

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 12 | 2020
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 81. Jahrgang



Jung und mobil

Titelbild: © Katja Möhrle/Newsletter: ©Andrii – stock.adobe.com

Corona-Pandemie

Im Gespräch mit Prof. Sandra Ciesek und Dr. Susanne Johna zum Umgang mit Sars-CoV-2

CME-Fortbildung: Dyspnoe

Herausforderung in der internistisch-hausärztlichen Praxis – ein Überblick



Was für ein Jahr!

Hinter uns liegen Monate mit Herausforderungen, denen die allerwenigsten in ihrem ärztlichen Berufsleben in dieser Ausprägung schon einmal begegnet sind. Die älteren Kolleginnen und Kollegen erinnern sich wahrscheinlich an die Grippeepidemie im Winter 1957/58, der ungefähr 30.000 Menschen in den alten Bundesländern zum Opfer fielen. Krankenhäuser und Praxen waren vielfach überlastet. Das erleben wir gerade wieder, und so schnell wird sich das trotz ermutigender Meldungen zur Impfstoffentwicklung nicht ändern.

Gerade deswegen ist es umso wichtiger, sich in der Advents- und Weihnachtszeit – wo immer es möglich ist – Ruhepausen zu verschaffen. Arbeit unter Dauerbelastung geht an die Nieren. Der Volksmund trifft hier den Nagel auf den Kopf. Dennoch hat das Land Niedersachsen Anfang November die mögliche Arbeitszeit in Kliniken auf bis zu 60 Stunden erweitert. Das ist aus Sicht des Verordnungsgebers zwar verständlich, doch es zeigt sehr, sehr deutlich, wie eng das Personalkorsett in den Kliniken ist. Von den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen wird eine Selbstausbeutung ja ohnehin routinemäßig erwartet und auch geliefert. Dauerbelastetes Personal wird früher oder später selbst ausfallen. Kranke Pflegefachkräfte, kranke Ärzte, kranke Laborkräfte können die Versorgung der Patienten nicht gewährleisten. Auch vor Ausbruch der Corona-Pandemie war die Arbeit weder für Ärztinnen und Ärzte noch für Pflegekräfte und die anderen Berufsgruppen in den Krankenhäusern, in den Praxen und Pflegeeinrichtungen von Leerlauf und Müßiggang geprägt.

Das gilt übrigens uneingeschränkt auch für die Kolleginnen und Kollegen in den Gesundheitsämtern, die nun nach Inkrafttreten des aktuellen Tarifabschlusses trotz einer Facharztzulage in Höhe von 300 Euro weiterhin bis zu 1.200 Euro monatlich unter den Tarifen in den Krankenhäusern liegen. Man darf also ruhig weiter zweifeln, ob das die Attraktivität der Gesundheitsämter als Arbeitgeber steigern wird. Wertschätzung sieht anders aus. Da ist man fast geneigt zu prophezeien, dass die Bundeswehr wohl auch zukünftig immer wieder aushelfen muss.

Hoffentlich muss die Bundeswehr nicht auch irgendwann bei der Versorgung von Opfern eines möglichen Massenansturms von Verletzten (bei lebensbedrohlichen Einsatzlagen) einspringen. Terroranschläge, ein Zugunglück oder ein Chemieunfall werden hoffentlich nicht passieren, und doch müssen wir darauf vorbereitet sein. Nicht nur die Pandemiepläne, sondern auch die Katastrophenschutzkonzepte des Bundes und der Länder müssen überarbeitet und aktualisiert werden. Zudem bedarf es entsprechender Übungen, die auch refinanziert werden müssen.

Die Daseinsvorsorge ist nicht zum Nulltarif erhältlich und dennoch für den Einzelnen wie auch für die Gesellschaft höchst ren-

tabil. Diese Erkenntnis sollte in den zurückliegenden Monaten auch bei den glühendsten Verfechtern einer kommerzialisierten Medizin gereift sein. Die Landesärztekammer Hessen wird sich in diesem Sinn weiter engagieren.

Haben Sie sich eigentlich schon für unseren Newsletter registriert? Falls das noch nicht geschehen sein sollte, gehen Sie doch einfach auf www.laekh.de und tragen sich dort für das Abonnement ein. Danach werden Sie regelmäßig über aktuelle und interessante Themen aus der Landesärztekammer informiert. Sie wissen es ja alle aus eigener Erfahrung, unsere ärztliche Arbeit, sei es in der Praxis, im Krankenhaus oder auch in der Berufs- und Standespolitik, ist spannend und interessant.

In diesem Sinn wünsche ich Ihnen und Ihren Familien ein besinnliches Weihnachtsfest und einen guten Rutsch in das neue Jahr, das uns einmal mehr vor neue Herausforderungen stellen wird. Mit dann hoffentlich aufgefüllten Energiereserven werden wir diese Aufgaben gemeinsam bewältigen.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: © Westend 61 – stock.adobe.com



Foto: © 7activestudio – stock.adobe.com

Junge Ärztinnen und Ärzte im Fokus

Fünf Beiträge bringen Themen des ärztlichen Nachwuchses zur Sprache: Ärztliche Weiterbildung (WB) in Zeiten von Corona, Erfahrungen zur ambulanten WB, das Berufsbild Arzt für digitale Medizin. Außerdem stellt sich die Liste Junge Ärztinnen und Ärzte vor und ein CIRS für Studierende ist Beinahe-Schäden auf der Spur.

672–677

CME-Fortbildung: Dyspnoe

Dyspnoe ist eines der häufigsten Symptome, die zu einem Hausarztbesuch führen. Der zertifizierte Fortbildungsartikel gibt einen Überblick zu den ursächlichen Krankheitsbildern, zeigt Wege der Anamnese und Differentialdiagnose auf und schildert die Rolle des Hausarztes in der Primärversorgung der Dyspnoe.

664–671

Editorial: Was für ein Jahr!	651
Aus dem Präsidium: Unsere Resilienz stärken	654

Im Gespräch

„Es ist wichtig, seine Kontakte zu reduzieren“ – Interview mit Prof. Dr. med. Sandra Ciesek	655
SARS-CoV-2: „Ein relevanter Teil der Deutschen gehört zur Risikoklientel“ – Interview mit Dr. med. Susanne Johna	656

Ärzttekammer

Serie Teil II: Die Listen der Delegiertenversammlung 2018–2023 stellen sich vor/Liste Junge Ärztinnen und Ärzte	675
Serie Patientensicherheit Teil 12: Patientensicherheit in der LÄK Hessen – Experten berichten aus den Abteilungen	678
Zwanzig Jahre lang prägte Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich die Bad Nauheimer Gespräche	681

Leserbriefe: Lob und Kritik für Artikel zur Covid-19-Pandemie/Die Autoren antworten auf Leserzuschriften	658–660
---	---------

Recht

Maskenpflicht und Befreiungssattest	661
Zum Verhalten gegenüber Kollegen in der Öffentlichkeit	662

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	684
■ Fort- und Weiterbildungen für für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	690
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	707–711

Parlando: Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang	682
Aus den Bezirksärztekammern: Umzug der Bezirksärztekammer Kassel – Neue Adresse: Tischbeinstraße 32	697

Personalia – Laudatio auf Prof. Dr. med. Wolfgang Firnhaber	693
--	-----



Foto: © Thaur Images – stockadobe.com

Corona-Pandemie

In dieser Ausgabe beantworten Prof. Dr. med. Sandra Ciesek, Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie am Universitätsklinikum Frankfurt, und Dr. med. Susanne Johna, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, unsere Fragen zum aktuellen wissenschaftlichen Stand zum Umgang mit SARS-CoV-2.

655–657



Foto: © Nizwa Design – Shutterstock.com

Serie Patientensicherheit

Im zwölften Teil der Serie berichten Expertinnen und Experten der Landesärztekammer darüber, wie sie das Thema Patientensicherheit in ihrem Arbeitsalltag umsetzen, welche Maßnahmen es in den einzelnen Abteilungen gibt und was Patientensicherheit für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LÄKH bedeutet.

678–680

Fortbildung

CME: Dyspnoe – Herausforderung in der internistisch-hausärztlichen Praxis	664–671
Aktuelles zur Qualitätssicherung im Röntgen	692
Kontrollintervalle für gastroenterologische Endoskopien – eine tabellarische Übersicht	701–703

Ärztlicher Berufsalltag

Die Ärztin Sabine Moos berichtet über ihre Arbeit als Transplantationsbeauftragte	694–697
Notfallmedizin: Wo sind die Frauen auf Tagungen und in Zeitschriften?	698
Das MVZ – eine gute Option für die Praxisübergabe	706

Mensch und Gesundheit: Telemedizinische Hospitation lässt Kompetenzen wachsen	700
--	-----

Bücher/Apps

Internetausgabe Labor und Diagnose 2020	699
Pharmakologie - Klinische Pharmakologie - Toxikologie	703
Empty Nest. Wenn die Kinder ausziehen	705
Notfälle – Begegnungen eines Arztes im Einsatz	711

Junge Ärztinnen und Ärzte

■ Diskussion: Ärztliche Weiterbildung in Zeiten von Corona – Anerkennung von Weiterbildungszeiten	672
■ Berufsbild: Ärztinnen und Ärzte für digitale Medizin	673
■ Weiterbildung im ambulanten Bereich – ein Erfahrungsbericht	674
■ S.H.I.T. HAPPENS – Ein CIRS für Studierende ist Beinahe-Schäden auf der Spur	676

Ansichten und Einsichten: Krankheit als bio-psycho-soziales Geschehen	704
--	-----

Pharmakotherapie: Weniger Protonenpumpeninhibitoren zu verordnen, ist möglich!	708
---	-----

Impressum	712
------------------------	-----

Unsere Resilienz stärken

Die SARS-CoV-2-Pandemie bewirkte für viele Menschen einen persönlichen und auch gesellschaftlichen Schock. Wenig Wissen, viel Angst, tägliche Sondersendungen mit den neuesten Infektionszahlen und Erkenntnissen der Forscher, die sich teilweise widersprachen, beunruhigten. Sicherheit gebende, vertraute Alltagsabläufe waren plötzlich verändert, sofort wurden Flexibilität und Einsehen in die neuen Regeln verlangt. In Deutschland hielt sich die Bevölkerung diszipliniert an die Maßnahmen. Jetzt sind wir im zweiten Lockdown „light“.

Vielen Deutschen ist klar, dass diese Pandemie die größte Herausforderung seit dem Zweiten Weltkrieg bedeutet. Andere Kriege und Krisen waren (real und emotional) weiter weg, haben andere stärker betroffen: die Kriege auf dem Balkan oder in Syrien, die Bankenkrise, Ebola und zuletzt die Flüchtlingskrise. Nun ist der Feind dem Einzelnen und den Familien nah, unsichtbar und unfassbar.

Im Umgang mit Covid-19 in der Öffentlichkeit hat mir ein wirkliches Verständnis für die Betroffenen gefehlt! Verbote wurden betont und zu wenig in einem wertschätzenden Ton zur Mitarbeit und Übernahme von Verantwortung aufgefordert. Alleingelassen wurden nicht nur die sozial benachteiligten Menschen, die in prekären Lebens-, Arbeits- und Wohnsituationen stecken, sondern auch alle, die mit der Auseinandersetzung mit der lebensbedrohenden Erkrankung psychisch überfordert sind.

Zu den vulnerablen Gruppen gehören auch Menschen mit Demenz, Sterbende, psychisch Kranke, Kinder und Jugendliche, für die sozialer Kontakt lebenswichtig ist! Was ist mit der extremen (psychischen) Mehrbelastung, die in den Familien (Homeoffice und Homeschooling), bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen, im sozialen Bereich (Kindergärten, Tagesstätten etc.) und den Schulen ausgehalten wird?

Die Bewältigung der psychischen Folgen der Pandemie erfährt (wie immer) eine untergeordnete Stellung, dabei wird in ersten Studien bereits vor einer „dritten Welle“ durch Zunahme der psychischen Erkrankungen gewarnt. Diese psychische (Dauer-)Belastung – wirtschaftliche Nöte, zerstörte Existenzen, die in der erzwungenen Nähe verschärften Paar- und Familienkonflikte, die zunehmende Gewalt(-bereitschaft) in der Familie etc. – erhöht und verschärft die Zahl der psychischen Störungen. Wir werden mit vermehrtem Substanzmissbrauch, steigenden Suiziden, posttraumatischen Belastungsstörungen nach Aufhalten auf Intensivstationen oder dem Miterleben von Dramen bei Angehörigen, Freunden oder Patienten rechnen müssen.



Foto: Katarina Ivanisevic

„Wir brauchen einsichtige, kooperative, hilfsbereite und solidarische Mitmenschen!“

Mit den steigenden Infektionen in der kalten Jahreszeit nehmen auch Angst und Verunsicherung zu. Gleichzeitig beachten Teile der Gesellschaft die bewährten und hilfreichen Schutzmaßnahmen (AHA-L-Regeln) nicht (mehr). Wir haben versäumt, den Sommer zu nutzen und Konzepte für den Herbst zu entwickeln. Aus psychosomatischer Sicht halte ich die gravierenden Mängel bei der Vermittlung der Maßnahmen als ursächlich für unsere schlechte Vorbereitung.

Trotz des Wissens aus anderen Pandemien um die verschiedenen Phasen der Bekämpfung (Containment, Protection, Mitigation) wird die gleiche, bevormundende Kommunikation unter Betonung der Quarantänisierung weitergeführt. Aus meiner Sicht ist das gefährlich, weil Restriktion den Widerstand erhöht. Um durch die dunkle, kalte und

nasse Zeit zu kommen, brauchen wir einsichtige, kooperative, hilfsbereite und solidarische Mitmenschen! Wir brauchen eine gute Balance zwischen Infektionsschutz und Wohlbefinden und Lebensqualität. Mit meinen Patienten bespreche ich, was sie tun können, um sich und andere zu schützen. Um die neuen Verhaltensmuster bei ALLEN besser einzuprägen, müssten tägliche Spots gezeigt werden, in denen Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit verschiedenen Hintergründen in ihrer eigenen Ausdrucksart über die Maßnahmen zum Infektionsschutz reden. Wir müssen die Leute abholen, wo sie stehen. Wir alle haben Fähigkeiten, Krisen zu bewältigen, aus ihnen sogar gestärkt hervorzugehen. Die Forschung hat viele Einflussfaktoren auf die Resilienz gefunden: z. B. Deutungs- und Sinngebungsmodell der Realität, Toleranz für Ungewissheit, Fähigkeit zur Kontrolle (heftiger) Emotionen, Probleme aktiv lösen und Beziehungen gestalten, Zusammenhalt sowie Akzeptanz des Unveränderbaren mit Fokus auf das Veränderbare.

Wo wir Angst haben, unsere Sicherheit zu verlieren, können wir handeln und aktiv Hygienemaßnahmen ergreifen. Wir können Verantwortung tragen, uns gegenseitig helfen und Gemeinschaft erleben. Darüber spüren wir, dass wir doch eine Wahl haben und etwas bewirken können (Selbstwirksamkeit). Das erlebte und gegebene Mitgefühl, die (Selbst-)Akzeptanz stärken unseren Selbstwert und auch unser Immunsystem. Die Universität Gießen gibt auf einer wunderbaren Website wertvolle Tipps zur psychosozialen Unterstützung für die schweren Zeiten: www.uni-giessen.de/fbz/fb06/hilfe_corona/.

In diesem Sinne: Bleiben Sie aktiv, achtsam und gesund!

Dr. med. Barbara Jäger

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

„Es ist wichtig, seine Kontakte zu reduzieren“

Prof. Dr. med. Sandra Ciesek plädiert für konsequente Einhaltung der AHA-Regeln

Die Corona-Pandemie stellt die Medizin vor große Herausforderungen. Wir möchten im Hessischen Ärzteblatt den aktuellen wissenschaftlichen Stand zum Umgang mit SARS-CoV-2 darstellen und dabei die Meinungsvielfalt in der medizinischen Wissenschaft abbilden. In dieser Ausgabe beantworten Prof. Dr. med. Sandra Ciesek, Direktorin des Instituts für Medizini-

sche Virologie am Universitätsklinikum Frankfurt und Professorin für Medizinische Virologie an der Frankfurter Goethe-Universität, sowie Dr. med. Susanne Johna, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, Pandemiebeauftragte der Bundesärztekammer und 1. Vorsitzende des Marburger Bundes – Bundesverband, unsere Fragen (Stand Nov. 2020).

Setzt die aktuelle Teststrategie die richtigen Prioritäten? Werden die Fallzahlen möglicherweise durch häufige falsch positive Befunde in die Höhe getrieben?

Prof. Dr. med. Sandra Ciesek: Bei der Teststrategie ist es wichtig, die Prioritäten für eine Testung richtig zu setzen, sodass bei Ressourcenknappheit die zur Verfügung stehenden Tests auch dort eingesetzt werden, wo sie am meisten helfen: etwa bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Krankenhäusern und Pflegeheimen sowie bei symptomatischen Patienten und hier insbesondere denen, die schwere Symptome haben oder zu einer Risikogruppe gehören. Das ist in der Teststrategie auch gelungen.

Entgegen der Behauptung, PCR-Tests würden häufig falsch positiv ausfallen, stellt das in unserer täglichen Routine kein Problem dar. Die meisten Testsysteme, die wir anwenden, detektieren zwei unterschiedliche Genregionen. Werden beide Gene in relevanter Menge gefunden, ist ein falsch positiver Befund extrem unwahrscheinlich. Es gibt aber auch schwache Befunde, die kontrollbedürftig sind und vorsichtig interpretiert werden müs-



Prof. Dr. med. Sandra Ciesek

sen. Das zu unterscheiden, dazu sind Labore mit Erfahrung in der Virusdiagnostik in der Lage. Ein schönes Beispiel sind hier die PCR-Befunde aus unserer kürzlich publizierten SAFE-KIDS Studie. Hier haben wir über 13.000 negative, aber nur zwei positive Befunde erhoben. Die positiven Befunde konnten beide in einer unabhängigen Untersuchung bestätigt werden.

und die Suche nach Medikamenten gegen Covid-19.

Im Wechsel mit Prof. Dr. med. Christian Drosten, Leiter der Virologie an der Berliner Charité, steht Ciesek im bundesweit bekannten Podcast des NDR zur Covid-19-Pandemie Rede und Antwort. Der Podcast kann unter www.ndr.de, Stichwort „Coronavirus-Update“ abonniert werden. Zusätzlich gibt es dort die Manuskripte auch zum Download. (red)

Gibt es neue Erkenntnisse zu den möglichen Risikogruppen für einen schweren Verlauf der Covid-19-Erkrankung?

Ciesek: Es bestätigt sich weiterhin, dass Menschen mit steigendem Alter immer anfälliger für eine schwere Erkrankung sind. Kinder hingegen erkranken äußerst selten schwer an Covid-19. Neben Fettleibigkeit spielen auch andere Vorerkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes eine große Rolle.

Welche Schutzmaßnahmen sind Ihnen wichtig?

Ciesek: Inzwischen geht es nicht mehr darum, wirksame Schutzmaßnahmen auszuprobieren oder zu finden. Wir wissen recht gut, welche Maßnahmen wirksam sind, und müssen diese nur konsequent anwenden – und darüber aufklären. Das sind die AHA-Regeln (Abstand – Hygiene beachten – Alltagsmaske tragen). Da die Fallzahlen in jüngster Zeit so rasant gestiegen sind, halte ich die aktuellen Einschränkungen der Kontaktmöglichkeiten für nötig. Wichtig ist, dass wir uns auch alle an die Vorgaben halten. Massenveranstaltungen sind momentan sowieso keine Option. Wendet man all dies an, hat man schon einen ganz wichtigen Beitrag zur Eindämmung der Pandemie geleistet.

Sind Aerosole signifikant für die Ansteckung mit dem Virus in geschlossenen Räumen verantwortlich?

Ciesek: Ja, es scheint, als spielen neben größeren Tröpfchen Aerosole, also solche Tröpfchen, die so klein sind, dass sie in der Luft schweben, eine ganz wichtige Rolle. Das muss entsprechend bei dem Umsetzen von Hygienekonzepten für geschlossene Räume beachtet werden.

Prof. Dr. med. Sandra Ciesek ist Fachärztin für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie und MHBA. Sie ist Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main sowie Professorin für Medizinische Virologie an der Goethe-Universität. Zu ihren Schwerpunkten gehören neue Therapieformen für Hepatitis C

Foto: Universitätsklinikum Frankfurt/M.

Was können Sie über den Entwicklungsstand neuer Medikamente berichten?

Ciesek: Leider hat sich kürzlich in einer großen klinischen Studie der WHO gezeigt, dass weder Remdesivir noch Lopinavir oder Interferon- β oder Hydroxychloroquin die Mortalität bei hospitalisierten Patienten mit Covid-19 senken können. Die Entwicklung von neuen Wirkstoffen – keinen sog. repurposing drugs – dauert aber Jahre.

Wann ist Ihrer Einschätzung nach mit einem Impfstoff zu rechnen? Welche Auswirkungen wird es haben, wenn ein wesentlicher Teil der Bevölkerung geimpft ist?

Ciesek: Auf dem Weg zu einer Massenimpfung der Bevölkerung sind noch viele Hürden zu nehmen. In den kommenden Monaten werden wir weitere Daten über die ersten Wirksamkeitsstudien der vielzähligen Impfstoffkandidaten erhalten. Diese Daten werden wir uns sehr gründ-

lich anschauen müssen. Sind Impfstoffe wirksam und sicher in den ersten Phase 3-Studien, insbesondere für die Risikopatienten, so müssen die zur Verfügung stehenden Impfdosen fair und priorisiert verteilt werden, um mit den ersten verfügbaren Impfdosen die vulnerabelsten Gruppen zu schützen. Das ist ganz besonders eine internationale Aufgabe.

Sind die ersten Impfstoffe zugelassen, hört da aber die Überwachung auf die Effektivität und Sicherheit nicht auf – man wird die Impfstrategie daher möglicherweise auch ständig anpassen müssen. Bis wir zum einen genug über die Impfstoffe wissen, um sie der Allgemeinbevölkerung empfehlen zu können, und sie zum anderen auch in ausreichender Menge verfügbar haben, wird noch einige Zeit vergehen.

Was sagen Sie Menschen, die die Gefährlichkeit von Corona bestenfalls mit jener der Grippe vergleichen?

Ciesek: Ich bitte diese Menschen, sich die Daten aus Ländern anzuschauen, die nicht so konsequent gegen die Pandemie vorgegangen sind wie wir in Deutschland. In den USA etwa ist Covid-19 nun die dritthäufigste Todesursache, nur an Herzkrankheiten und Krebs sind in der jüngsten Vergangenheit mehr Menschen verstorben. Ähnlich würde es vermutlich auch in Deutschland aussehen, wenn wir nicht entschieden gegen diese gefährliche Erkrankung vorgehen. Covid-19 ist weit aus tödlicher als die Grippe.

Aber auch die Grippe kostet jedes Jahr viele Menschenleben, und auch hier sind ältere Menschen und solche mit Vorerkrankungen besonders gefährdet. Um sie und mich selbst zu schützen, habe ich mich auch dieses Jahr wieder gegen die Grippe impfen lassen.

Interview: Katja Möhrle

SARS-CoV-2: „Ein relevanter Teil der Deutschen gehört zur Risikoklientel“

Dr. med. Susanne Johna: Die Kombination der Schutzmaßnahmen ist entscheidend

Halten Sie die derzeitige Teststrategie für richtig? Werden die Fallzahlen möglicherweise durch häufige falsch positive Befunde in die Höhe getrieben?

Dr. med. Susanne Johna: Falsch positive Ergebnisse spielen bei einer PCR-Testung eine untergeordnete Rolle. Das SARS-CoV-2 Virus gehört nicht zur normalen Nasen-Rachenflora. Insofern ist die Frage: Ist der Nachweis von Virusbestandteilen für den Träger oder bezüglich der Ansteckungsfähigkeit relevant? Dies hängt davon ab, wie viel Virus beim untersuchten Patienten im Abstrich nachgewiesen wird. Als Maß für die tatsächlich vorhandene Menge an Virus-RNA kann der beim PCR-Test ermittelte Ct-Wert (Cycle-threshold) herangezogen werden. Er ist ein Maß für die benötigten Schritte zur Vervielfältigung des viralen Erbguts. Dabei gilt, je höher der gefundene Ct-Wert ist, desto niedriger ist die ursprüngliche Viruskonzentration in der untersuchten Probe. Ct-



Dr. med. Susanne Johna

Werte von > 30 gelten dabei als Hinweis auf eine niedrige, Werte von > 35 auf eine sehr niedrige Viruskonzentration.

Anders zu bewerten sind Ergebnisse der Antigentestungen. Wie sicher hier positive und negative Ergebnisse zu werten sind wird derzeit noch in Studien untersucht.

Gibt es neue Erkenntnisse zu den möglichen Risikogruppen für einen schweren Verlauf der Covid-Erkrankung?

Johna: Nein, neu sind die Erkenntnisse nicht. Die Wahrscheinlichkeit schwerer Erkrankungen steigt mit dem Lebensalter und relevanten Vorerkrankungen, auch bei so weit verbreiteten wie Diabetes und Hypertonus. Insofern gehört ein relevanter Teil der deutschen Bevölkerung zur Risikoklientel.

Welche Schutzmaßnahmen sind Ihnen wichtig?

Johna: Das Entscheidende ist die Kombination der Regeln Abstand, Hygiene, Masken, Lüftung geschlossener Räume und Nutzung der Corona-Warn-App. Denn in

Foto: Katarina Ivanisevic

Dr. med. Susanne Johna, Fachärztin für Innere Medizin, Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene, und Oberärztin für Krankenhaushygiene im Sankt Josefs-Hospital in Rüdesheim, ist Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hes-

sen, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer (BÄK) sowie Pandemiebeauftragte der BÄK, Landesverbandsvorsitzende des Marburger Bundes Hessen und 1. Vorsitzende des Marburger Bundes – Bundesverband. (red)

der Kombination ist „eins plus eins mehr als zwei“. Wenn eine Person im Gespräch einen Mund-Nasen-Schutz (MNS) trägt und dadurch das Übertragungsrisiko als Beispiel auf ein Drittel fällt, dann fällt das Übertragungsrisiko auf ein Neuntel, wenn beide einen solchen MNS tragen.

Sind Aerosole signifikant für die Anstreckung mit dem Virus in geschlossenen Räumen verantwortlich?

Johna: Die Übertragung über Tröpfchen ist unbestritten, Aerosole sind aber auch verantwortlich. Aerosole sind eine Mischung aus einem Gas (in diesem Fall das Gasgemisch Luft) und einer fein verteilten Flüssigkeit oder Partikeln, die schweben und sich in der Luft leicht verteilen. Vermehrungsfähige SARS-CoV-2-Viren sind in Aerosolen bereits in Studien nachgewiesen worden.

Was können Sie über den Entwicklungsstand neuer Medikamente berichten?

Johna: Remdesivir kann bestenfalls die Dauer der schwerer verlaufenden Erkrankungsfälle verkürzen. Dexamethason hilft einer möglichen überschießenden Reakti-

on des Immunsystems entgegenzuwirken, wird im Wesentlichen auf der Intensivstation eingesetzt und hat ein sehr ungünstiges Nebenwirkungsprofil. Eine Antikörpertherapie wird bestenfalls nur für eine kleine Gruppe Erkrankter zur Verfügung stehen. Frühzeitige Thromboseprophylaxe, Hemmung der Blutgerinnung, mehr Kenntnisse in der richtigen Beatmungstherapie – das alles sind Bausteine einer besseren Behandlung. Eine spezifische Therapie steht uns weiterhin nicht zur Verfügung.

Wann ist Ihrer Einschätzung nach mit einem Impfstoff zu rechnen? Welche Auswirkungen wird es haben, wenn ein wesentlicher Teil der Bevölkerung geimpft ist?

Johna: Die Zulassung zweier mRNA-Impfstoffe steht bevor, hier sind die ersten Ergebnisse sehr ermutigend, 90 % der Geimpften seien vor einer Infektion geschützt. Es kann Anfang 2021 mit den ersten Impfungen gerechnet werden, allerdings ist die Logistik sehr aufwendig (Produktion des Impfstoffs und Kühlkette bei -80 °C, Benennung und Benachrichti-

gung der Impfinge sowie Organisation der Impfbüros), so dass eine Prognose, wann wie viele Menschen geimpft sein werden, zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich ist. Auch muss man bedenken, dass mRNA-Impfstoffe ein neues Wirkprinzip sind und die Dauer des Impfschutzes noch unklar ist.

Was sagen Sie Menschen, die die Gefährlichkeit von Corona bestenfalls mit jener der Grippe vergleichen?

Johna: Auch eine Grippeerkrankung, also die Infektion mit dem Influenzavirus, kann sehr schwer verlaufen, tödlich enden oder auch lange danach noch zu Arbeitsunfähigkeit führen. Dennoch ist die Gefahr für schwere Erkrankungen und tödliche Verläufe bei Covid-19 deutlich höher.

Eine Studie aus den USA berechnet die Infektionssterblichkeit von Corona und der saisonal auftretenden Grippe. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Infektionssterblichkeit bei Corona in den USA bei 0,8 % liegt. Zum Vergleich: Bei der Grippe liegt diese bei 0,05 % – somit zeigen diese Daten aus den USA, dass Infektionen mit dem SARS-CoV-2 Virus 16 mal tödlicher sind als die Infektion mit Influenzaviren. Folgeschäden durch die Covid-19 Erkrankung wie z. B. Lungenfibrose oder chronische Myokarditis und Kardiomyopathie sind wahrscheinlich, aber in ihrer epidemiologischen Bedeutung gegenwärtig nicht abzuschätzen.

Interview: Katja Möhrle

**Wir wünschen Ihnen eine frohe Adventszeit,
ein gesegnetes Weihnachtsfest
und alles Gute für das Jahr 2021!**

Ihr Redaktionsteam



Lob und Kritik für Artikel zur Covid-19-Pandemie

Beiträge der Professoren Gottschalk & Heudorf stoßen auf großes Echo

Wie kein anderes Thema bestimmt die Corona-Pandemie seit Monaten die öffentliche Diskussion. Sie fordert Wissenschaft, Medizin, Politik und Gesellschaft heraus und polarisiert auch in Fachkreisen.

Da das Hessische Ärzteblatt (HÄBL) die Meinungsvielfalt in der medizinischen Wissenschaft abbilden will, veröffentlichen wir auch zum Umgang mit Corona unterschiedliche Ansichten. In jeder Ausgabe des HÄBL weisen wir darauf hin, dass in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ erscheinende Beiträge nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wiedergeben.

Von dem großen Medienecho auf die in der Ausgabe 10/2020 erschienenen Artikel „Die Covid-19-Pandemie in Frankfurt am Main: Was sagen die Daten?“ und „Die Covid-19-Pandemie – bisherige Erkenntnisse und Empfehlungen für das weitere Vorgehen“ von Prof. Dr. med. René Gottschalk, Leiter des Frankfurter Gesundheitsamtes, und seiner früheren Stellvertreterin, Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, war auch die Redaktion des HÄBL überrascht. Ebenso von der erheblichen Resonanz in den sozialen Medien.

Schlagzeilen hatte Gottschalks und Heudorfs Auswertung der Zahlen des statisti-

schen Bundesamtes gemacht, wonach die Corona-Pandemie in Frankfurt in der ersten Hälfte des Jahres weniger Todesopfer gefordert habe als die Grippewellen der Vorjahre und die Hitzewellen im Sommer. Nicht zuletzt hatten beide Autoren die Politik aufgefordert, ihre Strategie zur Eindämmung der Pandemie zu überdenken.

Wir drucken in dieser Ausgabe Leserbriefe zu beiden Artikeln ab. Die Autoren wurden gebeten, Fragen von Leserinnen und Lesern zu beantworten.

Katja Möhrle

Leserbriefe

Vielen Dank für die fachliche und medizinisch sachliche Aufklärung zu den Daten der Covid-19-Pandemie in Frankfurt am Main. Ein sehr angenehmer Kontrast zu der meist unsachlichen Berichterstattung in der Politik und den vorherrschenden Medien. Eine sachliche Berichterstattung ist derzeit wichtiger denn je! Denn die wirtschaftliche und politische Stabilität Deutschlands steht auf dem Spiel! Nochmals Danke!

Oliver Harffen, Köln
Ass. jur. und Heilpraktiker

Ein Fazit aus dem Verlauf der Sommermonate ziehen, um daraus Schlüsse für den Herbst/Winter abzuleiten, ist für mich dann doch eher fragwürdig. Eine Reaktion durch Deutschlands Meinungsbildungsorgan (Bild-Zeitung, Anm. d. Redaktion) war zu erwarten. Das Schöne an Statistiken ist, dass jeder sie in seine Richtung interpretieren kann, bzw.

Aspekte entsprechend der eigenen Meinung herausstellt oder ignoriert. Wer einen lieben Menschen verloren hat, interessiert sich sicher nicht für „Übersterblichkeit“. Beruhigend, dass auch in diesem Artikel AHA-L empfohlen wird.

Ingrid Ritter, Bad Homburg

Sobald man vom Glauben an das „Dogma des Killervirus“, der uns die Pistole auf die Brust drückt, abweicht, hat man mit sozialen und rechtlichen Konsequenzen zu rechnen – mal fallen diese intensiver, mal weniger intensiv aus. Daher begrüße ich sehr Ihre sachliche Analyse der Zahlen des

RKI sowie die Ihrer eigens zusammengetragenen. Auch den damit einhergehenden Mut, solcherlei Aussagen zu treffen, denn schnell können Ihnen diese zur Zeit um die Ohren fliegen.

Florian Buchholz, Köln

Eine Frage des Absenders zur Maskenpflicht siehe im dortigen Abschnitt.

Sehr erstaunt und hocherfreut war ich über den Artikel: Die Covid-19-Pandemie – bisherige Erkenntnisse und Empfehlungen für das weitere Vorgehen. Wir brauchen eine Deeskalation, und dafür sind solche sachlichen Artikel aus berufenem Munde wichtig.

Dr. med. Stephan Nolte
Kinder- und Jugendarzt/
Psychotherapeut, Marburg

Meine Familie und ich sind Ihnen überaus dankbar für den Artikel. Wir sind sehr froh, dass mehr und mehr Leute die Maßnahmen in Zweifel ziehen. Hier wird mit fundierten Zahlen darauf hingewiesen, dass das, was an Schrecken von Nachrichten und Regierung verbreitet

wird, in keinem Verhältnis zu den Tatsachen steht. Sehr viele Menschen sind verzweifelt und fühlen sich machtlos gegenüber der Willkür, die augenscheinlich waltet.

Tabea-Sophie Hohensee, Berlin

Ich möchte meine Verwunderung über einige in der Veröffentlichung „Die Covid-19-Pandemie in Frankfurt am Main: Was sagen die Daten?“ im Hessischen Ärzteblatt 10/2020 gemachten Aussagen ausdrücken. Diese Veröffentlichung ist öffentlich zugänglich und gilt (verständlicherweise, dies sollte ja auch das Eigenverständnis einer Landesärztekammer sein) in der Öffentlichkeit als medizinisch belastbare Information. Sie ist auch, im Gegensatz zu einer weiteren Verlautbarung der Autoren in der gleichen Ausgabe, nicht als „eigene Meinung“ gekennzeichnet. Die Darstellung der Daten ist in weiten Teilen durchaus nachvollziehbar, die Interpretation jedoch durchaus einseitig. So werden die Daten zur (nicht vorhandenen) Übersterblichkeit nicht im internationalen Kontext betrachtet. Meine wesentliche Kritik gilt jedoch vor allem auch der Darstellung der „Corona-Testergebnisse“. Hier werden aus falsch positiven Befunden (die durchaus auftreten können) im Fazit „häufig falsch positive“ Resultate. Dies ist, das zeigen aktuelle Daten aus zahlreichen Ländern (wenn man unterstellt, das ALLE positiven Ergebnisse falsch positiv sind!), schlicht falsch. Die Quote liegt sicher unter 0,1 %, eher bei 0,025 %. Bei der derzeitigen Testfrequenz von ca. 1 Mio. Tests pro Woche in Deutschland ergibt sich bei einer Positivrate von 0,86 % z. B. eine Falsch-Positiv-Rate von 2 %. Die Verwendung des Wortes „häufig“ ist meiner Meinung nach in diesem Zusammenhang zumindest irreführend, wenn nicht sogar gezielt stimmungsmachend. Des Weiteren

wird die Sars-CoV-2-PCR hinsichtlich ihrer Interpretierbarkeit mit jener für MRSA verglichen. Dies empfinde ich als problematisch (da es sich um komplett unterschiedliche Erregertypen handelt, aber da ich keine fachliche Weiterbildung in dem Bereich der Virologie/Mikrobiologie habe, kann ich mich hier auch irren).

Die Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt wird in der Bevölkerung verständlicherweise als Diskussionsbeitrag im Sinne der Aussage „es ist doch nur eine Grippe und alles nicht so schlimm“ genutzt und in den Social Media-Kanälen entsprechend geteilt und kommentiert. Die dem Artikel folgende Einschätzung der beiden Autoren wird nicht entsprechend verbreitet.

Meines Erachtens handelt es sich gerade bei der Dateninterpretation zu Sars-CoV-2 um ein gesellschaftlich hochsensibles Thema, das man sehr vorsichtig und medizinisch-fachlich höchst präzise angehen sollte. Leider fehlt mir diese sensible Auseinandersetzung in dem genannten Artikel, auch wenn ich der fachlichen Interpretation und Empfehlung der beiden Autoren durchaus folgen kann. Aus meiner Sicht wäre eine öffentliche Einordnung der Veröffentlichung, insbesondere in den Social Media-Kanälen angebracht, auch wenn das Kind vermutlich nun leider „in den Brunnen gefallen“ ist.

PD Dr. med. vet. Katja Steiger
FTA Pathologie, TU München

Was ich an derzeitigen Folgen der Anti-Corona-Maßnahmen, täglichen Verlautbarungen ausgesuchter Spezialisten und nach der nächsten Wahl schielender Politiker sehe: Verunsicherung der Bürgerinnen und Bürger, teils hysterisches Verhalten, gesellschaftliche Spaltung, Ängste bis hin zu psychischen Problemen. Völlig überzeugt sind Bürgerinnen und

Bürger von der Aerosol-Gefahr. Hätte man in den 1950er-Jahren (Tuberkulose, Grippe etc.) Maßnahmen heutiger Art angeordnet, hätte es mit Sicherheit kein sogenanntes Wirtschaftswunder gegeben.

Charlotte Baumann-Hendriks
Frankfurt am Main

Schreiben Sie uns Ihre Meinung



Die Beiträge im Hessischen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über Leserbriefe, Vorschläge, Lob oder Kritik. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de

Leserfragen

Im Artikel von Gottschalk und Heudorf bleibt mir eines völlig unklar. Derzeit scheint es die überwiegende Ansicht von Virologen und Epidemiologen zu sein, dass Aerosole einen wichtigen Beitrag bei der Weiterverbreitung von Covid-19 haben. Das sehen die beiden Autoren offenbar völlig anders. Könnten die Autoren diese Frage beantworten?

Michael Krause, Königstein

Wie wirken Masken und was ist ihr empirisch nachweisbarer Effekt?

Florian Buchholz, Köln

Der weitere Brief ist unter „Leserbriefe“ auf der vorherigen Seite abgedruckt.

Mich würde interessieren, wie die Autoren den jüngst im Medizin-Journal „Krankenhaushygiene“ (Thieme-Verlag) erschienenen Artikel der Autorin Prof. Dr. med. Ines Kappstein bewerten. Dort heißt es bereits in der Überschrift: „Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit.“

Armin Heinzelmann, Weil am Rhein

Die Autoren antworten auf Leserzuschriften

Zunächst bedanken sich die Autoren für die Vielzahl der Zuschriften. Wir haben viele positive Zuschriften erhalten und wurden mehrfach für unseren Mut bewundert – offenbar braucht es heute Mut, Zahlen in ihrem Gesamtzusammenhang darzulegen und Fragen zu stellen?

PD Dr. med. vet. Katja Steiger warnt vor der Vereinnahmung unserer dargestellten Daten „bei diesem gesellschaftlich hochsensiblen Thema“ – auch wenn sie gleichzeitig unserer fachlichen Interpretation und Empfehlung folgen kann. Heißt das, wir hätten wegen der Gefahr der Fehlinterpretation die Daten nicht vorstellen sollen? In der Tat wurde von bestimmten Medien und Kreisen unser Beitrag teilweise völlig falsch, teilweise irreführend und tendenziös zitiert und weiterverbreitet. Wenn uns das zur Last gelegt würde, würde das doch nur heißen, dass man diesen Kreisen von vornherein die Definitionsmacht überließe. Das aber dürfen wir nicht zulassen.

Gerne gehen wir auf die Fragen Übersterblichkeit, Übertragung durch Aerosole, Testgenauigkeit von PCR-Tests und Wirksamkeit der Masken in der Öffentlichkeit ein.

Es ist uns bekannt, dass es in vielen Ländern im Zusammenhang mit Covid-19 eine Übersterblichkeit gibt (siehe Projekt Euromomo). Wir fanden es aber wichtig darzustellen, dass in Frankfurt und in Deutschland bislang keine Übersterblichkeit erkennbar ist, auch nicht in den Altenpflegeheimen in Frankfurt im Vergleich zu den Vorjahren. Dies ist u. E. durchaus eine mitteilenswerte Beobachtung, die zu analysieren es sich lohnt – um daraus zu lernen.

Wir stimmen Ingrid Ritter zu, dass jemand, der einen lieben Menschen verloren hat, sich nicht für Übersterblichkeit interessiert. Aber wir sind der Auffassung, dass wir uns nicht nur auf SARS-CoV-2 fokussieren dürfen. Alle Sterbefälle bedeuten für die Angehörigen einen großen Verlust.

Viele Studien zeigen, dass das SARS-CoV-2-Virus in Aerosolen nachweisbar ist, dennoch ist dies kein typischer Übertragungsweg – im Gegensatz zu der Situati-

on bei Masern. Ein Beispiel aus dem Jahr 2017 kann das zeigen: Nachdem ein Masernpatient in einer Klinik angekündigt worden war, wurde er ausschließlich durch geimpft Personal versorgt. Dennoch kam es zu zehn Infektionen bei ungeimpftem Krankenhauspersonal – keiner von ihnen hatte jemals den Patienten selbst gesehen, sondern nur die Räume betreten, in denen sich der Patient zuvor aufgehalten hatte [1].

Die Begriffe, die die Aussagekraft von analytischen Testverfahren angeben, sind: Sensitivität und Spezifität. Zur Beurteilung eines Tests gehört aber auch die Prävalenz der Erkrankung. Bei einer damals aktuellen, angenommenen Prävalenz von 1 % und einer Sensitivität und Spezifität von jeweils 99 % liegt der positive prädiktive Wert, d. h. die Wahrscheinlichkeit, dass die Krankheit vorliegt, wenn das Testergebnis positiv ist, bei 50 %. Bei identischer Sensitivität und Spezifität und einer angenommenen Prävalenz von 5 % ergibt sich ein positiver prädiktiver Wert von 83 % – d. h. im ersten Fall würden 50 %, im zweiten 17 % der positiv Getesteten fälschlicherweise in Isolation geschickt (<https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1808/infographic>).

Wir bestätigen: Mit PCR-Tests können Genabschnitte von Erregern (Viren oder Bakterien) detektiert, aber keine Aussage über deren Infektionsfähigkeit getroffen werden.

Viele Fragen betrafen das Tragen von Masken im öffentlichen Raum. Prof. Dr. med. Ines Kappstein (Leitung Klinikhygiene, Klinikum Passau) hat in ihrem Beitrag [2] die damals bekannte Datenlage zusammengefasst. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und den Centers for Disease Control and Prevention (CDC) etc. kann das Tragen von Masken in Ergänzung zu den wichtigen Maßnahmen wie Abstand und Hygiene (Händehygiene, Nies- und Hustenetikette) ein zusätzlicher Baustein sein, Übertragungen von SARS-CoV-2 zu verringern. Die wissenschaftliche Evidenz aus den publizierten Studien und Reviews ist in der

Tat nicht hoch. Dies trifft auch für weitere, in Kappsteins Beitrag noch nicht zitierte Studien und Reviews zu [3–7].

Allerdings ist auch auf die methodischen Schwierigkeiten solcher Studien hinzuweisen: Nur wenn die Compliance durchweg sichergestellt ist und für andere Einflussfaktoren kontrolliert wurde, können Schutzeffekte belastbar nachgewiesen werden. Über die Compliance wird aber in den Beiträgen nichts berichtet. Insofern gilt: Absence of evidence is not evidence of absence – das Fehlen von Beweisen ist kein Beweis für das Fehlen.

Angesichts der – aus Studien in anderem Umfeld und teilweise mit anderen Erregern – abgeleiteten Plausibilität des Schutzeffektes des Tragens von Masken und der Tatsache, dass es sich im Vergleich zu vielen einschneidenden Verboten um eine „milde Maßnahme“ handelt, sollten Masken getragen werden, wenn Abstand nicht eingehalten werden kann. Insgesamt bestätigen wir unsere 9-Punkte-Empfehlungen (HÄBL 10/2020, Seite 552). Darin wurde u. a. auf Aufenthalt im Freien und – bereits Ende August 2020, also lange bevor die sogenannte AHA-L-Regel seitens der Bundesregierung veröffentlicht wurde – auf das Lüften hingewiesen. In den Schulen forderten wir die Einhaltung guter Hygiene (Lüften, Händehygiene und Sanitärhygiene) und das Tragen von Masken für Mitarbeiter (nicht für Kinder). Mit Bedauern stellen wir fest, dass Punkt 6 (Beratung der politisch Verantwortlichen) und Punkt 7 (sachgerechte Information der Bevölkerung) weiterhin nicht umgesetzt wurden.

Abschließend betonen wir nochmals, dass wir SARS-CoV-2 sehr ernst nehmen – und fordern deswegen erneut und dringend die notwendige öffentliche Diskussion zu Zielen und Mitteln der Pandemiebekämpfung.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf
Prof. Dr. med. René Gottschalk

Literaturhinweise finden sich online unter www.laekh.de, Hessisches Ärzteblatt, Ausgabe 12/2020.

Literatur zum Artikel:

Die Autoren antworten auf Leserzuschriften

- [1] Hiller U, Mankertz A, Koneke N, Wicker S (2019) Hospital outbreak of measles – Evaluation and costs of 10 occupational cases among healthcare worker in Germany, February to March 2017. *Vaccine* 37(14): 1905–1909.
- [2] Kappstein I. Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise auf deren Wirksamkeit. *Krankenhaushygiene up2date* 2020; 15:279.297. DOI <https://doi.org/10.1055/a-1174-6591>
- [3] Wang J, Pan L, Tang S, Ji JS, Shi X. Mask use during COVID-19: A risk adjusted strategy. *Environ Pollut.* 2020 Nov;266(Pt 1):115099. doi: 10.1016/j.envpol.2020.115099. Epub 2020 Jun 25.
- [4] Esposito S, Principi N, Leung CC, Migliori GB. Universal use of face masks for success against COVID-19: evidence and implications for prevention policies. *Eur Respir J.* 2020 Jun 18;55(6):2001260. doi: 10.1183/13993003.01260-2020. Print 2020 Jun.
- [5] Matuschek C, Moll F, Fangerau H, Fischer JC, Zänker K, van Griensven M, Schneider M, Kindgen-Milles D, Knoefel WT, Lichtenberg A, Tamas-kovics B, Djiepmo-Njanang FJ, Budach W, Corradini S, Häussinger D, Feldt T, Jensen B, Pelka R, Orth K, Peiper M, Grebe O, Maas K, Gerber PA, Pedoto A, Bölke E, Haussmann J. Face masks: benefits and risks during the COVID-19 crisis. *Eur J Med Res.* 2020 Aug 12;25(1):32. doi: 10.1186/s40001-020-00430-5.
- [6] MacIntyre CR, Chughtai AA. A rapid systematic review of the efficacy of face masks and respirators against coronaviruses and other respiratory transmissible viruses for the community, healthcare workers and sick patients. *Int J Nurs Stud.* 2020 Aug;108:103629. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103629. Epub 2020 Apr 30. PMID: 32512240.
- [7] Sharma SK, Mishra M, Mudgal SK. Efficacy of cloth face mask in prevention of novel coronavirus infection transmission: A systematic review and meta-analysis. *J Educ Health Promot.* 2020 Jul 28;9:192. doi: 10.4103/jehp.jehp_533_20. eCollection 2020.

Maskenpflicht und Befreiungsattest

Die meisten Zeitgenossen binden sich mehr oder weniger klaglos einen Mund-Nasen-Schutz vor die untere Gesichtshälfte, wenn sie geschlossene Räume oder entsprechend ausgewiesene Umgebungen betreten. Doch das Verständnis und die Solidarität innerhalb der Bevölkerung scheinen zurückzugehen – Demonstrationen gegen die Beschränkungen und Verweigerer der Maskenpflicht nehmen zu.

So sehen sich auch Ärzte immer häufiger mit der Bitte oder sogar dem Drängen ihrer Patienten konfrontiert, ohne ärztliche Untersuchung oder konkrete Symptome ein medizinisches Attest zur Befreiung von der Maskenpflicht auszustellen. Gerechtfertigter Anlass für das Ausstellen eines solchen Befreiungsattestes ist jedoch nur eine gesicherte Diagnose – wie eine Phobie, eine zu schwerer Atemnot führende Lungenerkrankung oder schwere Herzschwäche. Es ist daher Vorsicht geboten!

Unrichtige Gesundheitszeugnisse diskreditieren den gesamten Berufsstand

Ein derartiges Attest enthält nämlich eine Erklärung über den Gesundheitszustand des Patienten und stellt somit ein Gesundheitszeugnis im Sinne des § 278 StGB dar. Stellt der Arzt nun ein solches Befreiungsattest aus, ohne den Patienten vorher konkret untersucht zu haben oder bescheinigt er Symptome, welche tatsächlich nicht vorliegen, ist das Gesundheitszeugnis inhaltlich unrichtig. Der Arzt, der ohne ärztliche Indikation oder gar ohne vorherige Untersuchung ein Befreiungsattest für die Corona-Maskenpflicht ausstellt, macht sich gemäß § 278 StGB wegen Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse strafbar.

Die Folgen von diesen und anderen „Gefälligkeitsattesten“ sind weitreichend und greifen in verschiedene Berufs- und Lebensbereiche ein. Hinzu kommt, dass bereits der Verdacht, dass vermehrt unrichtige Gesundheitszeugnisse ausgestellt werden und es die Ärzteschaft mit ihren Berufspflichten nicht zu genau nimmt, zur Diskreditierung des gesamten Berufsstands führen kann. Behörden wie Krankenkassen und Gerichte nehmen es sehr genau und verlassen sich auf die Richtigkeit der ihnen vorgelegten Gesundheitszeugnisse, da sich aus dem Berufsethos des Arztes und aus der Strafbewehrung unrichtiger Atteste ein erster Anschein für deren Richtigkeit ergibt. Eine zunehmende Anzahl unrichtig ausgestellter Zeugnisse führt jedoch dazu, dass Behörden und Justiz ärztlichen Bescheinigungen kritischer gegenüberstehen und diese häufiger hinterfragen.

I. Strafrechtliche Konsequenzen: § 278 StGB

Wie bereits erwähnt, stellt das Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse einen Straftatbestand dar und kann mit Freiheits- oder Geldstrafe bestraft werden. Zudem hat der betroffene Arzt auch während der Ermittlungen mit erheblichen Beeinträchtigungen, wie einer Hausdurchsuchung und der Beschlagnahme

§ Medizinrecht

der Krankenunterlagen zu rechnen. Ein die Strafbarkeit voraussetzendes Tatbestandsmerkmal ist die Zweckbestimmung. Hierfür muss das unrichtige Gesundheitszeugnis zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft ausgestellt worden sein. Unter den Begriff der Behörde fallen insbesondere gesetzliche Krankenkassen und Berufsgenossenschaften.

Der Tatbestand ist dabei schon erfüllt, sobald der Arzt die Bescheinigung mit dem darauf erklärten Inhalt unterzeichnet und die Möglichkeit besteht, dass dieses Zeugnis zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft vorgelegt wird. Insoweit ist zu beachten, dass ein Befreiungsattest auch schon dann bei einer Behörde vorgelegt oder gebraucht wird, wenn sich der Patient in der Öffentlichkeit weigert, den Mund-Nasen-Schutz zu tragen und daraufhin die Polizei gerufen und das Attest vorgezeigt wird. Da aber das ärztliche Befreiungsattest für Corona-Masken regelmäßig explizit für solche Situationen ausgestellt wird, ist auch das Tatbestandsmerkmal des Ausstellens zum Gebrauch bei einer Behörde erfüllt. Es steht zu befürchten, dass die Strafverfolgungsbehörden in diesen Fällen wenig Milde walten lassen, denn die Zuverlässigkeit ärztlicher Atteste erleichtert Behörden, Versicherungen und der Justiz die Arbeit ungemindert. Aufwendige Gutachten, die auch den Patienten durch vielfältige, wiederholte Untersuchungen belasten würden, sind oft unnötig, wenn ein Gesundheitszeugnis vorliegt. Justiz und Strafverfolgungsbehörden haben daher ein hohes Eigeninteresse, die Integrität ärztlicher Gesundheitszeugnisse zu schützen und mit auch abschreckenden Maßnahmen gegen Verstöße vorzugehen.

II. Berufsrechtliche Konsequenzen nach BO

Neben den strafrechtlichen stehen auch berufsrechtliche Konsequenzen im Raum. Gemäß § 25 Abs. 1 der hessischen Berufsordnung (BO) haben Ärzte und Ärztinnen bei der Ausstellung ihrer Zeugnisse mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen. Hier muss zunächst mit berufsgerichtlichen Maßnahmen wie einer Verwarnung oder einem Verweis gerechnet werden. Kassenärzte können sich zudem einem Disziplinarverfahren ausgesetzt sehen. Hierbei stehen ebenfalls Verwarnung, Verweis, Geldbuße bis zu 50.000 Euro und die Anordnung des Ruhens der vertragsärztlichen Zulassung im Raum. Die endgültige Entziehung der Kassenarztzulassung kommt nur in seltenen Fällen und nur bei sehr schweren Verstößen in Betracht. Nach § 5 Abs. 2, Satz 1 BO kann aber auch die Approbation widerrufen werden, wenn man sich eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zum Ausüben des ärztlichen Berufes ergibt.

Ein Ruhen der Approbation kommt gemäß § 6 Abs. 1, Nr. 1 BO in Betracht, wenn gegen den Arzt wegen des Verdachts einer Straftat ein Strafverfahren eingeleitet ist, aus der sich diese Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit ergeben kann. Bei dem Begriff der

„Unzuverlässigkeit“ handelt es sich um ein Tatbestandsmerkmal mit einem prognostischen Element, bei dem es also darauf ankommt, wie sich der Betroffene in der Zukunft verhalten wird. Bei beharrlichen Verstößen gegen Strafvorschriften liegt eine schlechte Prognose nahe, was im Wiederholungsfall zum Entzug der Approbation führen kann.

III. Zivil- und arbeitsrechtliche Konsequenzen

Stellt ein angestellter Arzt unrichtige Zeugnisse aus, droht ihm neben dem Ermittlungsverfahren zudem der Verlust der Arbeitsstelle, da dieses Verhalten einen wichtigen Grund zur fristlosen

Kündigung des Arbeitsverhältnisses darstellt. Ferner muss der betroffene Arzt beachten, dass er sich durch sein Handeln gemäß § 106 Abs. 3a SGB V gegenüber dem Arbeitgeber und der Krankenkasse schadensersatzpflichtig gemacht hat, wenn er die unrichtigen Zeugnisse vorsätzlich oder grob fahrlässig ausgestellt hat.

Dr. jur. Thomas K. Heinz

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
E-Mail: dr.tkheinz@freenet.de



Foto: Jens Hänsel

Zum Verhalten gegenüber Kollegen in der Öffentlichkeit

Berufsrechtliche Anforderungen an die Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen

I. Sachverhalt

Mit Urteil vom September 2020¹ hat das Berufsgericht für Heilberufe bei dem Verwaltungsgericht Gießen gegen einen Facharzt für Nervenheilkunde mit der Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Psychiatrie und Psychotherapie“ (Beschuldigter) eine „Warnung“ ausgesprochen (vgl. § 50 Hessisches Heilberufsgesetz – HeilBG). Der Beschuldigte war im Zeitraum des zugrunde liegenden Geschehensablaufs leitender Arzt/Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung einer Klinik. Ihm war in der Anschuldigungsschrift vorgeworfen worden,

1. als verantwortlicher Leiter der entsprechenden Abteilung es zugelassen zu haben, dass bei einem Patienten die Aufnahme diagnose „Verdacht auf F 43.1 „Posttraumatische Belastungsstörung“ ohne fachmedizinisch angezeigte bzw. falladäquate Diagnostik als sicher feststehende Diagnose in den Unterlagen geführt und in ärztlichen Zeugnissen gegenüber Behörden angegeben wurde;
2. es weiter zugelassen zu haben, dass in vier ärztlichen Zeugnissen der Stationsarzt, ein Arzt in Weiterbildung, im Namen der Klinik ärztliche Zeugnisse ausstellte, welche zum einen die in Wahrheit noch ungesicherte Diagnose „F 43.1 Posttraumatische Belastungsstörung“ aufwiesen und so den Anschein einer sichergestellten Diagnose erweckten, und zum anderen in drei Fällen die Angabe enthielten, dass die Ehefrau und die Kinder des Patienten in Deutschland (X Stadt) wohnten, obwohl diese nach erfolgter Abschiebung tatsächlich wieder im Kosovo wohnten, was den Ärzten auf der Station auch bekannt war;
3. ferner sich nach der am xx.xx.20xx vollzogenen Abschiebung des Patienten in den Kosovo in der Öffentlichkeit in einer Weise über einen anderen Arzt äußerte, die geeignet war, das Ansehen der Ärzteschaft zu beschädigen.

Berufsvergehen²

Hintergrund dieser Anschuldigungen sind Vorgänge im Zusammenhang der Abschiebung eines abgelehnten Asylbewerbers ko-

sovarischer Staatsangehörigkeit in den Kosovo. Dieser hatte sich zwei Tage nach endgültiger negativer Beendigung seines Asylverfahrens in Begleitung seiner Rechtsanwältin als Notfall in der Klinik des Beschuldigten vorgestellt. Im Aufnahmeprotokoll notierte der Leiter der Traumaambulanz, ein Diplom-Psychologe, die Diagnosen F43.1 (PTBS) und F32.2 (schwere depressive Episode) nach ICD-10 und „Hinweise auf deutliche Suizidalität bei fraglicher Absprachefähigkeit mit Eigengefährdung“.

Der Patient wurde auf die offene Station des Beschuldigten aufgenommen. Dort verständigte sich der Assistenzarzt, ein Arzt in Weiterbildung, mit dem Patienten auf serbisch. Der Beschuldigte stellte nach einem zweimaligen ca. 20-minütigen Gespräch mit dem Patienten die Diagnose F43.1 PTBS als sicher fest.

Im weiteren Verlauf wurden mehrere „Zwischenberichte“ erstellt, jeweils vom Stationsarzt alleine oder einer Funktionsoberärztin (alleine) unterschrieben. Darin waren u. a. die Angaben über den Entlassungszeitpunkt des Patienten und seine Reisefähigkeit unterschiedlich, sie enthielten aber jeweils die Angabe, die Familie des Patienten wohne in der X-Stadt/Deutschland. Der beschuldigte Chefarzt hat keines dieser Atteste/Zwischenberichte unterzeichnet.

An dem Tag, an welchem vom Stationsarzt der letzte der oben genannten „Zwischenberichte“ unterschrieben worden war, hatte der Patient in Begleitung einer Sozialarbeiterin der Klinik bei dem Sozialamt vorgesprochen. Von dort wurde er einer amtsärztlichen Untersuchung zur Feststellung seiner Reisefähigkeit zugeführt. Gemäß dem Auftrag des zuständigen Regierungspräsidiums untersuchte der Amtsarzt den Patienten und stellte seine Reisefähigkeit fest. Nachdem sowohl das Verwaltungsgericht den Eilantrag zur Verhinderung der Abschiebung abgelehnt hatte, als auch das weiter angerufene Bundesverfassungsgericht negativ entschieden hatte, wurde der Patient am Folgetag in Begleitung eines Arztes auf dem Luftweg in den Kosovo abgeschoben.

Knapp zwei Wochen später erschien in einer Tageszeitung ein Bericht über die Abschiebung mit dem Titel „Aus der Psychiatrie direkt in den Kosovo“. Der Beschuldigte wird dort mehrfach wörtlich, teilweise auch indirekt zitiert. Zwei Tage später wird er

im Bericht einer anderen Tageszeitung zitiert, u. a. damit, dass er in Bezug auf den Amtsarzt, der die Reisefähigkeit festgestellt hatte, äußerte: „Das verstößt gegen jede ethischen Richtlinien unseres Berufs.“

II. Rechtliche Bewertung des Gerichts

Der Beschuldigte wurde vom Berufsgericht verurteilt und mit einer „Warnung“ gemäß § 50 Abs. 1 Nr. 1 HeilBG sanktioniert. Wörtlich heißt es dazu im Obersatz: „Nach den oben getroffenen Feststellungen hat sich der Beschuldigte zum einen einer Berufspflichtverletzung schuldig gemacht, weil er es zuließ, dass der Stationsarzt A. B. ohne Rücksprache und Abzeichnung durch einen Facharzt Berichte an Behörden und das Gericht erstellte, die unrichtige Angaben bezüglich der sozialen Anamnese des Patienten C. enthielten. Außerdem hat er sich gegenüber Journalisten (...) in der Öffentlichkeit in einer Weise über einen Kollegen geäußert, die geeignet war, das Ansehen der Ärzteschaft zu beschädigen.“

Keine Anordnung der Gegenzeichnung von Attesten

Das Gericht wertet die ausgestellten Atteste insoweit als unzutreffend, als angegeben wird, der Patient wohne mit seiner Familie in X-Stadt/Deutschland. Dieser verfahrensbedeutsame Fehler hätte vermieden werden können, wenn der Beschuldigte als verantwortlicher Chefarzt die Gegenzeichnung solcher Berichte durch einen Oberarzt oder eine Oberärztin vorgeschrieben hätte, was aber nicht der Fall gewesen sei.

Dieser Fehler in der sozialen Anamnese „hätte bei Durchsicht der Berichte durch einen Oberarzt oder eine Oberärztin vermieden werden können, der oder die letztlich auch die Verantwortung für als feststehend bezeichnete Diagnosen als Fachärztin bzw. Facharzt hätte übernehmen, müssen. Eine Gegenzeichnung hätte daher nach Auffassung des Gerichts erfolgen und in der Klinik vorgeschrieben werden müssen. Diese Verantwortung oblag dem Beschuldigten“. Weiter heißt es in dem Urteil: „Damit liegt eine Berufspflichtverletzung wegen der Verantwortung für die nicht sorgfältige Ausstellung ärztlicher Zeugnisse vor (§ 25 Abs. 1 S. 1 Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen, BO).“

Unangemessener Angriff gegen einen Arztkollegen

Hinsichtlich des Anschuldigungspunktes „abwertende Äußerungen in der Öffentlichkeit gegenüber einem Arztkollegen“ bestätigt das Gericht den Vorwurf berufswidrigen Verhaltens. Es sieht in den Äußerungen in der Öffentlichkeit einen „unangemessenen Angriff gegen einen Arztkollegen, der diesen mit schwerwiegenden und ungerechtfertigten Vorwürfen überzieht“. Der Amtsarzt habe im Einklang mit seinen Berufspflichten gehandelt, wie das Berufsgericht durch Urteil vom 10. April 2019 bereits festgestellt habe. Der Amtsarzt sei nämlich nicht mit der Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens, sondern allein mit Feststellungen zur Reisefähigkeit des Patienten beauftragt gewesen. Der pauschale Vorwurf unethischen Verhaltens und die Diffamierung des Amtsarztes beschädige das Ansehen der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit und sei auch vorsätzlich erfolgt, so das Gericht.

Korrekte Diagnosestellung eines behandelnden Arztes

In der Zulassung der Aufnahme einer ungesicherten Diagnose in den ärztlichen Attesten/Zwischenberichten als sicher feststehende Diagnosen sieht das Gericht dagegen „keine berufsrechtlich relevante Verfehlung“. Es liege schon keine fehlerhafte Diagnose vor.

Hier differenziert das Gericht zwischen den Berufspflichten von Ärzten, die als gerichtlich bestellte Gutachter tätig werden und derjenigen Ärzte, die als behandelnde Ärzte tätig werden.

Im vorliegenden Falle der Diagnosestellung des behandelnden Arztes seien die Vorgaben im „Istanbuler Protokoll“ vom August 2012, wonach grundlegende Voraussetzung für eine Begutachtung psychischer Traumafolgen und Differenzialdiagnostik der Nachweis von mindestens fünf Jahren klinischer Tätigkeit im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik in einer Praxisberatungsstelle oder Klinik sei, was vorliegend auf den behandelnden Assistenzarzt nicht zutrifft, nicht relevant. Die Klinikärzte seien nämlich hier nicht als gerichtlich bestellte Gutachter tätig geworden, sondern als behandelnde Ärzte.

Erwägungen des Gerichts

Dem Gericht erschien das Vorbringen des Beschuldigten nachvollziehbar, dass zunächst, um die traumatherapeutische Behandlung zu ermöglichen, daran gearbeitet worden sei, für den Patienten ein Setting zu schaffen, in dem die Traumatherapie hätte begonnen werden können. Dass die behandelnden Ärzte sich nicht mit dessen Vortrag in diversen Asylverfahren zu seiner Lebensgeschichte befasst hätten, erscheine nachvollziehbar und sei nicht vorwerfbar. Vorrangig sei die Abmilderung der festgestellten schweren depressiven Phase gewesen, um die Behandlungsfähigkeit des Patienten herzustellen. Wörtlich führt das Gericht dazu aus: „Anders als gerichtlich oder behördlich bestellte Gutachter, ist der behandelnde Arzt in erster Linie dem Wohl und der Behandlung des Patienten verpflichtet und nicht dazu aufgerufen, diesen in der Situation glaubhafter Symptome einer schweren depressiven Episode der Lüge oder gar einer Simulation der PTBS zu überführen oder ihm durch Konfrontation mit angeblichen Widersprüchen das Gefühl des Vertrauens zu nehmen. Dies mag dazu führen, dass in gerichtlichen Verfahren – wie auch hier – die ärztlichen Schlussfolgerungen von den Gerichten nicht mitgetragen werden, weil diese weitergehende Kenntnisse von der Fluchtgeschichte und sich widersprechenden Angaben des Asylbewerbers haben.“

Dies ändere aber, so das Gericht, nichts daran, dass das Bestreben eines behandelnden Arztes, für seinen Patienten ein sicheres Setting zu schaffen, um die eigentliche Behandlung aufnehmen zu können, berufsrechtlich nicht zu beanstanden sei. Ein vorsätzlich gegen bessere Erkenntnis erfolgtes Handeln der beteiligten Ärzte im vorliegenden Fall habe sich für das Gericht nicht ergeben.

Christiane Loizides

Vizepräsidentin des VG a. D.,
Berufsgerichtsabteilung der LÄKH



Foto: privat

¹ Berufsgericht für Heilberufe bei dem Verwaltungsgericht Gießen, Urteil vom 09.09.2020, Az.: 21 K 3899/18.Gl.B.

² nach § 22 HeilBG (HeilBG), §§ 2 Abs. 3, 25 Satz 1 BO

Dyspnoe: Herausforderung in der internistisch-hausärztlichen Praxis

VNR: 2760602020271280007

Dr. med. Georg Fröhlich, Dr. med. Kai Schorn, Dr. sc. hum. Heike Fröhlich

Dieser Beitrag ist ein Nachdruck aus der Zeitschrift „Der Internist“, Ausgabe 1/2020 und erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlages. Als CME-Fortbildung erscheint der Beitrag exklusiv im Hessischen Ärzteblatt.

Zusammenfassung

Dyspnoe ist eines der häufigen Symptome, welches zu einem Hausarztbesuch führt. Die Herausforderung für den Hausarzt besteht in der korrekten Differentialdiagnose. Leitlinien zu Dyspnoe existieren nicht. Dieser Übersichtsartikel gibt einen Überblick zu den ursächlichen Krankheitsbildern, zeigt Wege der Anamnese und Differentialdiagnose auf und schildert die Rolle des Hausarztes in der Primärversorgung der Dyspnoe.

Einleitung

Dyspnoe ist eines der häufigsten Symptome, weshalb Patienten in der Regel als erstes einen Hausarzt aufsuchen. Zwar sind in den meisten Fällen pulmonale und/oder kardiale Krankheiten ursächlich, dennoch kann eine Diagnosestellung eine Herausforderung sein. So müssen mehrere Differentialdiagnosen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Komorbiditäten überprüft und in Betracht gezogen werden. Zu Grunde liegende Ursachen reichen von meist einfachen ungefährlichen und selbstlimitierenden bis hin zu akut lebensbedrohlichen Erkrankungen, welche im Notfall eine umgehende medizinische Folgebehandlung erforderlich machen. Sofern eine Primärdiagnose getroffen und eine Initialtherapie begonnen wurde, sollten die Patienten regelmäßig den Hausarzt aufsuchen, um den Erfolg bzw. Verlauf zu kontrollieren und um die Therapie ggf. anzupassen oder eine Facharztkon-

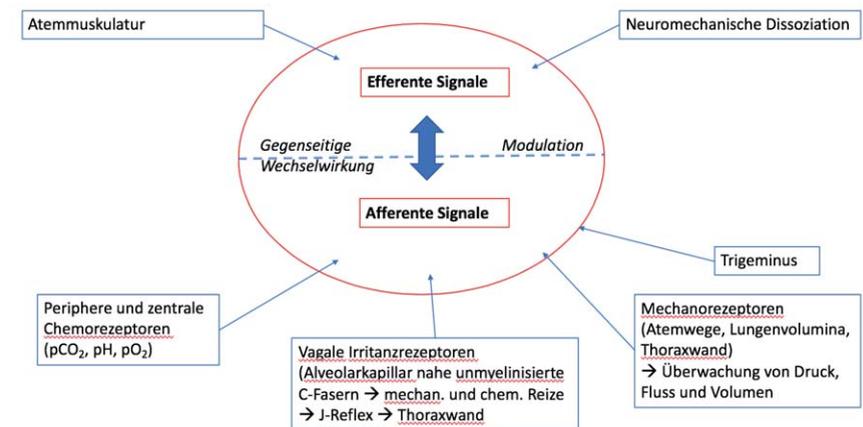


Abb. 1: Pathomechanismen der Dyspnoe [40]

sultation auszuloten. Somit ist auch verständlich, dass fachärztliche Kollegen wie Pneumologen oder Kardiologen, bzw. die Notaufnahmen vor allem von solchen Patienten aufgesucht werden, deren Symptomatik und Beschwerden sich als sehr stark und belastend präsentieren, die sich unter der initial eingeleiteten Therapie nicht gebessert haben oder bei denen eine schwere Krankheit vermutet wird. Aktuell existiert keine Leitlinie in Deutschland, die einen Algorithmus für die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Dyspnoe beschreibt. Die Studienlage bei Patienten mit Dyspnoe ist im ambulanten Setting im Vergleich zum Krankenhaus rar. Aus diesem Grund soll diese Arbeit den behandelnden Hausärzten einen Überblick über die Symptomatik Dyspnoe sowie die möglichen Ursachen und die Möglichkeiten der Therapie geben. Auch beschäftigt sich dieser Übersichtsartikel mit dem Spezialfall der Dyspnoe bei onkologischen Patienten.

Hintergrund

Dyspnoe (auch umgangssprachlich Atemnot oder Luftnot genannt) wird als „subjektiv unangenehme Wahrnehmung des Atmens, die sich aus qualitativ umschriebenen Empfindungen von unterschiedlicher Intensität zusammensetzt“ beschrieben. Diese Wahrnehmung wird von einem komplexen Zusammenspiel physischer, psychischer, sozialer und umweltbedingter Faktoren beeinflusst und kann ihrerseits physiologische und verhaltensbezogene Reaktionen hervorrufen [46]. Generell ist das Atmen ein automatischer Vorgang, der in Ruhe ohne bewusste Wahrnehmung und ohne unangenehmes Gefühl stattfindet. Dies ändert sich erst dann, wenn bspw. kardiale, pulmonale, psychische und andere Erkrankungen dies beeinträchtigen, es folglich zu einer Dyspnoe (auch Atemnot genannt) kommt. Dyspnoe ist eines der häufigsten und gleichzeitig eines der schwierigsten und insbesondere im Vergleich zu anderen

Grafik: Rechte bei den Autoren, Nachdruck aus „Der Internist“

Symptomen wie Schmerz am wenigsten verstandene Symptom. Die Pathophysiologie der Dyspnoe besteht aus einer komplexen Interaktion von multiplen Signalen, zum einen vom zentralen, aber auch vom autonomen Nervensystem, des Hirnstamms und des Motorkortex sowie einer Vielzahl von Rezeptoren der oberen Atemwege, Lunge und Brustwand, ohne dass ein singulärer Mechanismus die Symptomatik zu erklären vermag (siehe Abb. 1, [40]). Häufigste Ursachen sind kardial und pulmonal.

Das im Hirnstamm lokalisierte Atemzentrum und der sensorische Kortex erhalten dabei afferente Signale von Chemo- und Mechanorezeptoren. Die peripheren und zentralen Chemorezeptoren in der Arteria carotis, im Aortenbogen und im Hirnstamm registrieren den pCO_2 , pH und den pO_2 . In den Atemwegen, dem Lungenparenchym und der Thoraxwand erfassen vom Nervus vagus innervierte Dehnungs- und Mechanorezeptoren kontinuierlich Veränderungen der Lungenvolumina, Lungendrucke und Atemwegsflüsse und übermitteln diese Informationen an das zentrale Nervensystem. Informationen aus Trigeminasrezeptoren in den oberen Atemwegen können beispielsweise durch Zufuhr von kalter Luft durch Verlängerung der Atemanhaltezeit das Gefühl von Dyspnoe reduzieren. Demgegenüber verstärken sog. vagale Irritanzrezeptoren bei Erhöhung des bronchialen Muskeltonus das Empfinden von Atemnot. Alveolarkapillar-nahe unmyelinisierte C-Fasern werden durch chemische wie mechanische Reize aktiviert und limitieren als sog. J-Reflex bei maximaler körperlicher Anstrengung, lokaler Entzündung wie auch bei beginnendem Lungenödem die Leistungsgrenze. Rezeptoren an der Thoraxwand liefern aus Muskelspindeln, Gelenken und Sehnen Informationen über Dehnung und Krafteinwirkung. Vom motorischen Atemzentrum im Hirnstamm ausgehend werden Efferenzen unter anderem an die Atemmuskulatur übermittelt und ein inspiratorischer Luftfluss ausgelöst. Im Rahmen einer neuromechanischen Dissoziation stimmen diese efferenten neuronalen Signale nicht mehr mit der respiratorischen Anpassung überein, was bei dem Betroffenen ein Gefühl von Dyspnoe hervorruft.

Dyspnoe ist aber auch bei intensiver und maximaler körperlicher Anstrengung als normaler Hinweis des Körpers auf die Leistungslimitierung und nicht als Bedrohung zu sehen. Wenn jedoch die Ursache nicht klar ist oder in einer schweren Erkrankung gesehen wird, wirkt Dyspnoe bedrohlich und lässt ein Empfinden von Angst entstehen, was eine emotionale Belastung sein kann.

Darüber hinaus können aufgrund der engen Beziehung zum limbischen System Umwelteinflüsse aber auch kognitive wie emotionale Faktoren wie Angst, Einsamkeit, Anspannung oder Traurigkeit auch im Sinn eines circulus vitiosus eine oft negativ verstärkende Wirkung auf Atemnot haben und diese unterhalten [58].

Es gibt gute Evidenz, dass sich selbst bei Gesunden experimentell unterschiedliche Empfindungen von Atemnot wie Lufthunger oder Engegefühl z. B. durch Hypoxie, Hyperkapnie oder erhöhte inspiratorische Widerstände induzieren lassen [4]. Zum Teil ist es herausfordernd, die akute von der chronischen Dyspnoe abzugrenzen. Dies ist gerade im hohen Alter besonders schwer, da die Patienten bereits stark körperlich eingeschränkt sind und das Fortschreiten der akuten Dyspnoe zunächst nicht bewusst wird und als „normaler“ Alterungsprozess fehlinterpretiert wird.

Aus Ermangelung klarer objektivierbarer Parameter bereitet die Einteilung des Schweregrads der Dyspnoe dem Arzt regelhaft Schwierigkeiten. Zur Darstellung der Intensität der Dyspnoe sollte am bes-

ten eine visuelle Analogskala oder die sogenannte Borg-Skala eingesetzt werden. Sie kategorisieren die Atemnot zwischen 0 (keine Beschwerden) bis 10 (maximale Beschwerden) [3]. Dabei kann die Borg-Skala in Verbindung mit einem Sechs-Minuten Gehtest modifiziert werden. Hier ist jedoch die Eindimensionalität, das heißt die ausschließlich subjektive Beschreibung der Dyspnoe bei der Erfassung problematisch. Demgegenüber versucht die Dyspnoe Skala der American Thoracic Society (ATS) [46] das Ausmaß bestimmten Tätigkeiten, bei denen Luftnot auftritt, im Sinne einer Belastungsabhängigkeit, zuzuordnen (siehe Tab. 1).

85 % der Fälle sind auf kardiale und pulmonale Ursachen wie chronische Herzinsuffizienz, Asthma bronchiale, COPD, interstitielle Lungenerkrankungen, Pneumonien oder psychische Störungen zurückzuführen [65]. Dennoch ist zu bedenken, dass die Zuordnung durch die multifaktorielle Genese der Symptome erschwert werden kann, da mehrere Ursachen zeitgleich vorliegen können.

Eine Übersicht über die häufigsten in Frage kommenden Ursachen der akuten Dyspnoe bei Erwachsenen ist in Tab. 2 aufgelistet [38].

Epidemiologie

In der hausärztlichen Medizin ist die Dyspnoe ein häufiges klinisches Leitsymptom: ca. 1 % bis 4 % der Patienten nennen Luftnot als Grund für einen Hausarztbesuch [12, 22, 63]. In einer Beobachtungsstudie

Tab.: 1: Graduierung der Dyspnoe [46]

Grad		Beschreibung
0	Keine Dyspnoe	Keine Beschwerden beim raschen Gehen in der Ebene oder leichtem Anstieg, außer bei deutlicher körperlicher Anstrengung
1	Milde Dyspnoe	Kurzatmigkeit bei raschem Gehen in der Ebene oder leichtem Anstieg
2	Mäßige Dyspnoe	Kurzatmigkeit. In der Ebene langsamer als Altersgenossen, Pausen zum Atemholen auch bei eigenem Tempo
3	Schwere Dyspnoe	Pausen beim Gehen nach einigen Minuten oder nach etwa 100 Metern im Schritttempo
4	Sehr schwere Dyspnoe	Zu kurzatmig, um das Haus zu verlassen. Luftnot beim An- und Ausziehen

Tab. 2: Ursachen für Dyspnoe im Allgemeinen [38]

Organsystem	Häufige Ursachen der akuten Dyspnoe
Kardial	Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung und akute myokardiale Ischämie, Herzklappeninsuffizienzen oder -stenosen, Herzrhythmusstörungen, Perikarditis
Pulmonal	Chronisch obstruktive pulmonale Erkrankung COPD, Asthma bronchiale, Pneumonie, akute Bronchitis, Pneumothorax
Psychisch	Panikattacken, Hyperventilation, Schmerzen, Angstzustände
Zentrales Nervensystem	Neuromuskuläre Erkrankungen, Schmerzen
Endokrin	Metabolische Azidose
Sonstiges	Anämie, Medikamente, Adipositas
Kinder	Akutes Asthma bronchiale, pulmonale Infektionen, obere Atemwegobstruktionen, Krupp, Epiglottitis, Fremdkörperaspiration

aus Sachsen war Dyspnoe bei über 65-Jährigen nach Husten und Rücken-/Gelenkschmerzen unter den fünf häufigsten Gründen für eine akute Hausarztkonsultation [21]. Ferner konnte Magnussen in einer Befragung bei Allgemeinmedizinern in Deutschland zur Prävalenz respiratorischer Symptome feststellen, dass diese im Sinne einer „chronischen Dyspnoe“ in ca. 25 % der befragten Fälle vorlagen [37]. Für Menschen im mittleren und höheren Alter ist die Prävalenz mit rund 30 % sogar noch etwas höher [14].

In deutschen Facharztpraxen (Pneumologen und Kardiologen im Speziellen) liegt der Anteil der Patienten mit chronischer Dyspnoe sogar noch um einiges höher [18]. Dies lässt sich aber durch den Schwerpunkt der Fachdisziplin erklären. Noch häufiger ist die Dyspnoe in Notaufnahmen in deutschen Krankenhäusern zu finden: es wird von einer Prävalenz der Patienten mit Dyspnoe von etwas mehr als 7,4 % ausgegangen [41].

Anamnese und Diagnostik

In der hausärztlichen Sprechstunde ist die Anamnese ein zentraler Pfeiler der Diagnostik. Es ist hier sicherlich ein unschätzbare Vorteil, dass der Hausarzt in der Regel „seine“ Patienten und deren private wie medizinische Situation kennt.

Beim Erstkontakt ist es Aufgabe des Hausarztes zum einen zu differenzieren, ob es sich um eine akute oder eine chronische

Dyspnoe handelt, und zum anderen zu prüfen, ob diese sich aus der Krankheitsgeschichte erklären lässt oder es eine neue Erkrankungsursache gibt. Es gilt zunächst die akute von der chronischen Form der Dyspnoe zu unterscheiden, wobei im Allgemeinen chronisch definiert ist, als dass sich die akute Situation zeitnah verschlechtert hat. Ferner gilt es, den Schweregrad zu erfassen, um ggf. sogar vital bedrohliche Gefahren abzuwenden und akute auch symptomlindernde Maßnahmen einzuleiten.

In der Anamnese der Dyspnoe sind auslösende Faktoren zu erfragen, die Qualität, d.h. das Empfinden mit eigenen Worten sollte wiedergegeben und die Dauer der Beschwerden genauer erläutert werden.

Hier ist im Speziellen gezielt nach vorangegangenen respiratorischen Infekten, Fieber, Gewichtsverlust, Vorerkrankungen wie Herzerkrankungen (vorausgegangener Myokardinfarkt, Herzklappenerkrankung, Herzinsuffizienz, Interventionen wie Schrittmacheranlage, diagnostische Lungenbiopsie, koronare Stentimplantation) oder Tumorerkrankungen oder nach psychischen Leiden zu fragen.

Insbesondere ist es bei der Erstanamnese relevant, den zeitlichen Verlauf der Dyspnoe eingrenzen zu können. Außerdem ist eine Medikamentenanamnese einzuholen. Ferner ist die sorgfältige Erfassung von Inhalationsnoxen wie Nikotin oder evtl. Exposition gegenüber Stäuben und Tierkontakten sowie der Berufs- und Familienanamnese mit Erfragen von Hobbys oder Freizeitaktivitäten relevant und führt mitunter entscheidend zum Erkenntnisgewinn.

Generell ist das Empfinden der Dyspnoe und deren Einschränkung sehr subjektiv. Die Herausforderung des behandelnden Arztes ist es, dies zu objektivieren. D. h. der Arzt sollte die „Sprache der Dyspnoe“ verstehen, also aus den Schilderungen des Patienten heraus auf mögliche zu Grunde liegende Pathomechanismen zu schließen, da unterschiedliche Verbalisierungen der Dyspnoe unterschiedlichen Erkrankungen zugeordnet werden können [50]: So berichten Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) neben Lufthunger ein Gefühl von Ersticken und gesteigerte Atemarbeit, wohingegen Asthmatiker ungenügende Ausatmung, Erstickungsgefühl, Lufthunger und Enge-

Tab. 3: Überblick zur Darstellung der wichtigsten Anamnesekriterien

Zeitlich	Umstände des Auftretens	Ursächlich zugrunde liegende Störung bzw. Grunderkrankung
• Akut oder chronisch	• In Ruhe oder unter Belastung (körperlich/psychisch)	• Kardial
• Intermittierend, anfallsweise oder permanent	• In Abhängigkeit von Körperposition	• Pulmonal
	• langsam/plötzlich	• Onkologisch
		• Fettstoffwechselstörung, z. B. aufgrund von Adipositas

gefühl angeben. Herzinsuffiziente Patienten verbalisieren ihre Atemnot in Dekompensationsphasen als Erstickengefühl verbunden mit Lufthunger und neuromuskulär Erkrankte berichten über eine erhöhte Atemarbeit in Verbindung mit flacher Atmung [17, 54].

Außerdem sollte der Behandler gezielt nach Begleitsymptomen (z. B. Husten, thorakaler Druck, Fieber, Unterschenkelödeme etc.) fragen und deren Atem-, Lage- und Bewegungsabhängigkeit ausloten. Auch Fragen, wie sich die Dyspnoe in ihrer Intensität und Auslösbarkeit in der Vergangenheit entwickelt hat (Beispiel: Belastungsdyspnoe, ob gleichzeitig ein retrosternaler Druck auftritt u. a.) sind wichtig. So empfehlen sich die sieben Fragen orientierend nach Ewert und Gläser zu nutzen [19]: bei Belastung (a) oder in Ruhe (b) Luftnot, abends geschwollene Beine (c), häufiges nächtliches Wasserlassen (d), chronische Lungen-/Herzerkrankung bekannt (e), andere Erkrankungen (z. B. Lungenarterienembolie, Blut-/Lebererkrankungen, Diabetes, Bluthochdruck) bekannt (f), Allergie/Nikotin (g). Zur Erfassung und Differenzierung von chronischer Dyspnoe, um etwaige Diagnosen weitgehend auszuschließen oder unwahrscheinlicher zu machen. Durch diese sieben Fragen konnte in internistischen Praxen in Kombination mit anamnestischen Angaben in 75 % der Fälle eine ausreichende Erklärung der chronischen Dyspnoe zu finden [18].

Sofern ein psychisches Problem ursächlich für eine Dyspnoe sein kann, empfiehlt es sich in der Anamnese beispielsweise den „Patient Health Questionnaire 2“ (PHQ-2) zu nutzen. Dieser ist mit nur zwei Fragen an den Patienten einfach und schnell in der Anamnestizierung durchzuführen. Zum einen wird nach Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, Erschöpfung oder Depression sowie zum anderen nach Interessen- und Freudlosigkeit gegenüber Dingen, die gewöhnlich Spaß bereiten, gefragt [36]. Die nachfolgende Tab. 3 gibt einen Überblick über die wichtigsten Anamnesekriterien bei der Begutachtung von Patienten mit Dyspnoe.

Körperliche Untersuchung

Nach der zunächst reinen Befragung des Patienten erfolgt im weiteren Verlauf der

Anamnese die körperliche Untersuchung: Ziel einer initialen körperlichen Untersuchung ist die Erhebung der Atemfrequenz, die Beurteilung der Atemtiefe und des Gebrauchs von Atemhilfsmuskulatur, des Bewusstseinszustand und der Fähigkeit zu sprechen, um sich so ein genaueres Bild von der Dyspnoe-bedingenden Erkrankung des vorstelligen Patienten zu machen. So ist beispielsweise ein inspiratorischer Stridor ein Indikator für eine obere extrathorakale Atemwegsobstruktion und gestaute Halsvenen sind hinweisend auf ein Cor pulmonale mit Herzinsuffizienz. Durch Palpation des Thorax lässt sich ein subkutanes Emphysem mit Krepitation als Hinweis auf einen Pneumothorax finden, der sich in der Perkussion als hypersonor darstellt. Demgegenüber findet sich bei einem Pleuraerguss ein hyposonorer Klopfeschall mit aufgehobenem Atemgeräusch. Rasselgeräusche finden sich bei einem Lungenödem und einer Pneumonie. In der Untersuchung des Abdomens ist eine Hepatomegalie ebenso wie Aszites und positiver hepatojugulärer Reflux ein möglicher Hinweis auf eine fortgeschrittene Herzinsuffizienz.

Die Tab. 4 listet alle empfohlenen Untersuchungsschritte auf [71].

Exkurs:

Im australischen BEACH Studienprogramm [16] gab nur ein Drittel der Patienten, die sich wegen Dyspnoe bei ihrem Hausarzt vorstellten, an, keine weiteren Begleitsymptome neben der Dyspnoe zu bemerken. Dies bedeutet, dass die überwiegende Mehrheit weitere Beschwerden und körperliche Auffälligkeiten vorwies. 16,9 % der Fälle wiesen dabei Husten als häufigstes Mitsymptom auf. Brustschmerz, Schwäche und Müdigkeit, pfeifendes/keuchendes Atemgeräusch oder Unterschenkelödeme waren in 5,0, 3,5, 2,4 bzw. 1,8 % der Fälle ein Begleitsymptom.

Im letzten Schritt ist es die Aufgabe des behandelnden Hausarztes von den Symptomen und den oben genannten weiteren Ergebnissen der körperlichen Untersuchungen Rückschlüsse auf die mögliche Diagnose zu schließen. So sind typische Untersuchungsergebnisse bei Patienten

Tab. 4: Initiale körperliche Untersuchung bei Dyspnoe [71]

- Beurteilung der Durchgängigkeit der Atemwege und Abhören der Lunge
- Beobachten des Atemverhaltens, einschließlich dem Gebrauch von Hilfsmuskulatur
- Prüfen des Herzrhythmus'
- Messen der Vitalzeichen und Pulsoxymetrie
- Bezug auf eine vorausgegangene kardiale oder pulmonale Erkrankung oder ein Trauma
- Beurteilung des psychischen Zustands

mit Dyspnoe beispielsweise auffällige Herzgeräusche, Carotiden, Beinödeme (ein/beidseitig), charakteristische Lungenauskultationsbefunde (z. B. trockene Rasselgeräusche bei obstruktiven Atemwegserkrankungen, Knisterrasseln bei Lungenfibrose), Zyanose, Thoraxdeformitäten, Hautveränderungen (z. B. Teleangiektasien, Trommelschlegelfinger und Uhrglasnägel). Gleichzeitig können Symptome wie ein Galopprhythmus bei Herzinsuffizienz, ein gespaltener zweiter Herzton, ein Perikardreiben oder ein erhöhter rechtsatrialer Druck aufgrund von Halsvenenstauung, Unterschenkelödeme oder Aszites die künftige apparative Diagnostik determinieren.

Der behandelnde Hausarzt sollte außerdem zwischen stabilen und instabilen Patienten mit Dyspnoe unterscheiden: Instabile Patienten weisen typischerweise eine Hypotension, einen reduzierten Bewusstseinszustand, eine Hypoxie, eine instabile Herzrhythmusstörung, einen Stridor oder eine ineffektive Atembewegung auf und nutzen in den meisten Fällen stärker die Atemhilfsmuskulatur. Diese bedürfen (im Gegensatz zu stabilen Patienten mit Dyspnoe) eine sofortige notfallmedizinische und ggf. stationäre Behandlung. Ferner sind auch Atemfrequenzen > 40/min, Einziehungen, Zyanose oder drohende klinische Erschöpfung Alarmzeichen für den Arzt, die ein sofortiges Handeln erfordern. Die folgende Tab. 5 gibt eine Übersicht zu den Häufigkeiten der o.g. Diagnosen von

Tab. 5: Übersicht der Vorstellungsgründe in der Hausarztpraxis

SESAM-2 (22) mit n = 93 plus 7.644 aus „Dutch Transition Project“ (Land: Deutschland und Niederlande)	BEACH (16) mit n = 7.255 (Land: Australien)	BEACH (12) mit n = 5.200 (Land: Australien)
Akute Bronchitis (24,7 %)	COPD (10,4 %)	Asthma (21,0 %)
Obere Atemwegsinfektionen (9,7 %)	Asthma (9,6 %)	COPD/chronische Bronchitis (19,2 %)
Asthma bronchiale & COPD (jeweils 5,4 %)	Herzinsuffizienz (9,4 %)	Herzinsuffizienz (18,2 %)
Herzinsuffizienz (5,4 %)	Hypertensive Entgleisung (4,1 %)	Andere kardiovaskuläre Erkrankungen (12,5 %)
Chronische Bronchitis & Hypertension (jeweils 4,3 %)	Akute Bronchitis (4,0 %)	Einfache (meist virale) Atemwegsinfekte (11,3 %)
Pneumonie (3,2 %)	Ischäm. Herzkrankheit/ KHK (3,0 %)	Psychosomatische Gründe (3,4 %)
	Angststörung (2,1 %)	

Patienten, die wegen Dyspnoe eine Hausarztpraxis aufsuchten, aus drei verschiedenen Kohortenstudien.

Gleichzeitig ist dem systematischen Review von Viniol et al. zu entnehmen, dass bei insgesamt 8,6 bis 18,9 % aller Patienten, welche mit Dyspnoe primärärztlich vorstellig werden, keine klare Diagnose gestellt werden kann [63]. Die Unterschiede lassen sich durch die starke Studienheterogenität hauptsächlich erklären: Dies ist nach Viniol et al. zum einen auf die differente Altersstruktur der jeweiligen Studienpopulation, zum anderen aber auch neben der unterschiedlichen diagnostischen Strategie auf die unterschiedliche Beschwerdedauer und -intensität zurückzuführen. Außerdem finden sich innerhalb der Studien Differenzen bzgl. der Kategorisierung „COPD/chronische Bronchitis“, „Asthma/Allergie“ sowie „Herzinsuffizienz“.

Abschließend lässt sich die Unschärfe der Ursachenzuteilung darauf zurückzuführen, dass die Diagnostik in den einzelnen Studien klinisch und nicht standardisierten Kriterien unterlag. Beispielhaft sind hier die Studien von Currow et al. [16] und Charles et al. [12] aufgeführt, die bei

dem australischen BEACH-Programm entstammen: Currows Rekrutierungsphase dauerte im Gegensatz zu der von Charles et al. mit 9 Jahren um 3 Jahre länger und schloss im Gegensatz zu Charles et al. Patienten unter 18 Jahren aus.

Eine Herausforderung bei der Diagnosefindung liegt v. a. in dem stark subjektiven Charakter der Dyspnoe. Patienten beschreiben das Symptom zum Teil sehr unterschiedlich und nehmen die dadurch bedingte Einschränkung im Alltag auch verschieden wahr. Zur genauen Differentialdiagnose empfiehlt es sich, strukturierte Fragen zu nutzen, um so Qualität und Quantität der Dyspnoe zu objektivieren. Denn die in der Medizin häufig zur Objektivierung genutzten Parameter wie Atemfrequenz, Lungenfunktionsparameter, Laborwerte oder Sauerstoffgehalt des Blutes weisen nur eine unzureichende Korrelation mit der Symptomatik auf und sind deshalb nicht geeignet für die Erfassung der Atemnot.

Relativ eindeutig ist es dagegen für den Arzt, wenn eine vitale Bedrohung für den Patienten vorliegt, beispielsweise bei Koma oder Verwirrheitszuständen, schwerer Zyanose, Sprechdyspnoe, Kaltschwei-

ßigkeit, inspiratorischer Stridor und drohender respiratorischer Erschöpfung durch Einsatz der Atemhilfsmuskulatur und inspiratorische Einziehungen vor.

Bei der Differentialdiagnose ist die Erhebung des Beginns des Auftretens, Dauer und Fortbestehen in Ruhe oder Zunahme unter Belastung ist ebenso von hoher Relevanz wie das Erfragen nach Husten, was einen Hinweis auf eine Pneumonie, akute Bronchitis oder ein Asthma sein kann. Eine begleitende Veränderung des Sputum-Charakters und dessen Menge mag hinweisend für eine exazerbierte COPD und Fieber ein Ko-Symptom einer Pneumonie sein. Begleitende Brustschmerzen mit Atemnot mögen eine wahrscheinliche Ursache in einer myokardialen oder pleuralen Erkrankung wie Myokardinfarkt oder Pleuritis finden. Dyspnoe oder Tachypnoe mit begleitenden pleuralen Brustschmerzen kommen dabei auch in 97 % der Fälle mit manifester Lungenarterienembolie vor [31]. Im Rahmen dieser Verdachtsdiagnose ist aber auch im Besonderen auf Zeichen einer tiefen Venenthrombose mit Umfangsvermehrung häufig einer Extremität, welche die häufigste Ursache einer Lungenarterienembolie darstellt, zu achten. Symmetrische Unterschenkelödeme oder Nykturie mit vorbekannter kardialer Erkrankung sowie in der klinischen Untersuchung auffallendem Herzgeräusch sind stark hinweisend auf eine Herzinsuffizienz mit Klappeninsuffizienz oder -stenose.

Die Differenzierung hinsichtlich einer kardialen, pulmonalen und psychosomatischen Genese ist insbesondere bei Koinzidenz verschiedener Erkrankungen nicht nur im höheren Lebensalter herausfordernd und stellt den klinisch tätigen Arzt regelhaft vor eine Herausforderung. So ist Dyspnoe bei einer Angststörung oder einer Depression häufig, aber auch organische Ursachen sind nicht zwingend auszuschließen. Beispielsweise kann ein Hyperventilationsyndrom nur nach Ausschluss organischer Korrelate gestellt und behandelt werden [49].

Außerdem weisen Patienten mit Übergewicht bzw. Adipositas (BMI \geq 25kg/m² bzw. 30kg/m²) regelhaft Schwierigkeiten bei der Atmung sowie Dyspnoe auf [26, 56]. Grundlage sind hier v.a. physiologische Veränderungen der Lungenvolumina und -kapazitäten, des Atemflusses, des

Tab. 6: Dyspnoe typische Symptome und mögliche Diagnosen [mod. nach 67]

Indikationsbereich	Symptome bzw. Untersuchungsergebnisse	Mögliche Diagnose
Kardial	(Unterschenkel-)Ödeme, Halsvenenstauung, hepatojugulärer Reflux, feuchte Rasselgeräusche, Nykturie	Herzinsuffizienz, ggf. mit Lungenödem
	Herzgeräusch (Systolikum, Diastolikum)	Herzklappenfehler
	Angina pectoris, kardiovaskuläre Risikofaktoren (Nikotin, Hypertonie, Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, familiäre Disposition); pathologische ST-Hebungen im EKG	Akute myokardiale Ischämie
Pulmonal	Pfeifendes Atemgeräusch, Giemen, leises Atemgeräusch, Faszthorax, Husten, Raucheranamnese, vermehrtes Sputum	Exazerbierte COPD
	Pfeifendes Atemgeräusch, Giemen, leises Atemgeräusch, Pulsus paradoxus, Allergianamnese	Asthma bronchiale
	Pfeifen, Giemen	Akute Bronchitis
	Fieber, produktiver Husten, Rasselgeräusche, verstärkter Stimmfremitus, Hypotonie und Tachykardie	Pneumonie, ggf. mit septischem Verlauf
	Fehlendes Atemgeräusch, hyposonorer Klopfeschall	Pleuraerguss
	Fehlendes Atemgeräusch, hypersonorer Klopfeschall	Pneumothorax
	Schmerzhaft bedingte Einschränkung der Atemexkursion	Thoraxtrauma
	Tachykardie, S1-Q3 Typ im EKG, Husten, Zeichen einer tiefen Venenthrombose, positiver Wells-Score	Lungenarterienembolie
	„Bellender“ Husten, inspiratorischer Stridor, Brummen, Heiserkeit, subfebrile Temperaturen	Krupp
	Stridor, Halsschmerzen, Hypersalivation, Fieber, Dysphagie	Epiglottitis
	Sklerosiphonie (trockenes Knisterrasseln), Reizhusten, Trommelschlegelfinger, Cor pulmonale, respiratorische Insuffizienz	Lungenfibrose
	Progrediente Belastungsdyspnoe, Müdigkeit, Abgeschlagenheit	Pulmonale Hypertonie
	Sonstiges	BMI i. d. R. deutlich > 30 kg/m ² , Obesitas Hypoventilationssyndrom
Unruhe, Nervosität, Wärmeintoleranz, arterielle Hypertonie, Arrhythmie, Gewichtsverlust		Hyperthyreose
Kussmaulmung, Azetongeruch in Expirationsluft, Durst, Bauchschmerzen		Diabetische Ketoazidose
Parästhesien, Muskelkrämpfe (Chvostek- und Trousseau-Zeichen), Pfötchenstellung der Hände		Hyperventilation (ggf. i. R. einer Panik- oder Angststörung)
Durch verschiedene Trigger perakut ausgelöste asthmaähnliche Symptomatik mit plötzlich intermittierendem innerhalb Minuten selbstlimitierendem Verkrampfen der Stimmbänder		Vocal Cord Dysfunction
Kyphoskoliose		Wirbelsäulenerkrankungen (z. B. M. Bechterew)
Verminderte Muskulatur, Faszikulationen		Neuromuskuläre Erkrankungen (z. B. ALS)
Arzneimittelnebenwirkung (z. B. NSAR oder ASS, Ticagrelor u. a.)		Medikamentös induziert

Abkürzungen: EKG: Elektrokardiogramm, COPD: chronisch obstruktive Lungenerkrankung, ALS: amyotrophe Lateralsklerose

Tab. 7: Unterschiedliche apparative Untersuchungsmethoden

Labor	Herz	Lunge	Allgem. Bildgebung
Blutbild einschließlich Leber-, Nieren-, Infektwerte, Blutgasanalyse	EKG	Spirometrie	Sonographie von Thorax-/ Pleura, ggf. Echokardiographie
Spez. Biomarker	Ergometrie		Röntgen Thorax

Gas austauschs und der Atemmuskulatur [29].

Auch müssen aber bei Patienten mit Dyspnoe saisonal häufige Krankheiten wie beispielsweise eine Influenza in differentialdiagnostische Überlegungen einbezogen werden. Trotz regelhaft gutem Verlauf können diese Krankheitsbilder einen schweren Verlauf mit Hospitalisation und ggf. intensivmedizinischer Behandlung erforderlich machen [23, 24], weswegen Patienten engmaschig zu reevaluieren sind.

Belastungsdyspnoe wird häufig seitens der Patienten als normale Alterserscheinung interpretiert, sodass die Grunderkrankung mitunter erst in einem fortgeschrittenem Stadium diagnostiziert wird. Beispielhaft sei hier die pulmonale Hypertonie mit ihren unspezifischen Symptomen der progredienten Belastungsdyspnoe, Müdigkeit und Abgeschlagenheit u. a. erwähnt, bei der häufig Monate bis Jahre bis zur korrekten Diagnosefindung vergehen können. Häufig ist bei mehreren vorliegenden Komorbiditäten nicht eine singuläre Ursache auszumachen, sondern verschiedene Kausalitäten (COPD und Herzinsuffizienz u. a.) tragen zur Symptomatik bei. In der hausärztlich internistischen Praxis werden Patienten mit Dyspnoe in der Regel zu ihrer Ursachenabklärung regelhaft zu weiteren spezialisierten Fachkollegen wie beispielsweise Kardiologen, Pneumologen oder Radiologen überwiesen, bei denen jeweils Einzeldiagnosen oder Ausschlussdiagnosen von einzelnen Organsymptomen in ihrer Beteiligung gestellt werden. Der Zusammenfluss an Informationen und die einzelne Interpretation im Gesamtkontext fällt aber dabei regelhaft in den Bereich des hausärztlich tätigen Kollegen.

In Tab. 6 sind typische Symptome und Untersuchungsergebnisse möglichen Diagnosen zugeordnet.

Apparative Diagnostik

Generell gilt in der hausärztlich internistischen Praxis, dass das Ausmaß der apparativen Diagnostik zum einen von deren Verfügbarkeit und zum anderen von der Expertise und Erfahrung des Untersuchers abhängig ist. In dem BEACH Studienprogramm wurden bspw. 17 % aller Patienten, die sich primärärztlich vorstellten, an andere Fachkollegen wie Kardiologen u. a. überwiesen [12]. Blutuntersuchungen und Röntgen-Thoraxuntersuchungen wurden in bis zu 38,2 % der Fälle durchgeführt [12].

So kommen in der differentialdiagnostischen Abklärung von Dyspnoe in der hausärztlich internistischen Praxis vor allem Bluttests oder Ultraschall, EKG etc. zum Einsatz (siehe Tab. 7).

In der hausärztlichen Medizin sieht sich jedoch der Arzt dem Problem der Zeitlatenz bis zum Erhalt der Ergebnisse gegenüber, da das Ergebnis von Laborwerten häufig erst am Nachmittag oder am Folgetag vorliegt, oder ein weiterer Facharzt hinzugezogen werden muss. Die erstere Problematik kann aber beispielsweise durch Vorhalten von Point-of-Care-Testing (POCT), mit Erhalt der Ergebnisse innerhalb kürzester Zeit umgangen werden. Beispielsweise kann bei Verdacht auf eine Anämie als Ursache von Dyspnoe durch Bestimmung des Blutbildes dies bestätigt oder ausgeschlossen werden. Ferner zählen Elektrolyte, Nieren- und Leberfunktionsparameter als Basiswerte und können bei infektiösem Verdacht um Infektwerte wie C-reaktives Protein (CRP) oder Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) erweitert werden.

So kann beispielsweise durch den Biomarker NT-ProBNP, der mit der NYHA-Klasse und damit mit dem Ausmaß der Dyspnoe korreliert [39] bei einem negativen prädiktiven Wert von rund 95 % bei Negativität eine akute oder akut verschlechterte

chronische Herzinsuffizienz ausgeschlossen werden [47, 69].

Außerdem können positive Troponin und D-Dimere auf eine schwerwiegende myokardiale Schädigung oder Lungenembolie als Ursache einer Dyspnoe hinweisen. Dennoch gilt, dass bei einem Verdacht auf eine Lungenembolie diese laborchemisch nur bei niedriger Vortestwahrscheinlichkeit, also z. B. niedrigem Wells Score (siehe Tab. 8), ausgeschlossen werden kann [34]. Mit Hilfe eines **12-Kanal Ruhe-EKG** können Befunde einer strukturellen oder ischämischen Herzkrankheit wie akute Ischämiezeichen oder Q-Zacken und/oder R-Verlust Zeichen eines abgelaufenen Infarktes liefern. Ein STEMI, ein höhergradiger AV-Block oder eine bradykarde oder tachykarde Herzrhythmusstörung wie z. B. eine Tachyarrhythmia absoluta können ebenfalls diagnostiziert werden [27]. Dennoch muss man sich bewusst machen, dass ein normales EKG eine Herzerkrankung nicht sicher ausschließen kann, sie aber mitunter unwahrscheinlicher macht.

Mit Hilfe der in vielen Praxen verfügbaren **Ergometrie** lässt sich einerseits das Ausmaß der Belastbarkeit abschätzen. Andererseits kann jedoch häufig nicht die Ursache der Leistungseinschränkung objektiviert werden. Eine Spiroergometrie ist

Tab. 8: Wells-Score zur Ermittlung der klinischen Wahrscheinlichkeit einer Lungenembolie [66]

Kriterien	Punkte
Frühere TVT oder LAE	1
Frische Operation oder Immobilisation	1
Tumorerkrankung	1
Hämoptyse	1
Herzfrequenz \geq 100 Schläge/min	1
Klinische Zeichen einer TVT	1
Alternative Diagnose unwahrscheinlicher als LAE	1
Klinische Wahrscheinlichkeit:	
LAE unwahrscheinlich: 0 – 1	
LAE wahrscheinlich: >1	

zwar als Standardverfahren zur Objektivierung der Belastbarkeit anzusehen, sie ist aber in keiner hausärztlich-internistischen Praxis vorgehalten [44].

Die **Spirometrie und Peak-Flow-Messung** sind einfache, schnell durchführbare und kostengünstige Lungenfunktionsuntersuchungen, die ganz wesentlich abhängig von der Mitarbeit des Patienten wie auch von der Instruktion des nichtärztlichen Assistenzpersonals sind. Die Spirometrie erlaubt durch Messung der forcierten Einsekundenkapazität (FEV1) und des Tiffeneau-Index (FEV1/forcierte Vitalkapazität [FVC]) die Detektion einer obstruktiven Ventilationsstörung ($FEV_1/VC < 0,7$) [13]. Dabei kann ein Asthma bronchiale nach Gabe eines schnell wirksamen β -2-Mimetikums mit anschließender Reversibilität (Zunahme des FEV1-Wertes $> 12\%$ oder 200 ml) von einer COPD unterschieden werden. Außerdem können Hinweise auf eine restriktive Ventilationsstörung oder Überblähung gewonnen werden.

In der Kombination mit weiteren Untersuchungen (Anamnese, körperliche Untersuchung, Erhebung der Vitalzeichen, Elektrokardiogramm, Blutgasanalyse) kann die **Thorax- oder Pleurasonographie** gerade bei Patienten mit akuter Dyspnoe sicher zur raschen Diagnosefindung bzw. zum Ausschluss relevanter Differentialdiagnosen beitragen [70] und so das weitere Management steuern. Sie repräsentiert nach der klinischen Untersuchung eine der ersten apparativen Methoden, um effektiv wie wirtschaftlich weitere diagnostische und therapeutische Schritte einleiten zu können. Bereits ab 5–10 ml können kleinste Pleuraergüsse detektiert werden; dies ist sensitiver als ein Röntgen-Thorax (erst ab 200 ml) [30].

Außerdem dient die Thoraxsonographie gerade bei geriatrischen, häufig multimorbiden Patienten, die eine Krankenhausaufnahme nicht wünschen, zum Infiltratnachweis. So kann mit größerer Evidenz im Vergleich zur alleinigen klinischen Evaluation die Aufnahme einer empirischen Antibiose gerechtfertigt werden [20].

Zum Management des Spontanpneumothorax ist darüber hinaus die Thoraxsonographie der Röntgenaufnahme des Thorax eine mindestens ebenbürtige Methode zum Nachweis eines Pneumothorax [53].

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Dyspnoe: Eine Herausforderung in der internistisch-hausärztlichen Praxis“ von Dr. med. Georg Fröhlich, Dr. med. Kai Schorn und Dr. sc. hum. Heike Fröhlich finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mit-

glieder-Portal vom 25. November 2020 bis 24. November 2021 möglich.

Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben.

Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

Durch eine **Echokardiographie** können als wichtige Screeningmethode mehrere kardiale Ursachen einer Dyspnoe wie eine Herzklappen- oder eine Links- bzw. Rechtsherzerkrankung mit hoher Sensitivität und Spezifität ausgeschlossen bzw. nachgewiesen werden. So kann auch ein erster Verdacht auf eine pulmonale Hypertonie geäußert und weitere spezialisierte Untersuchungen initiiert werden. Sie ist nicht invasiv und schnell verfügbar, wird jedoch in den meisten hausärztlichen Praxen nicht vorgehalten, weswegen eine Überweisung zum Kardiologen notwendig ist.

Das **Röntgen-Thorax** ist eine häufig eingesetzte Methode, um eine Pneumonie als Ursache von Dyspnoe auszuschließen. Diese Untersuchung findet in der Regel ausschließlich bei Radiologen statt.

In der systematischen Übersichtsarbeit von Viniol et al. [63] konnte in rund 3 % der Fälle mittels Röntgen-Thorax eine Pneumonie detektiert werden. In einem aktuellen systematischen Review mit Metaanalyse konnte ferner gezeigt werden, dass bei Nichtverfügbarkeit eines Röntgen die Kombination aus klinischen Parametern wie Atemfrequenz $> 20/\text{min}$, Temperatur $> 38,0^\circ\text{C}$, Puls $> 100/\text{min}$ und auskultatorischen Rasselgeräuschen mit laborchemischen Parametern wie PCT $> 0,25\text{ ng/ml}$ und CRP $> 20\text{ mg/l}$ als am besten geeignetes Korrelat für die Diagnose eines Lungeninfiltrats mit nachfolgender Behandlungsindikation ist [32].

Demgegenüber ist eine Überweisung zum Radiologen in jedem Fall erforderlich, sofern es sich um den Ausschluss oder die

Bestätigung einer Lungenparenchymerkrankung wie Fibrose oder COPD, Thoraxwandveränderungen oder ein Malignom handelt. Hier ist in einem zweiten Schritt ggf. eine Computertomographie (CT) oder eine CT-Angiographie mit der Bestätigung des Verdachts einer Lungenembolie notwendig.

In unserer Online-Ausgabe wird ein exemplarischer Behandlungspfad zur Differentialdiagnostik und Therapie des behandelnden Hausarztes bei Vorliegen einer Dyspnoe dargestellt (Abb. 2, nur online).

Dr. med. Georg Fröhlich¹

Dr. med. Kai Schorn²

Dr. sc. hum. Heike Fröhlich¹

¹ Internistisch – hausärztliche Praxis mit Schwerpunkt Diabetes, Waldbrunn

² Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Berlin

Kontakt zu den Autoren via E-Mail an: haehl@laekh.de

Interessenskonflikt: Georg Fröhlich, Kai Schorn und Heike Fröhlich geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht. Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Literaturhinweise finden sich online unter www.laekh.de, Hessisches Ärzteblatt, Ausgabe 12/2020.

Multiple Choice-Fragen:

Dyspnoe: Eine Herausforderung in der internistisch-hausärztlichen Praxis

VNR: 2760602020271280007 (nur eine Antwort ist richtig)

Dr. med. Georg Fröhlich, Dr. med. Kai Schorn, Dr. sc. hum. Heike Fröhlich

1. Welche Aussage ist falsch?

- 1) Die häufigsten Ursachen von Dyspnoe sind kardiorespiratorische Genese.
- 2) Mehrere Differenzialdiagnosen sind als Ursache zu erwägen.
- 3) Eine aktuelle Leitlinie beinhaltet einen diagnostischen wie therapeutischen Algorithmus bei Patienten mit Dyspnoe.
- 4) Dyspnoe wird durch physische, psychische, soziale und umweltbedingte Faktoren beeinflusst.
- 5) Dyspnoe wird durch ein komplexes Zusammenspiel multipler Faktoren des zentralen und autonomen Nervensystems moduliert.

2. Welche Aussage ist falsch?

- 1) Dyspnoe ist bei intensiver und maximaler körperlicher Anstrengung als normaler Hinweis des Körpers auf eine Leistungslimitierung zu sehen.
- 2) Dyspnoe kann auch bei Gesunden experimentell durch Hypoxie, Hyperkapnie oder erhöhte inspiratorische Widerstände induziert werden.
- 3) Die Gründe für die vorliegende Dyspnoe lassen sich häufig anamnestisch eindeutig einer Ursache zuordnen.
- 4) Chronische Dyspnoe ist als Dyspnoe bestehend über vier Wochen definiert.
- 5) Dyspnoe wird unterschiedlich verbalisiert und sehr subjektiv empfunden.

3. Welche Aussage zur Epidemiologie ist falsch?

- 1) 1 bis 4 % der Patienten geben Dyspnoe als Grund für einen Hausarztbesuch an.
- 2) Dyspnoe ist nach Husten und Rücken-/Gelenkschmerzen der dritthäufigste Anlass, den Hausarzt aufzusuchen.
- 3) In kardiologischen wie pneumologischen Fachpraxen ist der Anteil mit

Patienten mit Dyspnoe höher als beim Primärarzt.

4. Rund 17 % der notfallmäßigen Vorstellung in einer Notaufnahme erfolgt aufgrund von Dyspnoe.

4. Wie lässt sich Dyspnoe einteilen?

1. SOFA-Score
2. Borg-Skala
3. CURP-Index
4. CHA₂DS₂-VASC-Score
5. Wells-Score

5. Welche Aussage ist korrekt? NT-pro-BNP (B-type natriuretisches peptide)...

1. ...ist bei einer Thrombose ein sensitiver Marker.
2. ...ist ein sensitiver und spezifischer Marker für eine Herzinsuffizienz.
3. ...ist Bestandteil des Wells Scores.
4. ...ist bei einer Lungenarterienembolie immer erhöht.
5. ...ist ein zuverlässiger Marker einen akuten Myokardinfarkt auszuschließen.

6. Was zählt zu den häufigsten Ursachen der akuten Dyspnoe?

- a) Panikattacke
- b) Akute Bronchitis
- c) Herzinsuffizienz
- d) Herzrhythmusstörungen
- e) Pneumonie

- 1) Nur Aussage a und d sind richtig.
- 2) Alle Aussagen sind falsch.
- 3) Alle Aussagen sind korrekt.
- 4) Nur Aussage b ist korrekt.

7. Welche Aussage ist falsch? Instabile können von stabilen Patienten mit Dyspnoe einfach durch folgende Charakteristika unterschieden werden:

- a) Hypoxie
- b) Reduzierter Bewusstseinszustand

- c) Stridor
- d) Polyurie
- e) Hyperglykämie

- 1) Aussage d und e ist korrekt.
- 2) Alle Aussagen sind korrekt.
- 3) Aussage a, b und c sind korrekt.
- 4) Nur Aussage b und c ist korrekt.

8. Welche Aussage ist falsch?

- 1) Mithilfe der Pleurasonographie können rasch auch kleine Pleuraergüsse diagnostiziert als auch ausgeschlossen werden.
- 2) Durch „point-of-care-testing“ (POCT) lassen sich in der hausärztlichen Praxis Laborbestimmungen beschleunigen.
- 3) Am häufigsten werden Blutuntersuchungen, Röntgenuntersuchungen des Thorax, Ultraschall und Elektrokardiogramm im Rahmen der apparativen Diagnostik eingesetzt.
- 4) Durch eine Echokardiographie lassen sich strukturelle Herzerkrankungen erfassen.
- 5) Spirometrie und Peak-flow-Messung sind einfache und kostengünstige und schnell durchführbare Lungenfunktionsuntersuchungen die von der Mitarbeit des Patienten unabhängig sind.

9. Welche Aussagen treffen bzgl. bezüglich Dyspnoe bei onkologischer Grunderkrankung oder in einer palliativen Behandlungssituation zu?

- a) Atemnot ist ein häufiges Symptom in der häuslichen Palliativversorgung.
- b) Es ist häufig einfach, ein Vorschreiten der Grunderkrankung von Nebenwirkungen einer Antitumorthherapie zu unterscheiden.
- c) Nichtpharmakologische Therapieansätze wie Aufrechterhaltung der körperlichen Aktivität und Physio- bzw. Atemtherapie sind in die Therapie zu integrieren.

- d) Im Rahmen der medikamentösen Therapie der refraktären Dyspnoe haben Opioide den höchsten Empfehlungsgrad.
- e) Aus Angst vor einer Atemdepression unter sachgemäßer Opioidanwendung sind kurzwirksame Benzodiazepine zu favorisieren.

- 1) Antwort a, c und e sind richtig.
- 2) Alle Antworten sind richtig.

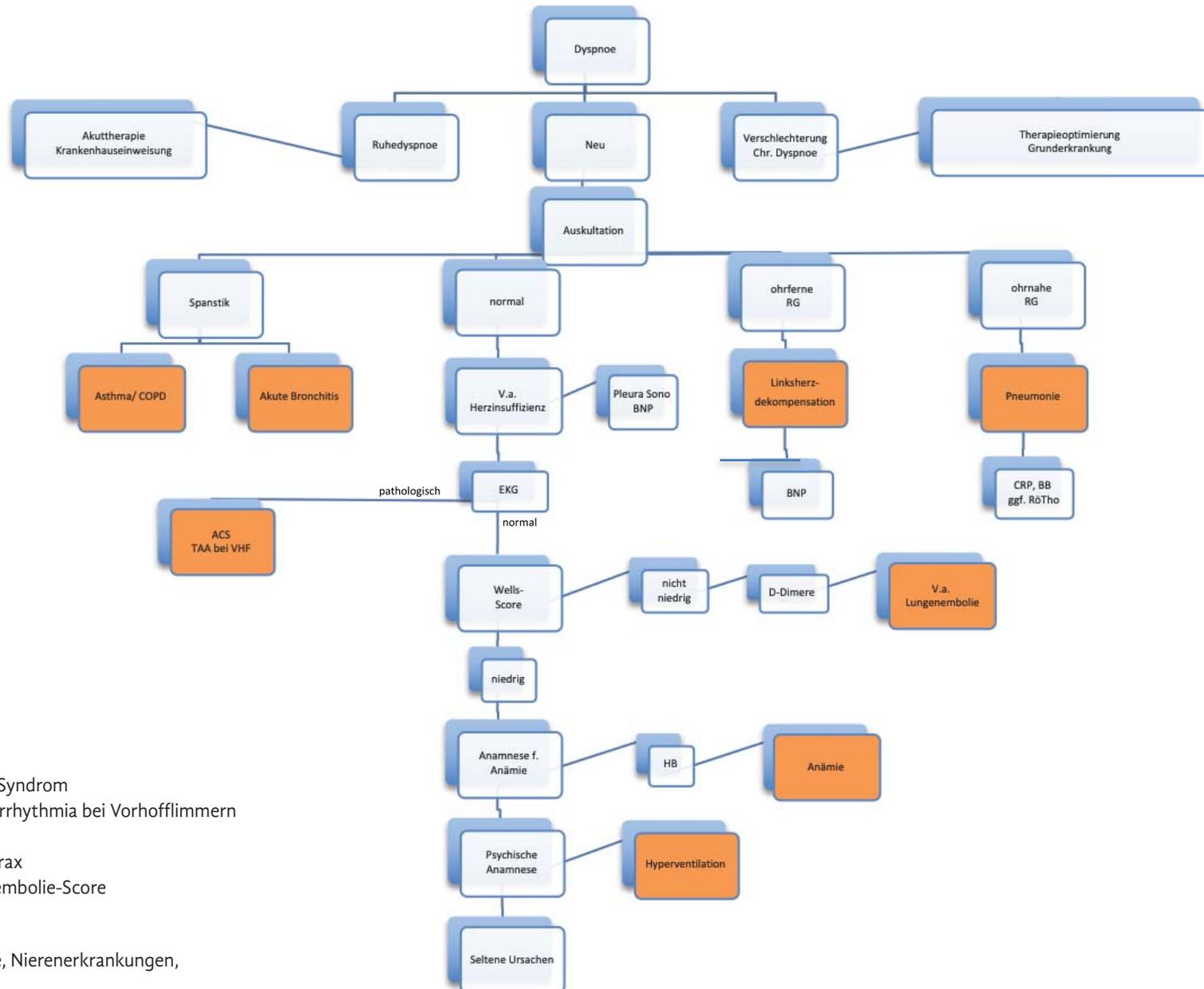
- 3) Antwort a, c und d sind richtig.
- 4) Antwort b und e sind richtig.

10. Welche Aussage ist korrekt?

- 1) Bei einer Hyperventilation sollte der Patient ohne weitere Ursachenabklärung rasch mit Benzodiazepinen therapiert werden.
- 2) Eine umfassend diagnostizierte und therapierte Atemnot ist in der Regel kein wiederkehrendes Symptom.

- 3) Dyspnoe ist kein Prädiktor für Mortalität bei chronischen respiratorischen oder kardialen Erkrankungen.
- 4) In der hausärztlichen Medizin finden die Prinzipien des Abwendens eines gefährlichen Verlaufs und das abwartende Offenhalten regelhaft Anwendung.

Abb. 2: Diagnostischer Algorithmus bei Dyspnoe



Abkürzungen:

ACS: akutes koronar Syndrom

TAA bei VHF: Tachyarrhythmia bei Vorhofflimmern

RG: Rasselgeräusche

RöTho: Röntgen Thorax

PE-Score: Pulmonal-embolie-Score

Seltene Ursachen:

atypische Pneumonie, Nierenerkrankungen,

Muskelerkrankungen

Literatur zum Artikel:

Dyspnoe: Herausforderung in der internistisch-hausärztlichen Praxis

von Dr. med. Georg Fröhlich, Dr. med. Kai Schorn und Dr. sc. hum. Heike Fröhlich

- [1] Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA et al (2010) Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a doubleblind, randomised controlled trial. *Lancet* 376(9743): 784–793.
- [2] Abidov A, Rozanski A, Hachamovitch R et al (2005) Prognostic significance of dyspnea in patients referred for cardiac stress testing. *N Engl J Med* 353(18): 1889–1898.
- [3] Aitken RC (1969) Measurement of feelings using visual analogue scales. *Proc R Soc Med* 62(10): 989–993 und Borg GA (1982) Psychophysical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc* 14(5): 377–381.
- [4] Banzett RB, Pedersen SH, Schwartzstein RM et al (2008) The affective dimension of laboratory dyspnea: air hunger is more unpleasant than work/ effort. *Am J Respir Crit Care Med* 177(12): 1384–1390.
- [5] Barnes H, McDonald J, Smallwood N et al (2016) Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness. *Cochrane Database Syst Rev* 3: CD011008.
- [6] Bausewein C, Booth S, Gysels M et al (2008) Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD005623.
- [7] Bausewein C, Simon ST (2013) Shortness of breath and cough in patients in palliative care. *Dtsch Arztebl Int* 110(33–34): 563–571.
- [8] Breitenbücher A (2006) From understanding the pathophysiological mechanisms of dyspnea to the correct symptomatic treatment. *Ther Umsch* 63: 211–216.
- [9] Bundesärztekammer (2014) Querschnitts-Leitlinien (BÄK) zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaprodukten, 4. aktualisierte und überarbeitete Auflage, 2014. Quelle: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/QLL_Haemotherapie_2014.pdf (Zugriff am: 04.08.2019).
- [10] Burri E, Hochholzer K, Arenja N et al (2012) B-type natriuretic peptide in the evaluation and management of dyspnoea in primary care. *J Intern Med* 272(5) 504–513.
- [11] Celli BR, Cote CG, Marin JM et al (2004) The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 350(10): 1005–1012.
- [12] Charles J, Ng A, Britt H (2005) Presentation of shortness of breath in Australian general practice. *Aust Fam Physician* 34, 520–521.
- [13] Criée CP, Baur X, Berdel (2015) Spirometrie. S2k-Leitlinie. AWMF-Leitlinie Registernr. 020–017.
- [14] Currow DC, Plummer JL, Crockett A et al (2009) A community population survey of prevalence and severity of dyspnea in adults. *J Pain Symptom Manage* 38(4): 533–545.
- [15] Currow DC, McDonald C, Oaten S et al (2011) Once-daily opioids for chronic dyspnea: a dose increment and pharmacovigilance study. *J Pain Symptom Manage* 42(3): 388–399.
- [16] Currow DC, Clark K, Mitchell GK et al (2013) Prospectively collected characteristics of adult patients, their consultations and outcomes as they report breathlessness when presenting to general practice in Australia. *PLOS One* 8: e74814.
- [17] Elliott MW, Adams L, Cockcroft A et al (1991) The language of breathlessness. Use of verbal descriptors by patients with cardiopulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 144(4): 826–832.
- [18] Ewert R, Bahr C, Weirich C et al (2012) Number of patients with chronic dyspnea in three German specialist practices. *Pneumologie* 66(11): 662–665.
- [19] Ewert R, Gläser S (2015) Dyspnea. From the concept up to diagnostics. *Internist* 56(8): 865–871.
- [20] Ewig S, Höffken G, Kern WV (2016). Behandlung von Erwachsenen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie und Prävention—Update 2016. S3 Leitlinie. *Pneumologie* 70: 151–200.
- [21] Frese T, Mahlmeister J, Deutsch T et al (2016) Reasons for elderly patients GP visits: results of a cross-sectional study. *Clin Interv Aging* 11: 127–132.

- [22] Frese T, Sobek C, Herrmann K et al (2011) Dyspnea as the reason for encounter in general practice. *J Clin Med Res* 2011, 3(5): 239–246.
- [23] Fröhlich G, Grawe A, Schmidt N et al (2013) Difficult course of rhabdomyolysis in influenza A/H1N1. *Dtsch Med Wochenschr* 138(46): 2351–2354.
- [24] Fröhlich G, Märker-Hermann E, Ferrari M (2015) 77-year-old female with temporal arteriitis, fever, exhaustion and cough. *Dtsch Med Wochenschr* 140(6):393: 447.
- [25] Galbraith S, Fagan P, Perkins P et al (2010) Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial. *J Pain Symptom Manage* 39(5): 831–838.
- [26] Gibson GJ (2000) Obesity, respiratory function and breathlessness. *Thorax* 55(Suppl 1): 41–44.
- [27] Gillespie ND, McNeill G, Pringle T, et al (1997) Cross sectional study of contribution of clinical assessment and simple cardiac investigations to diagnosis of left ventricular systolic dysfunction in patients admitted with acute dyspnoea. *BMJ* 314(7085): 936–940.
- [28] Rutten FH (2014) Comorbidity of heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: more than coincidence. *Curr Heart Fail Rep* 11(3): 337–346.
- [29] Guenette JA, Jensen D, O'Donnell DE (2010) Respiratory function and the obesity paradox. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 13(6): 618–624.
- [30] Havelock T, Teoh R, Laws D et al (2010) Pleural procedures and thoracic ultrasound: British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010. *Thorax* 65 (Suppl 2): ii61- 76.
- [31] Hoffman JM, Lee A, Grafton ST, Bellamy P, Hawkins RA, Webber M (1994) Clinical signs and symptoms in pulmonary embolism. A reassessment. *Clin Nucl Med* 19: 803–808.
- [32] Htun TP, Sun Y, Chua HL (2019) Clinical features for diagnosis of pneumonia among adults in primary care setting: A systematic and meta-review. *Sci Rep* 9(1): 7600–7609.
- [33] Jennings AL, Davies AN, Higgins JP et al (2001) Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD002066.
- [34] Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G et al (2014) 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J* 35(43): 3033–3069.
- [35] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.1, 2015, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html> (Zugriff am: 04.08.2019).
- [36] Löwe B, Kroenke K, Gräfe K (2005) Detecting and monitoring depression with a 2- item questionnaire (PHQ 2). *J Psychosom Res.* 58, 163–171.
- [37] Magnussen H (2005) Prevalence of respiratory symptoms. Currently available data on German practices. *Med Klin* 15; 100(Suppl 1): 1–4.
- [38] Mahler DA, Mejia R. Dyspnea. In: Davis GS, ed. *Medical management of pulmonary diseases*. New York: Marcel Dekker, 1999: 221 . 232.
- [39] Maisel AS, Krishnaswamy P, Nowak RM et al (2002) Rapid measurement of B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure. *N Engl J Med* 347 (3): 161–167.
- [40] Manning HL, Schwartzstein RM (1995) Pathophysiology of dyspnea. *N Engl J Med* 333(23): 1547–1553.
- [41] Möckel M, Searle J, Muller R et al (2013) Chief complaints in medical emergencies. *Eur J Emerg Med* 20(2): 103–108.
- [42] Moens K, Higginson IJ, Harding R et al (2014) Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. *J Pain Symptom Manage* 48(4): 660–677.
- [43] Nielsen LS, Svanegaard J, Wiggers P et al (2001) The yield of a diagnostic hospital dyspnoea clinic for the primary health care section. *J Intern Med* 250(5) 422–428.
- [44] Palange P, Ward SA, Carlsen KH et al (2007) Recommendations on the use of exercise testing in clinical practice. *Eur Respir J* 29(1): 185–209.
- [45] Palmer JL, Fisch MJ (2005) Association between symptom distress and survival in outpatients seen in a palliative care cancer center. *J Pain Symptom Manage* 29(6): 565–571.
- [46] Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L et al (2012) An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med* 185(4): 435–452.
- [47] Ponikowski P, Voors AA, Anker SD et al (2016) 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 37(27): 2129–2200.

- [48] Pratter MR, Abouzgheib W, Akers S et al (2011) An algorithmic approach to chronic dyspnea. *Respir Med* 105(7): 1014–1021.
- [49] Saisch SG, Wessely S, Gardner WN (1996) Patients with acute hyper-ventilation presenting to an inner-city emergency department. *Chest* 110: 952–957.
- [50] Scano G, Stendardi L, Grazzini M (2005) Understanding dyspnoea by ist language. *Eur Respir J* 25(2): 380–385.
- [51] Schneider N, Mitchell G, Murray SA (2010) Ambulante Palliativversorgung: Der Hausarzt als Ansprechpartner. *Dtsch Arztebl. Int* 107(19): 925–927.
- [52] Schnell J, Beer M, Eggeling S et al (2018) Management of Spontaneous Pneumothorax and Postinter-ventional Pneumothorax: German S3-Guideline. *Zentralbl Chir* 143(1): 12–43.
- [53] Simon PM, Schwartzstein RM, Weiss JW et al (1990) Distinguishable types of dyspnea in patients with shortness of breath. *Am Rev Respir Dis* 142(5): 1009–1014.
- [54] Simon ST, Higginson IJ, Booth S et al (2010) Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 10: CD007354.
- [55] Sin DD, Jones RL, Man SF (2002) Obesity is a risk factor for dyspnea but not for airflow obstruction. *Arch Intern Med* 162: 1477–1481.
- [56] Solano JP, Gomes B, Gigginson IJ (2006) A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage* 31(1): 58–69.
- [57] Speich R (2012) Dyspnoe. Objektivierung des Subjektiven oder die Quadratur des Zirkels. *Pneumologie* 9: 248–253.
- [58] Spruit MA, Singh SJ, Garvey C et al (2013) An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care* 188(8): 13–64.
- [59] Taylor RS, Sagar VA, Davies EJ et al (2014) Exercise-based rehabilitation for heart failure. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD003331,
- [60] Tessier JF, Nejjar C, Letenneur L et al (2001) Dyspnea and 8-year mortality among elderly men and women: the PAQUID cohort study. *Eur J Epidemiol* 17(3): 223–229.
- [61] Viniol A, Beidatsch D, Frese T et al. (2015) Studies of the symptom dyspnoea: A systematic review. *BMC Fam Prac* 16: 152–162.
- [62] Voltz R (2008) Palliativmedizin: Eine Disziplin für den „ganzen Menschen“ *Dtsch Arztebl Int* 105(1–2): 20–22.
- [63] Wahls SA (2012) Causes and evaluation of chronic dyspnea. *Am Fam Physician* 86(2): 173–182.
- [64] Wells PS, Ginsberg JS, Anderson DR et al (1998) Use of a clinical model for safe management of patients with suspected pulmonary embolism. *Ann Intern Med* 129(12): 997–1005.
- [65] Wilkens H (2012) Pulmonale Dyspnoe. *Pneumologie* 9: 254–261.
- [66] von Winckelmann K, Renier W, Thompson M (2016) The frequency and outcome of acute dyspnoea in primary care: An observational study. *Eur J Gen Pract* 22(4): 240–246.
- [67] Worster A, Balion CM, Hill SA et al (2008) Diagnostic accuracy of BNP and NTproBNP in patients presenting to acute care settings with dyspnea: a systematic review. *Clin Biochem* 41(4–5): 250–259.
- [68] Zanobetti M, Scorpiniti M, Gigli C et al (2017) Point-of-Care ultrasonography for evaluation of acute dyspnea in the ED. *Chest* 151(6): 1295–1301.
- [69] Zoorob RJ, Campbell JS (2003) Acute Dyspnea in the Office. *Am Fam Physician* 68: 1803–1810.

Ärztliche Weiterbildung in Zeiten von Corona

Eine Diskussion über Anerkennung von Weiterbildungszeiten

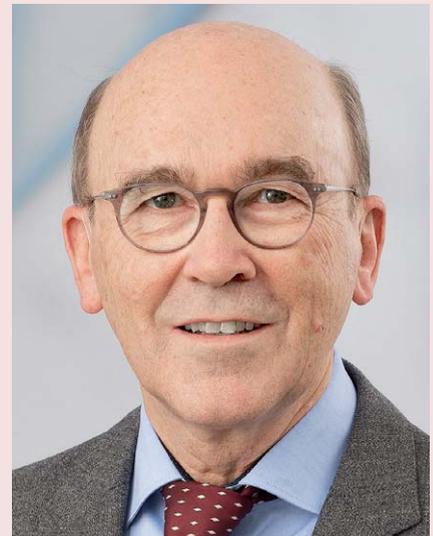
Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sehen sich in der Corona-Pandemie mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Über Anerkennungsfragen in Pandemiezeiten diskutieren zwei Präsidiumsmitglieder der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. H. Christian Piper, Marburger Bund, und Svenja Krück, Junge Ärztinnen und Ärzte in Hessen:

Svenja Krück: Pandemiebedingt werden Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) häufig aus ihrer geplanten Rotation herausgenommen, um in Corona-relevanten Bereichen wie Intensivstationen und Isolierstationen eingesetzt zu werden. Sind die abgeleisteten Zeiten anrechenbar, wenn die verkürzten Rotationen oder der pandemiebedingte Einsatz weniger als drei Monate betragen?

Dr. med. H. Christian Piper: Um Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung Schwierigkeiten bei der Anerkennung zu erleichtern, gibt es verschiedene Möglichkeiten: Zunächst sollte der Kompetenzerwerb vorweg bewertet werden. Demgegenüber kann in Pandemiezeiten nicht „starr“ an Mindestweiterbildungszeiten festgehalten werden. In diesem Sinne hat das Präsidium der Landesärztekammer Hessen die 6-Wochen-Regel aus § 4 Weiterbildungsordnung (WBO) 2005 auf Coronafälle erweitert. Gegebenenfalls müssen auf Antrag Einzelfallentscheidungen bei persönlichen Härtesituationen getroffen werden.

Krück: Corona-relevante Bereiche wie Intermediate Care (IMC) oder Intensivstationen und Isolierstationen sind in der Regel der Inneren Medizin oder Anästhesie zugeordnet. Die Corona-bedingt akut dorthin versetzten ÄiW gehören jedoch nicht selten auch anderen Fachgebieten an. Können daraus Probleme resultieren?

Piper: Für die meisten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung aus größeren Fächern ist das unproblematisch, da z. B. in der WBO 2005 mindestens sechs Monate Innere Medizin oder Anästhesie in großen



Fotos: Katarina Ivanisevic

Svenja Krück und Dr. med. H. Christian Piper, beides Präsidiumsmitglieder der LÄK Hessen.

Fächern anrechenbar sind, nach WBO 2020 sogar in einigen Gebieten und Zusatzweiterbildungen (ZWB) erweitert auf „patientennahe Fachgebiete“. In einigen kleineren Fächern (in WBO 2005: Dermatologie, Augenheilkunde etc.) besteht jedoch keine Möglichkeit, Abschnitte aus der Anästhesie oder Inneren Medizin anzurechnen.

Aber auch hier gibt es Abhilfen. So können für ÄiW aus solchen „Ausschluss“-Fächern Corona-bedingte Einsätze auf Intensivstationen oder Corona-Isolierstationen angerechnet werden. Alternativ gibt es die Möglichkeit, § 4 Abs. 4 WBO bezüglich tolierierter Ausfallzeiten analog anzuwenden und komplettierte Kompetenzen ohne Nacherfüllung der WB-Fehlzeiten anzuerkennen.

Krück: Schwangere Ärztinnen in Weiterbildung mit Patientenkontakt sind zu Beginn der Pandemie wegen der unabsehbaren Corona-Infektionsgefährdung häufig mit sofortiger Wirkung mit ärztlich oder vom Arbeitgeber veranlassten Beschäftigungsverboten belegt worden. Da das auch weiterhin geschieht, kommen damit ohne weiteres drei bis sechs Monate Ausfallzeiten zusätzlich zu regulärem Mutterschutz und evtl. Erziehungszeiten zusam-

men. Grundsätzlich findet hier § 4 Abs. 4 WBO 2005 bzw. WBO 2020 Anwendung. Kann darüber hinaus wegen der pandemischen Ausnahmesituation eine transparente Regelung gefunden werden, entsprechende Mehrzeiten zu vermeiden?

Piper: Hier kann eine mögliche Abhilfe darin bestehen, vollständig erworbene Kompetenzen bei dem späterem Prüfungsantrag anzuerkennen, ohne dass kürzere nachgewiesene Corona-bedingte Ausfallzeiten nachgewiesen werden müssen. Mehrmonatige Ausfälle müssen jedoch immer nachgeholt werden.

Krück: Ein weiteres Problem ist, dass verpflichtende WB-Kurse Corona-bedingt über Monate ausgefallen sind oder noch weiter ausfallen. Dabei handelt es sich beispielsweise um stufenweise aufbauende und in bestimmter Reihenfolge zu absolvierende Arbeitsmedizin-Kurse in Aufbau und notwendiger Reihenfolge. Bei anderen Kursen, wie etwa die psychosomatische Grundversorgung in der Gynäkologie, ist es üblich, diese am Ende der Facharztweiterbildung zu absolvieren. Aus diesem Grund führen die Ausfälle derzeit zu entsprechend verlängerten WB-Zeiten für die unerwartet Betroffenen, die ansons-

ten prüfungsreif sind. Lässt sich auch dieses Dilemma lösen?

Piper: Auch hier gibt es eine mögliche Abhilfe. Es wurde beschlossen, dass Betroffene die Möglichkeit erhalten, sich formal bereits zur Prüfung anzumelden, obwohl der abschließende Kurs noch nicht besucht wurde. Voraussetzung ist der Nachweis einer Anmeldung zum nächstmöglichen Kurs vor dem Prüfungstermin.

Das Gespräch haben die beiden Diskutanten aufgezeichnet. (moeh)

Die Diskussionsergebnisse sind mit dem Weiterbildungsausschuss und der WB-Abteilung der LÄKH konsentiert.

Leserinnen und Leser können weitere Fragen per E-Mail richten an: wbo2020@laekh.de

Die FAQs zur Weiterbildungsordnung 2020 für Hessen – Update November 2020 finden Sie unter: www.laekh.de

→ Für Ärztinnen und Ärzte → Weiterbildung → Weiterbildungsordnung



2020 → FAQ zur neuen ärztlichen WBO für Hessen. Der QR-Code führt direkt dorthin.

Berufsbild: Ärztinnen und Ärzte für digitale Medizin

Der Arbeitsalltag der medizinischen Berufe wird sich weitreichend verändern und die Entwicklung neuer Gesundheitsberufe scheint in Zukunft unverzichtbar. Der Anspruch der Patienten nach fachlich korrekter Behandlung einerseits, empathischer persönlicher Aufklärung und Beratung andererseits wird jedoch weiterhin Grundlage der Medizin bleiben.

Um dem demografischen Wandel gerecht zu werden und die digitale Transformation im Gesundheitswesen zu gewährleisten, spricht sich die Stiftung Münch in ihrem Projektbericht „Reformkommission Neue Gesundheitsberufe für das digitale Zeitalter“ für drei neue Gesundheitsberufe aus. Konkret fordert sie Fachkräfte, Prozessmanager und Systemarchitekten für digitale Gesundheit [1].

Ergänzend schlägt das Bündnis Junge Ärzte (BJÄ) das Berufsbild Arzt für digitale Medizin vor. Ärztinnen und Ärzte für digitale Medizin sollen über das Angebot digitaler Anwendungen informieren und können bei Problemen und Herausforderungen, egal ob medizinisch oder digital, kompetent beraten [2].

Von Ärztinnen und Ärzten werden zunehmend fundierte Kenntnisse über digitale Werkzeuge und digitale Gesundheitsanwendungen erwartet. Sie sollen diese vergleichbar wie ein Stethoskop, einen Reflexhammer oder ein Mikroskop anwenden können. Wie können nun Ärztinnen oder Ärzte der Funktion als Lotse der Patienten auch in Hinblick auf technische und digitale Innovationen gerecht werden?

Digitale Kompetenzen müssen in der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und



Foto: privat

Carolin Siech

Ärzten einen größeren Stellenwert einnehmen, da digitale Anwendungen den Nachwuchs das ganze Berufsleben begleiten werden. Jede klinische Fachdisziplin sollte sich der Aufgabe annehmen, den Studierenden praktische Anwendungsmöglichkeiten aufzuzeigen und sich mit Chancen und Risiken auseinandersetzen. Ärztinnen und Ärzte müssen in die Lage versetzt werden, Potenziale digitaler Technologien sowie deren Limitationen zu erkennen und diese mitzugestalten. Insbesondere Inhalte zu Digital Health, Telemedizin sowie rechtliche Fragen etwa zu Datenschutz, Haftung und Berufsrecht sollten präsenter werden. Ebenfalls sollte auf die Auswirkungen auf unser Selbstbild und unseren ärztlichen Berufsalltag eingegangen werden. Dabei reichen einzelne Leuchtturmprojekte für wenige Studie-

rende nicht aus, sondern ein grundlegendes Verständnis zum Thema Medizin im digitalen Zeitalter ist für alle Ärztinnen und Ärzte wünschenswert.

Auch bereits in der Versorgung befindliche Ärztinnen und Ärzte müssen entsprechend geschult werden, ohne dass ihnen Kosten entstehen. Gleichzeitig muss eine moderne IT-Infrastruktur geschaffen werden, die den klinischen Alltag unter Wahrung höchstmöglicher Datensicherheit einfacher und effizienter gestaltet. Darüber hinaus braucht es eine adäquate Vergütung dieser Leistungen sowie ein grundsätzliches Interesse an digitalen Anwendungen.

Um sinnvolle digitale Werkzeuge zu erstellen, ist eine intensive Zusammenarbeit mit den Anwenderinnen und Anwendern notwendig. Gerade junge Ärztinnen und Ärzte sind im Umgang mit digitalen Anwendungen geübt. Basierend auf der gleichzeitigen Arbeit in der unmittelbaren Krankenversorgung und der Rolle als sogenannte digital natives, ist es essenziell, die Expertise junger Ärztinnen und Ärzte bei der digitalen Transformation im Gesundheitswesen mit einzubeziehen.

Carolin Siech

Vertreterin der German Society of Residents in Urology im Bündnis Junge Ärzte
E-Mail: info@buendnisjungearzte.org

Literaturhinweise finden sich online unter www.laekh.de, Hessisches Ärzteblatt, Ausgabe 12/2020.

Literatur zum Artikel:

Berufsbild: Ärztinnen und Ärzte für digitale Medizin

von *Carolin Siech*

- [2] Kuhn S., Bartmann F., Klapper B., Schwenk U. Neue Gesundheitsberufe für das digitale Zeitalter. Projektbericht in Herausgeberschaft der Stiftung Münch. Berlin 2020.
- [2] Bündnis Junge Ärzte. Stellungnahme des Bündnis Junge Ärzte (BJÄ) zum Bericht der Reformkommission der Stiftung Münch: Gesundheitsberufe der Zukunft. https://www.buendnisjungeaerzte.org/fileadmin/user_upload/PDF/2020_06_Stellungnahme_Stiftung_Mu_nch.pdf, zuletzt aufgerufen am 02.08.2020.

Weiterbildung im ambulanten Bereich – ein Erfahrungsbericht

Nach erfolgreichem Abschluss des Studiums erscheint für die meisten Absolventinnen und Absolventen die Annahme einer Arbeitsstelle in einer Klinik als der unmittelbar nächste Schritt. Einige sind sogar bis zur erfolgreich bestandenen Facharztprüfung ausschließlich dort tätig. Doch ist dies in der Regel kein Muss, denn auch der Berufsstart in einer Praxis ist eine Option und kann diverse Vorteile bieten.

Vorteile der ambulanten Weiterbildung

Da ich zunächst keine Klinikstelle antreten konnte, begann ich meine Weiterbildung im Fachbereich Dermatologie in einer großen Praxis in der Nähe von Marburg. Dort hatte ich mehrere Chefinnen, die sich in der Arbeitszeit zum Teil abwechselten, sowie auch eine Facharztkollegin, die mich während meiner Weiterbildungszeit einarbeiteten und supervidierten. Abgesehen von meinem Praktischen Jahr in der Dermatologie und einer ärztlichen Tätigkeit in der Hessischen Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge hatte ich zu diesem Zeitpunkt noch keine praktischen und klinischen Erfahrungen gesammelt. Das Praxisteam nahm mich sehr freundlich auf und nahm sich viel Zeit, mich in die Praxisabläufe und vor allem in das Fachgebiet mit seinen diversen Krankheitsbildern einzuarbeiten.

Zwar sind die Fragestellungen im ambulanten Bereich in der Regel weniger komplex und mit geringerem Zeitaufwand verbunden, doch die Anzahl an Patienten pro Stunde ist in der Niederlassung in der Regel höher als in der Klinik. So konnte ich innerhalb kürzester Zeit ein sehr breites Spektrum sehen und im Verlauf viel praktische Erfahrung, Wissen und Fertigkeiten in unterschiedlichen Bereichen der Dermatologie sammeln.

Ein großer Vorteil der Weiterbildung im ambulanten Bereich stellt das breite Spektrum der Dermatologie dar, zu dem



Foto: privat

Dr. med. Dorothea Bleyer

ich gleich von Anfang an Zugang hatte und mein Wissen umfassend ausbauen konnte. Auf Grund von Spezialisierungen und Rotationen in die verschiedenen Abteilungen einer Klinik wird die Breite des Faches im stationären Bereich dagegen erst nach und nach erschlossen, sofern die Rotationen geordnet ablaufen.

Einen weiteren Pluspunkt stellt die persönliche Supervision in der Praxis dar. Besonders zu Beginn einer Weiterbildung ist man in verschiedenen Therapieschemata oftmals unsicher, besonders was Dosierungen und Dauer verschiedener Behandlungen angeht. Meine Chefinnen waren immer für Fragen offen und ich musste nicht lange warten, bis Fragen zu einem Patienten besprochen und Therapieschemata festgelegt werden konnten. In meiner Weiterbildungspraxis wurde ich zudem zu selbstständigem Handeln und Denken ermutigt und angeleitet. Durch die gute Unterstützung der Medizinischen Fachangestellten wurde ich zudem in vielen bürokratischen Dingen entlastet und konnte mich auf meine Haupttätigkeit als Ärztin konzentrieren. In der Klinik ist der bürokratische Aufwand für Ärzte

oftmals bedeutend höher. Für die notwendigen Operationen wurde ich behutsam angeleitet und konnte mich nach und nach trauen auch größere Operationen durchzuführen – was ansonsten in der Dermatologie normalerweise nicht im ersten Klinikjahr üblich wäre.

Beim Wechsel von der Praxis in die Klinik hatte ich bereits einen sehr guten Überblick über mein Fachgebiet und konnte im Vergleich zu anderen Berufsanfängerinnen und -anfängern auf vielfältigen Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten aufbauen. Zudem hatte ich sehr gute chirurgische Grundkenntnisse, konnte bereits in meinem ersten Jahr in der Klinik auch im OP unterstützen und meine Erfahrungen aus der Praxis mit anderen Kollegen in der Klinik teilen.

Gute Weiterbildung braucht engagierte Vorgesetzte

Eine gute Weiterbildung braucht mit Sicherheit ein breites Spektrum – indem die Klinikzeit aufgrund der komplexeren Krankheitsbilder nicht fehlen sollte. Insgesamt bot die Praxiszeit eine inhaltlich sehr schnelle und breit gefächerte Facharztweiterbildung und dies bei geregelten Arbeitszeiten, ohne Feiertags- und Wochenenddienste. Außerdem möchte ich betonen, dass es für eine gute Weiterbildung – egal ob in der Praxis oder der Klinik – vor allem engagierte und erfahrene Vorgesetzte braucht, die Interesse an Lehre haben und bereit sind, ihr Wissen mit Begeisterung an die junge Ärztegeneration weiterzugeben.

Rückblickend ist mein Eindruck, dass die ambulante Weiterbildung mich sehr vorangebracht hat und ich heute meinen jungen Kolleginnen und Kollegen nur empfehlen kann, diese Möglichkeit wahrzunehmen.

Dr. med. Dorothea Bleyer

Ärztin in Weiterbildung im vierten Jahr,
Fachbereich Dermatologie
am Universitätsklinikum Gießen

Serie Teil II: Die Listen der Delegiertenversammlung 2018–2023 stellen sich vor

Liste Junge Ärztinnen und Ärzte

Die Delegiertenversammlung – das Parlament der hessischen Ärzteschaft – ist das oberste Legislativorgan der Landesärztekammer. Sie besteht aus 80 gewählten Mandatsträgerinnen und -trägern aus elf unterschiedlichen Listen, die sich einzeln im Rahmen dieser Serie vorstellen.

Die Liste der Jungen Ärztinnen und Ärzte in Hessen wurde im Jahr 2018 gegründet, um in den damals bevorstehenden Kammerwahlen antreten zu können. Hauptgrund hierfür war die anstehende Novellierung der Weiterbildungsordnung, bei der wir als junge Kolleginnen und Kollegen gerne mitreden wollten.

Die Liste besteht aus vier Ärztinnen und zwei Ärzten, alle in Weiterbildung befindlich oder seit Kurzem fachärztlich tätig. Unsere Beweggründe, uns neben der Arbeit in der Patientenversorgung noch berufspolitisch zu engagieren, sind unterschiedlich: Neben dem Wunsch, die Weiterbildungsordnung auch im Sinne der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung mitzugestalten, Fragen des Versorgungswerkes aus Sicht der rentenfernen Jahrgänge zu beleuchten und die Digitalisierung im Gesundheitssystem zu begleiten, möchten wir insbesondere die Vereinbarkeit von Beruf und Familie vereinfachen.

Bereits im ersten Jahr unseres Bestehens konnten wir unseren ersten Wahlerfolg feiern: Zwei unserer Mitglieder, namentlich Christiane Dormann und Svenja Krück, wurden in die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer gewählt, Letztere zudem in das Präsidium. Von den vielen bereits langjährigen Delegierten wurden wir sehr freundlich aufgenommen. Das Interesse an unseren Themen sowie unseren Standpunkten war und ist groß.

Die Einarbeitungsphase lehrte uns auch, wie umfangreich die Aufgaben der Kammer sind. Und nicht zuletzt wurde uns bewusst, dass auch in der Berufspolitik die Konsensfindung meist ein zähes Ringen um den kleinsten gemeinsamen Nenner



Foto: Stephanie Neumann

Die Vertreterinnen und Vertreter der Liste Junge Ärztinnen und Ärzte, Dr. med. Johannes Reichelt, Svenja Krück, Christiane Dormann, Peter Bunders (von links nach rechts), suchen weitere aktive Mitstreiter.

ner ist, da die Standpunkte aller Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden müssen.

Dennoch ist es uns eine große Freude, seit 2018 in der Ärztekammer aktiv mitarbeiten zu können und die Interessen junger Ärztinnen und Ärzte zu vertreten.

Erste Erfolge gibt es schon

Außerdem konnten wir bereits einige Erfolge verbuchen: So sind wir wie geplant in den Ausschüssen Ärztlicher Nachwuchs, Weiterbildung und eLogbuch sowie Telematik aktiv. In den vergangenen Monaten war es uns außerdem möglich anzuregen, dass für Sonderfälle in der Weiterbildung, die coronabedingt sind, auch Sonderregelungen in der Anerkennung etabliert werden und die Generationengerechtigkeit im Versorgungswerk trotz erheblicher Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung gewahrt bleibt.

Arbeitskreis Junge Kammer

Weiterhin pflegen wir gemeinsam mit jungen Kolleginnen und Kollegen der anderen

Listen den Arbeitskreis Junge Kammer, zu dem nicht nur Delegierte, sondern alle jungen hessischen Kolleginnen und Kollegen sowie Studierende herzlich eingeladen sind.

Trotz aller Bemühungen und Engagement unsererseits bleibt zu konstatieren, dass unsere Altersgruppe in der Ärztekammer weiterhin unterrepräsentiert ist. Dies zu beheben, ist eines unserer Ziele für die Zukunft. Der Umfang, in dem wir unseren Beruf durch die ärztliche Selbstverwaltung mitgestalten können, ist enorm. Wir würden uns freuen, wenn sich noch mehr junge Kolleginnen und Kollegen dafür begeistern könnten, dies auch praktisch zu tun. Denn die Missstände, die viele von uns in ihrer alltäglichen Arbeit erleben, können nur behoben werden, wenn man sich aktiv dafür einsetzt. Wer Interesse hat, kann jederzeit eine Mail an jungeaerztinnenundaerzte@gmail.com senden.

Wir freuen uns auf Euch!

**Dr. med. Johannes Reichelt,
Svenja Krück, Christiane Dormann,
Peter Bunders**

Shit happens – muss das wirklich sein?

Ein CIRS für Studierende ist Beinahe-Schäden auf der Spur

Den zuweilen beiläufig geäußerten Kommentar „Shit happens“ möchte kein Mensch hören, wenn es um Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen geht. Doch S.H.I.T. HAPPENS, das „Student Health Professionals' Incident Reporting Tool“, zielt mit seinem einprägsamen Projektnamen genau darauf: Sogenannte Beinahe-Unfälle und unsichere Handlungen systematisch zu erfassen, um daraus zu lernen. S.H.I.T. HAPPENS ist ein Ableger des „Critical Incident Reporting System“ (CIRSmedical.de) für Studierende.

Das Ziel aller CIRS-Anwendungen ist es letztlich, die Patientensicherheit zu erhöhen. Zu diesem hohen Gut leistet ein erfolgreiches CIRS-Tool seinen Beitrag, indem es unsichere Handlungen erfasst und auswertet. Im Falle des Studierenden-CIRS werden aus kritischen Situationen in der Praxis neue Lerninhalte für die Berufsgruppen der Humanmedizin, Pharmazie und Psychotherapie gewonnen oder auch Lerninhalte mit bestehenden Lernzielkatalogen abgeglichen.

Mit S.H.I.T. HAPPENS steht erstmalig ein standortübergreifendes Berichts- und Lernsystem für Studierende zur Verfügung, das die angehenden Fachleute dabei unterstützt, ein Bewusstsein für gesundheitsrelevante Risiken zu entwickeln und eine offene Fehlerkultur zu etablieren. Wichtig zu betonen ist:

- Schadensfälle werden nicht bearbeitet, sondern es geht um Beinahe-Schäden und unsichere Handlungen.
- Es ist ein anonymes und sanktionsfreies Meldesystem. Belastende Folgen von Fehlern wie beispielsweise der Second-Victim-Effekt können so vermindert

und Lern- und Prüfinhalte für die Ausbildungsgänge der Humanmedizin, Pharmazie und Psychotherapie gewonnen werden.

2018: S.H.I.T. HAPPENS geht an den Start

Im Jahr 2018 hat das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) S.H.I.T. HAPPENS ins Leben gerufen – in Zusammenarbeit mit Vertretern verschiedener Berufsgruppen, Studierenden der Pharmazie und der Humanmedizin sowie Auszubildenden in der psychologischen Psychotherapie. Der Name ging auf einen Vorschlag der Studierenden zurück. Die Eingabe von Ereignissen erfolgt über eine Plattform, die vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zur Verfügung gestellt und vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) unterstützt wird. Die Eingabe eines Falls erfolgt ohne Angabe von Namen – sowohl für den Meldenden, als auch für die Institution über die gemeldet wird.

Zudem wird diese Plattform über einen Hochsicherheitsserver betrieben, der eine Rückverfolgung auf den Eingebenden unmöglich macht. Eingaben werden nach dieser digitalen Anonymisierung zusätzlich inhaltlich de-identifiziert oder – wenn das nicht möglich ist – gelöscht. Die eingereichten Fälle werden durch eine Fachgruppe analysiert, bewertet und dem oder der Meldenden zurückgespiegelt. Diese erhalten bei Eingabe einen fallbezogenen, individuellen Zahlencode, über den sie die Bearbeitung anonym nachvollziehen können. Danach sind die Fälle nicht nur für die

Eingebenden, sondern auch für Interessierte offen einsehbar. So können Studierende und Auszubildende aus den Fällen lernen und auch eventuelle eigene Fehlkonzepte korrigieren.

Außerdem erfolgt eine Weiterleitung der Fälle an Institutionen und Fachkommissionen, um aus sicherheitsrelevanten Ereignissen realitätsnahe Schulungs- und Prüfungsinhalte erstellen zu können. Für im Gesundheitswesen Berufstätige mit abgeschlossener Ausbildung wird ein solches Berichts- und Lernsystem (CIRS, Critical Incident Reporting System) bereits seit mehr als zehn Jahren angeboten. Anders als beim CIRS für Fachpersonal werden die Inhalte jedoch zusätzlich auf ihre Eignung für die medizinische Ausbildung geprüft. Durch Rückmeldung von Studierenden an Studierenden wird die Ausbildung der folgenden Generationen praxisnah verbessert.

S.H.I.T. HAPPENS steht noch am Anfang seines Lebenszyklus'. Die Auswertungen der Beteiligung und der Fallzahlen werden zeigen, inwieweit sich das Studierenden-CIRS vom CIRS der Ärzteschaft unterscheidet.

Wie Fehler entstehen: Fallbeispiel aus dem Studierenden-CIRS

Beinahe-Schäden und kritische Ereignisse im Gesundheitswesen entstehen sehr häufig an Schnittstellen interprofessioneller Zusammenarbeit. Ein Fallbeispiel aus S.H.I.T. HAPPENS belegt das: Jemand wurde beauftragt, „Blutkonserven“ für einen Patienten zu holen, der regelmäßige Infusionen benötigt. In der Eile (Zeitmangel für einen kritischen Prozess) wurde die genaue Anzahl nicht verstanden (Kommunikationsproblem, keine Closed-Loop-Communication), die Person hat sich aber auch nicht getraut, noch mal nachzuzufragen (Angst vor den Lehrenden). Die Person brachte zwei Stück, obwohl der Patient nur eine bekommen sollte. Aufgrund der unterbrochenen Kühlkette konnte das zweite Konzentrat nicht in die Blutbank zurückgegeben werden. Die Pflegekraft

S.H.I.T. HAPPENS

Das CIRS für Studierende ist ein Projekt des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP). Es wird wissenschaftlich unterstützt vom Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) und dem

Bundesverband der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd). Es hat das Ziel, die Sicherheit von PatientInnen und den versorgenden Fachkräften im Gesundheitssystem zu erhöhen. Im Internet: <http://cirs.impp.digital/>.

war verärgert und schickte die Person weg mit den Worten: „Dann muss der Patient jetzt eben beide bekommen.“

Hier geht es um das Verständnis der Studierenden für die Risiken von Transfusionen sowie für das vom Mangel an Transfusat. Unklar ist, ob der psychologische Druck durch die Pflegekraft ausreicht, um dem Patienten tatsächlich falsch zu transfundieren. Eine mögliche Frage im Examen könnte anhand der Fallvignette lauten: Welche Kommunikationsform ist am ehesten geeignet um diesen Fehler zu verhindern (A: Diskurs, B: Closed Loop Communication, C: Reflecting Team, D: Befehl, E: Aktives Zuhören)? Bei der Betrachtung des Fallbeispiels ist es wichtig sich vor Augen zu halten, dass medizinische Beinahe-Schäden nur sehr selten monoprofessionell verursacht sind.

Studierenden-CIRS steht allen offen: Meldesystem nutzen

Vielmehr betreffen Fehler oder Irrtümer das Handeln aller an der Patientenversorgung beteiligten Berufe. Das reicht von

Angehörigen der Rettungsdienste über Ärztinnen und Pflegekräfte bis zu Medizinischen Fachangestellten, Medizintechnikern, Apothekerinnen und Physiotherapeuten. Daher ist geplant, das Studierenden-CIRS auch auf andere Berufsgruppen zu übertragen. Wer sich beteiligen möchte, ist herzlich eingeladen sich an die Autoren zu wenden. So können die Eingabensektorenübergreifend quasi 360° die Ausbildungsinhalte der anderen Professionen optimieren. Zum Wohle der Patienten, denn in der Praxis will niemand „Shit happens“ hören.

Dr. med. Stefan Bushuven, MME

Stefan Bushuven ist Krankenhaushygieniker, Leitender Notarzt und klinischer Risikomanager im Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz (GLKN). Der Facharzt für Anästhesie hat diverse Zusatzqualifikationen in der Medizinhygiene, Intensiv- und Notfallmedizin und studiert momen-



Foto: privat

tan Medizinethik in Mainz. Er ist der Projektleiter von S.H.I.T. HAPPENS. E-Mail: S.Bushuven@gmx.de

Prof. Dr. med. Jana Jünger, MME (Bern)

Seit April 2016 Direktorin des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in Mainz. Zuvor Leiterin des Kompetenzzentrums für Prüfungen in der Medizin in Baden-Württemberg, Oberärztin (Fachärztin Innere Medizin) in der Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg. Sie entwickelte den Postgraduierten-Studiengang Master of Medical Education (MME) in Deutschland mit.



Foto: Dirk Beichert

Korrespondenzadresse:

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)
Rheinstraße 4, 55116 Mainz
E-Mail: Jjuenger@impp.de

Helfen Sie, medico international zu helfen

Vor über 50 Jahren wurde die Hilfs- und Menschenrechtsorganisation medico international mit Sitz in Frankfurt am Main gegründet. Seither leistet die in unmittelbarer Nachbarschaft der Landesärztekammer Hessen im Frankfurter Ostend arbeitende Organisation Hilfe für Menschen in Not. 1997 wurde die von medico international initiierte Internationale Kampagne zum Verbot von Landminen mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnet.

medico international setzt sich für menschenwürdige Lebensverhältnisse ein, um Armut, Not und Gewalt im globalen Süden nicht nur zu lindern, sondern ihre Ursachen zu erkennen und zu überwinden. Dabei werden lokale Initiativen und Partnerorganisationen in Afrika, Asien und Lateinamerika unterstützt.



Zusammen mit Partnern leistet die Organisation Nothilfe in Katastrophensituationen und fördert langfristig Projekte in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Menschenrechte und psychosoziale Arbeit. Dabei legt medico international Wert auf die Feststellung, dass es sich bei den Partnern nicht um Hilfeempfänger, sondern um kompetente Akteure handelt, „die im Kampf für bessere Lebensbedingungen selbst Hilfe organisieren

und sich für das Menschenrecht auf Gesundheit einsetzen.“

Als weitere zentrale Aufgabe bezeichnet die Organisation eine aktive und kritische Öffentlichkeitsarbeit, die durch Veröffentlichungen, mit Aktionen und Kampagnen über die Ursachen von Not und Armut, „über vergessene Konflikte, unterdrückte Interessen und ausgeblendete Abhängigkeiten“ informiert.

Sie können die Arbeit von medico international auf vielen Wegen unterstützen: Als Fördermitglied, mit Ihrer Spende oder Ihrem Engagement. (moeh)

Spendenkonto:

IBAN: DE21 5005 0201 0000 0018 00

Internet: www.medico.de



Serie: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 12: Patientensicherheit in der Landesärztekammer Hessen – Experten berichten aus den Abteilungen

Wie setzt die Landesärztekammer Hessen das Thema Patientensicherheit in ihrem Arbeitsalltag um? Welche Planungen, Maßnahmen und Projekte gibt es in den einzelnen Abteilungen? Was bedeutet „Patientensicherheit“ für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LÄKH?

Der 12. Teil der Serie zeigt, an wie vielen Stellen Patientensicherheit auch außerhalb der klinischen Versorgung eine wichtige Rolle spielt.

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen



Foto: Peter Jülich

Patientensicherheit ist für die LÄKH als Berufsvertretung der hessischen Ärzteschaft sehr wichtig.

Wir setzen uns für vernünftige ärztliche Qualitätssicherung ohne bürokratische Gängelung, gute Arbeitsbedingungen und die Förderung von Fort- und Weiterbildung ein. Auch einige unserer Kernaufgaben wie die Ausübung der Berufsaufsicht oder die Beratung und Information der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sind wesentlich für die Patientensicherheit. Das Thema begleitet uns auch 2021 – über die Mitgliedschaft im Landesbeirat Patientensicherheit gemäß Hessischer Patientensicherheitsverordnung, im Ausschuss Patientensicherheit der Bundesärztekammer und im Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.

Dr. med. Alexander Marković, MBA, Ärztlicher Geschäftsführer der LÄKH



Foto: Katja Kölsch

Meine früheren Tätigkeiten in großen Blutspendediensten mit ihren differenzierten Qualitätsmanagementsystemen und die ärztliche

Verantwortung für die Hämotherapie haben mich bis heute geprägt, da sie das Wesen ärztlichen Handelns sowie der vorausschauenden, begleitenden und prüfenden Sicherung von Qualität widerspiegeln. Der gemeinsame Nenner der von mir in der LÄKH verantworteten Abteilungen ist die Qualifizierung und Prüfung von Ärzten und Medizinischen Fachangestellten, außerdem die Pflege der Datenbestände von hessischen Ärztinnen und Ärzten sowie von Patienten mit bösartigen Erkrankungen. Die Patientenversorgung muss in den Händen hoch qualifizierter Ärzte, unterstützt von medizinischen Assistenzberufen, liegen. Diese müssen aus Krankheitsdaten lernen können, um die Versorgung von Menschen zu verbessern.

Manuel Maier, Justiziar der LÄKH



Foto: Katarina Ivanisevic

Berufsaufsicht ist Patientensicherheit: Eine wesentliche gesetzliche Aufgabe der LÄKH ist die Überwachung der Erfüllung der Berufspflichten von Kamerangehörigen. Die von der LÄKH beschlossene Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen (BO) enthält grundlegende rechtliche und ethische Prinzipien, die Patienten und das Patienten-Arzt-Verhältnis schützen. Die Rechtsabteilung berät Ärzte in allen Belangen der BO und wirkt damit präventiv bei der Patientensicherheit mit. Das Patienten-Arzt-Verhältnis ist auf Vertrauen gegründet. Deshalb führt die BO Pflichten für Ärzte auf, die beispielhaft von der Aufklärung der Patienten über die Behandlung (§ 8 BO), der Schweigepflicht (§ 9 BO) bis zur gewissenhaften Ausübung des Berufes (§ 2 BO) reichen. Aber auch die Dokumentation und Herausgabe von Patientenunterlagen (§ 10 BO) sowie die Wahrung der ärztli-

chen Unabhängigkeit (§ 30 BO) gehören zum Pflichtenkreis. Patienten steht die Möglichkeit offen, sich bei Problemen in der Patienten-Arzt-Beziehung mit einer schriftlichen Beschwerde an die Rechtsabteilung zu wenden. Hierfür steht ein Online-Formular nebst Schweigepflichtentbindungserklärungsformular bereit. Die Rechtsabteilung bzw. die Bezirksärztekammern bitten den Arzt um Stellungnahme und können zumeist eine Klärung des Sachverhaltes herbeiführen. Ferner gibt die Rechtsabteilung bei Fragen über die Angemessenheit von ärztlichen Honorarforderungen gutachtliche Äußerungen ab. Bei Behandlungsfehlervorwürfen von Patienten steht die Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der LÄKH zur Verfügung.

Nina Walter, Leiterin der Stabsstelle



Foto: Katarina Ivanisevic

Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie, Stellv. Ärztliche Geschäftsführerin der LÄKH

Für mich als Ärztin ist Patientensicherheit selbstverständlicher Teil ärztlichen Handelns. Sie ist Bestandteil und Ziel des Qualitäts- und Risikomanagements sowohl in der Gesundheitsversorgung als auch bei uns in der Stabsstelle Qualitätssicherung. Zu unseren Aufgaben gehören verschiedene Qualitätssicherungsmaßnahmen – einige davon sind auf Initiative der Ärzteschaft entstanden, z. B. die Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin. Hier tauschen wir uns eng mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen vor Ort aus. So gewinnen wir Eindrücke aus der direkten Patientenversorgung und können aktuelle Herausforderungen identifizieren, die in die Weiterentwicklung unserer Maßnahmen einfließen.



Jens Sudmann, Ärztlicher Leiter der

Abteilung Weiterbildung der LÄKH

Die Arbeit der Weiterbildungsabteilung trägt maßgeblich dazu bei, dass Ärztinnen und Ärzte während und nach ihrer

Weiterbildung ihre Patienten kompetent versorgen und behandeln können. Die Prüfung vollständig und korrekt erworbener Weiterbildungsinhalte und der Einhaltung von Mindestzeiten und Richtzahlen für den Kompetenzerwerb sowie praxisorientierte Facharztprüfungen sichern die Qualität der Ärztlichen Weiterbildung. Auch mit der Durchführung von Fachsprachprüfungen und der Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen trägt unsere Abteilung zu mehr Sicherheit in der Patientenbehandlung bei.

Foto: Katja Kölsch



Patientensicherheit jetzt mit eigener Website online

Patientensicherheit und Fehlerkultur sind der Landesärztekammer Hessen ein wichtiges Anliegen. Dies gilt nicht zuletzt für die Stabsstelle Qualitätssicherung – hier sind viele Maßnahmen und Projekte direkt vom Thema Patientensicherheit beeinflusst. Grund genug, dafür einen eigenen Websitebereich einzurichten. Unter <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/qualitaets-sicherung/patientensicherheit> (Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3duds4>) können Neuigkeiten, Statements und Termine zur Patientensicherheit eingesehen wer-

den. Auch die Artikel der Serie Patientensicherheit im Hessischen Ärzteblatt seit Ausgabe 11/2019 sind hier abrufbar. Das Angebot wird um die Frage des Monats und Verlinkungen auf themenrelevante Seiten ergänzt. Aktuell befindet sich der Bereich noch im Aufbau. Weitere interessante Inhalte werden folgen. Der QR-Code führt direkt zur Website.



**Stabsstelle
Qualitätssicherung
der LÄKH**

Roswitha Barthel, Assessorin jur., Leiterin Abt. Ausbildungswe- sen: Medizinische Fachangestellte

Wir sind in unserer Abteilung für die Beratung und die Überwachung der Berufsausbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) zuständig. So tragen wir dazu bei, den MFA eine erfolgreiche Berufsausbildung zu ermöglichen und Ärztinnen und Ärzte mit qualifizierten Fachkräften zu versorgen. Beides sind wesentliche Aspekte für die Patientensicherheit in den Praxen und Kliniken. Es wird z. B. darauf geachtet, dass verantwortungsvolle praktische Aufgaben nicht verfrüht an die MFA-Auszubildenden übertragen werden oder durch Überprüfung der Sprachkompetenz eine sichere Patientenkommunikation gefördert wird. Abschließend gewährleisten wir mit den Prüfungen, dass die für die Berufsausbildung notwendige Qualifikation vorliegt.

Foto: Katja Kölsch



Handlungsziel, auch wenn das Wort wenig erwähnt oder erläutert wird. In den Qualitätszielen der COS ist das Thema als wichtiges Kriterium für die Bildungsinhalte indirekt mit dem Begriff „Patientenversorgung“ verankert. Trotzdem sollte bei den Aus- und Fortbildungsinhalten von MFA der Aspekt Patientensicherheit direkter herausgearbeitet werden. Dies schließt nicht nur den Datenschutz, sondern im Sinne des Risikomanagements alle Handlungen und Prozesse ein. Mit zunehmender Delegation ärztlicher Leistungen an MFA ist es wichtig, dass die Berufsgruppe aktiv über Maßnahmen zur Sicherstellung der Patientensicherheit mitdiskutiert.

Dr. jur. Katharina Deppert, Vorsitzende der Gutachter- und Schlichtungsstelle (GuS) der LÄKH, Vorsitzende Richterin am Bundesgerichtshof a. D.



Foto: Manuel Maier

Es ist selbstverständlich, dass vermutete Fehler und Zwischenfälle in ärztlichen Behandlungen benannt und aufgearbeitet werden. Für die Patientensicherheit ist dies unumgänglich. Auch wenn nach Abschluss eines solchen Verfahrens festgestellt werden kann, dass kein Fehler vorlag, können doch zum Beispiel organisatorische Defizite oder Kommunikationshürden im Arzt-Patienten-Verhältnis ausgeräumt werden. Dies bie-

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Rudolf Tinneberg (Foto links), Vorsitzender des Akademievorstands;

Sandra Bauer, M. A. (rechts), Dr. Aline Zetsche (Mitte), Akademieleitung

In allen unseren Veranstaltungen geht es um die bestmögliche Patientenbehandlung und um die Verankerung wissenschaftlicher Erkenntnisse im ärztlichen Alltag. Dazu wendet die Akademie methodenorientiertes Lernen und Trainieren an und baut Kommunikation, Übungsszenarien, Exkursionen, Projekt- und Gruppenarbeit weiter aus. So soll bei den Teilnehmenden die effektive Nutzen-/Risiko-Bewertung bei komplexen Krankheitsbildern gestärkt werden. Beispiele sind Kurs-Weiterbildungen wie Krankenhaushygiene und Ärztliches Qualitätsmanagement sowie Fortbildungen wie Antibiotic Stewardship, die stark vom Qualitätsmanagement inspiriert sind und sich besonders intensiv mit der Patientensicherheit befassen.

Foto: Caroline Winkler



Silvia Happel, Dipl. Med.-Päd.,

**Schulleiterin der
Carl-Oelemann-
Schule (COS)
der Landesärztekammer
Hessen**
Patientensicherheit ist bei fast allen Lerninhalten der COS übergeordnetes

Foto: privat





tet die Chance, das Vertrauen zwischen Patient und Arzt wieder herzustellen und ist im Hinblick auf die Förderung der Patientensicherheit ein wichtiges Ziel der Gutachter- und Schlichtungsstelle der LÄK Hessen.

Dr. jur. Anja Schneider, Leiterin der



Foto: Katja Kölsch

Geschäftsstelle der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen

Neben der Forschungsqualität

sicherheit im Fokus

der Arbeit der Ethik-Kommission. Beraten werden die unterschiedlichsten Forschungsvorhaben und oberste Priorität hat bei allen Entscheidungen immer das Wohl der Patienten.

Die Geschäftsstelle der Ethik-Kommission bereitet die inhaltliche Arbeit der Kommission vor und setzt deren Entscheidungen innerhalb der gesetzlichen Vorgaben um. Trotz zukünftiger Änderungen durch eine Verordnung der Europäischen Union bleibt in Deutschland die Ethik-Kommission ein fester Bestandteil bei der Überprüfung von Forschungsvorhaben. Dafür konnte sich der Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e. V. erfolgreich einsetzen – dies ist ein wichtiges Signal für die Patientensicherheit.

Dr. med. Michael Weidenfeld,



Foto: privat

Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden – stellvertretend für alle sechs Bezirksärztekammern der LÄKH

Patientensicherheit

ist ein wichtiger Pfeiler in der Arzt-Patienten-Beziehung und hat viele unterschiedliche Aspekte – sie reichen von der Beschaffenheit der Praxisräume über die Herstellung größtmöglicher Therapiesicherheit bis hin zur Sicherheit ärztlicher Kenntnisse, die über Fortbildungen aktuell gehalten werden müssen. Die Bezirksärztekammer Wiesbaden unterstützt daher viele verschiedene Aktivitäten der Ärzte vor Ort und plant und führt selbst eigene Maßnahmen durch, um die Patientensicherheit zu fördern – zum Beispiel die Unterstützung lokaler Qualitäts-, Wund- und Schmerzzirkel, Tutorboards und Fortbildungen.

Katja Möhrle, M.A., Leiterin der Stabsstelle Medien – Öffentlichkeitsarbeit und Hessisches Ärzteblatt



Foto: Katarina Ivanisevic

Regelmäßig machen Behandlungsfehler Schlagzeilen in Presse, Rundfunk und Fernsehen. Aufgabe

der Stabsstelle Medien ist es, deutlich zu machen, dass die Ärzteschaft das Problem frühzeitig erkannt und offensiv mit einer Fehlervermeidungskultur darauf reagiert hat. Jedes Jahr informieren wir mit einer Pressemitteilung über die statistischen Daten der Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Landesärztekammer Hessen zu vermuteten und nachgewiesenen Behandlungsfehlern, die einen wichtigen Beitrag zur Patientensicherheit leisten. Intensive Gespräche mit Journalisten, regelmäßige Veröffentlichungen auf der Website und im Hessischen Ärzteblatt dienen dazu, das Thema Patientensicherheit in der Öffentlichkeit transparent darzustellen. Dabei geht es nicht nur um die Vermeidung von Behandlungsfehlern, sondern um die kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsmethoden durch qualitativ hochwertige ärztliche Fort- und Weiterbildung und von der Ärzteschaft mitentwickelte Zertifizierungssysteme für Krankenhäuser und Arztpraxen.

Die ausführlichen Statements werden im Monatsrhythmus unter www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/qualitaetssicherung/patientensicherheit bzw. <https://tinyurl.com/y3duds4> veröffentlicht. Auch 2021 setzen wir die Serie Patientensicherheit mit interessanten Beiträgen in loser Folge fort.

Übersicht über die bisher erschienenen Folgen der Serie: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Die Serie wird in loser Folge 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: CIRSmdeical.de – Das Netzwerk der deutschen Ärzteschaft, Interview mit Dr. med. Christian Thomeczek
7/8/2020	Teil 8: Patientensicherheit ist Mitarbeitersicherheit – Second-Victim-Phänomen, von Prof. Dr. med. R. Strametz
09/2020	Teil 9: Die externe Qualitätssicherung – einrichtungs- und sektorenübergreifend, Autorenteam der GQH
10/2020	Teil 10: Patientensicherheit: National und International, von Prof. h. c. (DPU) Dr. med. Günther Jonitz
11/2020	Teil 11: Risikomanagement: „Kein Sprint, sondern ein Langstreckenlauf“, Gespräch mit Dr. med. H. Kahla-Witzsch
12/2020	Teil 12: Patientensicherheit in der Landesärztekammer Hessen – Experten berichten aus den Abteilungen



Mit Kompetenz und Temperament

Zwanzig Jahre lang prägte Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich die Bad Nauheimer Gespräche

Leidenschaftliche Ärztin, Berufspolitikerin, Vorbild und Wegbereiterin für Frauen in der Medizin: Die Chirurgin Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, die am 17. August dieses Jahres ihr 80. Lebensjahr vollendet hat, gehört zu den wenigen Ärztinnen ihrer Generation, die sowohl in ihrem Beruf Karriere gemacht als sich auch in ärztlichen Verbänden und Körperschaften engagiert haben. Dr. Hasselblatt-Diedrich war Chefärztin der Chirurgie eines Frankfurter Krankenhauses, sie gehörte dem Präsidium der Landesärztekammer Hessen an, war Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und im Bundesvorstand des Hartmannbundes aktiv.

Mit ihrer Kompetenz und ihrem Temperament prägte sie außerdem zwanzig Jahre lang – von 2000 bis 2020 – als Schriftführerin die von ihr organisierten und moderierten Bad Nauheimer Gespräche (BNG). Jede Veranstaltung war besonders; es machte Freude, ihren kenntnisreichen Einführungen in die unterschiedlichen Themen zu folgen. Die breite Palette reichte von Ärztemangel, Bürokratie, Digitalisierung oder Hospiz- und Palliativversorgung über therapeutisches Klonen, Neonatologie und Ethikberatung bis zu Armut und Krankheit, gesunde Ernährung oder kulturellen Fragestellungen. In diesem Jahr übergab die Ärztin die Organisation der Veranstaltungsreihe an ihre Nachfolgerin Prof. Dr. med. Ursel Heudorf. Der Vorstandsvorsitzende der Bad Nauheimer Gespräche und ehemalige Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, dankte Hasselblatt-Diedrich für ihren großartigen Einsatz (wir berichteten im HÄBL 4/2020).

Karriereplanung für Frauen

Begeisterung für das eigene Fach, klare Vorstellungen von der eigenen Karriere und Mut: Das hatte Hasselblatt-Diedrich 2016 bei einem Runden Tisch der Landes-



Foto: Katja Kölsch

Für ihr ehrenamtliches Engagement vielfach ausgezeichnet: Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich.

ärztekammer mit dem Titel „Wie gelingt weibliche Karriere in der Medizin?“ jüngeren Kolleginnen empfohlen. Eine Eigenschaft könnten sich Ärztinnen von ihren männlichen Kollegen abschauen: Selbstbewusstsein. „Gerade Frauen sollten von Anfang an Chancen vom Arbeitgeber oder Weiterbilder einfordern“, so Hasselblatt-Diedrich, die sich u. a. im Deutschen Ärztinnenbund für die Verbesserung der Berufsbedingungen und Aufstiegschancen von Frauen im Arztberuf einsetzte.

Ingrid Hasselblatt-Diedrich wurde am 17.08.1940 in Frankfurt am Main geboren. Ihr Medizinstudium in Frankfurt und München schloss sie 1968 mit ihrer Dissertation ab. Nach der Weiterbildung zur Fachärztin für Chirurgie wurde sie Oberärztin im Bürgerhospital Frankfurt und übernahm 1987 als eine der wenigen Chefärztinnen für Allgemeinchirurgie in der Bundesrepublik Deutschland, im Chefarzt-Teamsystem mit Dr. med. Michailo

Kraković, die Leitung der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Sachsenhausen in Frankfurt bis zu ihrem Ruhestand im Jahr 2001.

Vielseitiges berufspolitisches Engagement

Beeindruckend war auch das berufspolitische Engagement der vielseitigen Frankfurterin:

Von 1980 bis 2000 gehörte Hasselblatt-Diedrich dem Präsidium der Landesärztekammer Hessen an. Auf Bundesebene war sie von 1991 bis 1995 Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer und 16 Jahre lang Mitglied des Vorstandes der Akademie der Fachärzte der Bundesärztekammer. Von 1976 bis 2000 nahm sie als gewählte Delegierte für Hessen an den Deutschen Ärztetagen teil. Darüber hinaus engagierte sich Hasselblatt-Diedrich in verschiedenen Berufsverbänden; von 1988 bis 2005 war sie Vorsitzende des Landesverbandes Hessen des Hartmannbundes und 16 Jahre lang, bis 1997, stellvertretende Bundesvorsitzende.

Hohe Auszeichnungen

Auf regionaler und überregionaler Ebene war die Frankfurter Chirurgin in der Fortbildung aktiv und leitete zehn Jahre lang die Krebsnachsorge-Kongresse in Bad Nauheim. Über 20 Jahre lang vertrat sie die Landesärztekammer Hessen im Vorstand der Hessischen Krebsgesellschaft.

Für ihr herausragendes ärztliches und berufspolitisches Engagement wurde sie vielfach ausgezeichnet, u. a. mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse, dem Hessischen Verdienstorden, der Ernst von Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer, der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Gold und mit der Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft.

Katja Möhrle

Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang

Fotos: alle © Jüdisches Museum Frankfurt



Das Jüdische Museum Frankfurt öffnete Ende Oktober nach rund fünf Jahren Bauzeit die Türen seines Neubaus und des sanierten Rothschild-Palais für die Besucherinnen und Besucher. Die Skulptur von Ariel Schlesinger „Untitled“ (Foto rechts) verbindet Alt und Neu. Foto rechte Seite: Blick in den Lesesaal der öffentlich zugänglichen Georg Heuberger Bibliothek im Lichtbau.

Wie jedes Jahr im Dezember finden Sie in Parlando wieder Anregungen für Wunschzettel und Feiertagsgestaltung. Wir wünschen Ihnen frohe Weihnachten, Gesundheit und alles Gute für 2021.

Bücher

Es gibt viele gute Gründe dafür, dass Menschen lesen: zum Vergnügen, zur Erweiterung des Horizonts, zur eigenen Verortung und zur Sinnfindung. Gerade jetzt in der Jahrhundertkrise, die uns nicht verreisen lässt, vorübergehend sogar Theater- und Museumsbesuche unmöglich macht und den persönlichen Austausch mit anderen auf ein Minimum beschränkt, sind Bücher eine wunderbare Alternative. Sie können unterhalten, zerstreuen, Nähe zu fiktiven Charakteren herstellen, bilden und trösten. Um zum Freund der Leserin oder des Lesers zu werden, müssen sie jedoch vor allem berühren können.

Tröstliche Freundschaft zwischen Mensch und Riesendogge

Ein solches Buch ist – nomen est omen – „Der Freund“ der US-amerikanischen Schriftstellerin Sigrid Nunez. Ein Freund, der an langen Winterabenden dazu anregt, über das Dasein nachzudenken, über



Freundschaft, Trauer und über das Schreiben. Der 2018 mit dem National Book Award ausgezeichnete, zwischen Autofiktion und Essay oszillierende Roman beginnt mit einem Trauerfall: Der engste Freund der Ich-Erzählerin, einer in New York lebenden Schriftstellerin, hat sich das Leben genommen, ohne einen Abschiedsbrief zu hinterlassen. In die Trauer über seinen Tod mischt sich ein überraschendes Erbe: Apollo, die riesige, achtzig Kilo wiegende Dogge des Verstorbenen, landet bei der Erzählerin, obwohl deren Apartment viel zu klein und Hundehaltung laut Hausordnung verboten ist. Auch Apollo trauert; zugleich macht es seine Gegenwart der Erzählerin möglich, die Verbindung zu dem toten Freund – ebenfalls Schriftsteller – auf einer anderen, tröstlichen Ebene weiterzuführen. Über die freundschaftliche Beziehung zwischen Mensch und Hund zeichnet der Roman den Weg zurück ins Leben nach.

Sigrid Nunez: Der Freund. Übersetzerin: Anette Grube, Aufbau Verlag 2020, 20 €

Düster und raffiniert: Kurzgeschichten von Patricia Highsmith



Sie war unbequem, rüde in ihren Umgangsformen, vernichtend in ihren Urteilen und, wie Zeitgenossen behaupteten, auch paranoid. Doch die Bücher von Patricia Highsmith – vor allem psychologische

Kriminal- sowie zeitgenössische Romane – waren von unnachahmlicher Luzidität. Messerscharf zeichnet sie Charaktere und lässt deren Bild mit wenigen Details vor dem inneren Auge der Leser entstehen. So steht in dem Roman „Der talentierte Mr. Ripley“ nicht die Aufklärung eines Verbrechens im Mittelpunkt, vielmehr kommt es auf die Umstände und Motive an, die einen Durchschnittsmenschen zum Kriminellen werden lassen. Highsmith selbst bezeichnete die Faszination von der Amoral des Helden als treibende Kraft beim Schreiben.

Bevor Highsmith mit ihren Romanen bekannt wurde, verfasste sie etliche, in Schul- und Frauenmagazinen erscheinende Kurzgeschichten. Mit „Ladies“ hat der



Diogenes Verlag nun eine Sammlung ihrer frühen, ebenso düsteren wie raffinierten Stories herausgebracht, die von Diebstahl, Ehebruch und Mord handeln und doch mit einer feinen Prise Humor gewürzt sind. Wie in ihren späteren Werken seziert die Autorin das Innere ihrer zumeist traurigen Figuren. Entwurzelte Einwanderer, tapfere Liebende, kluge kleine Mädchen und Jungen sowie vom Leben gebeutelte Frauen und Männer kämpfen sich vor der Kulisse der USA der 1940er-Jahre durch die Geschichten.

Patricia Highsmith: *Ladies –frühe Stories*. Diogenes Verlag, Hardcover Leinen, 320 Seiten, 24 €

Piratenschiff auf Rübenacker: Erzählungen voll Witz und Melancholie



Richard Barham Middletons Leben bot Stoff für einen Roman: 1882 geboren, arbeitete der Engländer tagsüber als Angestellter für eine Londoner Bank. Nachts führte er das Leben eines Bohemiens, das Arthur

Ransome in „Bohemia in London“ literarisch beschrieben hat. Schließlich kündigte Middleton sein Angestelltendasein und schrieb als freier Schriftsteller Erzählungen, Essays und Gedichte. Nach seinem Selbstmord im Jahr 1911 lebte sein literarisches Werk in Anthologien fort.

Nun sind Middletons elegant geschriebene Geschichten von Landstreichern, überforderten Polizisten oder Sargverkäufern in der Reihe Steidl Nocturne erschienen. Die Zeit zwischen den Jahren eignet sich vortrefflich, um den Autor zu entdecken und in seine Erzählungen einzutauchen, die von der existenziellen Einsamkeit von Außenseitern handeln. In die melancholische Grundstimmung mischen sich trockener Witz und fantastische Elemente. So in der Geschichte jenes irgendwo zwischen dem Meer und London gelegenen Dörfchens Fairfield, dem nach einem Wirbelsturm etwas höchst Verwunderliches widerfährt: Mitten im Rübenacker des örtlichen Gastwirts ankert ein Piratenschiff. Dies allein ist schon fantastisch genug, doch der Autor legt noch eine Schippe

drauf: An Bord des Kahns befinden sich nicht etwa blutrünstige Piraten, sondern gutmütige Gestalten. Es gibt nur ein Problem – und dies ist der exquisite Rum, der auf dem Schiff großzügig ausgeschenkt wird. Er führt die Gespenster des Ortes in Versuchung, so dass der Dorfpfarrer sich gezwungen sieht, in die turbulenten Entwicklungen einzugreifen.

Richard Middleton: *Das Geisterschiff – Dreizehn Stories*. Steidl Verlag, Göttingen 2020. Gebunden, 128 Seiten, 18 €

Museumsbesuch

Jüdisches Museum Frankfurt: Die Verbindung von Alt und Neu als Leitmotiv

Leuchtend weiße Fassaden, zweitausend Quadratmeter Ausstellungsfläche, eine öffentliche Bibliothek: Das jüdische Museum Frankfurt ist konzeptuell und architektonisch ein Highlight in der Museumslandschaft der Stadt. Nachdem das Haus vor fünf Jahren die Pforten geschlossen hatte, um seine Dependance im Palais zu renovieren, wurde es am 21. Oktober 2020 in doppelter Größe wieder eröffnet.

Der neue Museumskomplex besteht aus dem restaurierten Rothschild-Palais und, über ein Treppenhaus damit verbunden, einem hellen Neubau – Lichtbau genannt – des Berliner Büros Staab Architekten.

Die Verbindung von Alt und Neu, von Geschichte und Gegenwart der Juden in Frankfurt ist Leitmotiv des Museums, das ein „Museum ohne Mauern“ sein will.

Über drei Stockwerke erstreckt sich die Dauerausstellung im Rothschild-Palais und erzählt die Geschichte jüdischen Lebens von der Aufklärung und Emanzipation bis zur Gegenwart. Eingebettet in persönliche Geschichten erfahren die Besucher, wie Jüdinnen und Juden die kulturelle, wirtschaftliche und soziale Entwicklung der Stadt prägten. Auch jüdische Erfahrungen von Exil, Gewalt und Gegenwehr werden thematisiert.

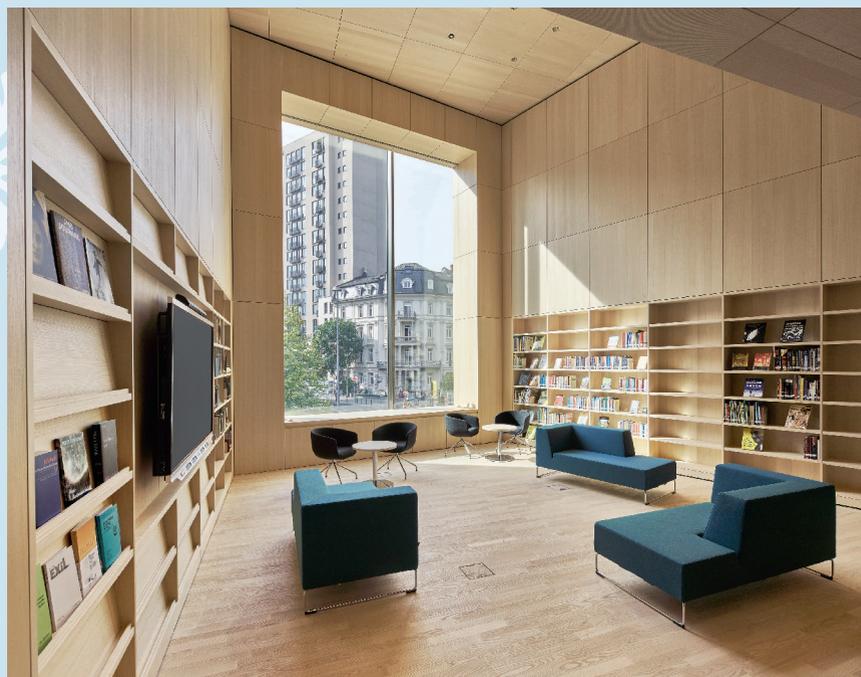
Der neue Lichtbau des Museums birgt die eingangs erwähnte öffentliche Bibliothek, eine Literaturhandlung und ein milchigkoscheres Café. Außerdem bietet das lichtdurchflutete Gebäude Raum für Veranstaltungen und Wechselausstellungen wie aktuell „Die weibliche Seite Gottes“.

Verbinden und Zusammenführen ist auch das Leitmotiv der elf Meter hohen Baumskulptur, die der israelische Künstler Ariel Schlesinger entworfen hat: Zwei in Aluminium gegossene Bäume, von denen der eine den anderen in der Krone trägt. Mit der Skulptur öffnet sich der neu angelegte Bertha-Pappenheim-Platz, die Adresse des Jüdischen Museums, zur Stadt.

Während die Ausstellungen im Jüdischen Museum und im Museum Judengasse derzeit geschlossen sind (Stand November), bleiben das digitale Museum (digitale Sammlung sowie Social Media-Kanäle) und der Lichtbau weiterhin geöffnet.

Informationen in Internet:
www.juedischesmuseum.de

Katja Möhrle





Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

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

**Pandemiebedingt stehen alle Termine unter Vorbehalt – wir bitten um Ihr Verständnis
Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de**

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Infektiologie

Modul III – Aufbaukurs „ABS“: Mo., 15.–Fr., 19. März 2021

Leitung: Dr. med. C. Imirzalioglu, Gießen
Prof. Dr. med. J. Lohmeyer, Gießen
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt

Gebühr: 1.000 € (Akademiestatistiker 900 €)

Modul IV – Projektarbeit: Beginn: Fr., 19. März 2021

Leitung: Prof. Dr. med. K.-P. Hunfeld, Frankfurt

Gebühr: 750 € (Akademiestatistiker 675 €)

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

Innere Medizin

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

Gebühr: 320 € (Akademiestatistiker 288 €)

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

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

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 5 + 6: Mi., 24. März 2021

Leitung: Dr. med. M. Eckhard, Bad Nauheim
Dr. med. P. Bauer, Gießen

Gebühr: 60 € (Akademiestatistiker 54 €)

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

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Strukturierte curriculare Fortbildung gem. Curriculum der Bundesärztekammer

Teil 1: Fr., 15.–Sa., 16. Januar 2021 und

Teil 2: Fr., 16.–Sa., 17. April 2021

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.

Gebühr: 560 € (Akademiestatistiker 504 €)

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

Geriatrische Grundversorgung

Block II: Mi., 03.–Sa., 06. Februar 2021

Gebühr: 600 € (Akademiestatistiker 540 €)

Ort: Darmstadt, Agaplesion Elisabethenstift

Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt
PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt

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

Notfall- und Intensivmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Do., 04.–Sa., 06. März 2021

Leitung: M. Leimbeck, Marburg
Dr. med. R. Merbs, Friedberg

Gebühr: 450 € (Akademiestatistiker 405 €)

Seminar Leitender Notarzt

Do., 22.–Sa. 24. April 2021

Beginn der Telelernphase: 22. März 2021

Leitung: Dr. med. G. Appel, T. Winter, Kassel

Gebühr: 800 € (Akademiestatistiker 720 €)

Notfallmedizin machbar machen

Mi., 17. März 2021

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg

Gebühr: 180 € (Akademiestatistiker 162 €)

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

Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.

Mi., 21. April 2021 Querschnittsfach Reisemedizin

Leitung: Dr. med. A. Wunder,
Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber

Ort: Frankfurt, Hanauer Landstraße
auf Anfrage

Gebühr:

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

Pandemiebedingt stehen alle Termine unter Vorbehalt – wir bitten um Ihr Verständnis

Hämotherapie

Qualitätsbeauftragter Hämotherapie	
Mo., 22.–Fr., 26. März 2021	40 P
Leitung:	Prof. Dr. G. Bein, Gießen
Ort:	Gießen, Universitätsklinikum
Gebühr:	900 € (Akademiestudent 810 €)
Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot	
Mi., 10.–Do., 11. Februar 2021	16 P
Leitung:	Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach
Do., 25.–Fr., 26. März 2021	
Leitung:	Prof. Dr. med. G. Bein, Gießen
Ort:	Gießen, Universitätsklinikum
Gebühr:	360 € (Akademiestudent 324 €)
Auskunft/Anmeldung:	H. Cichon, Fon: 06032 782-209, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Hygiene/Öffentliches Gesundheitswesen

Refresher Hygienebeauftragter Arzt im Rehawesen	
Mi., 03. März 2021	
Leitung:	Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt
Gebühr:	180 € (Akademiestudent 162 €)
Auskunft/Anmeldung:	H. Cichon, Fon: 06032 782-209, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Ethik

Curriculare Fortbildung „Ambulante Ethikberatung“	
Blended Learning-Veranstaltung gem. Curriculum der AEM.	
Theorieteil	
Modul 1: Präsenzteil	Fr., 05.–Sa., 06. Februar 2021
Selbststudium:	11. Januar–04. Februar 2021
Modul 2: Präsenzteil	Mi., 16. Juni 2021
Selbststudium:	07. Februar–15. Juni 2020
Gebühr:	690 (Akademiestudenten 621 €)
Moderationskurs:	Fr., 02.–Sa., 03. Juli 2021
Gebühr:	340 € (Akademiestudent 304 €)
Leitung:	PD Dr. med. C. Seifart, Marburg
Auskunft/Anmeldung:	K. Baumann, Fon: 06032 782-281, E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Psychotherapie

Fehlerkultur in Zeiten der Corona-Pandemie	
Sa., 13. Februar 2021	
Leitung:	Dr. med. A. Schüler-Schneider
Gebühr:	90 € (Akademiestudent kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung:	A. Flören, Fon: 06032 782-238, E-Mail: andrea.flören@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Spezialkurs Röntgendiagnostik	
Fr., 18.–Sa., 19. Dezember 2020 (Theorie)	20 P
(+ Praktikum, Termin wird noch bekannt gegeben)	
Gebühr:	340 € (Akademiestudent 306 €)
Kenntniskurs	
Sa., 20. Februar 2021	(prakt. u. theoretische Unterweisung)
Ort:	Frankfurt , Universitätsklinikum
Gebühren:	Theoretische Unterweisung: 100 € (Akademiestudenten 90 €) Praktische Unterweisung: 60 € (Akademiestudenten 54 €)
Aktualisierungskurs	
Sa., 24. April 2021	8 P
Gebühr:	180 € (Akademiestudent 162 €)
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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung	
Modul III:	Fr., 11.–Sa., 12. Dezember 2020 16 P
Gebühr:	280 € (Akademiestudenten 252 €)
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 € (Akademiestudenten 27 €)
Modul Ia:	Fr., 26.–Sa., 27. Februar 2021
Gebühr:	240 € (Akademiestudenten 216 €)
Modul Ib:	Fr., 19.–Sa., 20. März 2021
Gebühr:	240 € (Akademiestudenten 216 €)
Modul Ic:	Fr., 07.–Sa., 08. Mai 2021
Gebühr:	320 € (Akademiestudenten 288 €)
Verkehrsmedizinische Begutachtung	
Modul I-III	Fr., 09.–Sa., 10. Juli 2021
Gebühr:	280 € (Akademiestudenten 252 €)
Modul IV	Fr., 12.–Sa., 13. November 2021
Gebühr:	280 € (Akademiestudenten 252 €)
Leitung:	Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung:	J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203, E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de

Moderatorentaining

Fr., 26.–Sa., 27. März 2021

Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda
Gebühren: 360 € (Akademiestatistiker 324 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
 E-Mail: andrea.floren@laekh.de

Ultraschall

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

Gefäße

**Anwenderseminar Ultraschalldiagnostik
 extrakranielle Gefäße** Sa., 05. Dezember 2020

Gebühr: 280 € (Akademiestatistiker 252 €)
Ort: Frankfurt, Hotel am Krankenhaus
 Nordwest
Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle
 Frankfurt

**Interdisziplinärer Grundkurs –
 periphere, zerebrale und abdominelle Gefäße**

Do., 18.–Sa., 20. Februar 2021

In welcher Form die dazugehörigen, praktischen Übungen durchgeführt werden können, steht zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht fest

Gebühr: 600 € (Akademiestatistiker 540 €)
Leitung der Kurse Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,
für Gefäße: Dr. med. F. Präve, Frankfurt

Abdomen und Retroperitoneum

Grundkurs: Fr., 22.–Sa., 23. Januar 2021

(zuzüglich 2 Tage á 7 UE praktische Übungen)

In welcher Form die dazugehörigen, praktischen Übungen durchgeführt werden können, steht zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht fest

Gebühr: 580 € (Akademiestatistiker 522 €)

Aufbaukurs: Fr., 19.–Sa., 20. März 2021

Gebühr: 580 € (Akademiestatistiker 522 €)

Veranstaltungsorte: Theorie: Bad Nauheim,
 Bildungszentrum
 Praxis: Kliniken sowie eine Praxis im
 Rhein-Main-Gebiet

Leitung der Kurse Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,
für Abdomen: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt,
 Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

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

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin

Sa., 31. März 2021

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 160 € (Akademiestatistiker 144 €)
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.

Mi., 24. März 2021

8 P

Leitung: Dr. med. P. Deppert
 Dr. med. K. Wiest
Gebühren: 250 € (Akademiestatistiker 252 €)
 zzgl. 70 € Schulungsmaterial

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

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Wiederholungsseminar

Schwangerschaftskonfliktberatung nach §§ 218 ff (StGB)

Sa., 20. Februar 2021

Leitung: Dr. med. A. Valet, Herborn
Gebühr: 180 € (Akademiestatistiker 162 €)

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

Einführung in die Schlafmedizin

GBA-Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe (ehem. BUB-Kurs). In Kooperation mit der Gesellschaft für Schlafmedizin Hessen e.V. (GSMH).

Teil 1: Fr., 23.–Sa., 24. April 2021

Teil 2: Fr., 07.–Sa., 08. Mai 2021

Teil 3 – Praktikum: in Planung

Gebühr: 680 € (Akademiestatistiker 612 €)

Leitung: Prof. Dr. med. R. Schulz,
 Dipl.-Psych. M. Specht,
 Prof. Dr. med. B. Stuck

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

Pandemiebedingt stehen alle Termine unter Vorbehalt – wir bitten um Ihr Verständnis

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Manuelle Medizin/Chirotherapie

Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin/Chirotherapie müssen sieben Kursblöcke besucht werden.

Kursblock Block V: Aufbaukurs

Optimierung OE/HWS-BWS-CTG und UE/LBB-Region

Fr., 12.–Sa., 13. März 2021 und

Fr., 19.–Sa., 20. März 2021

Gebühr: 650 € (Akademiestudenten 585 €)

Kursblock Block VI: Aufbaukurs Osteopathie-Kinder

Fr., 09.–Sa., 10. Juli 2021 und

Fr., 16.–Sa., 17. Juli 2021

(inkl. 16 UE E-Learning, Beginn 20. Juni 2021)

Gebühr: 1.000 € (Akademiestudenten 900 €)

Kursblock Block VII: Aufbaukurs

Integrations- und Prüfungskurs

Fr., 15.–Sa., 16. Oktober 2021 und

Fr., 22.–Sa., 23. Oktober 2021

Gebühr: 650 € (Akademiestudenten 585 €)

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung

27. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35100/35110).

Es handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung.

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

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

Block I: Fr., 22.–Sa., 23. Januar 2021

Block II: Fr., 05.–Sa., 06. März 2021

Block III: Fr., 07.–Sa., 08. Mai 2021

Block IV: Fr., 09.–Sa., 10. Juli 2021

Block V: Fr., 29.–Sa., 30. Oktober 2021

Block VI: Fr., 10.–Sa., 11. Dezember 2021

Gebühren je Block: 280 € (Akademiestudenten 252 €)

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

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block I: Mo., 08.–Fr., 12. November 2021

Block IIa: Mi., 23.–Fr., 25. Februar 2022

Projekt-/Hausarbeit: Mo., 28. Februar–Di., 21. Juni 2022

Block IIb: Mi., 22.–Sa., 25. Juni 2022

Block IIIa: Mo., 14.–Sa., 17. September 2022

Telelernphase: Mo., 19. September bis

Mo., 07. November 2022

Block IIIb: Di., 08.–Fr. 11. November 2022

Leitung: N. Walter, K. Israel-Laubinger, Frankfurt

Gebühren: Block I: 990 € (Akademiestudenten 891 €)

Block IIa, IIb, IIIa, IIIb: jeweils 770 €

(Akademiestudenten 693 €)

Projekt-/Hausarbeit:

160 € (Akademiestudenten 144 €)

Telelernphase: 240 €

(Akademiestudenten 216 €)

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

G15: Sa., 12. Dezember 2020

G1-G2: Fr., 15.–Sa., 16. Januar 2021

G3-G4: Fr., 19.–Sa., 20. Februar 2021

G5-G6: Fr., 12.–Sa., 13. März 2021

G7-G8: Fr., 04.–Sa., 05. Juni 2021

G9-G10: Fr., 02.–Sa., 03. Juli 2021

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Fr., 19.–Sa., 20. Februar 2021

Fr., 19.–Sa., 20. März 2021

Fr., 04.–Sa., 05. Juni 2021

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

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de

Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

Kursblock C: Mo., 01.–Fr., 05. Februar 2021

Kursblock D: Mo., 08.–Fr., 12. Februar 2021

Kursblock E: Mo., 20.–Fr., 24. September 2021

Kursblock F: Mo., 27. September–Fr., 01. Oktober 2021

Gebühren: je Kursblock 500 €
(Akademiestudenten 450 €)

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

Allgemeinmedizin

**Psychosomatische Grundversorgung
für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin**

Kurs C – Modul IIb: Sa., 09. Januar 2021

Leitung: Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg
Prof. Dr. med. Stefan Bösner, Marburg

Gebühr: 170 € (Akademiestudenten 153 €)

Kurs A – Modul I: Do., 29.–Fr., 30. April 2021

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

Gebühr: 340 € (Akademiestudenten 306 €)

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Fr., 11.–Sa., 12. Juni 2021

Fr., 17.–Sa., 18. Dezember 2021

Gesamtleitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt
Gebühren: jeweils 260 € (Akademiestudenten 234 €)

Gebühr

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

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

Muskuloskeletale Schmerzen: Rückenschmerz; Schulter-
Nackenschmerz; Muskelschmerz, widespread pain, Fibromyal-
gie; Gelenkerkrankungen

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

Gebühr: 300 € (Akademiestudenten 270 €)

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

Arbeitsmedizin

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

C2: Mi., 02.–Mi., 09. Dezember 2020

Beginn der Teilelernphase: 03. November 2020

Gebühr: 650 € (Akademiestudenten 585 €)

Modul 1 Mi., 18.–Mi., 26. Januar 2021

Beginn der Teilelernphase: 15.12.2020

Modul 2 Mi., 22. Februar–02. März 2021

Beginn der Teilelernphase: 26.01.2021

Modul 3 Mi., 03.–Mi., 11. Mai 2021

Beginn der Teilelernphase: 07.04.2021

Modul 4 Mi., 06.–Mi., 14. September 2021

Beginn der Teilelernphase: 10.08.2021

Modul 5 Mi., 08.–Mi., 16. November 2021

Beginn der Teilelernphase: 12.10.2021

Modul 6 Mi., 06.–Mi., 14. Dezember 2021

Beginn der Teilelernphase: 16.11.2021

Gebühren: je Modul: 750 €
(Akademiestudenten 675 €)

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

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

Sportmedizin

ZTK 4: Mo., 15.–Di., 16. März 2021

ZTK 7: Mi., 17.–Do., 18. März 2021

ZTK 10: Fr., 19.–Sa., 20. März 2021

ZTK 12: Mo., 30.–Di., 31. August 2021

ZTK 1: Mi., 01.–Do., 02. September 2021

ZTK 11: Fr., 03.–Sa., 04. September 2021

ZTK 9: Mo., 25.–Di., 26.10.2021

ZTK 3: Mi., 27.–Do., 27.10.2021

ZTK 14: Fr., 29.–Sa., 30.10.2021

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

Gebühren: je ZTK 300 € (Akademiestudenten 270 €)

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

Pandemiebedingt stehen alle Termine unter Vorbehalt – wir bitten um Ihr Verständnis

Suchtmedizin

Suchtmedizinische Grundversorgung

Block 1	Fr., 08.–Sa., 09. Januar 2021
Block 2	Fr., 23.–Sa., 24. Januar 2021
Block 3	Fr., 06.–Sa., 07. Februar 2021
Block 4	Fr., 19.–Sa., 20. Februar 2021

Leitung:	D Paul, Frankfurt
Gebühren:	Block 1 200 € (Akademiest. 180 €) Block 2 220 € (Akademiest. 198 €) Blöcke 3 u. 4 jeweils 240 € (Akademiest. 216 €)

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

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 1	Di., 09.–Sa., 13. März 2021
Gebühr:	740 € (Akademiest. 666 €)
Leitung:	C. Riffel, Darmstadt

Fallseminar Modul 2	Mo., 07.–Fr., 11. Juni 2021
Gebühr:	740 € (Akademiest. 666 €)
Leitung:	Dr. med. W. Spuck, Kassel M.-S. Jost, Eschwege

Fallseminar Modul 3	Mo., 15.–Fr., 19. November 2021
Gebühr:	840 € (Akademiest. 756 €)
Leitung:	Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Kurs-Weiterbildung	Di., 07.–Sa., 11. Dezember 2021
Gebühr:	740 € (Akademiest. 666 €)
Leitung:	Dr. med. K. Mattek, Hanau

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 03.–Sa., 06. November 2021

Gesamtleitung:	Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. H.-R. Tinneberg, Frankfurt
Gebühr:	550 € (Akademiest. 495 €)

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





Pandemiebedingt stehen alle Termine unter Vorbehalt – wir bitten um Ihr Verständnis

Kardiologie (KAR) 120 Stunden

Inhalte: Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang vermittelt spezielle Kenntnisse von Krankheitsbildern in der Kardiologie und befähigt dazu, den Arzt/die Ärztin bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung ambulanter nicht-invasiver, invasiver diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu unterstützen. Zusätzliche Themen der Fortbildung sind: Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen, Patientenschulungen, Telemedizin, Kommunikation und Motivation zu Verhaltensänderungen. Informationen zum Gesamtlehrgang finden Sie auf unserer Website.

Termin: Interessentenliste

Gebühr: 1.215,00 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176, Fax: -180

Fachkraft für Impfmanagement (40 Stunden)

Inhalte: Der Qualifizierungslehrgang gliedert sich in vier Themenschwerpunkte: Medizinische Grundlagen, organisatorische Grundlagen, Erarbeitung einer Fallstudie, Best practice des Impfmanagements. Die Teilnehmenden erarbeiten Fallbeispiele für ihren Tätigkeitsbereich. Das Lehrgangskonzept beschreibt eine zeitliche Anerkennung von zehn Stunden, die anhand einer Aufgabenstellung selbstständig erarbeitet wird.

Die Teilnahme an der 8-stündigen Fortbildung „Impfen“ wird beim Qualifizierungslehrgang „Impfmanagement“ anerkannt.

Termine (IMP): Interessentenliste

Gebühr: 430,00 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (140 Stunden)

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

Termin (BET): Interessentenliste

Gebühr: 1.750 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176, Fax: -180

Belastungs-EKG für Fortgeschrittene

Inhalte: Erkennung von technischen Fehlern anhand von Herzstromkurven, Grundlagen der Pathologie, Ruhe-EKG und Belastungs-EKG, Notfallausstattung und Gerätewartung für den Funktionsbereich Belastungs-EKG, Grundlagen der Dopplermessung, praktische Durchführung und Überblick über die Auswertung eines Belastungs-EKGs. Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

Termin (MED 2): Sa., 06.02.2021, 09:30–16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: 115 €

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

Injektionen/Infusionen)

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

Termin(MED 3): Interessentenliste 09:30–16:00 Uhr

Teilnahmegebühr: 115 €

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

Kommunikation und Gesprächsführung

Inhalte: Techniken der Kommunikation, Gesprächsführung insbesondere mit spezifischen Patientengruppen, Telefonkommunikation, Konfliktlösungsstrategien, Auseinandersetzung mit der Berufsrolle

Termin (PAT 1_1): Mi., 31.03.2021, 09:30–16:45 Uhr

Gebühr: 100 €

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

Wahrnehmung und Motivation

Inhalte: Modelle der Selbst- und Fremdwahrnehmung verstehen, Patienten und betreuende Personen zur Mitwirkung motivieren, Besonderheiten spezifischer Patientengruppen berücksichtigen, soziales Umfeld einschätzen

Termin (PAT 2_1): Do., 01.04.2021, 09:30–16:45 Uhr

Gebühr: 100 €

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



Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.carl-oelemann-schule.de

Refresher: Aufbereitung von Medizinprodukten

Inhalte: Die Fortbildung richtet sich an Teilnehmer/-innen, die bereits die Sachkenntnis zur Aufbereitung von Medizinprodukten erworben haben, ihren Kenntnisstand aktualisieren und die Gelegenheit zum fachlichen Austausch nutzen möchten.

Termin (MED 12_3): Mi., 09.12.2020, 13:30–17:45 Uhr

Gebühr: 80 €

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

Telefongespräche mit herausfordernden Patienten

Inhalte: Professionelle Telefonkommunikation, Kommunikationstechniken, Tipps zum Thema Stimme und Sprache, Positive Gesprächsführung in herausfordernden Situationen, Souveränes Handhaben von Konflikt- und Beschwerdetelefonaten, Innere Haltung als Ressource erkennen/nutzen.

Termin (PAT 4): Fr. 22.01.2021, 09:30–16:45 Uhr

Gebühr: 115 €

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

Refresher: GOÄ und UV-GOÄ

Inhalte: Das vorliegende Fortbildungsangebot richtet sich an MFA, die im Rahmen ihres Tätigkeitsgebietes in der Ablauforganisation berufsgenossenschaftlicher Abrechnung zukünftig mitwirken wollen und an Teilnehmende des Qualifizierungslehrgangs „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“, die ihren Kenntnisstand aktualisieren und erweitern möchten.

Termin (PAT 13): Sa., 06.02.2021, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 115 €

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

Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende – zur Vorbereitung auf die Sommerprüfung

Abrechnung: EBM

Termin (PVK 1_1): Di., 06.04.2021, 09:30–16:00 Uhr oder

(PVK 1_2): Sa., 17.04.2021, 09:30–16:00 Uhr

Termin dezentral in Kassel:

(PVK 1_3): Sa., 27.03.2021, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 90 €

Abrechnung: GOÄ / UV-GOÄ

Termin (PVK 2_1): Sa., 27.02.2021, 09:30–16:00 Uhr oder

(PVK 2_2): Sa., 05.06.2021, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 90 €

Abschlussprüfung praktischer Teil – Termine:

(PVK 3_2): Fr., 14.05.2021, 09:30–17:45 Uhr oder

(PVK 3_3): Sa., 15.05.2021, 09:30–17:45 Uhr oder

(PVK 3_4): Sa., 22.05.2021, 09:30–17:45 Uhr oder

(PVK 3_5): Di., 25.05.2021, 09:30–17:45 Uhr oder

(PVK 3_6): Mi., 26.05.2021, 09:30–17:45 Uhr oder

(PVK 3_7): Fr., 04.06.2021, 09:30–17:45 Uhr oder

(PVK 3_8): Sa., 05.06.2021, 09:30–17:45 Uhr

Gebühr: € 100

Medizinische Fachkunde

Termin (PVK 4_1): Sa., 13.03.2021 und Sa., 27.03.2021,

jeweils 09:30–16:00 Uhr oder

(PVK 4_2): Sa., 20.03.2021 und Do., 01.04.2021,

jeweils 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: € 140

Präsenzlabor und EKG praktisch

Termin (PVK 5_1): Sa., 29.05.2021, 09:30–17:45 Uhr oder

(PVK 5_2): Sa., 12.06.2021, 09:30–17:45 Uhr oder

(PVK 5_3): Sa., 19.06.2021, 09:30–17:45 Uhr

Gebühr: 100 €

Kompaktkurs:

Praktische Übungen kaufmännischer Prüfungsinhalte

Termin (PVK 7_1): Fr., 04.06.2021, 09:30–16:00 Uhr oder

(PVK 7_2): Sa., 19.06.2021, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 90 €

Kontakt:

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

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

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Veranstaltungsort (soweit nicht anders angegeben):

Carl-Oelemann-Schule (COS)

Website: www.carl-oelemann-schule.de

Carl-Oelemann-Weg 5 | 61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-100 | Fax: 06032 782-180

Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:

Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule

Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-230 | Fax: 06032 782-320

E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

Aktuelles zur Qualitätssicherung im Röntgen

Die Qualitätssicherung bei medizinischen Strahlenanwendungen ist seit Jahrzehnten etabliert, hat aber in jüngerer Zeit wichtige Entwicklungen erfahren, insbesondere durch die seit Ende 12/2018 gültige neue Strahlenschutzverordnung (StrlSchV). Das radiologische Qualitätsmanagement ist ein wichtiger Baustein und Vorreiter zur Patientensicherheit (siehe dazu auch die Serie im HÄBL, S. 678ff).

Nachfolgend finden Sie eine kurze Übersicht zu den Änderungen im Strahlenschutzrecht. Ein weiterführender Artikel ist im Internet unter www.laekh.de → HÄBL 11/2020 abrufbar. Darin finden sich spezifische Regelungen für Hessen und Ergebnisse aus der Arbeit des Beirats der Ärztlichen Stelle für Qualitätssicherung in der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie Hessen (ÄSH). Mitglieder des Beirats der ÄSH sind Landesärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenhausgesellschaft, Ministerien und Aufsichtsbehörden. Die ÄSH informiert im Internet unter www.tuev-sued.de → aerztliche-stelle-hessen, via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y59ttezw/>.

Vorkommnisse

Als neue Vorgabe müssen die medizinischen Strahlenanwender ein System zur Vermeidung, Erfassung und Bearbeitung von Vorkommnissen (unbeabsichtigte Strahlenexpositionen) aufbauen und in den ÄSH-Prüfungen nachvollziehbar machen. Dabei kann ein bestehendes Risiko- und Qualitätsmanagement helfen. Besondere dosisrelevante Ereignisse werden bei den Aufsichtsbehörden meldepflichtig. Hierzu findet sich im Anhang der StrlSchV ein Kriterienkatalog.

Medizin-Physik-Experten und Dosis für das Personal

Medizin-Physik-Experten müssen bei Hochdosisarbeitsplätzen in einem definierten Umfang, insbesondere zur Dosisoptimierung, herangezogen werden – bei Neugeräten bereits jetzt. Bei älteren Computertomographen (CT) oder Angiographie-Geräten gelten Übergangsbestimmungen, wie auch für viele andere neue Anforderungen. Auch Strahlenanwendungen im Herzkatheterlabor oder in der Ge-

fäßchirurgie sind betroffen. Die Dosisgrenzwerte für das Personal bleiben weitgehend unverändert, für die Augenlinsen wurde der Grenzwert von 150 auf 20 mSv pro Jahr gesenkt. Es müssen Maßnahmen zur Begrenzung der Dosis von Betreuungs- oder Begleitpersonen erfolgen.

Früherkennung

Zusätzlich zum Mammographie-Screening können jetzt weitere Früherkennungsuntersuchungen vom Bundesamt für Strahlenschutz geprüft und anerkannt werden, bspw. die Anwendung von Low-Dose-CTs bezüglich Lungenkrebs. Die Strahlenschutzverantwortlichen (SSV) benötigen jeweils eine Genehmigung für radiologische Früherkennungsverfahren.

Patientendosis, DRW und Dosismanagementsysteme

Arbeitsanweisungen inklusive der Standarduntersuchungsparameter sind durch die StrlSchV für alle Untersuchungsarten notwendig, ebenso wie regelmäßige Dosisauswertungen und Vergleiche mit den vom Bundesamt für Strahlenschutz veröffentlichten Dosisreferenzwerten (DRW). Gründe für hohe Dosiswerte sowie Dosisinformationen sollen verfügbar und einfach auswertbar sein. Zumindest in größeren radiologischen Abteilungen oder Praxen können die vorgesehenen Aufgaben nur mit Dosismanagementsystemen effektiv und effizient umgesetzt werden.

Anmeldungen & Dokumentation

Röntgeneinrichtungen und ihre SSV müssen bei Regierungspräsidien und ÄSH an- und abgemeldet werden, ebenso eigenverantwortlich tätige Röntgenanwender wie Belegärzte oder externe Gerätenutzer. Vorgaben zur Dokumentation wurden teilweise geändert, z. B. zu Aufbewahrungsfristen in der technischen Qualitätssicherung. Der Röntgenpass muss nicht mehr angeboten werden. Andererseits besagt das Strahlenschutzgesetz (StrlSchG), dass dem untersuchten Patienten auf seinen Wunsch eine Abschrift der Aufzeichnungen zu überlassen ist. Bezgl. der Dosiswerte könnte dies künftig auch in digitaler Form erfolgen.

Teleradiologie

In der Teleradiologie wird nicht mehr die Gesamtfachkunde im Strahlenschutz, sondern nur noch die „erforderliche“ Fachkunde aufgeführt, z. B. für ein CT. Weitere Anforderungen sind zu beachten wie eine verstärkte Einbindung in die klinischen Abläufe, zur Verfügbarkeit der Teleradiologen oder die Gewährleistung des Facharztstandards, z. B. durch qualitätsgesicherte Einbeziehung eines Hintergrunddienstes.

Ärztliche Stellen und Behörden

Zusätzlich zu den genannten Punkten sollen ärztliche Stellen Forschungsvorhaben prüfen und die rechtfertigende Indikation als einen wesentlichen Faktor zum Strahlenschutz heranziehen. Aufsichtsbehörden sollen risikobasiert im Abstand von ein bis sechs Jahren Prüfungen in den Praxen durchführen. In Hessen wurde auf Initiative des Beirats der ÄSH für schwerwiegende strittige Prüfungsergebnisse ein Schlichtungsausschuss eingeführt, der auf Antrag angerufen werden kann. In den Prüfungen der ÄSH zeigt sich, dass sich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement (QM) in Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie auf einem sehr hohen Niveau befinden. Das Team der ÄSH beantwortet gerne Ihre Fragen.

PD Dr. med. Michael Walz, ÄSH¹
E-Mail: michael.walz@tuv-sud.com

Dr. Jürgen Westhof, Dipl.-Phys.²
Michael Waldeck³
Prof. Dr. med. Markus Müller-Schimpfle⁴

Den ausführlichen Übersichtsartikel finden Sie online auf den Internetseiten des HÄBL unter www.laekh.de, Ausgabe 11/2020.

¹ Ärztliche Stelle für Qualitätssicherung in der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie Hessen (ÄSH), TÜV SÜD Life Service GmbH, Frankfurt / ² Fachzentrum für Produktsicherheit und Gefahrstoffe, Regierungspräsidium Kassel / ³ Facharzt für Chirurgie, Mitglied im Beirat der ÄSH und der Delegiertenversammlung der LÄK Hessen / ⁴ Klinik für Radiologie, Neuroradiologie & Nuklearmedizin, Klinikum Frankfurt Höchst



Die DRK-Kliniken Nordhessen haben kürzlich neu das DRK-Neurozentrum gegründet. Dazu gehört ein Wirbelsäulenkompetenzzentrum, das von den beiden Chefärzten



Prof. Dr. med. Kai Scheufler und **Anas Kalhout** gemeinsam geleitet wird. Scheufler war zuvor als stellv. Chefarzt für Neurochirurgie am Klinikum Dortmund tätig und hat gleichzeitig am Universitätsklinikum Düsseldorf gearbeitet. Kalhout wechselt zum 1. Januar 2021 vom Kreiskrankenhaus Frankenberg/Eder nach Kassel. Zum DRK-Neurozentrum gehört auch die Schmerzmedizin, die nun neu von



Dr. med. Axel Menzebach geleitet wird. Er

Fotos: DRK-Kliniken Nordhessen (3)

wechselt von einem bayerischen Klinikverbund nach Nordhessen.



Prof. Dr. med. Dieter F. Braus (Foto) wird zum 1. April 2021 neuer Klinikdirektor der Vitos Klinik Eichberg und zum Ärztlichen Direktor des Vitos Klinikums Rheingau berufen. Er tritt damit die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Sibylle Roll** an, die Vitos Ende Juni 2020 auf eigenen Wunsch verlassen hat. Braus (Jahrgang 1959) ist Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und trägt den Zusatztitel „Rehabilitationswesen“. Seit 2006 ist er Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie an den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken (HSK) Wiesbaden und seit 2007 Lehrbeauftragter der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

Foto: Barbara Melzer

Zum 1. November hat **Victor Teodor Garlonta** die Leitung der Urologie, Kinderurologie und Urologischen Onkologie am Klinikum Wetzlar übernommen. Er kommt



vom Städtischen Klinikum Karlsruhe, wo er zuletzt als Geschäftsführender Oberarzt sowie Sektionsleiter „Fokale Therapie des Prostatakarzinoms“ tätig war. Der 43-Jährige ist Facharzt für Urologie und trägt die Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“.

Foto: privat



Prof. Dr. med. Katja Becker, Professorin für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg und Direktorin der Klinik

Foto: Christian Stein

für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, ist mit dem Frauenförderpreis 2020 der Philipps-Universität Marburg ausgezeichnet worden, zusammen mit zwei weiteren Preisträgern. Ihr Engagement für die Förderung von Frauen, das Verständnis und die besondere Fürsorge für die Familienbedürfnisse ihrer Mitarbeiterinnen werde u. a. in der Personalstruktur der von ihr seit 2008 geleiteten Klinik deutlich, heißt es in der Laudatio. Beckers persönliches Anliegen ist es, zum Thema „Karriere mit und ohne Kind“ zu informieren und zu beraten. Als Mentorin des Deutschen Ärztinnenbundes unterstützt sie darüber hinaus Mentees in ihren unterschiedlichen Karrierestufen.

Prof. Dr. med. Wolfgang Firnhaber zum 90. Geburtstag



Prof. Dr. med. Wolfgang Firnhaber (Foto), ehemaliger langjähriger Direktor der Neurologischen Klinik des Klinikums Darmstadt, dessen

Ltd. Ärztlicher Direktor er für sechs Jahre war, feiert am 14. Dezember 2020 seinen 90. Geburtstag. Der gebürtige Hamburger absolvierte seine Facharztweiterbildung an den Universitätskliniken Hamburg und Göttingen u. a. bei den Professoren Bürger-Prinz, Janzen und Bauer, habilitierte sich 1970 mit richtungweisenden epidemiologischen Untersuchungen zur Multiplen Sklerose und baute ab 1973 die Neurologische Klinik in Darmstadt auf.

Prof. Firnhaber war Mitglied des Fachbereichsrats Humanmedizin der Goethe-

Universität Frankfurt, im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und richtete als deren 1. Vorsitzender im Jahr 1990 die Jahrestagung der DGN in Darmstadt aus. Von 1985–1987 war er im Vorstand der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft und ist seit 1990 im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für die Geschichte der Nervenheilkunde. Firnhaber war in seiner aktiven Zeit ein hervorragender klinischer Lehrer, der die Bedürfnisse der Patienten stets in den Mittelpunkt stellte. Trotz seiner zusätzlichen zahlreichen ehrenamtlichen und wissenschaftlichen Tätigkeiten hatte er immer auch ein offenes Ohr für seine Mitarbeiter, die er bestmöglich förderte.

Prof. Dr. med. Stefan Weidauer
Neurologische Klinik,
Sankt Katharinen Krankenhaus,
Frankfurt/M.



Dr. med. Philipp Alexander Löhner, Arzt an der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Standort Marburg, erhält den Felgenhauer-Preis 2020, ein Forschungspreis der von Klaus Felgenhauer (1933–2002) errichteten Stiftung zur Förderung junger Neurowissenschaftler. Der mit 10.000 Euro dotierte Preis wird an junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auf dem Gebiet der klinischen, neurobiologisch orientieren Forschung vergeben.

Foto: privat

Stell Dir vor, Du möchtest Organe spenden, und keiner fragt danach!

Die Ärztin Sabine Moos berichtet über ihre Arbeit als Transplantationsbeauftragte

Damit diese Situation in unserem Klinikum möglichst nicht passiert, bin ich seit Juni 2016 als Transplantationsbeauftragte am Universitätsklinikum in Gießen angestellt. Das UKGM hatte sich schon vor der Änderung des Transplantationsgesetzes im Jahr 2019 der Thematik Organspende gestellt und als erstes Klinikum in Hessen die Stelle einer hauptamtlichen Transplantationsbeauftragten geschaffen.

Nachdem ich 16 Jahre lang als Koordinatorin bei der DSO (Deutschen Stiftung Organtransplantation) gearbeitet hatte, bot mir das UKGM Gießen die Stelle als hauptamtliche Transplantationsbeauftragte an. Ich selbst habe mir dann gewünscht, mit 50 % meiner Tätigkeit in der Psychosomatik als Ärztin zu arbeiten, um hier meine fachgebundene Weiterbildung Psychotherapie zu beenden, was mir auch ermöglicht wurde und was ich in der Rückschau als sehr gute Kombination empfinde.

Da ich bereits als DSO-Koordinatorin für das UKGM in Gießen verantwortlich war, kannte ich die Strukturen und die Menschen dort. Außerdem habe ich mein Medizinstudium und auch den ersten Teil meiner Facharztweiterbildung zur Internistin als Ärztin im Praktikum in der Inneren in Gießen auf der Station von Prof. Dr. med. Georg Schütterle absolviert – so dass mir das Klinikum sehr vertraut war. Trotzdem war es natürlich „Neuland“, weil ich meinen Platz als Transplantationsbeauftragte in der Klinik erst mal finden musste. Wenn ich zu Anfang auf die Intensivstationen kam, hieß es immer: „Da kommt ja die DSO, haben wir einen Spender?“ Dadurch, dass ich so lange als Koordinatorin der DSO für Gießen zuständig war, war ich so etwas wie die „DSO in persona“. Immer wieder erklärte ich, dass ich jetzt als Transplantationsbeauftragte am UKGM direkt arbeite und Klinikumsmitarbeiterin bin.

Da es die Funktion der hauptamtlichen Transplantationsbeauftragten mit Freistellung für diese Tätigkeit bisher auch

nicht gab, gab es von Seiten der Mitarbeiter großen Informationsbedarf und viele Nachfragen, was denn jetzt meine Aufgaben seien.

Organspende – immer eine Teamaufgabe

Ich selbst habe meine Aufgabe als Transplantationsbeauftragte so definiert, dass meine Tätigkeit dazu führen soll, dass Organspende am Klinikum in den verschiedenen Bereichen wie Intensivstationen, OP-Abteilung oder Anästhesie positiv besetzt ist und selbstverständlich auch immer ein Thema bei den Entscheidungen am Lebensende ist. Dieses Anliegen kann

Therapielimitierung, Therapieabbruch, palliatives Konzept oder Inhalte der Patientenverfügung und Intensivtherapie geht, auch die Thematik Organspende anzusprechen und ob es einen geäußerten Willen des Patienten dazu gibt?

Für mich kann ich sagen: Ich schaffe das, weil ich Transplantationen als faszinierende Möglichkeit sehe, todkranken Menschen zu helfen, die ohne Transplantation keine Chance hätten. Ich weiß aber auch:

»Lebensrettende Transplantationen können nur stattfinden, wenn auch Organe gespendet werden!«



Fallbesprechung auf der Intensivstation.

man als Einzelkämpfer nicht erreichen, denn Organspende und die Beschäftigung mit der Thematik ist immer eine Teamaufgabe. WIR als Klinikum, WIR als Intensivstation, WIR als Pflegende und Ärzte auf den Stationen müssen uns mit der Thematik auseinandersetzen und auch eine eigene Position dazu finden. Wie schaffen wir es in den Gesprächen mit Angehörigen, wo es um die infauste Prognose eines geliebten Menschen und in der Folge um

Gerade wir als Universitätsklinikum und Transplantationszentrum haben hier auch eine Vorbildfunktion. Daher ist es wichtig, dass bei allen Entscheidungen am Lebensende auch immer die Option Organspende in den Kliniken thematisiert wird.

Wie setze ich dieses Anliegen in meinem Alltag als Transplantationsbeauftragte um?

Natürlich kann ich nicht jeden Tag auf allen neun Intensivstationen unseres Klini-

Foto: Christine Bode/UKGM

kums an allen Visiten teilnehmen. Aber wie ich bereits gesagt habe: Organspende ist eine Teamaufgabe und wir haben auf allen unseren Intensivstationen jeweils einen pflegerischen und ärztlichen Transplantationsbeauftragten, der mich dort in meiner Funktion unterstützt. Die Kollegen sind für ihre Aufgabe als Transplantationsbeauftragte ebenfalls speziell geschult und wir stehen in regelmäßigem Austausch und Kontakt.

Daneben führe ich jeden Tag ein Screening aller unserer Patienten auf den Intensivstationen durch, schaue mir an, welche Patienten mit einer schweren Hirnschädigung aufgenommen wurden, sichte den Befund des CCT und auch andere Befunde, wie aktuelle Laborwerte. Hat ein Patient beispielsweise eine schwere Hirnschädigung in Kombination mit einer Hypernatriämie, so könnte dies auf einen Diabetes insipidus hindeuten und auf eine sich weiter entwickelnde Hirnstammareflexie. In diesen Fällen gehe ich dann auf die entsprechende Intensivstation und bespreche die Fälle mit den Kollegen direkt. In den meisten Fällen, ich würde fast sagen in 99 Prozent der Fälle, die wir uns anschauen, stellt sich dann im weiteren Verlauf heraus, dass diese Patienten trotz ihrer schwersten Hirnschädigung keine komplette Hirnstammareflexie erleiden – weil beispielsweise der Atemreflex noch erhalten ist und sie somit nicht als Organspender in Frage kommen. Trotzdem ist es wichtig, dass wir uns alle diese Fälle ansehen, um letztendlich keinen potenziellen Organspender zu übersehen.

Mehrfach im Jahr treffe ich mich auch mit dem für unser Klinikum zuständigen DSO Koordinator, um alle am Klinikum verstorbenen Patienten, bei denen eine schwere Hirnschädigung vorgelegen hat, zu besprechen und auch zu evaluieren, ob alle Patienten, die als Spender in Frage gekommen wären, auch der DSO gemeldet wurden. Das Programm „Transplant Check“ filtert dazu alle im Evaluationszeitraum verstorbenen Patienten mit einer schweren Hirnschädigung heraus und retrospektiv schauen wir dann auch in Rücksprache mit den Kollegen auf den Intensivstationen, ob alle potenziellen Spender gemeldet wurden.

»Jeder besprochene Fall schärft die Aufmerksamkeit und Sensibilität für die Thematik Organspende.«

Die Thematik „Wer kommt als potenzieller Organspender in Frage?“ spielt auch bei unseren Fortbildungen eine große Rolle. So ist es trotz aller Bemühungen und Information auch bei uns vorgekommen, dass ein potenzieller Spender am Wochenende aufgenommen wird und trotz schwerer Hirnschädigung nicht gemeldet wird, da nach Meinung der behandelnden Kollegen „eine Organspende ja sowieso nicht in Frage komme“, da vermeintliche Kontraindikationen bestehen (wie Rauschmittelabusus) oder der Patient viel zu alt sei.

Jeder potenzielle Spender muss individuell betrachtet werden

Dazu sage ich in den Fortbildungen immer nur, dass wir bei jedem potenziellen Spender individuell prüfen müssen, ob er in Frage kommt:

Ein hohes Alter alleine ist keine Kontraindikation!

Ein hohes Alter in Verbindung mit vielen anderen Begleiterkrankungen kann aber sehr wohl dazu führen, dass man sich gegen eine Organspende entscheidet.

Die mir persönlich bekannte älteste Spenderin war 87 Jahre alt und hat zwei Nieren, eine Leber und eine Lunge gespendet und die Organe funktionieren bei den Empfängern schon einige Jahre. Diese Spenderin war aber auch für ihre 87 Jahre sehr fit und ist durch einen Verkehrsunfall, an dem sie als Fahrradfahrerin beteiligt war, ums Leben gekommen. Aber die Botschaft an die Kollegen auf den Intensivstationen ist, auch bei älteren Patienten immer die Option Organspende im Hinterkopf zu haben.

»Organspende muss bei jedem Gespräch, in dem es um Therapieentscheidungen am Lebensende geht, auch Thema sein.«

Was meint das konkret? Als Behandler sollten wir uns immer fragen: Wissen wir, was der Patient auf der Intensivstation, bei dem eine infauste Prognose gestellt

wurde, über Organspende gedacht hat? – Getreu der Überschrift dieses Artikels: Stell Dir vor, Du möchtest Organe spenden und keiner fragt Dich danach!

Es muss klinischer Alltag werden, dass die Thematik Organspende mit den Angehörigen zu einem frühen Zeitpunkt erörtert und Organspende als Option in Erwägung gezogen wird, bevor es zur Therapielimitierung kommt. Dazu ist es notwendig, dass die Transplantationsbeauftragten in die Gespräche über Entscheidungen am Lebensende auf den Intensivstationen oder auch bereits in den Notaufnahmen involviert werden.

Wir begleiten den Entscheidungsprozess

Es geht ganz sicher nicht darum, dass Angehörige zu einem Ja zur Organspende gedrängt werden, sondern darum, dass wir uns als Entscheidungsbegleiter für Angehörige sehen. Es ist wichtig, dass von uns als behandelnden Ärzten, Pflegekräften und Transplantationsbeauftragten die Gespräche zur Organspende entscheidungsoffen geführt werden.

Egal ob sich Angehörige dafür oder dagegen entscheiden:

- Jede Entscheidung ist in Ordnung.

Wir können uns in diesen Gesprächen immer als Informationsvermittler und Entscheidungsbegleiter anbieten, gerade in den Fällen, in denen der Verstorbene zu Lebzeiten keine persönliche Entscheidung zur Organspende getroffen hat. Dass diese Gespräche und die Frage nach der Organspende für alle Beteiligten sehr belastend sind, hat jemand mal sehr treffend formuliert mit dem Satz: „Die Frage nach der Organspende ist die schwierigste Frage zum ungünstigsten Zeitpunkt an die unglücklichste Familie.“

In der Regel sind die Ereignisse, die zu einer schweren Hirnschädigung wie Hirnblutungen, Schädelhirntraumen durch Unfälle oder Stürze oder schwere Schlaganfälle führen, sehr plötzlich und unerwartet und treffen die Patienten oft mitten im Leben. Auch die Angehörigen sind auf diese Situation nicht vorbereitet und werden von jetzt auf gleich damit konfrontiert, dass ihr vorher meist noch aktiver Angehöriger in einer lebensbedrohlichen Situation ist, aus der es wahrscheinlich kein Zu-



Foto: © Birgit Reitz-Hofmann – stock.adobe.com

rück ins Leben gibt. In dieser Situation auch noch mit der Frage nach der Organspende konfrontiert zu werden, ist insbesondere dann für die Angehörigen sehr belastend, wenn der Verstorbene keine eigene Entscheidung zu Lebzeiten getroffen hat.

Routine im Umgang mit dem Tod entwickelt man nicht – und die Schicksale der Patienten und die Umstände, die zum Hirntod führen, gehen uns und den behandelnden Ärzten und Pflegekräften auf den Intensivstationen oft sehr nahe. Oft fühlen sich diese unsicher im Umgang mit den trauernden Angehörigen und in den Gesprächen mit diesen.

Hilfe für Gespräche im Angesicht des Todes

Um die Kollegen auf den Intensivstationen in dieser Situation zu unterstützen und auch Hilfen für die Gesprächsführung zu vermitteln, bieten wir in Zusammenarbeit mit dem Bildungszentrum regelmäßig einen Fortbildungstag zur Gesprächsführung bei einer etwaig anstehenden Organspende an. Dabei schlüpfen Laienschauspieler in die Rolle von Angehörigen. In nachgestellten Situationen üben die teilnehmenden Ärzte und Pflegekräfte ein solches Gespräch. Von den Laienschauspielern eine Rückmeldung zu bekommen, wie sie das Gespräch und die Situation erlebt haben, wird von den Teilnehmenden als große Bereicherung gesehen und als Hilfe für den Alltag.

Meine feste Überzeugung ist, dass wir als Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind, die Frage nach der Organspende zu stellen, denn nur dann haben Angehörige überhaupt die Möglichkeit, eine Entscheidung

dafür oder dagegen zu treffen. Laotse hat einmal gesagt: „Wir sind verantwortlich für das, was wir tun, aber auch verantwortlich für das, was wir nicht tun.“

In unserem Fall heißt das: Würde eine Organspende in Frage kommen und die Angehörigen werden nicht gefragt, so nimmt man einer solchen Familie auch eine Chance, sich für die Organspende zu entscheiden und möglichen Empfängern die Chance auf eine lebensrettende Transplantation.

Neben den Fortbildungen auf den Intensivstationen arbeiten wir im Bereich der Fortbildungen auch eng mit dem Bildungszentrum in unserem Hause und der Fachweiterbildung für die Operationstechnische Assistenten (OTA) und der Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivmedizin der Krankenpflegeschule am UKGM zusammen. So bieten wir regelmäßig einen „Tag der Organspende“ an, bei dem es um Spendererkennung, Ablauf der Organspende, Kommunikation mit den Angehörigen, Feststellung des Irreversiblen Hirnfunktionsausfalles und Intensivtherapie geht. Daneben laden wir auch Betroffene, Transplantierte und Angehörige von Organspendern ein, die von ihren ganz persönlichen Erfahrungen erzählen.

Qualitätszirkel Organspende

Ein wichtiges Werkzeug für die Verankerung der Organspende in unserem Klinikum ist auch der regelmäßig stattfindende Qualitätszirkel Organspende unter Leitung des Ärztlichen Direktors, derzeit Prof. Dr. med. Andreas Böning. Dieser Qualitätszirkel ist wichtig für die Vernetzung der Thematik Organspende – und durch die Unterstützung des Ärztlichen Direktors erhält sie auch die entsprechende Bedeutung in der Klinik. Im Qualitätszirkel geht es um einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Transplantationsbeauftragten untereinander, aber auch mit anderen Beteiligten aus der Funktionsdiagnostik, wie zum Beispiel dem Herzkatheter- oder dem OP-Bereich.

Neben dem Ärztlichen Direktor, dem ich als Transplantationsbeauftragte des Klinikums direkt unterstellt bin, nehmen an dem Qualitätszirkel Organspende alle Transplantationsbeauftragten des Hauses, Kollegen aus der Funktionsdiagnostik,

der Klinikseelsorge oder auch der Rechtsmedizin sowie der Ethikbeauftragte des Hauses teil. Im Qualitätszirkel werden die jüngsten Organspenden, aber auch Spendermeldungen, die nicht realisiert wurden, besprochen – ebenso wie mögliche Probleme oder Kritikpunkte. Dazu suchen wir dann als Team entsprechende Lösungen.

Organspende als Thema für Medizinstudierende

Da wir als Uniklinikum auch in die Lehre der Studierenden involviert sind, ist es eine weitere Aufgabe, diesen Studierenden in verschiedenen Semestern alle Fragen rund um die Organspende nahezubringen. Mittlerweile ist das Thema Organspende in mehreren Vorlesungen fest etabliert, vom ersten Semester in der Einführung in die klinische Medizin bis hin zu einem Wahlpflichtseminar „Organspende und Transplantation“ im achten Semester. Dieses Seminar umfasst zwölf Termine à 90 Minuten und beschäftigt sich mit Aspekten wie Ablauf der Organspende, Spendererkennung, Hirntoddiagnostik, Immunologie, Ethik und Transplantation von Nieren, Lungen und Herz.

Wie wichtig die Ausbildung der Studierenden zur Thematik Organspende ist und wie sehr sich der Aufwand lohnt, zeigt sich in Gießen zum Beispiel am Engagement des Arbeitskreises „Studenten für Organspende“. Hierbei handelt es sich um eine bundesweite Organisation Medizinstudierender, deren Mitglieder ehrenamtlich in Schulen gehen und dort Schülerinnen und Schüler über die Organspende aufklären. Gemeinsam haben wir im vergangenen Jahr den „Workshop Organspende“ für diese Studierenden aus ganz Deutschland veranstaltet, der sehr positiv aufgenommen wurde. Diese Studierenden sind Multiplikatoren in unseren Schulen und die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte, die in einigen Jahren auf unseren Intensivstationen arbeiten, sich für die Organspende engagieren werden und für die Thematik bereits jetzt sensibilisiert sind.

Öffentlichkeitsarbeit wichtig

Auch Öffentlichkeitsarbeit zur Thematik Organspende außerhalb der Klinik in Form

von Vorträgen oder Diskussionsveranstaltungen bei den Landfrauen, Rotary oder Zonta-Club, lokalen Kreisverbänden, Kirchenverbänden oder Parteiverbänden gehören neben Presseterminen mit Zeitungen, Hörfunk und Fernsehen zu regelmäßigen Tätigkeiten einer Transplantationsbeauftragten.

Ausblick: Organspender sind Lebensretter

Die Aufgaben der Transplantationsbeauftragten sind sehr vielfältig und erfordern

viel Unterstützung, Vernetzung und Teamgeist, um das Ziel zu erreichen, durch Transplantationen Leben zu retten. Genauso wie Organspende in unserer Gesellschaft mehr Anerkennung erfahren sollte, muss es auch unser Ziel sein, in den Kliniken die positiven Aspekte der Organspende in den Fokus zu stellen. Organspender sind Lebensretter – unsere Aufgabe in den Kliniken ist es, in den Entscheidungen zum Lebensende daran zu denken, damit nicht passiert, was als Überschrift für diesen Artikel gewählt wurde: Stell Dir vor, Du wolltest

Organe spenden – und keiner hat danach gefragt!

Sabine Moos

Transplantationsbeauftragte,
Fachärztin für Innere
Medizin

Universitätsklinikum
Gießen und Marburg

GmbH (UKGM), Standort Gießen
E-Mail: sabine.moos@uk-gm.de



Foto: Christine Boede/UKGM

Aus den Bezirksärztekammern

Umzug der Bezirksärztekammer Kassel

Neue Adresse: Tischbeinstraße 32

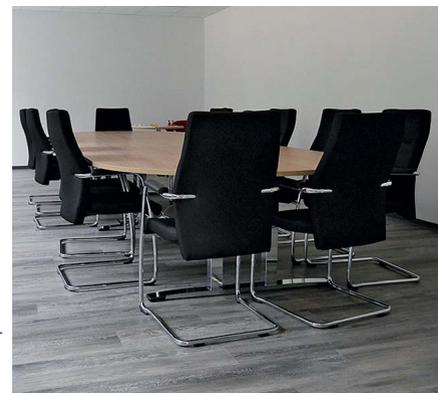
Endlich sind wir, das Team der Bezirksärztekammer Kassel, am 19. Oktober 2020 in unsere neuen Räumlichkeiten in der Tischbeinstraße 32 eingezogen. Vorausgegangen war eine über ein Jahr andauernde Phase, in der wir diese neue Immobilie gemeinsam gesucht und gefunden haben. Unser großes Glück war, das wir bei der Planung des Grundrisses Einfluss nehmen konnten, da das Gebäude kernsaniert worden war.

So sind beispielsweise der Zuschnitt der verschiedenen Räume, deren Funktion, aber auch die Einrichtung der Büros immer im Team besprochen und gemeinsam im Konsens entschieden worden. Herausgekommen sind Arbeitsplätze, an denen sich alle von Anfang an wohl gefühlt haben.

Stephan Hermann Bork
Vorsitzender
der Bezirksärztekammer Kassel



Foto: Stephan Hermann Bork



Bezirksärztekammer Kassel
Tischbeinstr. 32
34121 Kassel

Fon: 0561 91318-0
Fax: 0561 91318-41
E-Mail: bezaek.kassel@laekh.de

Vorsitzender:
Stephan Hermann Bork

Stellvertretender Vorsitzender:
Dr. med. Dr.-Ing.
Hans-Dieter Rudolph

Neben dem Meldewesen für Ärztinnen und Ärzte und dem MFA-Ausbildungswesen für die sechs Berufsschulen im Bezirk ist die BezÄK Kassel **hes-senweit** zuständig für alle Fragen rund um das Mitgliederportal auf der Website, E-Mail: portal@laekh.de

Notfallmedizin: Wo sind die Frauen auf Tagungen und in Zeitschriften?



Der Artikel ist zuerst in der Fachzeitschrift „Notfall und Rettungsmedizin“ (Springer Verlag) am 16.03.2020 online erschienen [1] und in einer Zusammenfassung in der Zeitschrift „ärztin“ des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. (67. Jahrgang, August 2020, S. 18f) abgedruckt worden (Internet: www.aerztinnenbund.de). Den Text aus der „ärztin“ lesen Sie hier.

Bei den Herausgeber-Boards und wissenschaftlichen Beiräten der Deutschen Fachzeitschriften für Notfallmedizin beträgt der Frauenanteil maximal fünf Prozent – weit unterdurchschnittlich. Das ist nur eines der Ergebnisse einer aktuellen Studie, an der unsere Autorin Christine Hidas, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, beteiligt war. Höchste Zeit für einen Kulturwandel, meint sie.

Im November 2019 traf ich auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA) Dr. med. Sylvia Schacher, ärztliche Leiterin der Zentralen Notaufnahme im Evangelischen Krankenhaus Köln Kalk. Sie plante, die notfallmedizinischen Tagungen und Zeitschriften in Deutschland auf den Ärztinnenanteil hin zu untersuchen. Ich war sofort begeistert! Und so verfassten wir zusammen mit einer jungen Kollegin aus Bamberg diesen Beitrag. Die Arbeit untersucht beispielhaft diverse deutsche notfallmedizinische Veranstaltungen sowie Fachzeitschriften zwischen 2018 und 2020 auf das Geschlechtergleichgewicht. Zusätzlich wurde die Geschlechterverteilung bei den Mitgliedern der Hauptfachgesellschaft DGINA abgefragt.

Die Ergebnisse sind ernüchternd: überwiegend Männer in allen Bereichen. Dabei war das Motto der jüngsten Tagung: „Alle an Bord“. Doch selbst dort waren nur 20 Prozent der Referierenden und der Vorsitz weiblich besetzt. Eigentlich hieß es also: „Alle Mann an Bord“. Am schlechtesten schnitt der Deutsche Interdisziplinäre Notfallmedizin Kongress 2019 ab. Dort

gab es keine einzige Vorsitzende auf dem Podium und nur 3,6 Prozent der Referierenden waren Frauen. Selbst Webinarfortbildungen wie „Now To Go“ hatten zuletzt nur einen Frauenanteil von um die zehn Prozent zu bieten.

Zusammengefasst beträgt bei 31,8 Prozent Ärztinnen unter den DGINA-Mitgliedern der Frauenanteil bei den Kongressen auf dem Podium nur etwa 20 Prozent. Bei den Fachzeitschriften – in der Redaktionsleitung sowie im wissenschaftlichen Beirat – sind es lediglich zwei bis fünf Prozent Ärztinnen. Auffällig: Bei den Pflegesessions der DGINA lag der Anteil der Referentinnen bei immerhin 42 Prozent.

Ein Teufelskreis

Fehlen Ärztinnen auf Tagungen und Kongressen, fehlen auch weibliche Vorbilder für junge Kolleginnen. Es entsteht der Eindruck, dass Karriere, Wissenschaft und Führung mit Männern assoziiert sei: der Teufelskreis der Unsichtbarkeit. Eine Ursache: Die RednerInnenlisten werden formlos über sogenannte old boys networks begünstigt. In diesem Orbit kreisen kaum weibliche Namen. Die „old boys“ kommen gar nicht auf die Idee, Referate und Vorsitze paritätisch zu besetzen.

Dabei hat eine aktive Teilnahme an Kongressen mit Vorträgen und Diskussionen direkten und indirekten Einfluss auf die Wahrnehmung und Wertigkeit als WissenschaftlerIn und auch auf Stellenvergaben, Forschungsvorhaben und einer wissenschaftlichen Karriere.

Mehr Frauen: So geht es

Studien zeigen: Wenn nur eine Frau in einem Organisationskomitee ist und auf das Geschlechtergleichgewicht hingewiesen wird, steigt der Anteil von Rednerinnen signifikant. Der Anteil rein männlich besetzter Sitzungen fällt signifikant (siehe Klein et al. [2]).

Ebenso kann die Etablierung einiger Regeln oder auch eines Leitbildes für Besse-

rung sorgen. Im Bereich anderer Naturwissenschaften existieren bereits Selbstverpflichtungen führender Wissenschaftler, bei rein männlich besetzten Sitzungen eine Einladung als Redner NICHT anzunehmen.

Konkret empfiehlt Arturo Casadevall, ein US-amerikanischer Professor für molekulare Mikrobiologie, Folgendes:

- Erhebung der Frauenanteile vergangener Veranstaltungen, um das Ungleichgewicht bewusst zu machen.
- Integration mindestens einer Frau in jedes Programmkomitee, da hier die Schlüsselposition für die Genderverteilung der Tagung liegt.
- Die Vorgabe, rein männliche Sessions zu vermeiden.

Wichtig ist es auch, Listen mit Expertinnen und Experten zum jeweiligen Schwerpunkt zu erstellen, um eine breite Auswahl zu erhalten. Dies wurde beispielsweise durch die Kommission „Frau und Niere“ der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) bereits getan, nachdem wir Kolleginnen uns immer wieder neu über die Verteilung der Geschlechter beim Jahreskongress aufgeregt hatten. So kam eine sehr lange Liste zusammen!

Netzwerke und Mentoring stärken

Weitere hilfreiche Maßnahmen sind funktionierende Netzwerke auch für Frauen und Mentoring. Beides ist insgesamt in der deutschen Medizin und insbesondere in der Notfallmedizin noch nicht sehr verbreitet. Der DÄB verfügt über beides, ist aber verglichen mit der Gesamtzahl der Ärztinnen in Deutschland ein eher kleiner Verein.

Ein weites Feld ist noch bei der Gremienarbeit zu beackern: Weit über 60 Prozent der Medizinstudierenden sind weiblich, aber die überwiegende Mehrheit derjenigen, die sich berufspolitisch engagieren, ist männlich. Besonders die Fachgesellschaften sind hier gefragt, die adäquate Vertretung aller ihrer Mitglieder zu übernehmen und so Wegbereiter für einen

Wandel zu sein: Möglich wäre das etwa durch Mentorinnenprogramme, Regelungen für geschlechtergerechte Verteilung bei Vorträgen und Vorsitzen, Gremien und Ausschüssen.

Auch durch die Etablierung von Arbeitsgemeinschaften (AGs) für Gleichstellung, wie bei der DGfN, könnten andere Fachgesellschaften die Gendergerechtigkeit fördern. Diese AGs müssten natürlich auch mit genügend Ressourcen und Plattformen ausgestattet werden, um effektiv zu sein.

Genügend Referentinnen

Zu guter Letzt sollten sich auch die Männer selbst als Wegbereiter für diesen Kulturwandel verstehen, da auch sie durch das Aufbrechen traditioneller Rollenbilder profitieren. Fehlen auf Tagungen die Referentinnen heißt es oft – meist von Männern: Es gebe nicht genügend fachlich qualifizierte Frauen, um mehr Frauen auf die Podien zu bringen.

Das ist falsch. Statistiken belegen, dass Referentinnen über genauso viele Jahre wissenschaftlicher Erfahrung verfügten und sogar in einem höheren Prozentsatz in „High-Impact-Journals“ veröffentlicht hatten, wohingegen ein größerer Teil der männlichen Redner keine Erstautoren-

schaft für wissenschaftliche Veröffentlichungen vorweisen konnte.

Für den 9. Weltforschungskongress der europäischen Palliativmediziner wurde ein Teil des Programms auf Basis anonym vorgelegter Abstracts zusammengestellt. Ergebnis: Der Frauenanteil lag bei 75,8 Prozent. Anders bei den Vorträgen, die auf eine Einladung hin zustande kamen. Hier kamen nur 26,1 Prozent Frauen zum Zug. Die fachliche Qualifikation von Frauen ist kein limitierender Faktor. Es steht viel eher zu befürchten, dass auf Tagungen Expertise und Wissen auf der Strecke bleiben, wenn weiterhin zu 80 Prozent Männer referieren, während die Ärztinnen bald 35 Prozent der Gesamtärzteschaft ausmachen.

Fazit für die Zukunft

Eine systematische Förderung der Gleichstellung durch die Fachgesellschaften ist zu fordern, ebenso könnten auch die Veranstalter entsprechende Leitbilder anbieten. Auch für weitere Fachgesellschaften sollte samt ihren Fachzeitschriften eine Betrachtung des Geschlechterverhältnisses wie in diesem Artikel erfolgen, um den Status quo sichtbar zu machen. Für den Deutschen Ärztinnenbund (DÄB) gilt es, mit aller Kraft Kolleginnen zu motivieren,

in Fachgesellschaften zunächst einzutreten und dort dann auch Aufgaben zu übernehmen und in Gremien und Programmkomitees mitzuarbeiten. Als Multiplikatorinnen sollten sie dort gezielt wieder Kolleginnen einladen zu Referaten, zum Vorsitz und immer, wirklich immer Kolleginnen benennen, wenn sie nach Referierenden und Vorsitzen, nach Autorinnen für Zeitschriften und Fachbücher gefragt werden.

Dr. med. Christine Hidas
Vorsitzende der Regionalgruppe Frankfurt des Deutschen Ärztinnenbundes,
E-Mail: Frankfurt@aerztinnenbund.de



Foto: Katarina Ivanisevic

Literatur

- [1] Schacher S, Hidas C, Derichs D: Notfallmedizinische Tagungen und Zeitschriften in Deutschland – sag mir, wo die Frauen sind. Notfall Rettungsmed (2020). <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00687-7>.
- [2] Klein et al, Segal BM et al., 2017. Speaking out about gender imbalance in invited speakers improves diversity. Nat Immunol 18:475–478.

App



Prof. Dr. med. Lothar Thomas (Hrsg.): Internetausgabe Labor & Diagnose 2020

Im Internet frei verfügbar unter dem Link: www.labor-und-diagnose-2020.de

Nach über 45 Jahren, in neun Auflagen und in mehreren Sprachen publizierten Buchausgaben ist die 10. Auflage von „Labor & Diagnose“ kostenfrei als Web-App „Labor & Diagnose 2020“ im Internet erschienen – neu konzipiert und dem Trend der Digitalisierung folgend. Der Inhalt ist auf dem neuesten Stand labor diagnostischer und klinischer Literatur. Nationale und internationale Literatur wurde bis Ende 2019 berücksichtigt. Die Web-App ist einfach zu handhaben, für alle Endgeräte frei zugänglich abrufbar. Vom Herausgeber finanziert, beinhaltet die App keine Werbung. Viele der Autorinnen und Autoren sind an hessischen Universitäten tätig. Zur Diagnostik, Verlaufs- und therapeutischen

Beurteilung von Erkrankungen sind Laborresultate von großer Wichtigkeit. Die App ist beispielsweise für Fachärztinnen und -ärzte der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin, Kinderheilkunde, Neurologie, Frauenheilkunde und Labormedizin interessant.

Zentrale Inhalte:

- Laborparameter-bezogene Diagnostik von Krankheiten.
- Im Kontext mit Krankheiten wird die Aussagekraft des Laborresultates für medizinische Entscheidungen dargestellt.
- Das „Register Erkrankungen“ ermöglicht eine krankheitsbezogene Labordiagnostik durch die Auswahl entsprechender Tabellen. Damit kann eine Laborresultat-bezogene Vermutungsdiagnose erstellt werden, ebenso wie eine krankheitsbezogene Labordiagnostik.
- Schnellzugriff auf über 800 informative Tabellen und Abbildungen zu Laboruntersuchungen und Krankheiten.
- Die App ist laut Herausgeber für Anwender einfach auf allen Endgeräten zu bedienen.

(red)

Telemedizinische Hospitation lässt Kompetenzen wachsen

Erfahrungsbericht aus der Allgemeinmedizin

„Telemedizin ist mir fremd.“ Mit Abschluss ihres Studiums im Sommer 2020 erkennt die angehende Ärztin Carola Link jene Wissenslücke, welche in Europa keine Ausnahme bildet [1]. Wie funktioniert die Technik der Telemedizin? Welche ärztlichen Kompetenzen sind bei der telemedizinischen Behandlung zusätzlich nö-

Im Anschluss erfolgte das Selbststudium mithilfe meiner Vorlesung und Literaturrecherchen (3,5 Stunden). Nach dem theoretischen Teil stiegen wir in die Praxis ein mit zwei Fallvorstellungen (2 Stunden), sieben telemedizinischen Behandlungen (1,5 Stunden) und den Nachbereitungen (2 Stunden). Telemedizin definierten wir

Die Informationen zu den Patienten standen nach deren Einwilligung als PDF-Datei im datengeschützten Raum der Kollegin zur Verfügung. Zu Beginn als reine Beobachterin führte sie am Ende der Hospitation die Fern-Sprechstunden selbstständig durch.

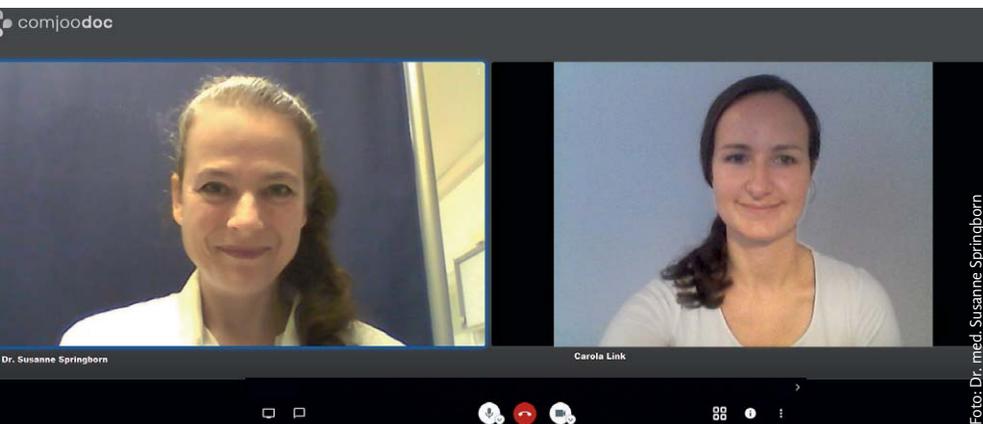
Wie wurde die Hospitation empfunden?

„Mir ist das Sammeln von zukunftsorientierten Erfahrungen wichtig.“ Noch vor Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit wollte die Kollegin ein weiteres Werkzeug der medizinischen Behandlung besser kennenlernen und ihre Kompetenzen erweitern. Sie berichtete mir von anfänglichen Schwierigkeiten, während der Videosprechstunde eine persönliche Bindung aufzubauen. „Technikaffine, eher jüngere Menschen erlebte ich offener im Umgang mit der digitalen Konsultation als ältere.“ Studienergebnisse aus dem Fachbereich der Urologie bestätigten ihre Aussage [3].

Auch Senioren zeigten trotz anfänglicher Zweifel Interesse an der ungewohnten Behandlungstechnik. Mit weißem Kittel und professionellem Hintergrund wurde die Kollegin sofort als Ärztin identifiziert. „Das simultane Einblenden meines eigenen Bildes neben dem des Patienten gab mir ein ständiges Feedback während des Gespräches.“

Die Patientenmeinungen zur Telemedizin waren oft positiv: Sprechstunde in der eigenen Wohnung sei doch ganz angenehm, ebenso die Praxis trotz eingeschränkter Mobilität „besuchen“ zu können. „Im Verlauf der Hospitation habe ich gelernt, Grenzen zu überbrücken.“ Hierzu gehörte beispielsweise das geschickte Dirigieren der Kamera, um mehr Informationen zu erhalten, oder das Ermitteln der Vitalparameter online durch die Patienten selbst.

Ging es nicht ohne physische ärztliche Präsenz (beispielsweise notwendige Pal-



Kommunikation via Videokonferenz: Mentorin Dr. med. Susanne Springborn (links) und Carola Link.

tig? Wie ergeht es den Patienten und Patientinnen mit dieser meist noch ungewohnten Behandlungstechnik? Um Antworten zu finden, fragte sie mich im Juli 2020 nach einer telemedizinischen Hospitation.

E-Health-Technik nutze ich seit 2018 in meiner allgemeinmedizinischen Praxis in Wiesbaden und halte darüber Vorlesungen an der Hochschule RheinMain, Fachbereich Gesundheitsökonomie, Business School Wiesbaden.

Voraussetzungen und Aufbau der Fern-Hospitation

Die Fern-Hospitation erstreckte sich über eine Woche und nahm 10,5 Stunden in Anspruch. Gestartet wurde mit einer Videokonferenz, bei der die Kollegin die datengeschützten Programme und Rahmenbedingungen kennenlernte (1,5 Stunden).

nach den Vorgaben der Bundesärztekammer [2].

Der Hospitationsvertrag bildete die rechtliche Basis, welche Datenschutz und Schweigepflicht berücksichtigte. Weitere Voraussetzungen waren der beidseitige Zugriff auf ein digitales Medium inklusive Kamera- und Audiofunktion sowie eine schnelle und gut funktionierende Internetverbindung.

Wir nutzten für die Hospitation drei Konstellationen: Bei der ersten handelte es sich um die klassische Videosprechstunde, in der die angehende Ärztin und der Patient an physisch verschiedenen Orten im datengeschützten Raum synchron zusammenkamen. In der zweiten wurde die Kollegin digital ins Sprechzimmer über eine datengeschützte Plattform hinzugeschaltet. Im dritten Fall nahm die Hospitantin online via mobiles Endgerät an einem Hausbesuch teil, den die nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa) durchführte.

pation, Auskultation, Sonografie), wurde der Patient in die Praxis einbestellt.

Möglichkeiten der Telemedizin

Die Telemedizin kann innerhalb der Patientenversorgung bei steigendem Bedarf eine Sonderstellung einnehmen, insbesondere im Zusammenhang mit der Nachsorge bzw. Behandlung von chronischen Erkrankungen. Ihre wichtige Rolle im Rahmen der Pandemie wurde international von mehreren Autoren postuliert [3–8].

Fazit

Möglichkeiten und Grenzen der Telemedizin sollten schon während des Studiums vermittelt werden [9]. Eine telemedizinische Hospitation rein digital oder im Hybridformat digital/analog kann geeignet sein, die ärztlichen Kompetenzen bereits im Studium zu erweitern.

Dr. med.
Susanne Springborn
E-Mail:
springborn-
komissarenko@
t-online.de



Foto: privat

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

Fortbildung

Kontrollintervalle für gastroenterologische Endoskopien – eine tabellarische Übersicht

Veröffentlichung des Berufsverbandes Niedergelassener Gastroenterologen e. V. (bng)

Nachdruck aus: Zeitschrift für Gastroenterologie 2019; 57(07): 908–909
DOI: 10.1055/a-0946–5059
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York

Gastroenterologische Endoskopien sind häufig durchgeführte Untersuchungen. Im Jahr 2017 wurden über die Kassenärztlichen Vereinigungen mehr als 1,8 Millionen Koloskopien abgerechnet (davon 466.000 Früherkennungskoloskopien). Im Zehn-Jahreszeitraum von 2007 bis 2017 ist ein – medizinisch sinnvoller – Zuwachs von fast 33 % zu beobachten (eigene Zahlen des Berufsverbandes Niedergelassener Gastroenterologen e. V., bng).“

Obwohl die Endoskopien den Arbeitsalltag der Gastroenterologen in Klinik und Praxen füllen und die Kapazitäten kontinuierlich ausgebaut wurden, bestehen in vielen Praxen Wartezeiten, das heißt die Kapazitäten folgen nicht der Nachfrage.

Es ist also nötig, dass mit der Ressource „Endoskopie“ sorgfältig unter Beachtung der medizinischen Indikation umgegangen wird. Jeder in der Praxis tätige Gastroenterologe kennt das Problem der unscharfen oder zu großzügigen Indikation und der zu häufig veranlassten Kontroll-Endoskopien. Wenn die Überweisung zum

Gastroenterologen zur Durchführung einer Endoskopie aber einmal ausgestellt wurde, dann ist es oft schwierig, den Patienten davon zu überzeugen, dass die Endoskopie, auf die er sich nun schon eingestellt hat, nicht erforderlich ist. Viele Patienten reagieren auf die Mitteilung durch den Gastroenterologen, dass keine Indikation zur geplanten Endoskopie besteht, mit Unverständnis und fürchten, dass ohne guten medizinischen Grund von der Endoskopie abgesehen wird, ihnen also aus finanziellen Gründen eine eventuell lebenswichtige Untersuchung vorenthalten wird. Diesem Druck auszuweichen, ist oft unmöglich und erfordert intensive, zeitaufwendige Überzeugungsarbeit, für die meist keine Zeit übrig ist. So kann es durchaus passieren, dass Endoskopien entgegen der leitliniengerechten Empfehlungen durchgeführt werden.

Eine alltagstaugliche Information, in welchen Situationen eine Endoskopie und insbesondere eine Kontroll-Endoskopie erfolgen sollte und wann nicht, kann deshalb hilfreich sein, und zwar nicht in erster Linie für Gastroenterologen, sondern vor allem für Nicht-Gastroenterologen wie Hausärzte, Gynäkologen, Urologen, Chirurgen und andere Fachgruppen, die Patienten zur Endoskopie überweisen.

Die Autoren haben deshalb aus den Empfehlungen der nationalen gastroenterologischen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) eine übersichtliche Tabelle erstellt, die als rasche Orientierung im Alltag dienen kann. Natürlich kann sie nicht allen Einzelsituationen gerecht werden. Mitunter musste nicht nur auf die umfangreichen Leitlinien, sondern auch auf andere Literatur und eigene Erfahrungen zurückgegriffen werden. Insoweit mag der eine oder andere Leser die Empfehlungen als holzschnittartig oder unpräzise empfinden. Auf eine Kommentierung oder Erläuterungen der Empfehlungen in der Tabelle wird hier ganz bewusst verzichtet. Vielmehr wird dazu auf die entsprechenden Leitlinien und die wissenschaftliche Literatur verwiesen.

**Franz Josef Heil², Jens Aschenbeck²,
Albert Beyer¹, Thomas Block²,
Thomas Eisenbach², Dietrich Hüppe²,
Dagmar Mainz¹, Gero Moog²,
Ulrich Tappe¹**

¹ bng-Vorstand, ² bng-Beirat

Fortsetzung auf den folgende Seiten.

Telemedizinische Hospitation lässt Kompetenzen wachsen

Ein Erfahrungsbericht aus der Allgemeinmedizin

Dr. med. Susanne Springborn, Carola Link

- [1] Machleid F, Kaczmarczyk R, Johann D, et al. Digital health in medical education: Findings from a mixed-methods survey among european medical students. *J Med Internet Res* 2020.
- [2] Bundesärztekammer Telematik/Telemedizin, Online: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/telematiktelemedizin/telemedizin/> Zugriffsdatum: 19.07.20, 18:10 Uhr
- [3] Boehm K, Ziewers S, Brandt MP, et al. Telemedicine online visits in urology during the covid-19 pandemic-potential, risk factors, and patients' perspective. *Eur Urol* 2020;78:16–20.
- [4] Contreras CM, Metzger GA, Beane JD, et al. Telemedicine: Patient-provider clinical engagement during the covid-19 pandemic and beyond. *J Gastrointest Surg* 2020;24:1692–1697.
- [5] Loeb AE, Rao SS, Ficke JR, et al. Departmental experience and lessons learned with accelerated introduction of telemedicine during the covid-19 crisis. *J Am Acad Orthop Surg* 2020; 28:e469-e476.
- [6] Moazzami B, Razavi-Khorasani N, Dooghaie Moghadam A, et al. Covid-19 and telemedicine: Immediate action required for maintaining healthcare providers well-being. *J Clin Virol* 2020;126:104345.
- [7] Monaghesh E, Hajizadeh A. The role of telehealth during covid-19 outbreak: A systematic review based on current evidence. *BMC Public Health* 2020;20:1193.
- [8] Ohannessian R, Duong TA, Odone A. Global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the covid-19 pandemic: A call to action. *JMIR Public Health Surveill* 2020;6:e18810.
- [9] MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. H, Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin. 2015: 10.7.1.5, 14c.6.3, 14c.6.3.3.

ÖGD		1. Kontroll-ÖGD	2. Kontroll-ÖGD
Refluxkrankheit (nicht erosiv) und Refluxösophagitis	ÖGD nur bei Alarmsymptomen, Nichtansprechen auf Therapie, Refluxsymptomen über mehrere Jahre.	keine	keine
Barrett-Metaplasie ohne Dysplasie		nach 1 Jahr	nach 3–4 Jahren
Barrett-Metaplasie mit low-grade Dysplasie	Endoskopische Resektion oder Ablation optional.	nach 6 Monaten	1x/Jahr
Barrett-Metaplasie mit high-grade Dysplasie	Vollständige endoskopische Resektion und Ablation der Metaplasie.	nach 3 Monaten	alle 6 Monate für 2 Jahre, dann 1x/Jahr
H.pylori-Gastritis	Kontrolle nach Therapie mittels H.p.-Antigen im Stuhl oder C13-Atemtest.	keine	keine
Reizmagensyndrom, nicht ulzeröse Dyspepsie	Einmalige ÖGD bei Diagnosestellung gerechtfertigt.	keine	keine
Chron. atrophische Gastritis und ausgedehnte intestinale Metaplasie (Corpus)	Keine Empfehlung in den Leitlinien. Kontrolle kann bei ausgeprägtem Befund sinnvoll sein.	nach 1–3 Jahren	alle 1–3 Jahre (stadienabhängig)
Ulcus duodeni		keine	keine
Ulcus ventriculi	Kontrollendoskopie, wenn Malignität nicht ausgeschlossen werden kann.	nach 4–8 Wochen	keine
Zöliakie	Antikörper-Kontrollen nach 3 Monaten. Endoskopie-Kontrolle unter glutenfreier Diät kann sinnvoll sein.	nach 6 Monaten	keine
Nach Magenresektion wegen eines Magenkarzinoms	Routine-Endoskopien zur Nachsorge sind nicht erforderlich.	keine	keine

Koloskopie	Index-Koloskopie	1. Kontroll-Koloskopie	2. Kontroll-Koloskopie
Vorsorge-Koloskopie Männer	mit 50 Jahren	nach 10 Jahren	keine
Vorsorge-Koloskopie Frauen	mit 55 Jahren	nach 10 Jahren	keine
Nach vollständiger Abtragung von 1–2 tubulären Adenomen < 1 cm (ohne villöse Komponente).		nach 5–10 Jahren	nach 10 Jahren
Nach vollständiger Abtragung von 3–4 Adenomen oder eines Adenoms mit villöser Komponente.		nach 3 Jahren	nach 5 Jahren
Nach vollständiger Abtragung eines Adenoms ≥ 1 cm oder eines Adenoms mit hochgradiger intraepithelialer Dysplasie (HGIEN).		nach 3 Jahren	nach 5 Jahren
Nach endoskopischer R0-Abtragung eines Adenoms mit Karzinom (T1).		nach 6 Monaten	nach 3 Jahren

Koloskopie	Index-Koloskopie	1. Kontroll-Koloskopie	2. Kontroll-Koloskopie
Nach operativer R0-Resektion eines kolorektalen Karzinoms		nach 1 Jahr	nach 5 Jahren
bei familiärer Karzinom-Belastung (1. gradig Verwandter)	Ab 40 Jahren bzw. 10 Jahre vor Erkrankungsalter des Verwandten.	nach 5–10 Jahren	nach 5–10 Jahren
bei gehäuftem Darmkrebs in der Familie, bei familiärem Darmkrebs-Syndrom (FAP, HNPCC etc.)	Nach fachärztlicher Entscheidung. Erstvorstellung beim Gastroenterologen mit spätestens 25 Jahren.		
Reizdarmsyndrom	Einmalige Koloskopie bei Diagnosestellung.	nach 10 Jahren im Rahmen der Vorsorge	keine
Obstipation	Einmalig nur bei Warnsymptomen, hohem Leidensdruck, fehlendem Ansprechen auf Therapie.	nach 10 Jahren im Rahmen der Vorsorge	keine
Divertikulitis	Nach Abheilung nur dann, wenn in den vergangenen zehn Jahren keine Koloskopie erfolgte; vor geplanter Operation.		
Colitis ulcerosa, M. Crohn	Endoskopien nach fachärztlicher Entscheidung abhängig vom Verlauf und der Therapie. Überwachungskoloskopien bei langjährigem Verlauf erforderlich.		
iFOBT nach Koloskopie		Bei Patienten, bei denen bereits eine Koloskopie erfolgte, soll innerhalb von 10 Jahren keine Untersuchung auf fäkales okkultes Blut (iFOBT) erfolgen.	



Mutschler Arzneimittelwirkungen

Pharmakologie – Klinische Pharmakologie – Toxikologie

Hrsg.: Gerd Geisslinger, Sabine Menzel, Peter Ruth, Thomas Gundermann, Burkhard Hinz, Ernst Mutschler (Begr.).
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart 2020, 11., völlig neu

bearbeitete Auflage 2020. ISBN 9783804736634, geb. € 76

Der „Mutschler“ ist seit über 40 Jahren ein Standardwerk für Studierende der Pharmazie, Medizin und anderer Naturwissenschaften. Generationen von Ärztinnen und Ärzten haben mit ihm die Pharmakologie gelernt. Die hier besprochene 11. Auflage wird von einem neuen Autorenteam betreut. Prof. Mutschler wird neben den Autoren noch als Namenspatre geführt. Das Buch umfasst neben der Toxikologie die allgemeine und gesamte klinische Pharmakologie (einschließlich Desinfektions-, Kontrastmittel und Vitamine). Es ist ein wichtiges Nachschlagewerk in Klinik

Bücher

oder Praxis. Außerdem kann es auch als eine Art Lesebuch der Pharmakologie dienen, um sich Inhalte neu zu erarbeiten oder zu wiederholen. Es wird wenig klinisches Wissen vorausgesetzt, vielmehr werden die Inhalte in eingängiger Sprache erläutert. Dabei werden die Physiologie, Pathophysiologie und die Wirkung von Medikamenten anschaulich erklärt – manchmal aber etwas textlastig, obwohl das 1.300 Seiten starke Werk grundsätzlich mit zahlreichen farbigen Abbildungen und Tabellen punkten kann. Wer den „Mutschler“ liest, benötigt kein daneben liegendes Fachbuch mehr, um Zusammenhänge zu verstehen. Mit der Vorbereitung auf eine Prüfung können Leser aber durchaus Probleme bekommen. Wegen der Liebe zum Detail kann manchmal der Überblick verloren gehen und es könnte Schwierigkeiten geben, Wichtiges von Unwichtigem zu trennen. Das Werk glänzt aber mit vielen hilfreichen Details: Beispielsweise werden zu jedem Wirkstoff die Strukturformel und ein gängiger Handelsname erwähnt. Der Mutschler ist und bleibt der Maßstab in der Pharmakologie.

Dr. med. Matthias Ott

Literatur zum Artikel:

Kontrollintervalle für gastroenterologische Endoskopien – eine tabellarische Übersicht

Nachdruck einer Veröffentlichung des Berufsverbandes Niedergelassener Gastroenterologen e. V. (bng)

- [1] Koop H et al. S2k-Leitlinie: Gastroösophageale Refluxkrankheit. *Z Gastroenterol* 2014; 52: 1299–1346. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/refluxkrankheit/>
- [2] W. Fischbach et al. S2k-Leitlinie *Helicobacter pylori* und gastroduodenale Ulkuserkrankung. *Z Gastroenterol* 2016; 54: 327–363. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/helicobacter-pylori/>
- [3] Felber J et al. Ergebnisse einer S2k-Konsensuskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) gemeinsam mit der Deutschen Zöliakie-Gesellschaft (DZG) zur Zöliakie, Weizenallergie und Weizensensitivität. *Z Gastroenterol* 2014; 52: 711–743. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/zoeliakie/>
- [4] Moehler M. S3-Leitlinie Magenkarzinom – Diagnostik und Therapie der Adenokarzinome des Magens und ösophago-gastralen Übergangs. *Z Gastroenterol* 2011; 49: 461–531. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/magenkarzinom/>
- [5] Layer P et al. S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM). *Z Gastroenterol* 2011; 49: 237–293. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/reizdarmsyndrom/>
- [6] Schmiegel W et al. S3-Leitlinie – Kolorektales Karzinom. *Z Gastroenterol* 2017; 55: 1344–1498. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/kolorektales-karzinom/>
- [7] Andresen V et al. S2k-Leitlinie Chronische Obstipation: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. *Z Gastroenterol* 2013; 51: 651–672. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/chronische-obstipation/>
- [8] Denzer U et al. S2k-Leitlinie Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie. *Z Gastroenterol* 2015; 53: E1–E227. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/qualitaetsanforderungen-gi-endoskopie/>

Krankheit als bio-psycho-soziales Geschehen

„Wir brauchen einen Paradigmenwechsel – medizinisch, ethisch und ökonomisch“

Beziehungskonflikten, beruflichen, existenziellen Lebenskrisen in ihren bio-psycho-sozialen Zusammenhängen.

Krankheit ist von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) implizit durch das Gegenteil von Gesundheit definiert: das Fehlen von völligem körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefinden. Diese kontroverse Definition ist nicht haltbar. Beispiel: Wenn ein Mensch sich sozial unwohl fühlt, weil er von seiner große Liebe verlassen wurde oder er oder sie den Arbeitsplatz verloren hat, kann er Trauer empfinden, ohne durch dadurch krank zu werden.

Der Krankheitsbegriff ist in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht explizit definiert. Folgende Definition dazu findet sich im Kommentar zu den MB/KK der Privaten Krankenversicherung von Bach/Moser¹: „Krankheit ist ein anomaler Körper- oder Geisteszustand, der eine nicht ganz unerhebliche Störung körperlicher oder geistiger Funktionen mit sich bringt.“

Ärzte sind heute teilweise noch an einem biologisch-naturwissenschaftlichen Krankheitsbegriff orientiert. Dieser ist jedoch überholt. Die psychischen, psychosomatischen und sozialen Folgeerscheinungen der Corona-Krise mit Einschränkungen der persönlichen Freiheit und Nähe, die Zunahme der Frühberentungen, die Folgen der neoliberalen Globalisierung mit Burnout durch Überlastungen der Arbeitnehmer auf Druck der Arbeitgeber, um bei dem gefährdenden Wettbewerb zu überleben, Mobbing am Arbeitsplatz, der Verlust der Arbeit, die weltweiten Skandalisierungen und Lust an Hass und Gewalt, der Verlust von Beziehungen, existenziellen Grundlagen und sozialen Netzwerken im Alter veran-

lasten den Präsidenten der Ärztekammer Berlin, Prof. h. c. (DPU) Dr. med. Günther Jonitz, in Erfurt zur Aussage, dass bio-psycho-soziale Wechselbeziehungen bei fast jeder Krankheit bestünden. Dieses neue Paradigma formulierte erstmalig George L. Engel 1976.

Wir Menschen leben in einem sozialen Netzwerk, in einer Beziehungswelt. In unseren Beziehungen erleben wir Liebe, Glück, Freude, Traurigkeit, Verletzungen, Enttäuschungen, Wut, Scham, Neid. Viele Kosten könnten für sinnvolle ärztliche Gespräche in der Sprechstunde mit gestaffelten Zeiteinheiten effektiver investiert werden und die Kosten für Psychopharmaka deutlich vermindern. Evidenzbasierter Beweis für den Einfluss psychosozialer Faktoren: Ein Patient meldet sich krank wegen Überlastung und Kränkung am Arbeitsplatz, wird aber, sobald er in Rente geht, sofort wieder gesund. Ein anderer älterer Mensch in einem Seniorenheim sagte: „Ich sterbe nicht an Covid-19, sondern an Einsamkeit.“

Wie können Ärztinnen und Ärzte die Krankheit ihrer Patienten als ein bio-psycho-soziales Geschehen erkennen, verstehen und behandeln?

1. Bei längerer Krankheit über vier Wochen mit psychischen Störungen sollte der Betriebs- bzw. Personalrat oder ein Sozialarbeiter des zuständigen Sozial- oder Gesundheitsamtes eingeschaltet werden, um die psychosoziale Situation am Arbeitsplatz durch Mediation im Gespräch mit der bzw. dem zuständigen Vorgesetzten zu verbessern oder zu erleichtern. Psychotherapie allein reicht zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oft nicht aus.
2. Im ärztlichen Gespräch soll im Anschluss an die Schilderung der Beschwerden durch den Patienten die Frage nach der auslösenden Situation gestellt werden: Wann hat alles angefangen? Eine Antwort wie „Das weiß ich nicht mehr“ sollte den Arzt unbeirrt lassen sowie zum weiteren Nachfragen anregen: „Was war damals los?“ Parado-

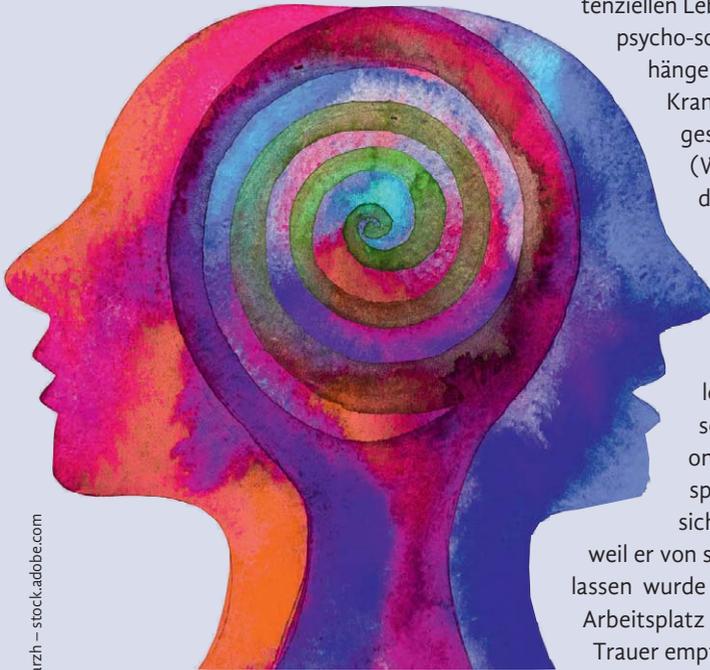


Foto: © Kateryna Kovarzh – stock.adobe.com

Die Corona-Krise entwickelte sich in der pandemischen, weltweiten Ausbreitung eines gefährlichen, noch vorher unbekannt und nicht erforschten Virus. Die Auswirkungen waren nicht nur biologisch, sondern auch in ihren Begleiterkrankungen wie Ängsten, Depressionen und ihren sozialen Folgen mit Millionen von existenziellen Bedrohungen oder Verlusten in ihrer Schwere und Bedeutung ungewöhnlich groß.

In der Gesundheitsversorgung durch die systemrelevanten Berufe wurde hier wieder überzeugend deutlich, dass der seit Jahrzehnten bestehende biologisch-naturwissenschaftliche Krankheitsbegriff in der Humanmedizin nicht mehr ausreichend ist. Die auch aktuell noch vorhandene Orientierung an biologischen Ursachen der Krankheit begünstigte eine Ritualisierung der Verschreibung von Rezepten mit allopathischen Medikamenten, die von Patienten oft nicht oder nur selten oder zu wenig eingenommen wurden.

Was die Patienten dagegen oft vielmehr brauchten, waren Gespräche mit ihren Hausärzten, die ihre Lebensgeschichte kannten – mit traumatischen Erlebnissen,

xerweise weiß der Patient (zumeist), was der Auslöser war, will zugleich aber von diesem nichts wissen. Die nächste Fragen könnte lauten: „Wer oder was hat Sie damals gekränkt?“ Auf diese Weise wird das bio-psycho-soziale Krankheitsgeschehen bald deutlich – meist wegen unbewusster, verdrängter, da als gefährlich versteckter Wut bei Ängsten und depressiven Episoden. Es handelt sich also oft um Krankheit durch Kränkung. Hier gilt es zu ergründen, gegen wen bzw. wogegen er/sie sich mit seinen/ihren Beschwerden beschwert („Ausdrucks-krankheit“ nach Thure von Uexküll).

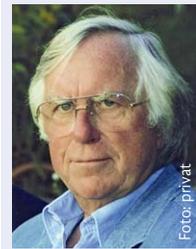
3. Teilnahme an einem Seminar über die psychosomatische Grundversorgung mit Erwerb der Legitimation zur Abrechnung der Position EBM 22221 und GOÄ 849 Psychotherapeutische Behandlung (ohne Gutachter, ohne Pflicht zu bestimmten Methoden).
4. Teilnahme an Balintgruppen.
5. Teilnahme an Stammtischen mit Kollegen und Austausch über Probleme mit Patienten.
6. Voraussetzung für ein effektives ärztliches Gespräch sind:
 - Empathie
 - warme emotionale Zuwendung und Zuhören

- keine Verurteilung
- Authentizität.

7. Berufsrechtliche Aktivitäten zur Einfügung neuer Positionen für ein ärztliches Gespräch in die Gebührenordnungen wie bei EBM 22221. In der Position GOÄ 849 könnte wie folgt berechnet werden: eine GE=Gesprächseinheit (25 €) differenziert mit 1=15 Minuten, 2=30 Minuten, 3=45 Minuten, 4=60 Minuten. Das wäre eine angemessene Honorierung sprechender Medizin.

Die Arbeit mit Krankheit als einem bio-psycho-sozialen Geschehen ist ein neuer Weg, der vom Therapeuten mehr Mut zu einem Gespräch und Aneignung der Voraussetzungen durch Fort- oder Weiterbildung verlangt. Er/sie wird belohnt werden durch mehr Freude an der Arbeit, durch Dankbarkeit der Patienten wegen des Abschieds von den Fünf-Minuten-Zeitslots mit Rezeptverschreibung und durch die abnehmende Frequenz der Arztbesuche vonseiten der sich verstandenen fühlenden, von der sprechenden Medizin profitierenden Patienten – die davon auch weitererzählen werden.

Dr. med. Günter Maaß
Kontakt via E-Mail an:
haebl@laekhd.de



Dr. med. Günter Maaß (Foto) ist Facharzt für Innere Medizin, Psychotherapie und Psychoanalyse (DPV/IPV). Vita: 1966–1970 wissenschaftlicher Assistent an der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg und am Sigmund-Freud-Institut Frankfurt/Main (Direktor: Prof. Dr. med. Alexander Mitscherlich). 1970–1994 Chefarzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Deutschen Klinik für Diagnostik Wiesbaden. Dozent an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Bad Nauheim, Mitgründung des Fortbildungscurriculums für Psychosomatische Grundversorgung. Eintritt in den Ruhestand mit 65 Jahren. Seither weiter tätig in Fort- und Weiterbildung, als Autor, Psychotherapie-Gutachter und Beratungsarzt. (red)

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

¹ Musterbedingungen der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK): § 1 II.1, S. 243.

Foto: © connel-design – stock.adobe.com

Büchertipps von Lesern für Leser



Adelheid Müller-Lissner:
Empty Nest. Wenn die Kinder ausziehen
Ch. Linksverlag 2020,
208 Seiten, 18 €, ISBN:
9783962890865

Der Auszug des letzten Kindes zählt neben der Entlassung aus dem Arbeitsleben und dem Verlust eines lieben Menschen zu den Krisenauslösern im psychischen Gefüge. So tun sich Mütter und Väter zunächst oft schwer, wenn die Kinder flügge wer-

den. Adelheid Müller-Lissner wollte von Frauen und Männern wissen, wie sie „allein“ – im leeren Nest – klar kommen, wie lange sie möglicherweise trauern und ob sie neue Pläne schmieden, sich wieder als Mann und Frau neu finden können? Darüber sprach sie mit Müttern, Vätern, Paaren, Alleinerziehenden. Zudem interviewte die Autorin Fachleute verschiedener Disziplinen, sogar eine Vogelkundlerin, die das Thema von einer ganz anderen Seite her beleuchtet. Viele haben die Erfahrung gemacht, dass in dieser Situation Verstand und Gefühl ein gehöriges Stück

auseinanderklafften. So wird der Verstand dem letzten der drei Weisen zustimmen, die gefragt wurden, wann das Leben beginne. Mit der Zeugung, meinte der Erste. Mit der Geburt natürlich, sagte der Zweite. Der Dritte hingegen befand: „Das Leben beginnt, wenn die Kinder aus dem Haus sind.“ Aber was zählt schon der Verstand, wenn die Gefühle etwas anderes sagen? Dann kann es hilfreich sein, zumindest damit nicht allein gelassen zu werden. Dazu kann das Buch beitragen.

Dr. med. Helmut Schaaf
Bad Arolsen

Das MVZ – eine gute Option für die Praxisübergabe

In den nächsten Jahren stehen aufgrund der Altersstruktur der Vertragsärztinnen und -ärzte zahlreiche Praxisübergaben an. Hierfür bestehen eine Vielzahl von Möglichkeiten – wie die direkte Übergabe an Nachfolgerinnen oder Nachfolger bei einer Einzelpraxis oder einem Gemeinschaftspraxisanteil, der Verkauf der Praxis an eine andere Praxis zur Bildung einer größeren Gemeinschaftspraxis oder einer überregionalen BAG, aber auch der Verkauf der Praxis an ein ärztlich inhabergeführtes medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) oder klinik- oder investorenbetriebenes MVZ.

Natürlich gestaltet sich der Verkauf einer Einzelpraxis in der Regel einfacher als der Verkauf einer Großpraxis mit vielen Gesellschaftern unterschiedlichen Alters. Gerade orthopädisch-unfallchirurgische operative Großpraxen, wie auch in unserem Fall, oder auch radiologische Großpraxen haben hohe Investitionen getätigt und häufig auch eine hohe Mitarbeiterzahl, so dass der unternehmerische Aspekt der Praxisführung von erheblicher Bedeutung ist. Die Leitung solcher komplexer großer Berufsausübungsgemeinschaften erfordert besondere ärztliche und auch unternehmerische Führungsqualitäten sowie häufig einen hohen zeitlichen Einsatz des geschäftsführenden Praxisgesellschafters. Solche Großpraxen können als GbR oder auch als GmbH mit unterschiedlichen Gesellschafteranteilen strukturiert sein. Eine Möglichkeit, die Nachfolgeregelung solcher Praxen zu bewerkstelligen, ist die schrittweise Aufnahme jüngerer Kolleginnen und Kollegen, die die älteren ausscheidenden Partner ersetzen.

Hier müssen allerdings mehrere Aspekte beachtet werden. Zum einen muss eine vertrauensvolle und harmonische Zusammenarbeit aller Praxisinhaber gewährleistet sein, die fachliche Kompetenz sowie die Work-Life-Balance der einzelnen Praxisinhaber müssen abgesprochen werden mit ihren unterschiedlichen Einsatzgebieten. Zum anderen muss auch geklärt werden, wer die Praxis geschäftsführend leitet und nach außen in den verschiedenen Gremien vertritt. Wichtig ist bei dieser Möglichkeit, die Praxisübergabe frühzeitig

mit allen Gesellschaftern zu besprechen, um sich rechtzeitig auf die Suche nach entsprechenden Nachfolgern zu begeben. Zunehmende Beachtung sollte auch die Tendenz der jüngeren Ärzte, eher im Angestelltenstatus, zum Teil auch in Teilzeitregelungen, als im selbstständigen und

nikketten, die als mögliche Käufer von O- und U-Großpraxen und auch Einzelpraxen auf den Markt kommen. In anderen Fachgebieten – wie beispielsweise Laborarztpraxen, Augenarztpraxen, aber auch radiologische Praxen und vor allem auch auf dem zahnärztlichen Sektor – sind auch ei-



Foto: © MQ-Illustrations – stock.adobe.com

wirtschaftlich verantwortenden Vertragsarztstatus tätig zu sein, bei den Nachfolgerehandlungen erfahren.

In der Regel ist es bei der Praxisübergabe so, dass die neuen Kollegen die vorgeschriebene dreijährige Tätigkeit zum Erhalt des Vertragsarztsitzes am Standort als angestellter Arzt bis zur Übergabe der Praxis wählen und nutzen, um hier ein gegenseitiges Kennenlernen und eine bessere Integration der neuen zukünftigen ärztlichen Gesellschafter in die Praxis zu garantieren. Hierbei ist unter anderem auch zu beachten, dass jüngere Kolleg/-innen häufig eine andere Work-Life-Balance haben als die älteren Kollegen, die häufig noch eine 60-Stunden-Woche absolvieren. Hilfreich ist hier nur eine offene Diskussion zwischen allen angestellten Ärzten und zukünftigen Gesellschaftern, ggf. auch mit der Implementierung neuer Arbeitszeitmodelle in Teilzeit.

Als Alternative für diese Praxisübergabe von Arzt zu Arzt bei Großpraxen gibt es in jüngster Zeit zunehmend gerade orthopädisch-unfallchirurgische Fachkliniken, aber auch private und gemeinnützige Kli-

nische Investorenketten als Käufer in die Akquise gegangen.

Während die ärztlich inhabergeführten MVZ bei Zukauf von Praxen das Ziel einer Verbreiterung ihrer Zuweiserbasis, Akquirierung neuer Ärzte und die verbesserte Nutzung ihrer technischen Ressourcen im Auge haben, besteht das Interesse von Klinik-MVZ ebenfalls in Erweiterung ihrer Zuweiserbasis, aber auch in der Verlegung von beispielsweise ambulanten operativen Eingriffen von der Klinik in die Praxis sowie ggf. der Erweiterung ihres Leistungsspektrums. Weiterhin sind bei Klinik-MVZ auch ökonomische Synergieeffekte mit Ausbau des stationären Sektors und eine Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung Gründe für die Akquise orthopädisch-unfallchirurgischer Praxen.

Ein weiterer Vorteil von einem solchen Konstrukt ist die Möglichkeit einer Verbundweiterbildung Klinik und Praxis mit Rotation von in der Regel am Ende der Weiterbildung stehenden Ärzten zwischen Klinik und Praxis. Hierdurch ist für die Ausbildung der orthopädisch-unfallchirurgischen Kolleginnen und Kollegen –

gerade was die konservativen Weiterbildungsinhalte angeht – gewährleistet, dass das typische ambulante operative Spektrum wie Arthroskopie oder Fuß- und Handchirurgie in höherem Umfang für die Weiterbildung angeboten werden kann. Auch können hierdurch Kolleginnen und Kollegen, die aus dem Klinikfacharzt-pool stammen, als Praxisnachfolger generiert werden.

Für die Praxisinhaber, die an ein Klinik-MVZ verkaufen, ist es wichtig, dass die Praxis weiter am Standort bestehen bleibt – sowohl mit dem Erhalt der Arbeitsplätze der langverdienten Mitarbeiter als auch mit der Weiterbeschäftigung der Praxisverkäufer selber als angestellte Ärzte. Das Angestelltenverhältnis der Letzteren umfasst dabei in der Regel mindestens drei Jahre zu fairen Konditionen.

Hierdurch ist eine bessere Übergabe der Praxen und Einbindung neuer Kollegen gewährleistet. Zudem können die Praxisinhaber ihr besonderes Praxis-Know-how den neu einsteigenden und angestellten Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie besser übergeben. In unserer O- und U-Großpraxis Kassel ist beispielsweise der Übergang mit Kauf unserer Praxis durch die Orthopädische Klinik Hessisch Lichtenau zum vergangenen Jahreswechsel reibungslos verlaufen, alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und

Mitarbeiter wurden übernommen. Die „Medizin in der Praxis“ kann weiterhin völlig unabhängig auf demselben Niveau betrieben werden. Der engere fachliche Austausch mit den Kollegen aus der Klinik ist ausgezeichnet und führt zu einer Optimierung der sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung. Zudem erfolgen auch weiterhin komplexere stationäre Eingriffe durch die Praxisärzte an den bisherigen kooperierenden Kliniken, unter anderem der Orthopädischen Klinik Hessisch Lichtenau, in hervorragender Art und Weise.

Zusammenfassend kann aus unserer Erfahrung die Übergabe einer orthopädisch-unfallchirurgischen Großpraxis an ein Klinik-MVZ als eine gute Wahl unter den verschiedenen Möglichkeiten einer Praxisübergabe gewertet werden. Auch bei diesem Weg ist es wichtig, frühzeitig neue Kolleginnen und Kollegen als Praxisnachfolger zu integrieren.

**Dr. med.
Gerd Rauch**

Ärztlicher Leiter
MVZ OCP Kassel
Lichtenau gGmbH
e. V.

E-Mail:

gerdrauch@t-online.de



Foto: privat

Mehr als 3.000 Praxen in Hessen bieten Videosprechstunde an

Seit Beginn der Corona-Pandemie bieten immer mehr Arztpraxen und Psychotherapeuten in Hessen ihren Patienten eine Videosprechstunde an – und immer mehr Menschen stehen dieser Art der Fernbehandlung positiv gegenüber. Während sich im vergangenen Jahr gerade einmal jeder Vierte (27 Prozent) vorstellen konnte, sich per Videochat ärztlich zu lassen, ist es heute jeder Zweite (51 Prozent).

Darauf weist die Techniker Krankenkasse (TK) in Hessen hin und bezieht sich auf eine eigene repräsentative Bevölkerungsbefragung in Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland. „Die Corona-

Pandemie hat die Digitalisierung im Gesundheitswesen erheblich beschleunigt. Videosprechstunden werden heute von den Patienten ganz selbstverständlich als Alternative zum physischen Arztbesuch in Anspruch genommen. Sie sind aber auch in den Praxen zu einer wertvollen Unterstützung des Alltags geworden“, sagt Dr. Barbara Voß, Leiterin der TK-Landesvertretung in Hessen. Die Angst vor einer möglichen Ansteckung und die Zeitersparnis führen die Befragten als Hauptgründe an. Nach Angaben der KV Hessen bieten aktuell 3.043 Praxen eine Videosprechstunde an. (red)

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)



Weniger Protonenpumpeninhibitoren zu verordnen, ist möglich!

Kurzfassung eines Artikels aus „Arzneiverordnung in der Praxis“, siehe unten.

Über Jahre sind Verordnungszahlen von Protonenpumpeninhibitoren (PPI) linear gestiegen, ohne dass sich parallel evidenzbasierte Indikationen ausgeweitet hätten. Evidenzbasiert und leitlinienkonform könnten die Verordnungszahlen ohne Schaden für die Patienten jedoch deutlich zurückgeführt werden (also unter 1,6 Milliarden Tagesdosen). Die kontroverse Diskussion um etwaige Nebenwirkungen der PPI steht hier jedoch nicht im Fokus.

Sieben Indikationsgruppen einer PPI-Behandlung lassen sich abgrenzen:

1. In der Intensivmedizin werden PPI zur Vorbeugung einer Stress-Ulkus-Blutung eingesetzt. Dies scheint auch nach aktuellen Daten wirksam. Eine Senkung der Mortalität ist aber nicht belegt. Die Vermeidung von Notfalldoskopien auf der Intensivstation ist jedoch ein nachvollziehbares Argument. Mit Verlegung von der Intensivstation, spätestens zum Entlassungszeitpunkt besteht diese Indikation nicht mehr.
2. Bei Refluxsymptomen ohne Hinweise auf eine Tumorerkrankung empfiehlt die Deutsche Reflux-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) eine probatorische Behandlung mit PPI über vier Wochen. Danach sollen beschwerdefreie Patienten nur noch eine bedarfsadaptierte PPI-Medikation erhalten. Anhaltend symptomatische Patienten bedürfen einer Diagnostik vor weiterer Therapie. Bewusst werden die Empfehlungen zu Lifestyle-Änderungen (Ernährung, Gewichtsreduktion, nächtliche Lagerung etc.) vor die Empfehlung zur PPI-Behandlung gestellt.
3. Das leitliniengemäße Vorgehen bei einer endoskopisch nachgewiesenen, aber leichten Refluxösophagitis Grad A oder B nach der Los-Angeles-Klassifikation entspricht dem Vorgehen bei einer probatorischen Behandlung von Refluxsymptomen. Auch bei endosko-

pischen Veränderungen Grad D und C sollte nach erfolgreicher Akutbehandlung eine Dosisreduktion angestrebt werden und nach einem Jahr stabiler Behandlung auch ein Auslassversuch mit ausschleichender Dosierung zur Vermeidung eines symptomatischen Säurerebounds erfolgen. Der Nachweis von Barrett indiziert per se keine PPI-Dauermedikation. Auch in dieser Situation wird die Indikation von der Entzündungsaktivität bestimmt.

4. Bei der funktionellen Dyspepsie haben PPI in Studien einen geringen, signifikanten positiven Effekt, der 10–20 % über der Placebowirkung liegt. Insbesondere Patienten mit schmerzdominanter oder refluxsymptomdominanter funktioneller Dyspepsie scheinen zu profitieren. PPI haben aber keine Zulassung in dieser Indikation und sind hier somit ein Off-Label-Use! PPI sind keine Dauermedikamente zur Behandlung der funktionellen Dyspepsie.
5. PPI sind Bestandteil aller etablierten Protokolle zur Behandlung einer Helicobacterpylori-Infektion. Die Indikation zu einer Eradikationsbehandlung ist nicht Gegenstand dieser Arbeit. Es wird auf die entsprechende deutsche Leitlinie verwiesen. Nach Abschluss einer erfolgreichen Eradikationsbehandlung besteht grundsätzlich keine Indikation zur Fortsetzung der PPI-Behandlung. Ausnahmen siehe unter 7.
6. Patienten mit Zustand nach einer gastroduodenalen Ulkusblutung unter einer Dauerbehandlung mit Acetylsalicylsäure (ASS), die Helicobacterpylori-positiv sind, bedürfen einer Eradikationsbehandlung ohne anschließende Dauertherapie mit PPI. Patienten mit gastroduodenaler Ulkusblutung ohne Helicobacterpylori-Infektion bedürfen einer PPI-Dauermedikation zur Reduktion des Blutungsrisikos. Dies gilt auch für den Zustand nach Ulkusblutungen unter sonstigen Thrombozytenaggregationshemmern, DOAK (Direkte orale Antikoagulantien) oder Vitamin-K-Antagonisten.

7. Risikokonstellationen einer Ulkusblutung können eine prophylaktische Dauertherapie mit PPI rechtfertigen. Eine besondere Rolle kommt hier Medikamenten zu, die selbst ulzerogen sind, wie z. B. nichtsteroidale Antirheumatika, oder die das Gerinnungssystem beeinflussen (siehe Tab. 1*).

Empfehlung zur Dauerprophylaxe mit einem PPI

- Dauerbehandlung mit einem traditionellen nichtsteroidalen Antirheumatikum (tNSAR) wie zum Beispiel Diclofenac und zumindest einem weiteren Risikofaktor aus Tab. 1*. Bei Umstellung auf einen selektiven COX-2-Inhibitor, kann auf die PPI-Dauermedikation verzichtet werden.
- Kombination eines tNSAR mit einem gerinnungsaktiven Medikament aus Tab 1*. Bei Coxiben besteht eine Empfehlung nur, wenn ein weiterer Risikofaktor aus Tab. 1* vorliegt.
- Kombinationsbehandlung mit mehr als einem der gerinnungsaktiven Medikamente aus Tab. 1*.

Bei einer Monotherapie mit einem der genannten gerinnungsaktiven Substanzen und einem weiteren Risikofaktor aus Tab. 1* geht die deutsche Leitlinie nicht über eine Kann-Formulierung hinaus [8].

Deprescribing PPI

Auf der Basis der zuvor zusammengestellten Indikationen kann ein strukturiertes Vorgehen formuliert werden, mit dem PPI-Verordnungen auf leitlinienkonforme Indikationen und Dosierungen reduziert werden (Abb. 1*). Der Themenkomplex 7 „Risikokonstellationen einer Ulkusblutung“ erfordert in einer alternden und damit auch polymorbiden Gesellschaft eine

regelmäßige Überprüfung, wenn sich der Gesundheitsstatus oder die Medikation der Patienten ändern. Allein die Kombination hohes Lebensalter und Polymedikation sind aber keine Indikation für eine PPI-Medikation. Eine prophylaktische Gabe von PPI während einer stationären Behandlung ist bei älteren Menschen mit Komorbidität und Komedikation oft aufgrund der zur Aufnahme führenden akuten Erkrankungssituation gerechtfertigt (siehe Tab. 1*). Diese Indikation besteht aber zum Entlassungszeitpunkt typischerweise nicht mehr. Gerade zum Zeitpunkt der Entlassung aus einer stationären Behandlung sollten der entlassende und der weiterbehandelnde Arzt die Indikation einer PPI-(Dauer)-Medikation kritisch prüfen.

Fazit

Durch ein strukturiertes Vorgehen, dass die bestehenden Indikationen zur Behandlung mit PPI beachtet, ist in vielen Fällen eine Dosisreduktion und auch eine Beendigung einer PPI-Medikation ohne Schaden für den Patienten möglich.

Dr. med. Ulrich Rosien
Hamburg
E-Mail: u.rosien@ik-h.de

* Den vollständigen Artikel mit Tab. 1 und Abb. 1 sowie Literatur lesen Sie in „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP) 2019; 46: 114–118, kostenfrei abrufbar unter: www.akdae.de.



Nebenstehender QR-Code für Smartphones führt direkt zum Artikel.

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

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

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

Relaunch der Website www.laekh.de

Seit Ende August 2020 hat die Landesärztekammer Hessen (www.laekh.de) einen neuen Internet-Auftritt. Dadurch 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.

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060064668 ausgestellt am 23.03.2020 für Dr. med.

Joachim Baron, Kronberg

Arztausweis-Nr. 060042302 ausgestellt am 11.03.2016 für Dr. med.

Alexander Benz, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060050141 ausgestellt am 18.09.2017 für Johannes Freund, Oberursel

Arztausweis-Nr. 060050350 ausgestellt am 02.10.2017 für Florian Gamon, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060068163 ausgestellt am 18.09.2020 für Eslam Hegazy, Limburg

Arztausweis-Nr. 060068507 ausgestellt am 05.10.2020 für Dr. med.

Gunter Isselstein, Eichenzell

Arztausweis-Nr. 060063541 ausgestellt am 04.02.2020 für Dr. med.

Christoph Jensch-Schick, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060048978 ausgestellt am 23.06.2017 für Miriam Kaiser, Marburg

Arztausweis-Nr. 060065257 ausgestellt am 28.04.2020 für Dr. med.

Kerstin König, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060062764 ausgestellt am 20.12.2019 für Dr. med. univ.

Emanuel Lipinski, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060047379 ausgestellt am 27.02.2017 für Dr. med. Petra Luigs, Kassel

Arztausweis-Nr. 060055345 ausgestellt am 20.08.2018 für Ltd. Med. Dir. i. R. Dr. med. Katharina Müller, Kassel

Arztausweis-Nr. 060060774 ausgestellt am 26.08.2019 für Dr. med.

Melanie Poulin, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060069076 ausgestellt am 26.02.2018 für Sjaiful Anwar Rangkuty, Rotenburg

Arztausweis-Nr. 060048807 ausgestellt am 09.06.2017 für Dr. med.

Shella Schirman, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060047171 ausgestellt am 13.02.2017 für Ralf-Christoph Seitz, Hofgeismar

Arztausweis-Nr. 060046696 ausgestellt am 18.01.2017 für Dorde Stefanovic, Bad Nauheim

Arztausweis-Nr. 060046730 ausgestellt am 20.01.2017 für Duy Tran Le, Hanau

Arztausweis-Nr. 060051417 ausgestellt am 14.12.2017 für Dr. med.

Michael Ulmer, Taunusstein

Arztausweis-Nr. 060045097 ausgestellt am 10.10.2016 für Dr. med.

Nikolaus von Meibom, Dreieich

Ehrungen MFA/
Arzthelfer*innen

Wir gedenken der Verstorbenen



Foto: © Andreas Grühl – stock.adobe.com

Bücher



Manfred Schulz:
**Notfälle – Begegnungen eines Arztes
im Einsatz**

Charles Verlag 2020, 148 Seiten, kartoniert,
ISBN 9783948486075, € 14, auch E-Book

Der Frankfurter Allgemeinmediziner und Geisteswissenschaftler Manfred Schulz kann auf eine lange Laufbahn im ärztlichen Bereitschaftsdienst zurückblicken. „Notfälle“ hält die denkwürdigsten Einsätze fest. Wer nun drastische Darstellungen vital bedrohlicher Extremsituationen erwartet, wird enttäuscht. Vieles ist psychosozialer Natur, oft verbunden mit Armut oder großem Reichtum, manchmal zunächst skurril oder befremdlich.

Manfred Schulz schafft es jedoch durch seine respektvolle und zurückhaltende Erzählweise, einen würdevollen Umgang mit seinen Protagonisten zu finden und ihre innere Not in den Vordergrund zu stellen. Selbstverständlich nennt er weder Namen noch Diagnosen, um sie nicht identifizierbar zu machen. Bereits nach wenigen Sätzen entfalten sich Persönlichkeit und Situationen, fiebern die Leser mit. Geschildert wird das breite Spektrum der ärztlichen Tätigkeit im Bereitschaftsdienst und gesellschaftliche Missstände in der Großstadt Frankfurt am Main. Die Heilkunst kann hier, wenn überhaupt, nur Symptome behandeln und steht den Ursachen hilflos gegenüber. Davon eindrücklich zu berichten, ohne es auch nur ein einziges Mal anzusprechen, ist sicherlich die beeindruckendste Leistung des Autors. **Svenja Krück**

Hessisches Ärzteblatt

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

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

Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts): Dr. med. Peter Zürner

Stellvertreter: Dr. med. H. Christian Piper
(beide sind Mitglieder des Präsidiums der LÄK Hessen)

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin
Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)
Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)
Prof. Dr. med. Hans-Rudolf Tinneberg (Akademie)

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

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

Versorgungswerk: Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: haebel@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

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: DAAEDED

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 3. Quartal 2020:
Druckauflage: 37.775 Ex.; Verbreitete Auflage: 37.519 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