Qualitätsindikator eines Leistungserbringers ein auffälliges Ergebnis vor, heißt dies zunächst nur, dass ein gemessener Wert (Indikatorergebnis) von einem vorgegebenen Wert (Referenzbereich) abweicht. Diese rechnerische Auffälligkeit muss dann überprüft werden, um die Frage zu beantworten, ob tatsächlich auch eine verminderte medizinische Versorgungsqualität vorliegt. Hierfür ist ein Verfahren vorgesehen, in welchem zum einen dem betroffenen Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben wird, zum anderen aber auch Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung festgelegt werden. Diese Maßnahmen können Zielvereinbarungen sein (Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Durchführung von Audits), aber auch bis hin zur Empfehlung von Vergütungsabschlägen oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung reichen.

Benefit für die Patientensicherheit

Zusammenfassend hat sich die externe Qualitätssicherung in Deutschland ausgehend von einer geburtshilflich-kinderärztlichen Einzelinitiative über die Betrachtung von zunächst rein stationär erbrachten Leistungen hinaus weiterentwickelt – zu einem Instrument mit dem Ziel, auch über die stationär-ambulante Sektorengrenze hinweg der Patientensicherheit zu dienen und die Qualität in der medizinischen Versorgung zu sichern und zu fördern.

Foto: privat

Dr. med. Friedemann Woernle
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, war nach langjähriger klinischer Tätigkeit von 2013 bis 2018 Bereichsleiter Medizincontrolling am Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg. Seit 2019 ist er ärztlicher Mitarbeiter der GQH und seit 2020 deren Stellvertretender Leiter.

Foto: privat

Dr. med. Björn Misselwitz, MPH
hat nach seinem Medizinstudium berufsbegleitend Gesundheitswissenschaften studiert. 1997 kam er als ärztlicher Mitarbeiter zur Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH), deren Leiter er seit 2001 ist. Zusätzlich ist er seit Gründung im Jahre 2017 Leiter der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH).

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

Übersicht über die bisher erschienenen Folgen der Serie: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung — **Die Serie wird fortgesetzt.**

11/2019	Teil 1: Grundlagen
01/2020	Teil 2: Fehler, Verfahren und Akteure
02/2020	Teil 3: Qualitätssicherung in der Hämotherapie: Plädoyer für eine starke Fehlerkultur
03/2020	Teil 4: Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin: Verfahren von Ärzten für Ärzte
04/2020	Teil 5: Dr. med. Kyra Schneider: Patientensicherheit funktioniert nur im Team
05/2020	Teil 6: Im Konfliktfall – Die Patientenperspektive als Impuls für Verbesserungspotenziale nutzen
06/2020	Teil 7: CIRSmedical.de – Das Netzwerk der deutschen Ärzteschaft
07/08/2020	Teil 8: Patientensicherheit ist Mitarbeitersicherheit – Das Second-Victim-Phänomen
09/2020	Teil 9: Die externe Qualitätssicherung – einrichtungs- und sektorenübergreifend

Literatur zum Artikel:

Serie: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 9: Die externe Qualitätssicherung – einrichtungs- und sektorenübergreifend

von Dr. med. Björn Misselwitz, Dr. med. Friedemann Woernle

[1] Bundesministerium für Gesundheit. Patientensicherheit in Deutschland stärken. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/verbesserung-der-patientensicherheit.html oder via Kurzlink https://tinyurl.com/yy5ala9d (Zugriff 08.07.2020)

[2] Scharl, Anton; Berg, Dietrich. Perinatalerhebung: „Mutter" der QS-Maßnahmen. Dtsch Arztebl 2017; 114(4): A-154 / B-138 / C-138. https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=&typ=16&aid=185994&autor=Scharl%2C+A oder via Kurzlink https://tinyurl.com/yd6vpjbn (Zugriff 09.07.2020)

[3] Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern. https://www.g-ba.de/richtlinien/38/ (Zugriff 09.07.2020)

[4] Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. https://www.g-ba.de/richtlinien/105/ (Zugriff 09.07.2020)

[5] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. https://iqtig.org/ (Zugriff 09.07.2020)

[6] Bundesärztekammer (Hrsg.), Texte und Materialien zur Fort- und Weiterbildung. Band 30: Curriculum Ärztliches Peer Review. 2. Auflage 2013. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/CurrAerztlPeerReview2013.pdf oder via Kurzlink https://tinyurl.com/ybfc76nm (Zugriff 09.07.2020)

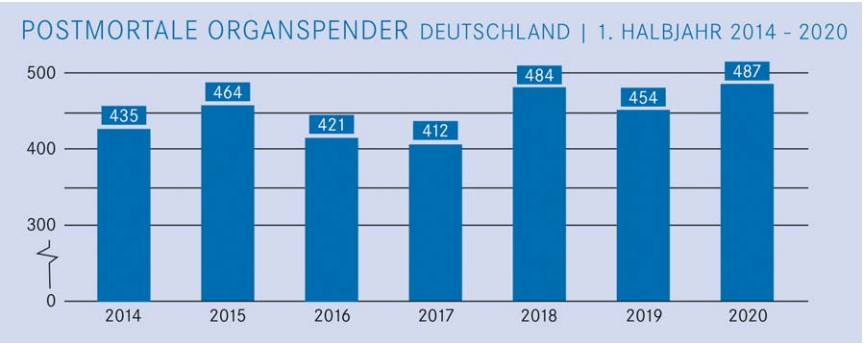
Veränderungen durch die Novellierung des Transplantationsgesetzes

Erfahrungen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) nach einem Jahr

Dr. med. Anja Brückel, Dr. med. Axel Rahmel, PD Dr. med. Ana Paula Barreiros

Am 1. April 2019 ist das „Zweite Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende" in Kraft getreten. Darin sind viele Maßnahmen enthalten, die die Rahmenbedingungen für die Organspende, insbesondere für die rund 1.200 Entnahmekrankenhäuser, erheblich verbessern. Folgende Neuerungen sind besonders hervorzuheben:

1. An erster Stelle steht die Stärkung der Position der Transplantationsbeauftragten (TxB) und ihrer Funktionen. Sie müssen nun verbindlich für ihre Tätigkeit freigestellt werden – das heißt Freistellung um mindestens 0,1 Stelle pro zehn Intensivbetten in der Klinik; in Transplantationszentren muss mindestens eine ganze Stelle dafür vorgehalten werden. Hat ein Entnahmekrankenhaus mehrere Intensivstationen, muss für jede Station mindestens ein TxB bestellt werden. Die Freistellung wird anders als in der Vergangenheit vollumfänglich mit 13.000 Euro pro 0,1 Stellenanteil einer Vollzeitkraft (VK) an die Krankenhäuser rückerstattet. Über die Freistellung der TxB und deren Tätigkeit muss jährlich bis zum 15. März Bericht erstattet werden. Hierzu stellt die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) eine Online-Plattform zur Verfügung und schreibt alle Krankenhäuser mit der Aufforderung um Übermittlung der notwendigen Daten rechtzeitig an.
2. Die Kliniken erhalten eine bessere, dem Aufwand entsprechende Finanzierung für die Organspende. Hierzu wurden differenzierte Pauschalen berechnet, die durch eine Komponente ergänzt werden, die ein Ausgleich für die besondere Inanspruchnahme der Infrastruktur des Krankenhauses ist. Insgesamt soll das Engagement für die Organspende nicht zu finanziellen Nachteilen führen, wie es in der Vergangenheit der Fall war.
3. Ein flächendeckendes Berichtssystem bei der Spendererkennung und -meldung ist nun ebenfalls gesetzlich verankert. Die Kliniken sind dazu verpflichtet, eine einheitliche Qualitätssicherung bei der Erkennung möglicher Spender durchzuführen. Sie müssen alle Todesfälle mit primärer und sekundärer Hirnschädigung erfassen und anonymisiert an die DSO sowie die Landesministerien übermitteln. Dazu erhalten die TxB Einsicht in die Patientenakten zur Auswertung des Spenderpotenzials. Die DSO stellt zur vereinfachten Auswertung online ein Programm (TransplantCheck 4) zur Verfügung, das den gesetzlich geforderten Datensatz unkompliziert ermittelt. Die Übermittlung der Daten an die oben genannten Stellen hat jährlich bis zum 30. Juni zu erfolgen.
4. Die Krankenhäuser erhalten bei Bedarf Unterstützung bei der Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (IHA). Hier ist eine flächendeckende Versorgung mit erfahrenen Konsiliar-Neurologen und -Neurochirurgen vorgesehen, die zum Beispiel Entnahmekliniken ohne Neurochirurgie oder Neurologie im Fall einer IHA-Diagnostik kurzfristig unterstützen. Die Beauftragung einer geeigneten Einrichtung soll bis zum Ende des Jahres 2020 erfolgen.
5. Des Weiteren ist die Angehörigenbetreuung erstmals im Gesetz verankert worden. Damit wurde sie nun auch formal in die Hände der DSO gelegt, die diese schon immer als Teil ihrer Aufgaben angesehen hat. Hierdurch wurde ein wichtiges Zeichen der Wertschätzung für die Organspende in der Gesellschaft gesetzt.



Das Gesetz vom April 2019 agiert somit aus Sicht der DSO an den richtigen Stellen, um die Voraussetzungen für die Organspende in den Kliniken zu verbessern. Dabei liegt der Fokus auf den TxB. Die neuen Regelungen geben ihnen ein offizielles Zeitkontingent, um sich flexibel um ihre verantwortungsvollen Aufgaben zu kümmern, z. B. im konkreten Fall einer Organspende oder für fachspezifische Fortbildungsmaßnahmen. Daneben müssen die Kliniken verbindliche Verfahrensanweisungen für den Organspendeprozess entwickeln und umsetzen. Gerne stehen die Koordinatoren der DSO dabei beratend zur Seite und unterstützen auch bei der Datenauswertung mittels TransplantCheck.

Veränderungen im ersten Jahr

Schon wenige Monate nach Inkrafttreten des novellierten Transplantationsgesetzes wurden in vielen Kliniken der Region Mitte

Umstrukturierungsmaßnahmen vorgenommen. Dabei stellte das Gesetz die Krankenhausverwaltungen vor zunächst nicht geringe Herausforderungen: Die Freistellung der TxB musste in den Klinikalltag implementiert und in Häusern der Maximalversorgung oder Transplantationszentren auf mehrere Intensivstationen und Fachbereiche aufgeteilt werden.

So wurden beispielsweise in einem Krankenhaus der Maximalversorgung der Region Mitte die Stellenanteile zunächst auf die verschiedenen Intensivstationen je nach Anzahl der dort im Schnitt gemeldeten möglichen Organspender gesplittet. Diese den Intensivstationen zugeteilten Stellenanteile wurden an jeweils ein bis zwei auf den Stationen fest eingeteilte Ärzte vergeben. Dem Haupt-TxB wurden zusätzliche Stellenanteile zur Koordinierung der oben beschriebenen Aufgaben zugesprochen. Auf diese Weise ist eine der tatsächlichen Arbeit entsprechende Aufteilung der Stellenanteile erfolgt und die jeweiligen Anteile wurden dem Stellenschlüssel der betreffenden Fachabteilungen zugefügt.

Inwieweit in der Region Mitte zunehmend pflegerische TxB benannt und ausgebildet werden (die pauschale Vergütung für ärztliche und pflegerische TxB ist identisch), bleibt abzuwarten. Pflegerische TxB unterstützen die ärztlichen Kollegen z. B. in der retrospektiven Bearbeitung der mittels TransplantCheck identifizierten Fälle und sind Ansprechpartner für ihre Kollegen, die häufig im Rahmen der Pflegetätigkeit als erstes eine mögliche Hirnstammareflexie bemerken. Gerade im Kontakt mit Angehörigen eines möglichen Organspenders hat es sich als hilfreich erwiesen, wenn pflegerische TxB, die sich im Organspendeprozess gut auskennen, direkt am Patientenbett für die Angehörigen zur Verfügung stehen und Fragen beantworten können.

Neue Wege zur Vernetzung

Unter diesem Motto kamen Ende Februar etwa 50 TxB der Region Mitte in Frankfurt am Main auf Einladung der Landesärztekammer Hessen zusammen, um sich über ihre Erfahrungen und auch Probleme im klinischen Alltag auszutauschen sowie spannenden Vorträgen zu lauschen. Die konstruktiven Diskussionen mündeten in dem Fazit, dass eine stärkere Vernetzung der TxB untereinander, insbesondere niederschwellig und auf digitaler Ebene, von allen Anwesenden gewünscht ist. Sabine Moos, TxB des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Standort Gießen, bekräftigte in der Abschlussrunde: „Ein Netzwerk der Transplantationsbeauftragten ist meiner Meinung nach wichtig, damit die Thematik Organspende in allen Krankenhäusern einen größeren Stellenwert im klinischen Alltag erfährt. Die Vernetzung ist in diesem Sinne auf zwei Ebenen relevant – innerhalb der eigenen Einrichtung und zwischen den TxB auf regionaler Ebene."

POSTMORTALE ORGANSPENDER DSO-REGION MITTE | 1. HALBJAHR

Bundesland	2018	2019	2020	Veränderung 2020 zu 2019
Hessen	37	29	31	+6,9%
Rheinland-Pfalz	13	25	34	+36,0%
Saarland	11	6	11	+83,3%
DSO-Region Mitte	61	60	76	+26,7%

Quelle der Grafiken: DSO

Auswirkungen auf die Organspende

2019 hat sich die Zahl der Organspender mit bundesweit 932 in etwa auf dem Niveau von 2018 gehalten. Es war nicht zu erwarten, dass sich die im letzten April angestoßenen strukturellen Maßnahmen innerhalb weniger Monate umsetzen lassen und einen sofortigen Anstieg der Organspenden bewirken. Positiv ragte jedoch die Region Mitte hervor: Im Vergleich zu 2018 verzeichnete sie eine Zunahme von 8,5 % auf 127 postmortale Organspender im vergangenen Jahr.

Gespannt blickte man daher auf die ersten Halbjahreszahlen 2020, inwieweit sich nun die erhoffte Wende bei den Zahlen zeigen würde. Erfreulicherweise nahmen trotz Corona-Krise die bundesweiten Spenderzahlen um 7,3 % im Vergleich zum Vorjahreszeitraum zu. Dass es zu keinem Einbruch oder starkem Rückgang wie insbesondere in Italien oder Spanien kam, lag an den gut vorbereiteten Kliniken, deren Intensivkapazitäten nicht ans völlige Limit kamen, und am außergewöhnlichen Engagement des Personals, trotz der erhöhten Belastung während dieser Zeit an die Organspende zu denken.

In der Region Mitte stiegen die Halbjahreszahlen gegenüber den anderen sechs DSO-Regionen sogar am stärksten im Vergleich zu 2019 an: Es ist ein Plus von 26,7 % bei den postmortalen Organspendern zu verzeichnen. Spitzenreiter ist dabei das Saarland mit einer Zunahme um 83,3 % im ersten Halbjahr. Es folgen Rheinland-Pfalz und Hessen mit einem Anstieg um 36 % bzw. um 6,9 %.

Ausblick

Die verbesserte Unterstützung der Krankenhäuser einerseits und die Qualitätssicherung andererseits, mit einem flächendeckenden Berichtssystem und damit der Schaffung von Transparenz, wurden im neuen Gesetz als wichtige Elemente implementiert, um die Situation der Organspende in den kommenden Jahren zu verbessern. Zum jetzigen Zeitpunkt ist es noch zu früh, um eine abschließende Aussage zu den Auswirkungen der Gesetzesänderung zu treffen. Die positive Entwicklung der Organspendezahlen der Region Mitte und die erfolgreiche Bewältigung der Covid-19-Infektionen lassen aber zuversichtlich auf die kommenden Monate blicken.

Dr. med. Anja Brückel
Ärztliche Koordinatorin
der DSO-Region Mitte

Dr. med. Axel Rahmel
Medizinischer Vorstand
Deutsche Stiftung Organtransplantation
Hauptverwaltung Frankfurt am Main

PD Dr. med. Ana Paula Barreiros
Geschäftsführende Ärztin
der DSO-Region Mitte

Kontakt:
Deutsche Stiftung Organtransplantation
Region Mitte
Haifa Allee 2, 55128 Mainz
E-Mail: mitte@dso.de

Ein Wegbereiter der Psychoanalyse in Deutschland

Gedenken an Prof. Dr. Dr. Horst Kächele * 18.02.1944 †28.06.2020

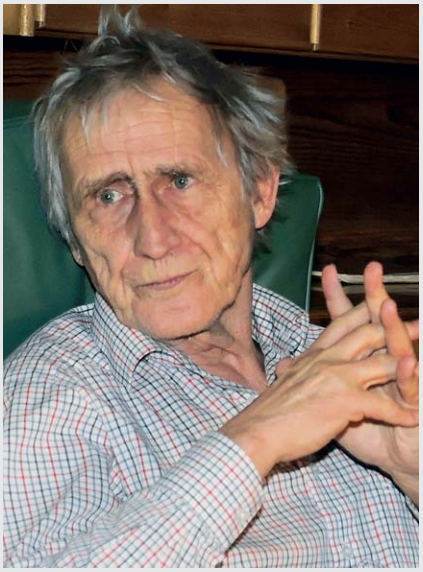


Foto: Dr. Wolfgang Merkle

Prof. Dr. Dr. Horst Kächele

Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele aus Ulm ist am 28. Juni 2020 nach langer schwerer Krankheit mit 76 Jahren verstorben. Er war nicht nur für Ulm und Baden-Württemberg ein bedeutender Arzt, Psychoanalytiker und Forscher, sondern deutschlandweit und international führend. Er hat der Psychoanalyse neue Impulse gegeben und sie auch im evidenzbasierten medizinischen Bereich vertieft. Mit ihm verlieren wir einen der international angesehensten deutschen Psychotherapie-Forscher, Initiator, Förderer, Lehrer, der vor allem fachübergreifend über alle Schulen für Ärzte und Psychologen für eine wirksame Psychotherapie und Psychosomatik kämpfte. Vor allem versuchte er, Brücken zu schaffen zu Parallelwissenschaften.

Kächele war ein von Neugier und Forschungseifer begeisterter Mensch, dem es in außergewöhnlichem Maße gelang, auch andere für die Ideen, die ihn beschäftigten, zu begeistern und Kooperationen auf den Weg zu bringen, anzustoßen und zu initiieren. Zu nennen sind insbesondere psychoanalytische Verlaufs- und Ergebnisforschung, somato-psychische Themen wie Abwehr und Bewältigung bei Knochenmarkstransplantation, Essstörungen sowie klinische Bindungsforschung und Neurobiologie. Hinzu kommen noch viele Themen, die er nachhaltig gefördert hat, zum Beispiel Musiktherapie, Ethik in der Medizin, Klinische Ökonomik und Forensische Psychotherapie.

Uns Studierende imponierte er damals durch immer wieder originelle und neue Angebote: Wir hatten bei ihm nicht nur Traumseminare, sondern auch Studentenbalintgruppen, Supervisionen, usw. In dieser Weise stimulierte er in uns früh das Interesse für die psychosozialen Seiten der Medizin und die Psychoanalyse im Speziellen, auch wenn uns sein Tempo manchmal zu überfordern drohte.

Er war von 1990 bis 2009 Inhaber des Lehrstuhls für Psychotherapie in Ulm und ab 1997 auch Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Ulm. In den 1990er-Jahren war er Präsident der Society for Psychotherapy Research und förderte den Aufbau der Therapieforschung in Lateinamerika.

Horst Kächele betonte es immer wieder – auch im Widerspruch mit vielen Analytikern – wie wichtig es für die psychoanalytische Methode in der Wissenschaftswelt sei, sich nicht nur auf heuristische Forschung, sondern auch auf empirische Forschung zu beziehen.

Er war einer der wenigen DFG-Gutachter aus unserem Fachgebiet und hat das Fach auch im Rahmen dieser Förderungen deutlich vorangebracht. Weiterhin leitete er den DFG-Sonderforschungsbereich 129 „Psychotherapeutische Prozesse“. Als Leiter der Forschungsstelle Psychotherapie in Stuttgart gelang es ihm, eine der weltweit größten Studien zur stationären Behandlung von Essstörungen und viele weitere bedeutende Projekte zu initiieren. In seiner Begabung, eine Diskussion auch durch vermeintliches „Querdenken“ kreativ zu bereichern, war er unübertroffen, Widerspruch war ihm ein tiefes fruchtbares Bedürfnis.

Als er im Jahr 1990 in der Nachfolge von Helmut Thomä den Lehrstuhl Psychotherapie in Ulm übernahm, hatte er einhundert Arbeiten veröffentlicht. Inzwischen gibt es das von Helmut Thomä und ihm herausgegebenen Lehrbuch in ca. 20 Weltsprachen, in vielen Sprachen längst erweitert um einen dritten Band und mehrfach aktualisiert, und seine Publikationsliste umfasst knapp 900 Arbeiten.

Einzigartig waren die jährlichen Tagungen der Ulmer Werkstatt, zu der die angesehensten Fachvertreter aus aller Welt kamen. Die Liste seiner Koautoren umfasst knapp 400 Namen; mit vielen hat er über Jahrzehnte eng kooperiert. Von seinen zahlreichen Vortrags- und Kongressreisen brachte er jeweils neue Studierende, Kliniker und Wissenschaftler/-innen mit, von denen einige für Wochen, andere für Jahre oder sogar auf Dauer in Deutschland blieben, andere nach ihrem Aufenthalt das hier Gelernte in ihre Heimatländer zurücktrugen und dort weiterentwickelten und verbreiteten. Schon einen Tag, nachdem er emeritiert war, setzte er seine Tätigkeit ab 1. Oktober 2009 an der neu gegründeten Internationalen Psychoanalytischen Universität in Berlin mit großem Erfolg fort.

Ein persönliche Note war seit Ende der 1970er-Jahre das Hintertuxer Seminar im Winter, eine wunderbare Idee, die Welt der Berge, des „vital pleasures“, und intensives Diskutieren mit einer Gruppe von internationalen Analytiker und Therapeuten sowie Studenten über schwierige, interessante Patienten, über neue Techniken, und kontroverse Theorien zu verbinden.

Horst Kächele hinterlässt nicht nur ein großartiges Lebenswerk, sondern viele dankbare und trauernde Menschen, einschließlich seiner Frau und drei Töchter, die seinen Weg begleiten durften und ihn jetzt vermissen. Seine Spuren werden noch lange in uns weiterleben.

Dr. med. Wolfgang Merkle
Chefarzt Psychosomatische Klinik
Hospital zum heiligen Geist Frankfurt

Zahl ärztlicher Behandlungsfehler in Hessen nahezu unverändert

Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen erkennt 115 Behandlungsfehler im Jahr 2019 an

Während die im Jahre 2019 bei der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen gestellten Anträge wegen vermuteter Behandlungsfehler mit 872 gegenüber dem Vorjahr (899) leicht gesunken sind, ist die Zahl der festgestellten Behandlungsfehler nahezu gleichgeblieben. So bejahte die Gutachter- und Schlichtungsstelle in 115 (27,1%) der 424 gutachterlich abschließend geprüften Verdachtsfälle Behandlungsfehler von Ärztinnen und Ärzten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Zum Vergleich: 2018 waren 110 (26,6 %) der begutachteten Verdachtsfälle als Behandlungsfehler eingestuft worden.

Die meisten Behandlungsfehlervorwürfe wurden 2019 auf dem Fachgebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie erhoben, gefolgt von Allgemeinchirurgie, Frauenheilkunde und Innere Medizin. Von den 424 gutachterlich geprüften Patientenvorwürfen entfielen 72 auf die Orthopädie, 71 auf die Unfallchirurgie, 45 auf die Allgemeinchirurgie, 30 auf die Frauenheilkunde und 20 auf die Innere Medizin.

In 210 der 424 gutachterlich überprüften Verdachtsfälle ergingen Kommissionsentscheidungen. „Auch wenn die Kommissionsverfahren die Bearbeitung verlängern, erhöhen sie dank des zugrundeliegenden Mehraugenprinzips die Glaubwürdigkeit der eingeholten Gutachten“, erklärt Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen. Bei der Bearbeitung stehe nicht die Quantität, sondern die Qualität im Vordergrund. Im Kommissionsverfahren, einem zweitinstanzlichen Verfahren vergleichbar, wird das eingeholte Gutachten noch einmal von mindestens zwei weiteren ärztlichen Sachverständigen und einem Juristen überprüft.

„Jeder Fehler ist ein Fehler zu viel“, betont Pinkowski. Dennoch lasse sich aus den nur geringfügig gestiegenen Fallzahlen in Hessen kein Qualitätsverlust in Klinik und Praxis ablesen. „Ärztinnen und Ärzte setzen sich engagiert für die Heilung ihrer Patienten, ihre Sicherheit und die Qualität der Behandlung ein. Patientensicherheit ist der Grundwert ärztlichen Handelns.“ Um dieser Maxime gerecht zu werden, habe die Ärzteschaft vielfältige Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fehlerprävention entwickelt, die in Kliniken und Praxen längst zum Alltag gehörten. „Wichtig ist, dass wir Ärzte uns täglich unserer Verantwortung für unsere Patienten bewusst sind“, so Pinkowski weiter: „An Arbeitgeber und Politik appelliere ich einmal mehr, das Gesundheitswesen von kommerziellen Zwängen zu befreien, Ärzte von administrativen Aufgaben zu entlasten und auf die Einhaltung der Arbeitszeit zu pochen, um damit die Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Patientenbehandlung zu verbessern.“

Alla Soumm

Gutachter- und Schlichtungsstelle

Die organisatorisch bei der Landesärztekammer Hessen angesiedelte, unabhängige Gutachter- und Schlichtungsstelle wird von Juristen, ehemaligen Vorsitzenden Richtern des Bundes und der Länder, geleitet. Sie überprüft ärztliche Behandlungen auf behauptete Fehler in einem freiwilligen, für den Antragsteller kostenlosen Verfahren.

Das Verfahren vor der Gutachterstelle soll zur Klärung von Streitigkeiten zwischen Patienten und Ärzten beitragen, die durch den Vorwurf eines Behandlungsfehlers entstanden sind. Informationen und Kontakt dazu im Internet unter: www.laekh.de/die-kammer/ausschuesse-kommissionen/kommissionen/gutachter-und-schlichtungsstelle/.

Dort kann auch ein „Wegweiser für das Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle“ heruntergeladen werden.

Gemeinsam gegen Kindesmissbrauch: Helft Kindern und schaut nicht weg!

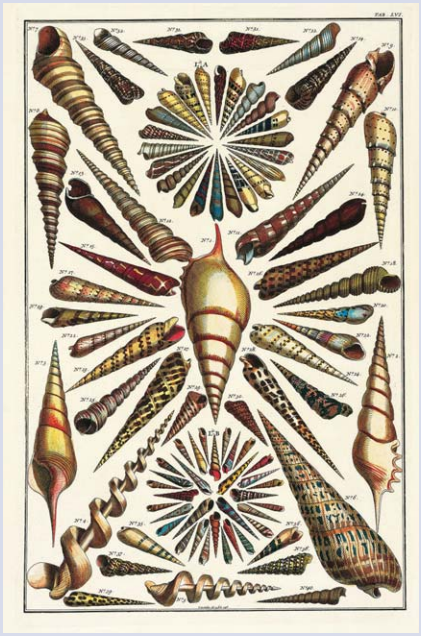
Die Sicher-Stark-Organisation (im Internet: www.sicher-stark-team.de) ruft dazu auf, gerade jetzt auf Kinder zu achten, die in den vergangenen Wochen aufgrund der Ausgangsbeschränkungen wenig sichtbar waren. Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen finde täglich, real und überall statt. Die meisten Fälle blieben unerkannt und würden auch nicht zur Anzeige gebracht. Deshalb sei es wichtig, dass Personen aus dem Umfeld von Kindern handeln, wenn sie einen Verdacht haben oder sich Sorgen um ein Kind machen. Auf der Website Sicher-Stark.de gibt es viele Tipps, wie man aktiv helfen kann. Hilfsbereite Erwachsene finden auf den Sicher-Stark-Seiten unter anderem Flyer und Plakate, die sie ausdrucken und in ihrem Umfeld verbreiten können, ein Präventionspodcast rundet das Angebot ab. (red)

Albertus Seba: Cabinet of Natural Curiosities – Das Naturalienkabinett

TAB. LXVII. 1–3 Serpentes. 1–2 Schlangen, nach Seba aus Surinam. 3 Schlange, nach Seba aus Brasilien.

Es ist ein prächtiger Bildband, der mit farbenfrohen Zeichnungen teils bizarrer Geschöpfe einen Einblick in die Naturgeschichte des 18. Jahrhunderts gibt. Albertus Seba (1665–1736) war ein erfolgreicher Apotheker in Amsterdam – seinerzeit neben den Ärzten eine Profession, die eng mit der Entstehung empirischer Wissenschaften verknüpft war. Heilmittel wurden aus Tieren, Pflanzen und Mineralien nach überlieferten Rezepten und eigenen Erprobungen aus hauseigenen Beständen eigenhändig hergestellt.

Seba kümmerte sich in der Hafenstadt um die Versorgung der Schiffsleute mit Arzneien aus seinem Labor und sammelte im Gegenzug alle möglichen Naturalien ein, die aus der ganzen Welt mitgebracht wurden. Seine erstaunliche und beispiellose Sammlung von Tieren, Pflanzen und Insekten aus aller Welt erlangte noch zu seinen Lebzeiten internationalen Ruhm. Er stand im Kontakt mit weiteren Forschern und Sammlern in ganz Europa, verkaufte Dubletten, ja seine ganze erste Sammlung im Winter 1717 an den russischen Zaren Peter den Großen.



TAB. LVI. Indopazifische und karibische Turmschnecken, Schraubenschnecken, Turmdeckelschnecken und Flügelschnecken.

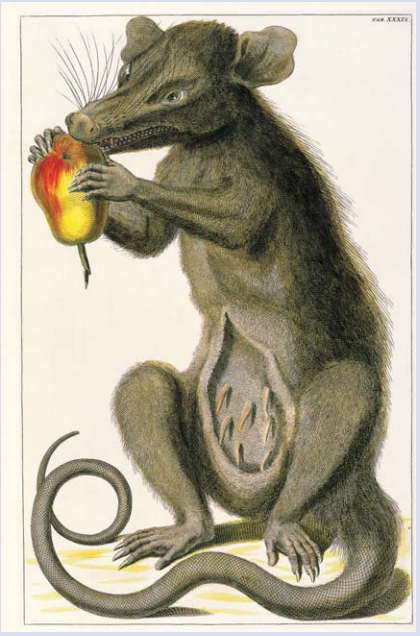
Von den Einnahmen baute er seine zweite, noch umfangreichere Sammlung auf. Sein Ziel war die Herausgabe eines Thesaurus, ein Bildwerk mit naturkundlichen Tafeln. Diese ließ Seba kostenintensiv von verschiedenen Künstlern seiner Zeit anfertigen und zusätzlich kolorieren. Das Farbspiel oblag dann manchmal auch der künstlerischen Freiheit, zumal die meist in Alkohol eingelegten Vorbilder zusammengerollt und verblasst waren.

Zu dieser Zeit war Albertus Seba mit seinem Interesse nicht allein – vielerorts nutzten Adlige oder Vermögende den Import aus den Kolonien zum Aufbau verschiedenster Kuriositätenkabinette. Die kunstvollen Zeichnungen der Frankfurterin Maria Sibylla Merian (1647–1717), die nach Südamerika reiste, haben maßgeblich die Gestaltung des ersten Thesaurus-Bandes beeinflusst, weil Merian auch den Lebensraum lebendig darstellte (siehe HÄBL 01/2018, S. 28).

Am Ende teilten sich Seba und zwei Verlage die Kosten des auf vier Bände konzipierten Werkes, es entstanden 446 Tafeln, davon 175 als Doppelseite. Damit wurde sein umfassender Thesaurus der organismischen Vielfalt Grundlage der weiteren Naturforschung. Neben Kuriositäten (fliegende Katzen und Hunde) und Abnormitäten (siamesische Zwillinge) fanden am Rande auch Fabelwesen Eingang in sein Werk – die Seba als Kind seiner Zeit durchaus für real hielt.

Aus heutiger Sicht haben sich in die Darstellungen viele Fehler eingeschlichen, neben Farbgebung auch Beinstellungen, Anzahl von Beinen und Körpersegmenten, spiegelverkehrte Windungen und Öffnungen etc. Die Grenze zur Fiktion wurde manchmal auch in den Beschreibungen überschritten.

Darüber informiert die Einleitung der Autoren Irmgard Müsch, Jes Rust und Rainer Willmann. Der schöne Nachdruck aus dem Taschen Verlag reproduziert alle nunmehr 449 Tafeln nach dem prächtigen handkolorierten Exemplar aus der Koninklijke Bibliotheek in Den Haag. Angesichts des Umfangs und der Druckqualität erscheinen die Kosten von 50 € für das bibliophile Werk als wohlfeil.



TAB. XXXIX. Didelphis marsupialis. Southern common opossum. Beutelratte.

Isolde Asbeck

Albertus Seba: Cabinet of Natural Curiosities – Das Naturalienkabinett
www.taschen.com, Hardcover,
752 Seiten, 14x19,5 cm, 1.30 kg, 50 €,
ISBN 9783836569064

Einladung zur 8. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 16. Wahlperiode 2018–2023

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur 8. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Wahlperiode 2018–2023 lade ich Sie für
Mittwoch, 16. September 2020, um 9 Uhr s. t.
in die Stadthalle Friedberg, Am Seebach 2, 61169 Friedberg, ein.

TAGESORDNUNG

1. **Begrüßung und Grußwort des Staatsministers Kai Klose**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Genehmigung der Beschlussprotokolle der**
   5. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 25. September 2019 und der
   6. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 23. November 2019
4. **Bericht des Präsidenten und Aussprache**
5. **Versorgungswerk**
   a) Jahresabschluss 2019
   b) Erhöhung der Renten zum 01.01.2021, Erhöhung der erworbenen Anwartschaften
   c) Bestimmung der Wirtschaftsprüfer für die Jahresabschlussprüfung 2020
   d) Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung
   e) Nachwahl eines Mitgliedes des Vorstandes
6. **Jahresabschluss 2019**
   a) Bericht des Vorsitzenden des Finanzausschusses/der stellvertretenden Vorsitzenden des Finanzausschusses
   b) Bericht des Wirtschaftsprüfers
   c) Feststellung des Jahresabschlusses 2019
   d) Entlastung des Präsidiums für das Jahr 2019
7. **Nachwahlen**
   a) Mitglied des Ausschusses Hilfsfonds
   b) Vorsitzende und stv. Vorsitzende der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen
   c) zur Besetzung des Berufsgerichts für Heilberufe bei dem Verwaltungsgericht Gießen mit ehrenamtlichen Richterinnen und Richtern
8. **Wahl der Abgeordneten zum 124. Deutschen Ärztetag 2021 in Rostock**
9. **Änderungen von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen**
   a) Änderung der Hauptsatzung
   b) Änderung der Geschäftsordnung
   c) Änderung der Weiterbildungsordnung
   d) Änderung der Satzung der Ethik-Kommission
   e) Änderung der Kostensatzung
   f) Änderung der Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle
   g) Änderung Qualifikation Leitender Notarzt
10. **Sachstandsbericht – Umsetzung der Weiterbildungsordnung 2020**
11. **Anträge zum Bericht des Präsidenten**
12. **Verschiedenes**

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 1. Juli 2020

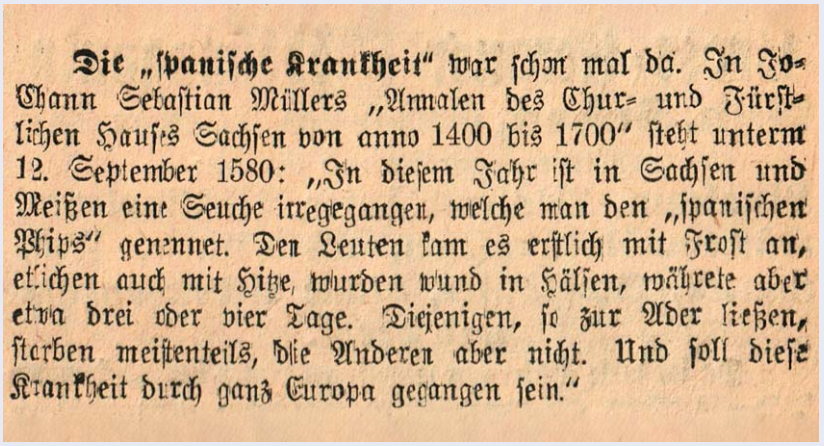
Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Geburtstage

Die Spanische Grippe

Aus dem „Groß-Gerauer Kreisblatt vom 15. Juli 1918



Die „ſpaniſche Krankheit“ war ſchon mal da. In Johann Sebaſtian Müllers „Annalen des Chur- und Fürſtlichen Hauſes Sachſen von anno 1400 bis 1700“ ſteht unterm 12. September 1580: „In dieſem Jahr iſt in Sachſen und Meißen eine Seuche irregegangen, welche man den „ſpaniſchen Phips“ genennet. Den Leuten kam es erſtlich mit Froſt an, etlichen auch mit Hitze, wurden wund in Hälſen, währete aber etwa drei oder vier Tage. Diejenigen, ſo zur Ader ließen, ſterben meiſtenteils, die Anderen aber nicht. Und ſoll dieſe Krankheit durch ganz Europa gegangen ſein.“

Foto: Kreisblätter und Unterlagen aus dem Stadtmuseum Groß-Gerau

Der Artikel aus dem „Groß-Gerauer-Kreisblatt“ als „Faksimile“ dargestellt. Die Transkription ist nachfolgend abgedruckt.

Die „spanische Krankheit“ war schon mal da. In Johann Sebastian Müllers „Annalen des Chur - und Fürstlichen Hauses Sachsen von anno 1400 bis 1700“ steht unter dem 12. September 1580: „In diesem Jahr ist in Sachsen und Meißen eine Seuche irregegangen, welche man den „Spanischen Phips“ genennet. Den Leuten kam es erstlich mit Frost an, etlichen auch mit Hitze wurden wund in Hälsen, währete aber etwa drei oder vier Tage. Diejenigen, so zur Ader ließen, starben meistenteils, die Anderen aber nicht. Und soll diese Krankheit durch ganz Europa gegangen sein.“

Vor 100 Jahren tobte weltweit die spanische Grippe. Ihr fielen 20 bis 50 Millionen Menschen zu Opfer, bei einer Gesamtbevölkerung von seinerzeit 1,8 Milliarden Menschen auf Erden. Wir haben heute (Stand 4. August 2020) bei einer Bevölkerungszahl von ca. 7,8 Milliarden 694.715 Covid-19-Opfer zu beklagen (Johns Hopkins University). Die Pandemie traf seinerzeit auf eine erschöpfte, vom Weltkrieg gezeichnete Bevölkerung. In den verarmten Massenunterkünften herrschte Unterernährung, es grassierten Krankheiten wie Cholera und insbesondere die Tuberkulose war verbreitet. Zum Glück sind die Bedingungen heute anders. Das durchschnittliche Sterbealter unserer Bevölkerung in Deutschland lag im Jahr 2018 bei 79 Jahren (Statistisches Bundesamt), das Sterbealter der an der Covid-19-Erkrankung Verstorbener wird im Durchschnitt mit 81 Jahren angegeben (Robert Koch-Institut). Die Reproduktionszahl liegt seit dem 20.03.2020 um plus-minus 1, der Lockdown wurde am 23.03.2020 begonnen.

Für die Akzeptanz durch die Gesellschaft und auch für die Rechtmäßigkeit einer Staatshandlung halte ich es für unerlässlich, dass die ergriffenen Maßnahmen angemessen, zweckmäßig und zielführend sind. In Anbetracht der bereits erkennbaren „Kollateralschäden“ erscheinen Angemessenheit und Zweckmäßigkeit jedoch nicht immer als gegeben. Die durch die Pandemiebekämpfung resultierenden anderweitigen gesundheitlichen und auch psycho-sozialen Schäden werden bisher weder berücksichtigt noch systematisch erfasst und dargestellt. Ich denke hier zum Beispiel an aus Angst oder aus Kapazitätsgründen verschobene oder gar unterbliebene Behandlungen, psychische (und körperliche?) Schäden durch räumliche Enge, zu erwartende wirtschaftliche Schwierigkeiten zahlreicher Bürgerinnen und Bürgern – mit steigender Konfliktträchtigkeit und Suizidalität.

Auch die Beeinträchtigung der Ausbildung und der sozialen Entwicklung ganzer Schuljahrgänge sei hier erwähnt. Erste Untersuchungsergebnisse zur Wirkung längerer Isolierungsmaßnahmen auf Jugendliche werden gerade veröffentlicht (Universität Leipzig).
All diese Effekte und Gefahren lassen sich durch ein Füllhorn aus Steuermittel (200 bis 1.500 Milliarden Euro, je nach Zählweise) nicht einfach entschärfen. In der Gesamtbetrachtung darf die Behandlung einer Erkrankung nicht schlimmer sein als die Krankheit selber – siehe das historische Beispiel Spanischer Phips.

Michael Andor
Präsidiumsmitglied der LÄKH,
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Groß-Gerau

Foto: Katarina Ivanisevic

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

Bücher

Ingrid Mühlhauser:
Unsinn Vorsorgemedizin.
Wem sie nützt, wann sie schadet

rororo, 224 Seiten, Taschenbuch,
ISBN 9783499632556, € 10

Vorsorgeuntersuchungen nehmen einen immer größeren Teil der Arbeitszeit insbesondere von Fachärztinnen und -ärzten in Anspruch. Bei Kindern etwa ist die Inanspruchnahme von der U4 bis zur U9 in Hessen gesetzlich vorgeschrieben, und die Inhalte werden ständig erweitert. Aber wem nützen diese vielen und immer aufwändigeren Untersuchungen? Ingrid Mühlhäuser ist in der Frage nachgegangen, ob Früherkennung – die ja keine wirkliche Prävention, sondern eben nur früheres Erkennen bereits bestehender Erkrankungen ist, wirklich nutzt oder nicht vielmehr sonst Gesunde in unverantwortlicher Weise beunruhigt, zu Patienten macht und ihnen damit letztlich schadet. Die vorgeburtliche Diagnostik in ihrer oft zweifelhaften Konsequenz ist demnach ebenso auf den Prüfstein zu stellen wie die jährlich empfohlene Früherkennung auf Gebärmutterhalskrebs, das Mammographiescreening oder andere Krebsfrüherkennungsmaßnahmen, etwa Darmspiegelungen oder Prostatauntersuchungen, abgesehen von den vielen Laboruntersuchungen, die immer ein „Wiederholungsrisiko“ in sich bergen und selten wirklich dem Ausschluss von Erkrankung dienen können.
Die Autorin ist Internistin und Professorin für Gesundheitswissenschaften in Hamburg. Sie war von 2015 bis 2017 Vorsitzende des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierter Medizin (www.ebm.de), das sich auf wissenschaftlicher Basis damit beschäftigt, welche medizinischen Maßnahmen bewiesenermaßen in der Fürsorge für die ganze Bevölkerung sinnvoll sind. Alle ihre Aussagen sind gut belegt und abgesichert. Es ist zu hoffen, dass das preiswerte, eher als Patientenratgeber gedachte Büchlein auf dem Weg zu einer kompetenten informierten Entscheidungsfindung mit dem Recht der Verweigerung, eine allgemeine Verbreitung erfährt. Denn nicht jedes Wissen ist ein Segen, und es muss auch ein Recht auf Nichtwissen geben.

Dr. med. Stephan Heinrich Nolte
Kinder- und Jugendarzt,
Psychotherapeut

Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Mabuse Verlages.

Wir gedenken der Verstorbenen

Foto: © bittedankeschön – stock.adobe.com

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

Medizinische Fachangestellte

Die LÄKH-Abteilung „Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte“ informiert

Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2020

Bei der Abschlussprüfung Sommer 2020 haben zwei Medizinische Fachangestellte den praktischen und den schriftlichen Teil der Abschlussprüfung mit der Note „sehr gut“ abgeschlossen. **Yasmin Engist** (94 Punkte schriftlich/98 Punkte mündlich) aus der Gemeinschaftspraxis Dres. med. Sigrid, Klaus und Stefan Graafen in Flörsheim. Sowie **Birgit Mardeis** (92 Punkte schriftlich/92 Punkte mündlich) aus der Praxis Kai Götte in Friedrichsdorf.

Insgesamt haben am schriftlichen Teil der Abschlussprüfung **815** Prüflinge teilgenommen, von denen **710** bestanden haben. **811** Prüflinge haben am Praktischen Teil der Abschlussprüfung teilgenommen, von denen **655** bestanden haben. Die detaillierten statistischen Angaben zu der Sommerprüfung 2020 können demnächst unter www.laekh.de/aktuelles abgerufen werden.

Eignungstest für den Beruf der MFA

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

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

Der Test ist kostenfrei und – ausschließlich für hessische Ärztinnen und Ärzte – über die Landesärztekammer Hessen erhältlich. Er kann telefonisch unter 069 97672-154/155 oder per E-Mail: Med.Fachangestellte@laekh.de angefordert werden. Vor dem Hintergrund sinkender Bewerberzahlen empfehlen wir, frühzeitig Auszubildende zu suchen.

Prüfungstermine für MFA 2021/2022

Zwischenprüfung 2021: Mi., 31. März 2021

Abschlussprüfungen
Sommerprüfung 2021:
Schriftliche Prüfung: Mi., 5. Mai 2021
Praktische Prüfung und Ergänzende mündliche Prüfung:
28. Juni bis 11. August 2021
(Prüfungsblock in Bad Nauheim vom 28. Juni bis 7. August 2021)

Winterprüfung 2021/2022:
Schriftliche Prüfung: Mittwoch, 1. Dezember 2021
Praktische Prüfung und Ergänzende mündliche Prüfung:
17. Januar bis 1. Februar 2022
(Prüfungsblock in Bad Nauheim voraussichtlich vom 17. bis 29. Januar 2022)

Informationen im Internet unter:
www.laekh.de → MFA

Impressum

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

Redaktionsassistenz: 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: haebl@laekh.de
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

Geschäftsführung: 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 € 137,38
(01.07.0 – 31.12.2020)
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 78,50 (01.07.0 – 31.12.2020)
Einzelheftpreis € 13,74 (01.07.0 – 31.12.2020), Preise inkl. Porto und 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: DAAEDEDD

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 2. Quartal 2020:
Druckauflage: 37.968 Ex.; Verbreitete Auflage: 37.744 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