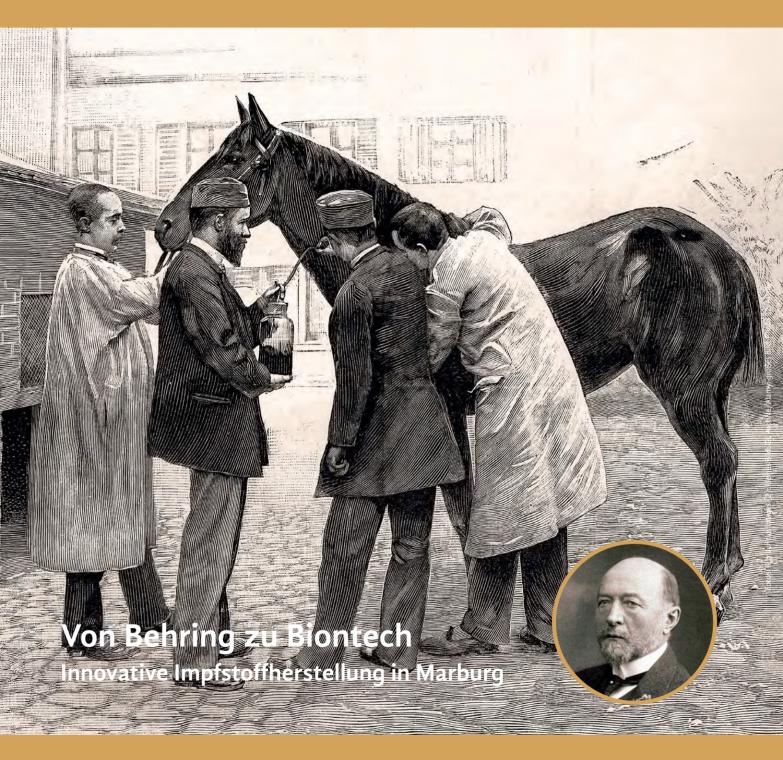
Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

3 | 2021





Neue Serie "Selbsthilfe" Entstehungsgeschichte der Selbsthilfe in Deutschland und aktueller Stand der Selbsthilfeforschung Psychotische Erkrankungen Zertifizierte Fortbildung über die integrierte Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus Corona-Update

Virologie, Gesundheitsamt und ärztlicher Praxisalltag: Drei Ärztinnen berichten über die aktuelle Lage

Vor 90 Jahren

orona hat uns nach wie vor fest im Griff, auch wenn sich allen Widrigkeiten zum Trotz nun endlich erste Lichtblicke abzeichnen. Aber vielleicht geht es Ihnen so wie mir. Wenigstens ab und zu soll die Rede auch einmal von einem virenfreien Thema sein. Deswegen werfe ich heute einen Blick in die Vergangenheit, und zwar in die Vergangenheit der hessischen Ärzteschaft.

Vor wenigen Monaten gelangten wir in den Besitz mehrerer gebundener Jahrgänge des Hessischen Ärzteblatts aus den 1930er-Jahren. Dies verdanken wir dem Kollegen PD Dr. med. Frank Bergmann, Chefarzt der Pathologie des Klinikums Darmstadt. Anlässlich des bevorstehenden Umzugs der Pathologie in das neue Klinikgebäude wurden beim Räumen der alten Unterkunft auch viele alte Unterlagen gefunden. Darunter waren die eben genannten gebundenen Jahresausgaben. Statt die "alten Schinken" einfach dem Altpapier zu überlassen, informierte Bergmann die Landesärztekammer und brachte die Bände persönlich zu uns nach Frankfurt. Wir waren hocherfreut, reichten doch unsere eigenen Unterlagen bislang nur bis zum Jahr 1954 zurück.

So habe ich die Gelegenheit genutzt und den ältesten Band aus dem Jahr 1931 durchgeblättert und fand gleich auf den ersten Seiten Protestnoten gegen die Notverordnungen der Jahre 1930 und 1931. Danach sollten die Krankenkassen unter anderem ärztliche Prüfstellen gründen und Vertrauensärzte zur Durchführung von Nachuntersuchungen einstellen. Dazu äußerte ein Kollege im Hessischen Ärzteblatt: "Bisher war der Arzt in seiner Behandlungstätigkeit im wesentlichen dem Kranken und sich selbst verantwortlich und unterstand in erster Linie der Aufsicht seiner kassenärztlichen Organisation. Künftig soll der Kassenarzt der Kontrolle durch eine neu geschaffene Kategorie von beamteten Aerzten, nämlich der Vertrauensärzte der Krankenkassen unterworfen werden. Wird der Arzt aber dadurch in seinen Entscheidungen unfrei und gehemmt, so muß er das Vertrauen seiner Kranken und seine Berufs- und Verantwortungsfreudigkeit verlieren."

Durch die Notverordnung vom 26. Juli 1930 wurde auch die Verhältniszahl für Kassenärzte auf 1:1.000 Versicherte gesenkt. Dazu findet sich die folgende Kritik: "Für die Bemessung der Zahl der Kassenärzte sieht die Gesetzgebung eine Regelung vor, die für die Versorgung der Versicherten unzulänglich ist und über dies die Bedürfnisse der übrigen Bevölkerung völlig außer acht läßt." Hier verwies der Autor übrigens auf eine kleine Grippe-Epidemie im Februar 1931 im Raum Gießen, die sich gerade noch bewältigen ließ, und warnte vor größeren Epidemien bei sinken-

Kommt Ihnen das nicht vertraut vor? Aus den Vertrauensärzten wurde der Medizinische Dienst der Krankenkassen, jetzt nur noch der Medizinische Dienst. Aus der Bemessung der Zahl der Kassenärzte wurde die Bedarfsplanung.

An anderer Stelle spricht der Kollege Dr. W. Neumann-Spengel zur Reform der Krankenversicherung: "Es wird wohl kaum einen Kassenarzt geben, der nicht schon oft genug über die Kassenpraxis gestöhnt hätte! Die anstrengende, oft wenig erfreuliche Arbeit bei meist recht bescheidender Bezahlung, die vielen unvermeidlichen Schreibereien und sonstigen Unannehmlichkeiten mögen oft genug den Wunsch entstehen lassen, daß es überhaupt keine Kassenpraxis geben möchte!" und kommt an späterer Stelle dennoch zu einer positiven Einschätzung, denn ohne eine Krankenversicherung sah er die Gefahr nicht beglichener Privatrechnungen, aus Sparsamkeit vermiedene oder verspätete Arztbesuche oder gar das Aufsuchen von Kurpfuschern.

Ich habe auch eine kleine Statistik über deutsche Ärztinnen gefunden. Deren Zahl war von 82 im Jahre 1900 auf 2.562 im Jahre 1929 gestiegen. Im gleichen Jahr studierten 2.715 Frauen allgemeine Medizin. 1931 gab es in Deutschland 45.332 Ärztinnen und Ärzte. Ende des Jahres 2019 verzeichnete die Bundesärztekammer übrigens insgesamt 402.118 berufstätige Ärztinnen und Ärzte in ganz Deutschland.

Und dann fiel mir eine "Warnung vor dem Medizinstudium" des Verfassers Oelemann ins Auge. Er warnte vor dem Hintergrund der Zulassungsbeschränkung durch die Notverordnung vor einer fast 100%igen Existenzunmöglichkeit. Wir Babyboomer erinnern uns an die 1980er-Jahre, als vor einer Ärzteschwemme gewarnt wurde. Heute freuen wir uns über jeden Kollegen aus dieser Studierendengeneration, der seinen Berufsaustritt verschiebt.



Dr. med. Edgar Pinkowski Präsident

PS: Vielleicht verfügt die eine oder der andere ebenfalls über alte Ausgaben des Hessischen Ärzteblatts. Falls sich darunter die Jahrgänge 1925 bis 1930 finden, bitte ich Sie herzlich um Kontaktaufnahme per E-Mail an haebl@laekh.de.



Update zur Covid-19-Pandemie

Das, was gestern noch galt, gilt schon heute oder morgen nicht mehr. Deshalb folgt in diesem Heft ein "Update" zur Covid-19-Pandemie. Prof. Dr. med. Sandra Ciesek, Dr. med. Birgit Wollenberg und Dr. med. Sylvia Mieke berichten aus der Virologie, dem Gesundheitsamt und der Niederlassung zur aktuellen Lage.

155-159



Neue Serie "Selbsthilfe"

Beginnend mit diesem Heft möchten wir die Selbsthilfe in einer losen Serie in den Fokus rücken. Jürgen Matzat leitet in das Thema ein und zeichnet die Entstehungsgeschichte der Selbsthilfe in Deutschland präzise nach. Ein zweiter Beitrag beleuchtet den aktuellen Stand zur (Krebs-)Selbsthilfeforschung.

168-175

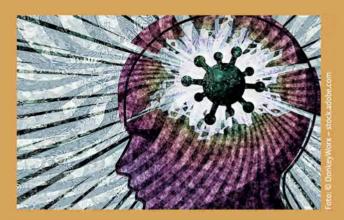
Editorial: Vor 90 Jahren	
ÄrztekammerDie neuen Weiterbildungsbefugnisse 2020 in Hessen176Vertrauensstelle unter neuer ärztlicher Leitung/Interview mit Dr. med. Gunther Rexroth & Dipl. Inf. Martin Rapp200	
Fortbildung: CME – Integrierte Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen 180	
Mensch und Gesundheit – mit Schwerpunkt SelbsthilfeSelbsthilfe: Hoffnung als Lebenselixier/Selbsthilfe in Deutschland – eine Erfolgsgeschichte168/169Selbsthilfeforschung im Bereich der Krebs-Selbsthilfe172Ein Jahr zwischen Alarmismus und Verleugnung – Die seelische Verfassung in Zeiten der Corona-Pandemie160Von Behring zu Biontech – Innovative Impfstoffherstellung in Marburg166	
Bekanntmachungen	
Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 188 Fort- und Weiterbildungen für für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 194 Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 177/202	
NachrichtenWebtipp: Informationen zur Corona-Schutzimpfung159Neue Lancet-Kommission "Medizin und Holocaust"167Bewegte Aktive Tafel Netzwerk BEATA175Der Verzeichnisdienst – das Adressbuch der Telematikinfrastruktur179	



CME: Psychotische Erkrankungen

und deren integrierte Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus sind Thema der zertifidenen Prägnanztypen, die schizoaffektiven und anhaltend wahnhaften Störungen sowie akute

180-187



Seelische Verfassung in der Corona-Pandemie Der plötzliche und wiederholte Lockdown der Gesellschaft und der Bruch unserer gewohnten Normalität stellen eine "potenziell traumatisieinsbesondere in diesen Zeiten die Resilienzförderung ist und was ein jeder für sich tun kann, beschreibt Dr. med. Matthias Bender.

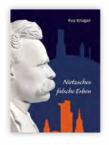
160

Im Gespräch: Update zur Covid-19-Pandemie

Prof. Dr. med. Sandra Ciesek gegen zu schneile Lockerungen	T22
Dr. med. Birgit Wollenberg: "Mutationen haben zurzeit noch keine Auswirkungen auf die Inzidenzzahlen"	156
Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke berichtet aus ihrer Praxis in Frankfurt/Nordwest	158
Ärztlicher Berufsalltag: Umgang mit der Videosprechstunde in der Psychotherapie	164
Parlando: Grüner Dschungel in der Stadt: "Einfach Grün" – eine Ausstellung im Deutschen Architekturmuseum	178
Aus den Bezirksärztekammern: Brennpunkt Krankenhaus – Ärzte Club Wiesbaden diskutiert zeitgemäße Entwürfe	
" " " " " " " " " " " " " " " " " " "	/198
Personalia & Nachrufe auf Dr. med. Peter-Joseph Pfuhl, Andreas Georg Illes, Dr. med. Hans-Friedrich Spies 196,	/199
Bücher: Handbuch der Psychoedukation – für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	187

Impressum





Nietzsches falsche Erben

Eva Krüger

S. 165

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)



9 Andrii – stock.adobe.com

206

Weiterbildung funktioniert nicht im Homeoffice

n welcher Dauer uns die Pandemie beschäftigen und damit unseren Arbeitsalltag massiv beeinflussen wird, hat im März 2020 wohl kaum jemand voraussehen können. Nun gibt es mittlerweile eine nicht geringe Anzahl an jungen Kolleginnen und Kollegen, die ihre Weiterbildung in dieser Zeit begonnen haben, sowie einige Prüfungsanwärter, welche eigentlich ihre Facharztprüfung im vergangenen Jahr absolvieren wollten. Im Ausschuss "Ärztlicher Nachwuchs" der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) haben wir seit Beginn der Pandemie die erschwerten Bedingungen der Weiterbildung diskutiert. Rotationspläne wirbeln durcheinander, die Arbeit wird auf die Intensivstation, Covid-19-Station oder Notaufnahme verlagert, für die Weiterbildung zu erlernende Operationen werden abgesagt. Aber auch Fortbildungskurse, welche Bestandteil mancher Facharztweiterbildungen sind, können nicht oder nur

verzögert stattfinden. Für manche wird sich die Facharztprüfung hierdurch nach hinten verschieben – einige Dinge können inhaltlich aufgefangen werden. Auch grundsätzliche Fragen der Weiterbildung im Zusammenhang mit der Pandemie beschäftigen angehende Fachärztinnen und -ärzte:

- Wird mir ein Beschäftigungsverbot in der Schwangerschaft zum Nachteil in der Weiterbildung?
- Kann ich die vermehrte T\u00e4tigkeit auf der Intensivstation f\u00fcr Zeiten in anderen Bereichen anrechnen?
- Verlängert sich mein Arbeitsvertrag um etwaige Ausfallzeiten in der Rotation?

Ein lesenswerter Artikel zu häufigsten Fragen in diesem Kontext ist in der Ausgabe des HÄBL 12/2020, S. 672 erschienen. Das in dieser Zeit die neue Weiterbildungsordnung und damit das in der Februarausgabe des HÄBL vorgestellte eLogbuch zur Dokumentation der Weiterbildung eingeführt wurden, ist aber kein zusätzliches Hindernis.

In der Kammer wurden große Anstrengungen unternommen, die Weiterbildungsabteilung auf die neue Weiterbildungsordnung vorzubereiten und den Start des eLogbuches ohne Reibungsverlust beginnen zu können.

Bisher (Stand Mitte Februar 2021) haben sich von den aktuell 7.115 in der Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte 506 im eLogbuch registriert – Sie können dies über das Mitgliederportal der LÄKH tun, mehr dazu findet sich im HÄBL 02/2021. Ein repräsentatives Feedback-Volumen gibt es daher noch nicht. Außerdem werden diejenigen, die nach WBO 2005 beenden, vermutlich noch nicht über das eLogbuch dokumentieren.



"Das eLogbuch kann zu einer Stütze der Weiterbildung unter Pandemie-Bedingungen werden."

Mit dem eLogbuch haben Sie aber die Möglichkeit, sich stetig einen besseren Überblick über die zu erlernenden Kompetenzen und Kenntnisse zu verschaffen und dies mit der verbleibenden Zeit abzugleichen. Falls Sie sich eine Demoversion des eLogbuchs ansehen möchten, finden Sie diese auf den Seiten der Bundesärztekammer (BÄK).

Ich möchte Sie ermutigen: Nutzen Sie die Möglichkeiten der Logbuchdokumentation in engen Zeitabschnitten, damit Ihnen unter der derzeitigen Unwegsamkeit keine Inhalte für die Zulassung zur Facharztprüfung verloren gehen. Ebenfalls ist die regelmäßige Dokumentation der Weiterbildungsgespräche sehr sinnvoll – falls unerwartete Hindernisse im weiteren Werdegang auftreten.

Ein Jahr vor dem geplanten Ende der Weiterbildung können Sie bei relevanten Unklarheiten darüber hinaus mit einem Vorwegentscheid durch die Weiterbildungsabteilung prüfen lassen, welche

Voraussetzung zur Prüfungszulassung bereits erfüllt sind. So vermeiden Sie spätere Verzögerungen. Mindestens ebenso wichtig: Alle Kolleginnen und Kollegen mit einer Befugnis zur Weiterbildung müssen ausreichend über die neuen Gegebenheiten informiert sein – von großen Abteilungen an den Unikliniken bis zur Niederlassung mit einjähriger Befugnis.

Einige Jahre wird es eine Übergangszeit mit einer Weiterbildung nach der alten und der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) geben. Auch für die derzeitigen Weiterbilder ist ein Antrag zur Befugnis für die neue WBO innerhalb von drei Jahren zu stellen und eine Überprüfung wird sukzessive erfolgen.

Den Weiterbilderinnen und Weiterbildern kommt aus meiner Sicht bei der Umsetzung des eLogbuches eine noch wichtigere Rolle zu, siehe dazu auch den Beitrag auf Seite 176.

Bitte nutzen Sie die Informationsquellen der LÄKH/BÄK und die zukünftig kommenden "train the trainer"-Seminare – für eine rasche Etablierung dieses wichtigen Tools der neuen WBO. Vergleichen Sie die eventuell abweichenden Inhalte der neuen WBO mit der WBO 2005. Damit könnte das eLogbuch zu einer Stütze der Weiterbildung unter den erschwerten Bedingungen werden. Mein Appell an alle Kolleginnen und Kollegen in Niederlassung und Klinik: Weisen Sie Ihre Kollegen auf das eLogbuch hin und beginnen Sie mit der Dokumentation der Inhalte – insbesondere der Weiterbildungsgespräche.

Dr. med. Lars Bodammer Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

Die neuen Weiterbildungsbefugnisse 2020 in Hessen: Ein Artikel mit Details zu den neuen kompetenzbasierten Befugnissen für die Weiterbilder, die nach der neuen Weiterbildungsordnung WBO 2020 für Hessen eingeführt werden, findet sich Seite 176.







Update zur Covid-19-Pandemie

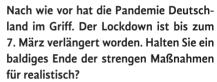
Die Corona-Pandemie stellt die Medizin vor große Herausforderungen. Das, was gestern noch galt, gilt schon heute oder morgen nicht mehr. Deshalb folgt hier ein "Update" zur Covid-19-Pandemie – nach unserem Interview in Ausgabe 12/2020 mit Prof. Dr. med. Sandra Ciesek fragen wir erneut bei der Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main und Professorin für Medizinische Virologie an der Goethe-Universität nach, was

sich geändert hat. Auch Dr. med. Birgit Wollenberg, Leiterin des Gesundheitsamtes Marburg-Biedenkopf, berichtet ein weiteres Mal - ein Dreivierteljahr nach unserem ersten Gespräch im HÄBL 06/2020 – über die Lage im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Außerdem berichtet Dr. med. Sylvia Mieke, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Delegierte der LÄKH, aus ihrer Praxis in Frankfurt am Main.

Stand: 17.02.2020

"Varianten machen Verlauf schlechter vorhersehbar"

Prof. Dr. med. Sandra Ciesek gegen zu schnelle Lockerungen



Prof. Dr. med. Sandra Ciesek: Es ist sehr ermutigend, dass die eingeleiteten Maßnahmen Erfolge zeigen und die Fallzahlen zurückgehen. Natürlich wünscht man sich da jetzt Lockerungen – allerdings darf das auf keinen Fall zu rasch erfolgen, um den Erfolg nicht zu gefährden. Sonst würde der nächste Anstieg drohen.

Daten einer Studie aus Oxford haben ergeben, dass die neue Corona-Variante B.1.1.7 aus Großbritannien bis zu 35 Prozent infektiöser ist als der ursprüngliche Typ des Virus. Neben der britischen Variante sind in Hessen bereits die in Südafrika und Brasilien entdeckten Corona-Mutanten festgestellt worden. Ist die Sorge berechtigt, dass wir die Pandemie nicht mehr unter Kontrolle bringen, wenn sich die Mutationen ausbreiten?

Ciesek: Auch die neuen Varianten kann man unter Kontrolle bringen. Etwa in Großbritannien waren die Fallzahlen zuletzt deutlich rückläufig. Dass die neuen Varianten auch in Deutschland immer häufiger gefunden werden, ist aber auf jeden Fall ein weiterer Grund, nicht zu rasch Lockerungen durchzusetzen, die dann einen erneuten, rasanten Anstieg begünstigen könnten, bevor ein großer Teil der Risikopatienten durch eine Impfung geschützt werden konnte.



Prof. Dr. med. Sandra Ciesek

Wird inzwischen bei Corona-Tests gezielt sequenziert, um die Mutanten festzustellen? Oder wird nach der Einreise aus bestimmten Ländern oder aufgrund besonderer Symptome eine Analyse der Sequenz vorgenommen?

Ciesek: Es wird sowohl anlassbezogen nach Mutationen geschaut, etwa nach einer Reise aus Gebieten, in denen bestimmte Varianten sehr häufig vorkommen, oder bei Ausbrüchen. Es wird aber auch ungezielt ein gewisser Anteil aller auf SARS-CoV-2 untersuchten Proben auf neue Varianten untersucht oder komplett sequenziert.

Welche Maßnahmen sind notwendig, um die Ausbreitung der Coronavirus-Varianten zu stoppen oder zumindest zu verlangsamen?

Ciesek: An erster Stelle steht, dass die ohnehin schon bekannten Maßnahmen weiterhin so konsequent wie möglich angewendet werden. Besorgniserregende Varianten, die bei uns bisher hauptsächlich über Reisende eingeführt wurden, müssen konsequent an der Verbreitung gehindert werden. Dazu kann dann zählen, dass Reisende aus bestimmten Ländern bei der Einreise einen negativen Test vorweisen und sich zunächst in Quarantäne begeben

Sie haben am 6.11.2020 die Ergebnisse der SAFE KiDS-Studie veröffentlicht. Welche Rolle spielen Kinder, die nach aktuellen Informationen besonders empfänglich für die Corona-Variante B.1.1.7 sein sollen, bei der Verbreitung des Virus?

Ciesek: Zunächst mal sehe ich bei B.1.1.7 keine besondere Empfänglichkeit bei Kindern, sondern eine höhere Ansteckungsgefahr, die von allen Altersgruppen ausgeht. In der SAFE KiDS-Studie konnten wir zeigen, dass in hessischen KiTas im Sommer das Virus sehr selten gefunden werden konnte, hier war aber auch die gesamte Inzidenz sehr niedrig. Wie die Situation nun im Winter aussieht und ob dabei die neuen Varianten eine Rolle spielen, das untersuchen wir gerade in einer zweiten Phase dieser Studie.

Corona-Impfungen gelten als Weg aus der Krise. Doch der Start der Impfungen verläuft schleppend. Wirken die bekannten Impfstoffe – von Biontech, Moderna und Astra-Zeneca – auch gegen die Mutationen?

Ciesek: Einige Untersuchungen zur Wirksamkeit der Impfung bei neuen Mutationen laufen noch, und wir erwarten in den nächsten Monaten hierzu weitere Erkenntnisse. Bisher gab es Hinweise, dass bei der neuen Variante B.1.1.7 die mRNA-Impfstoffe, die in Deutschland bereits zugelassen sind, ebenso wirksam sind wie bei dem hier vorherrschenden "Wildtyp". Glückli-

cherweise können die bisher in der EU zugelassenen Impfstoffe an neue Varianten angepasst werden.

Bei der Antikörpertherapie sollen Antikörper aus dem Blut genesener Corona-Patienten Kranken helfen. Für wen eignet sich diese Therapie?

Ciesek: Antikörper sind zur Therapie schlecht geeignet, wenn die Infektion bereits fortgeschritten ist und schwere Symptome vorliegen. Wirksam sind sie vor allem, wenn man eine Therapie sehr früh beginnt – also direkt nach Beginn der ersten Symptome oder sogar vorher. Hierbei müssen die Antikörper im Blutplasma der

Spender, die eine Infektion bereits durchgemacht haben, aber gut charakterisiert werden. Man sollte schauen, wie viele spezifische Antikörper gegen SARS-CoV-2 vorliegen und vielleicht sogar, ob z. B. keine Autoantikörper gegen Interferone vorliegen. Alternativ kann man aber auch auf sogenannte "monoklonale Antikörper"-Produkte zurückgreifen, zu denen es zuletzt vielversprechende Daten gab.

Welche Voraussetzungen müssen aus Ihrer Sicht für mögliche Lockerungen der Corona-Regeln erfüllt sein? Können Antigen-Tests auch für den privaten Gebrauch einen Beitrag dazu leisten?

Ciesek: Das Auftreten der neuen Varianten macht den Pandemieverlauf in den kommenden Monaten noch schlechter vorhersehbar, als er ohnehin schon ist. Lockerungen in dem aktuellen sehr erfreulichen Abwärtstrend der Fallzahlen könnten auch schnell in einen weiteren schnellen Anstieg führen. Die grundlegenden Maßnahmen werden uns somit noch weiter begleiten, bis wir es schaffen, einen großen Anteil der Bevölkerung durch eine Impfung zu schützen.

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

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.

Interview: Katja Möhrle Stand: 17.02.2021

"Mutationen haben zurzeit noch keine Auswirkungen auf die Inzidenzzahlen"

Corona-Update Gesundheitsämter: Gespräch mit Dr. med. Birgit Wollenberg

Zur aktuellen Covid-19-Situation bei den Gesundheitsämtern berichtet zum zweiten Mal im HÄBL Dr. med. Birgit Wollenberg. Sie leitet das Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf und ist Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft der ärztlichen Leitungen der hessischen Gesundheitsämter. Das erste Interview mit ihr zum Thema findet sich in Ausgabe 6/2020, S. 332.

Im Frühjahr 2020 bezweifelten Sie, dass die Gesundheitsämter einen erneuten exponentiellen Anstieg in einer zweiten Welle schaffen würden. Wie beurteilen Sie das heute?

Dr. med. Birgit Wollenberg: In der ersten Welle im Frühjahr 2020 haben die Gesundheitsämter die Krise aus eigener Kraft bewältigt. Auch in unserem Gesundheitsamt mussten wir alle anderen Aufgaben stilllegen und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Bewältigung der Krise einsetzen. Durch den Lockdown konnte die Welle damals gebrochen werden. Im Landkreis Marburg-Biedenkopf hatten wir im März 2020 eine 7-Tages-Inzidenzspitze von 26 Neuinfektionen/100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, die wir

unter Aufbietung aller Kräfte im Gesundheitsamt bewältigen konnten.

Jetzt in der zweiten Welle war der Ansturm noch viel gewaltiger. Der Landkreis Marburg-Biedenkopf war als einer der ersten Landkreise von der zweiten Welle betroffen. Wir hatten mit einem exponentiellen Anstieg mit einer Verdreifachung der Fallzahlen von einem auf den anderen Tag zu tun. Die Gesamtinzidenz ist dann auf knapp 260 Neuinfektionen/100.000 Einwohner angestiegen. In dieser Zeit hat es das Gesundheitsamt nicht mehr aus eigener Kraft geschafft. Wie in allen Gesundheitsämtern ist Verstärkung aus den





verschiedensten Bereichen gekommen: Verwaltungsmitarbeiter aus anderen Bereichen, befristete Neuanstellungen von Helfern, sogenannte RKI-Containmentscouts, Medizinstudierende aus dem Programm Medis4ÖGD und auch durch die Bundeswehr. Einige Landkreise, auch wir in Marburg-Biedenkopf, haben die Personenzahl, die mit der Pandemiebekämpfung beschäftigt ist, mindestens verdoppelt, teilweise verdreifacht. Die Gesundheitsämter leiten jetzt zwei Bereiche: das "Rumpfgesundheitsamt", wo alle Aufgaben in reduzierter Form weitergemacht werden. Und sie leiten ihr Pandemieteam. Es gibt immer noch eine Basisversorgung im sozialpsychiatrischen Dienst, im kinder- und jugendärztlichen Dienst, auch in der Trinkwasserüberwachung, bei Hygienefragen bei Begehungen, im Gutachtenwesen etc. Überall werden die Aufgaben zwar mit verminderter Intensität, aber im Basisprogramm weitergeführt. Unser Pandemieteam ist mindestens doppelt so groß wie die ursprüngliche Besatzung. Wir sind normalerweise 70 Leute im Gesundheitsamt und mein Corona-Team sind allein 150. Dann kann man das schaffen. Fulda hat zum Beispiel die Kontaktpersonennachverfolgung von 55 auf 200 Personen erhöht.

Immer wieder wird davon berichtet, dass die Gesundheitsämter nicht mehr in der Lage seien, sämtliche Fälle zu ermitteln. Können Sie dies bestätigen?

Wollenberg: Wir schaffen das jetzt. Wir schaffen die Kontaktpersonennachverfolgung, wir schaffen die Fallermittlung, wir haben jetzt ein ganz neues großes, aber auch sehr gut organisiertes Team mit mehreren spezialisierten Einheiten für Alten- und Pflegeheime, Krankenhäuser und Arztpraxen, Schulen und Kitas mit festen Ansprechpartnerinnen und -partnern und einem direkten Draht für die jeweiligen

Dr. med. Birgit Wollenberg ist Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen sowie Fachärztin für Innere Medizin (Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung). Seit 2015 leitet sie das Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf. Zuvor war sie dort

bereits als Ärztin tätig. Ihre Weiterbildung zur Fachärztin für Innere Medizin absolvierte sie am Universitätsklinikum Marburg. Danach erfolgte die Weiterbildung zur Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen am Gesundheitsamt in Marburg.



Dr. med. Birgit Wollenberg: "Die Wertschätzung für unsere Arbeit ist sehr gestiegen!"

Einrichtungen. Wenn man diesen Aufwand betreibt, dann geht es.

In der Umstellungsphase, als wir am Anfang der zweiten Welle waren und diesen rasanten Anstieg innerhalb weniger Tage hatten, haben wir das auch nicht geschafft. Da hatten wir das Gefühl, ein Tsunami reißt uns die Füße weg. Man muss ja diesen ganzen Apparat erst aufbauen. Das dauert einige Tage. In der Umstellungsphase läuft dann nicht gleich alles reibungslos. Da kann es auch mal zu Meldeverzug oder Doppelmeldungen kommen - nicht alle bestätigten Fälle und Kontaktpersonen werden zeitnah angerufen. Das geht allen Regionen so, in denen gerade ein massiver Anstieg vorkommt, und das sind Dinge, die in einer steilen Anstiegsphase wahrscheinlich nie zu 100 Prozent zu verhüten sind. Bis man alles zusammen hat und der Laden dann wirklich rund läuft, braucht es etwas Zeit. Die inhaltliche Personalschulung ist dabei ein wichtiger Faktor, aber auch die Beschaffung der Infrastruktur wie z.B. Arbeitsplatz, PCs; Telefon und Headsets, Software (+ Schulung) sind zu leisten.

Wenn der Apparat dann steht, können die Leute bei sinkender Inzidenz auch wieder an ihren ursprünglichen Arbeitsplatz zurück, Urlaub machen oder freigestellt werden - so auch bei uns: Der Landkreis Marburg-Biedenkopf hat gerade eine der niedrigsten 7-Tages-Inzidenzen von Deutschland von knapp über 40. Damit die bewährten Kräfte sofort wieder aktiviert werden können, ist jedoch wichtig, dass sie geschult bleiben, da sich fachliche und auch organisatorische Dinge laufend ändern. Außerdem nutzen wir die relativ niedrigen Fallzahlen, um alle Prozesse auf die Software Sormas umzustellen.



Welche Auswirkungen haben die nun auch in Deutschland aufgetretenen Virusmutationen aus Ihrer Sicht?

Wollenberg: Bei uns ist die Virusvariante B.1.1.7 bisher in 18 Fällen nachgewiesen worden (Stand 12.2.2021). Dabei handelt es sich um einen Ausbruch in einem Alten- und Pflegeheim mit Folgeinfektionen. Trotzdem haben wir sinkende Inzidenzen. Unsere Erfahrung ist daher, dass die Mutationen zurzeit noch keine Auswirkungen auf die Inzidenzzahlen haben. Bislang setzt sich unser Trend weiter fort und die Inzidenz wird immer niedriger. Dennoch schätzen wir die Lage als brisant ein. Es ist nicht vorhersehbar, ob die Maßnahmen des aktuellen Lockdowns ausreichen, um einen erneuten exponentiellen Anstieg abzubremsen, und erst recht nicht, was passiert, wenn der Lockdown gelockert wird. Wir sind da sehr aufmerksam und nehmen die Lage sehr ernst.

Wie steht es derzeit um die personellen Ressourcen bei den hessischen Gesundheitsämtern? Und wie belastet ist das Personal?

Wollenberg: Die zusätzlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie z.B. auch die RKI-Scouts sind befristet eingestellt oder abgeordnet. Viele Befristungen laufen gerade aus. Wir bemühen uns derzeit um Verlängerungen aller befristeten Verträge bis mindestens Ende Juni – am Besten länger.

Unser Kernpersonal, also das ärztliche und medizinische Fachpersonal des Gesundheitsamtes, ist allerdings dauerhöchstbelastet. Da macht sich eine gewisse Er-



schöpfung bemerkbar. Die Krise dauert ja jetzt auch schon elf Monate. Und die Krise ist dadurch gekennzeichnet, dass es immer wieder phasenweise Verschärfungen oder Zuspitzungen gibt. Das geht bei allen an die Substanz.

Was ist aus Ihrer Sicht erforderlich, um an dieser Stelle Abhilfe zu schaffen?

Wollenberg: Das Fachpersonal braucht Gelegenheit für eine längere Erholungsphase. Das ist leider gar nicht in Sicht. Das kann nur gewährleistet werden, indem mehr Fachpersonal eingestellt wird, z.B.

über den Pakt für ÖGD. Der Persoanlaufbau muss zügig gehen, damit die Möglichkeit für Urlaub und Stundenabbau überhaupt besteht.

Gibt es denn genügend Fachpersonal, das eingestellt werden könnte?

Wollenberg: Das könnte regional unterschiedlich sein, aber insgesamt glaube ich schon. Die Gesundheitsämter haben einen großen Imagezuwachs erlebt. Den Medizinstudierenden und allen, die bei uns arbeiten, macht die Arbeit große Freude. Sie stellen heraus, dass sie eine sinnvolle und

vielseitige Aufgabe machen, bei der man viel bewirken kann. Ich bin daher zuversichtlich, dass wir in Zukunft - sofern wir gute Rahmenbedingungen bieten können - bessere Chancen haben als vor der Krise, gutes Personal zu bekommen. Das ist ein positiver Nebeneffekt der Pandemie: Viele hatten und haben die Gelegenheit, die Arbeit des Gesundheitsamtes kennenzulernen. Dadurch ist die Wertschätzung für unsere Arbeit sehr gestiegen!

> Interview: Maren Grikscheit Stand: 17.02.2021

"Der Praxisalltag ist aufwendiger und anstrengender"

Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke berichtet aus ihrer Praxis in Frankfurt/Nordwest

Seit bald einem Jahr hält Corona die Welt in Atem. Wie stark beeinflusst die Pandemie Ihren Praxisalltao?

Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke: Der Praxisalltag war am Anfang der Pandemie dadurch bestimmt, dass wir in den Hausarztpraxen über keine Masken und Schutzkleidung verfügten. Zu dieser Zeit hatten wir aber bereits Patienten in Pflegeheimen mit Coronaausbrüchen. Von Anfang an bestand die Angst, sich selber zu infizieren und dadurch auch unsere Patienten anzustecken. Wir betreuen Patienten zu Hause und in Pflegeheimen: Palliativpatienten, Organtransplantierte, multimorbide Ältere, aber auch jüngere behinderte Patienten. In der Praxis arbeiteten wir wöchentlich an der Verbesserung unseres Hygienekonzeptes, um Patienten, unsere Angestellten und uns optimal zu schützen. Es gab wenig Unterstützung und keine Konzepte. Mittlerweile ist vieles Routine, aber all dies kostet viel Zeit. Wir haben viel Geld investiert und das machen wir weiterhin. um unser Hygienekonzept umzusetzen. Dank an die KVH, die uns mit Schutzkleidung gut versorgt. Leider habe wir keinerlei finanzielle Unterstützung von den Krankenkassen, was in dieser Situation notwendig wäre.

Welche organisatorischen Veränderungen haben Sie vorgenommen, um die Pra-



Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke

xis an die neuen Rahmenbedingungen anzupassen?

Mieke: Wir haben Routineuntersuchungen verschoben, Behandlungsräume, die nicht gut gelüftet werden können, geschlossen und die Anzahl der Patienten im Wartezimmer eingeschränkt. Weiterhin wird nach jedem Patientenkontakt desinfiziert, gelüftet, Abstandsregelungen markiert und vieles mehr.

Wie sieht die Corona-Situation im Frankfurter Nordwesten aus? Zögern viele Patienten den Praxisbesuch aus Angst vor einer möglichen Ansteckung heraus?

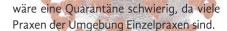
Mieke: Am Anfang kamen viele Patienten nicht, obwohl dringliche Untersuchungen notwendig waren. Das änderte sich im Laufe der Pandemie und manche ältere Patienten verhielten sich eher sorglos. Das macht den Alltag anstrengend, da wir noch immer vieles erklären müssen: "Bitte Mund- und Nasenschutz nicht unter dem Kinn tragen, bitte auch die Nase bedecken, bitte nicht die Maske im Sprechzimmer abnehmen, bitte nicht nur mit Visier kommen." Mittlerweile sind viele Dinge bei den Patienten eingespielt. Nichtsdestotrotz ist der Praxisalltag wesentlich aufwendiger und anstrengender geworden.

Hat sich das Arzt-Patientenverhältnis durch die Krise verändert?

Mieke: "Sich die Hand reichen" ist ein alter Brauch in unserer Kultur und Zeichen der freundschaftlichen Begegnung, aber derzeit nicht möglich. Viele Patienten kommen gut damit klar, andere sind traurig, depressiv oder ängstlich.

Wie gehen Sie selbst mit dem Risiko einer Corona-Infektion um? Wie schützen Sie sich und Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter? Gibt es Absprachen mit anderen Praxisinhabern, wie die Versorgung im Quarantänefall sichergestellt werden

Mieke: Wir versuchen, uns und unsere Mitarbeiter gut zu schützen und haben regelmäßige Teambesprechungen. Mit fünf Ärzten in unserer Gemeinschaftspraxis



Fühlen Sie sich als niedergelassene Ärztin ausreichend von der Politik und der ärztlichen Selbstverwaltung in der Pandemie unterstützt? Sind Sie mit der Informations- und Kommunikationspolitik von KV, Behörden und hessischer Landesregierung zufrieden?

Mieke: Von Beginn der Pandemie ging es nur um Krankenhäuser, Pflegeheime und deren Angestellte. Die ambulante Medizin tauchte nicht auf. Dabei ist sie der Schutzwall der Krankenhäuser und versorgt sechs von sieben Covid-19-Patienten. Die Gleichgültigkeit der Politiker gegenüber den Hausärzten, ihren MFA und deren Patienten ist schwer erträglich.

Der Vorstandsvorsitzende der KVH Frank Dastych und der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Eckard Starke haben der Landesregierung dargelegt, wie entscheidend in dieser Epidemie der Anteil der Hausärzte ist. Vom hessischen Ministerpräsidenten Volker Bouffier wurde diese Tatsache allerdings nicht zur Kenntnis genommen und kaum Hilfen angeboten.

Was halten Sie davon, dass die Hausärzte erst zu einem späteren Zeitpunkt in die Impfstrategie der hessischen Landesregierung einbezogen werden?

Mieke: Die Impfstrategie versagt im Falle von Hausärzten völlig. Die Hausarztpraxen versorgen seit Beginn der Pandemie Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke ist Ärztin für Allgemeinmedizin (Zusatz Notfallund Sportmedizin, Akupunktur, Notärztin/Ärztin im Rettungsdienst). Seit 1986 niedergelassen in Frankfurt/Nordweststadt. Mitgliedschaft & Funktionen: Delegierte der LÄKH (Mitglied im Ausschuss Hygiene und Umweltmedizin); Stellv. Vorsitzende des Hausärzteverbandes Hessen, Bezirk Frankfurt; Mitglied des Vorstandes der Carl-Oelemann-Schule; Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

Covid-19-Patienten. Hausärzte und Mitarbeiter gehören definitiv in Gruppe 1 der zu Impfenden. Das wird in anderen Bundesländern auch so gesehen. Hessens Regierung soll sich dringend bewegen. Aufgrund der Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte sind viele von uns über 60, in meiner näheren Umgebung sogar über 70 Jahre alt und damit selber Risikopatienten. Eine Gemeinschaftspraxis in meiner näheren Umgebung hat die Praxis geschlossen und ein weiterer Hausarzt wird aufhören.

Wie funktioniert die Vernetzung von ambulantem und stationärem Bereich nach Ihrer Erfahrung?

Mieke: Die Vernetzung der Strukturen ist im Normalfall qut, bei Corona jedoch schwierig, da unser nächstes Krankenhaus ein Covid-Schwerpunkt-Krankenhaus ist und Patienten mit Covid-19-Erkrankung wegen Überfüllung teilweise nicht mehr aufnehmen konnte. Deshalb mussten Patienten manchmal in Kliniken verlegt werden, die über 50 Kilometer entfernt sind.

Hat die Corona-Pandemie Defizite in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung deutlich werden lassen?

Mieke: Im ambulanten Bereich sind viele dringende Untersuchungen und Behandlungen nicht erfolgt. Das hat sich teils sehr nachteilig bei Erkrankungen ausgewirkt.

Welche Rolle wird die niedergelassene Praxis künftig spielen?

Mieke: Die Rolle der niedergelassenen Ärzte wird von Seiten der Politik vernachlässigt. Damit sich diese in unserem Sinne. unserer Mitarbeiterinnen und Patienten bewegt, müssen die Kassenärztliche Vereinigungen im Bund und in den Ländern dies noch deutlicher zur Sprache bringen. Was wir brauchen, ist wirksame Unterstützung statt noch mehr Bürokratie und noch mehr Vorschriften, was auch jeglichen Nachwuchs abschreckt.

> Interview: Katja Möhrle Stand: 17.02.2021

Webtipp: Informationen zur Corona-Schutzimpfung

"Mehr wissen, informiert entscheiden" (FAZ, 20.01.2021): Informationen rund um die Funktionsweise, Entwicklung, Risiken und Wirksamkeit der Corona-Schutzimpfung, mitverfasst von Prof. Dr. med. Susanne Herold.

Während die größte Impfaktion in der Geschichte der Bundesrepublik mit den Corona-Impfstoffen von Biontech/Pfizer und Moderna langsam an Fahrt gewinnt, beklagen viele Deutsche große Wissenslücken rund um die Impfstoffe, deren Nutzen und Risiken – wie eine aktuelle Umfrage der Universität Erfurt zeigt. Gegen dieses Informationsdefizit, das die Impfbereitschaft schmälert und Falschinformationen Tür und Tor öffnet, hat Prof. Dr. med. Susanne Herold, PhD, gemeinsam mit drei weiteren Autorinnen und Autoren in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ) nun angeschrieben. In "Mehr wissen, informiert entscheiden" gibt Herold – Professorin für Infektionserkrankungen der Lunge an der Justus-Liebig-Universität Gießen und Abteilungsleiterin des Schwerpunkts Infektiologie des Uni-

versitätsklinikums Gießen-Marburg – gemeinsam mit ihren Kolleginnen und Kollegen einen Überblick über die beiden zugelassenen mRNA-Impfstoffe.

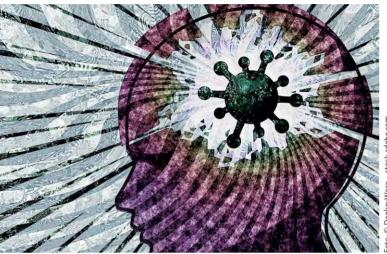
Deren Entwicklung, Zulassung und Funktionsweise werden genauso transparent erläutert wie der aktuelle Kenntnisstand zu möglichen Nebenwirkungen, zu Dauer und Umfang des Impfschutzes oder zur sog. Herdenimmunität. Auch wird die weitverbreitete Angst vor Erbgutveränderungen behutsam, aber entschieden als unbegründet zurückgewiesen. Fazit: In der EU kann ein Impfstoff nur zugelassen werden, wenn beim Nutzen-Risiko-Verhältnis der Nutzen deutlich überwiegt.

Der Gastbeitrag von Herold et al. ist im Archiv der Frankfurter Allgemeinen Zeitung kostenpflichtig abrufbar unter: www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/ forschung-zur-corona-impfung-zeigt-sichere-aussagen-17153273.html/ oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/ yxdwsea3/. (sou)

Ein Jahr zwischen Alarmismus und Verleugnung

Die seelische Verfassung in Zeiten der Corona-Pandemie

Dr. med. Matthias Bender



Wir blicken auf ein anstrengendes Jahr zurück, das uns epochale Herausforderungen aufgegeben hat. Ein kleines Virus hat uns global unsere Verletzlichkeit als Teil der Natur aufgezeigt, was schon eine Kränkung für uns Menschen als vermeintliche Corona bzw. Krone der Schöpfung ist. Die seuchenpräventiven Maßnahmen wie Quarantänephasen oder der wiederholte Lockdown waren für manche in der erzwungenen Entschleunigung erholsam und besinnlich, für viele aber belastend und bis in ihre wirtschaftliche Existenz bedrohlich.

Zwischen Autonomie und Unterwerfung

Die psychischen Auswirkungen von Einsamkeit über vermehrte Rückfälle bei Abhängigkeitserkrankungen bis zur Zunahme an häuslicher Spannung und Gewalt sowie die Verschärfung prekärer Arbeitsund Wohnverhältnisse haben wir vielfach bei unseren Patienten erlebt – sowie die Belastungen durch die Covid-19-Erkran-

Ich sehe auch die daraus resultierende Erschöpfung und vielfach Anspannung in den verschiedenen Berufsgruppen und den therapeutischen Teams. Eine solche Krise und deren gesellschaftspolitische und medizinische Bewältigungsstrategien

stoßen typischerweise das Pendel an, das zwischen Kontrolle, Autonomie bzw. Unabhängigkeit und Unterwerfung schwingt. Wir haben, auch gesamtgesell-

schaftlich, unterschiedliche Weisen umsichtigen wie auch des irrational-destruktiven Umganges – oft auch als Abwehr des Ausgeliefert-

seins – erlebt und erfreulicherweise sehr viel gegenseitige Rücksichtnahme. Hilfsbereitschaft, Sympathie und Solidarität, für die wir dankbar sein dürfen.

Über- und Unterforderung als Auswirkungen der Seuchenprävention

In der zweiten Welle der Corona-Pandemie und dem lang anhaltendem Lockdown sind viele Menschen, unabhängig davon ob sie von der SARS-CoV-2-Infektion betroffen sind oder nicht, gestresst, erschöpft, beschämt, verschiedentlich berauscht, vielfach herrscht eine Erschöpfung der Seele, ein schwermütiges Schweigen angesichts des Horror vacui, die Zeit erstarrt in einer Übermacht an Gegenwart mit dem Blick auf die nächsten Infektions- und Todeszahlen.

Fast alle Menschen leiden an der Situation in einer deutlichen Polarisierung der Gruppen. Entweder sind sie überfordert und bei ihnen hat sich der berufliche Einsatz noch verschärft - vielerorts im medizinischen Bereich oder weil sie nebenbei zu Hause die Kinder beschulen und unterhalten müssen. Oder sie sind in Not geraten wegen anstrengender Unterforderung, weil sie ihrer Erwerbsfähigkeit nicht nachgehen können und damit in ökonomische Schwierigkeiten geraten sind bzw. in Vereinsamung und Isolation leben, weil das Leben im Außen derart heruntergefahren ist.

Nähe wird als Gefahr erlebt, Distanz als Schutz

Die übliche Nähe-Distanz-Relativität ist durch die Corona-Krise geradezu in einen Schleudergang gestürzt [1], die Menschen handeln als sozialbedürftiges Wesen wider ihrer Natur und ihrer Bedürfnisse nach Nähe und Beziehung. Denn Distanz- und Abstandhalten sind neuerdings Ausdruck von Schutz, Fürsorge und Respekt, wohingegen Nähe mit Gefahr und Bedrohung durch Infektionsgefahr assoziiert ist.

Der disruptive Prozess der Pandemie erfordert rasche Anpassung an die gerade zu orwellsche Verdrehung grundsätzlicher Kategorien der menschlichen Beziehung und Bedürfnisse. Trotz eines enormen Effektes von kognitiver Dissonanz werden diese verordnete soziale Distanz und die soziale Selbstisolation unmittelbar als Übereinkunft und Norm der gesellschaftlichen Konvention akzeptiert - allerdings in der jetzigen zweiten Welle mit der Folge von mehr Ungeduld oder Fatalismus angesichts von Mutationen und dem schleppenden Impfbeginn. Die Nähe-Distanz-Regulation und unsere intrapsychische Setzung determinieren sämtliche Beziehungsstrukturen unseres Lebens und sind zum Beispiel in der Psychotherapie und in der Arzt-Patient-Beziehung wichtiges Fundament und therapeutisches Agens, das eine Transformation von der Begegnung hinter den Masken bis in die Online-Angebote der Videosprechstunde erfordert.

Unterschiedliche Strategien und Erwartungen verunsichern

Zudem verunsichern die postmoderne Perspektivenvielfalt bei der Risikoadjustierung und dem Krisenmanagement, wenn Wirtschaft, Wissenschaft, Politik, Bildung unterschiedliche interne Logiken, Erfolgsbedingungen, Erwartungsstile entwickeln

und nicht mit Passung aufeinander bezogen sind – wie der Soziologe Armin Nassehi im "Ausnahmezustand als Normalfall" ausführt [2]. Funktionale Differenzierung lautet der soziologische Fachbegriff dafür. So bieten selbst die sinnvollen Handlungsstränge entlang der virologischen und epidemiologischen Erkenntnisse keine gesellschaftliche Zentralperspektive. In diesen Zusammenhang passt auch Wittgensteins bekannter Satz, dass die Lösung aller wissenschaftlichen Probleme noch kein Lebensproblem gelöst hat.

Die Veränderung des Zeiterlebens in der Corona-Pandemie

Neben der Erstarrung in der totalen Gegenwart findet sich bei vielen Menschen eine (in der Depression typischerweise vorhandene) guälende Dehnung. In der derzeitigen coronischen Situation gestaltet sich plötzlich für viele Menschen das Verhältnis zur Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft ganz neu, genau wie auch das Verhältnis zur Zeitform und den Schichten untereinander. Hier passt zu diesem verwirrenden Zeiterleben in den coronischen Krisentagen auch das Thema des Zauberbergs von Thomas Mann (1924), der die Geschichte von Hans Castorp in den 15er-Jahren des 20. Jahrhunderts erzählt, bevor die Welt aus den Fugen geriet und danach eine andere war. So wirken Bücher aus vergangenen Jahrhunderten jetzt zeitgemäßer - wie Camus' "Pest" oder Márquez' "Die Liebe in Zeiten der Cholera" oder "Auf der Suche nach der verlorenen Zeit" von Marcel Proust.

Vorcoronisch ließen sich lange Monate und Tage vorab strukturieren, planen und mit Zielgerichtetheit angehen im Sinne eines Timings. Die totale Zukunftslosigkeit wird durch das Licht am Ende des Tunnels, nämlich den begonnenen Impfungen, mittlerweile aufgehellt. Dennoch sind Reisen, Kongresse, Arbeitsplatzsicherheit etc. nicht plan- und realisierbar. Stattdessen wird die Gegenwart von Corona bestimmt und in eine Breite gezogen, der gar nichts Flüchtiges oder Zukünftiges innewohnt [3]. Manche können die erzwungene Entschleunigung als Gelegenheit zur Kontemplation, Muße, Innewerden, als ästhetische Erfahrung erleben oder praktisch nutzen zum Entrümpeln

von Keller und Speicher. Das Fehlen an Außen im Rahmen von Kontaktverboten, Quarantänebestimmungen, Homeoffice etc., weniger kulturellen und sportlichen Angeboten oder Vergnügungen außer Haus führt bei vielen zur Langeweile im Lockdown (negativ in Anlehnung an Kierkegaard als eine Macht, "die den Menschen vor das Nichts rückt"). Einerseits verändert sich die Zeitigung des Daseins (Heidegger) in grundlegenden Dimensionen, denn das gegenwärtige Haben der Zeit als ein biographisch zusammenhängendes, gerichtetes Kontinuum von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft im Sinne der Ich-Zeit findet einen Bruch in der Erfahrung des individuell bewegten Entwicklungsgeschehens.

Der Schrecken der Leere

Anderseits bleibt ein optimiertes Zeitmanagement geradezu das Gebot der Stunde für jene, die weiterarbeiten, wie im Homeoffice, bei der Kinderbetreuung und in der Organisation ihrer digitalen Präsenz. Für diejenigen ohne Arbeit im Lockdown wirkt sich das Übermaß an Zeit wie ein Ungeheuer aus; der Schrecken der Leere, im Sinne des Horror vacui, der ihnen in den Einkaufsstraßen, den Vereinshäusern und ihren eigenen Läden und Kneipen entgegengähnt. Hinzu kommt der Kontrast der chronobiologischen Zeitrhythmen und der Digitalisierung, die eben nicht miteinander verwandt und kompatibel sind, sondern weitgehend asynchron laufen. Dieser Kontrast findet sich auch in der Unendlichkeit des digitalen und der Winzigkeit des analogen Raumes wieder.

Warten, dass die Pandemie bald weggeimpft wird, sich das normale Leben wieder einstellt oder die Ungewissheit, ob wir noch weiter in die schlimmste wirtschaftliche Krise aller Zeiten schlittern, stellt eine Gratwanderung in dieser zeitlichen Ungerichtetheit dar.

"Wird auch aus diesem Weltfest des Todes, auch aus der schlimmen Feuerbrunst, die rings den regnerischen Abendhimmel entzündet, einmal die Liebe steigen?" (sagt Hans Castorp hoffnungsvoll am Ende des Zauberbergs). Edmund Husserl beschreibt in der Phänomenologie des inneren Zeitbewusstseins, wie Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft wie eine Melodie

ineinanderspielen – nicht als Abfolge von zusammenhängenden Tönen, sondern als eine Sinnganzheit wahrgenommen. Aktuell hört sich das für viele wie ein lang gezogenes, kreischendes Geräusch an.

Ist der Corona-Blues pathogen? Erfahrungen aus der versorgungspsychiatrischen Praxis

Der plötzliche und wiederholte Shutdown der Gesellschaft und der Lockdown unserer gewohnten Normalität stellen eine "potenziell traumatisierende Ausnahmesituation" dar - so auch die Einschätzung des Psychoanalytikers Volker Beck. In den gravierenden Auswirkungen und wirtschaftlicher Not sind die Auswirkungen der körperlichen oder physischen Distanz im Rahmen der sozialen Distanz mit negativen Effekten verbunden und können sich als pathologischer Faktor manifestieren, hin zu mehr Einsamkeit bzw. Einsamkeitserleben. Das zunehmende Stressniveau kann zu Belastungsreaktionen oder Anpassungsstörungen führen und bei bestimmten gesellschaftlichen Gruppen in autonomistischer Reaktion auf das Ohnmachtserleben zu destruktiv-aggressiven Entladungen. Im gesellschaftspolitischen Feld, aber auch bis hin in die private Gruppe hinein gilt es, den Kontrast zwischen Alarmismus und Katastrophisierung einerseits und Verleugnung und Entsolidarisierung andererseits auszuhalten und auszugleichen. In unserem versorgungspsychiatrischen klinischen Alltag sehen wir:

- eine Häufung von Rückfällen bei Abhängigkeitserkrankungen im Zusammenhang mit dem coronischen Stress,
- einen Anstieg der affektiven Erkrankungen mit einer Phasenverschiebung der Inanspruchnahme je nach Ausmaß der SARS-CoV-2-Inzidenzzahlen und Kontaktbeschränkungen,
- eine Zunahme von Angststörungen mit hypochondrischer Akzentuierung,
- reaktive Psychosen mit Auskristallisation des Wahnthemas Covid-19.
- die Verstärkung von Zwangsstörungen (manche Zwangskranke mit vorbestehenden Dekontaminationsritualen fühlen sich allerdings auch erleichtert und endlich verstanden),
- eine signifikante Häufung von Konflikten, Gewalt und Missbrauch in Partner-

schaften und Familien durch die auferlegte soziale Distanzierung und Kontaktreduktion in unserer Gesellschaft bzw. drängende Enge in Quarantäne und Homeoffice,

- die Verstärkung der Einsamkeit, Zunahme an Isolation und daraus folgende suizidale Krisen, wobei bislang kein Anstieg der Suizidraten festzustellen ist.
- Bei Paarbeziehungen verbessert bzw. intensiviert sich jedoch je nach Untersuchung die Sexualität bei bis zu 50 % der statistisch begleiteten Paare.
- Auch beobachten wir eine Zunahme von PC- und Mediensucht, Vermeidungsverhalten und Realitätsverlust (Berührt zu sein bei Facebook ist genauso wie reich zu sein bei Monopoly).

Versorgung in den psychiatrischen Kliniken während der Pandemie

- Hygiene- und Abstandsregeln manifestieren auch im therapeutischen Milieu die Verdrehung grundsätzlicher Kategorien der menschlichen Beziehung und Bedürfnisse (Nähe als Gefahr, Distanz als Schutz).
- Screening-Untersuchungen, Testungen, Isolierung, Quarantänemaßnahmen sichern und verunsichern Patienten und Professionelle.
- Besuchsverbote be- und entlasten
- Reduzierung notwendiger Angehörigen- und Familiengespräche - es gelingt nur teilweise eine Kompensation über Telefonie- und Videosprechstunden.
- Restriktive Belastungserprobung erschwert den Transfer von stationärem Therapieerfolg in den familiären und sozialen Alltag.
- Expositionstherapien und Übung alltagspraktischer Fähigkeiten im sozialen Feld sind beschnitten.
- Dafür steigt oft der solidarische Zusammenhalt in der stationären therapeutischen Kommunität.
- Leiborientierte Therapien (Tanz-, Bewegungs-, Theatertherapie) sind verändert, reduziert, gestrichen; Gruppentherapien sind zum Teil verkürzt wegen kleinerer Zeitfenster für mehr Kleingruppen, um die Abstandsregeln einhalten zu können.

In der Regelversorgung fehlen Betten bzw. Plätze wegen Isolierspangen, -stationen und -zimmern, Wegfall von Mehrbettzimmern, kleinere Gruppen in den Tageskliniken; das Entlassmanagement ist erschwert, zum Beispiel bei der Verlegung von gerontopsychiatrischen Patienten in Heimeinrichtungen.

"Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch"

So Friedrich Hölderlin, der am 20. März 2020 seinen 250. Geburtstag hatte. Wie seine fielen auch viele andere Geburtstagsfeiern aus - und können nachgeholt werden.

Was hilft? Bewältigung und Prävention. Um die Abwärtsspirale der Erschöpfung in die erlernte Hilflosigkeit und den Negativitätsbias zu vermeiden, gilt es Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge zu stärken. Ich beginne mit einem kleinen Beispiel eigener Handlungsfähigkeit: dem täglichen Spaziergang. Rausgehen ist das neue Ausgehen. Frische Luft schnappen, Licht tanken, die Natur beobachten, sich bewegen, damit etwas in Bewegung kommt, ist nicht nur wirksam gegen den Winter-Blues, sondern auch ein Ausweg aus der coronaverschuldeten Einengung und kann etwas angstlösende Weitung bringen gegen die seelische Enge (das Wort "Angst" kommt vom lateinischen

angustus = eng). Ein wichtiges Element in der Resilienzförderung, also dem Umgang mit Krisen, ohne schweren oder nachhaltigen Schaden zu nehmen, besteht weniger in der Durchhaltetaktik, also krampfhaft auf bessere Zeiten zu warten, weil dann eher Erschöpfung, Müdigkeit, Zermürbung zunehmen, sondern in langfristiger Anpassung an diese Situation. Hierzu gehört die Offenheit zum Perspektivenwechsel mit Chancen, eigene neue Wege auszuprobieren - und das nicht nur im Großen wie z.B. in der Digitalisierung, die zweifellos einen coronabedingten Schub ähnlich wie die Biotechnologie im Rahmen der Impfstoffentwicklung bekommen hat.

"Selig sind die, die einen Sprung in der Schüssel haben, denn sie lassen das Licht durchscheinen" (Michel Audiard). Wie in der traditionellen japanischen Reparaturmethode für Keramik, dem Kintsugi, lässt

sich die Schönheit in Fehlern entdecken. Hier werden Keramik- oder Porzellanbruchstellen nicht vertuscht, sondern vergoldet und damit in ihrer ganzen Schönheit inszeniert. Dieses wichtige Resilienzprinzip, nämlich das wir an unseren Verletzungen wachsen und sie als wertvolle Lebenslinien annehmen können, die uns stark machen, gilt auch für die Bewältigung der Corona-Pandemie.

Die Bewältigungsproblematik hat viel mit Lebens- und Krankengeschichte bzw. Biografie und Krankheit zu tun. Jede Krankengeschichte und Biografie ist nicht nur aus ihrer Vorgeschichte heraus zu verstehen, im Sinne der Prägung aus der frühen Kindheit. Sie konstituiert sich nicht nur aus dem Ineinander von Bewusstem und Unbewusstem, sondern ebenso sehr aus dem Ineinander von Mitgebrachtem und Eingebrachtem - also Zufall, Fügung seitens der Lebensereignisse, die Öffnung des Zukunftsaspektes im Hier und Jetzt. Was bedeuten also zwei oder vielleicht auch drei Corona-Jahre? Am Ende können sie zusammensurren zu einer Geschichte, die wir unseren Enkeln erzählen werden. Hierbei dürfen wir nicht zynisch werden, denn viele, zu viele, weit über 60.000 Menschen in Deutschland sind an oder mit dem neuartigen Corona-Virus gestorben und werden ihre Bewältigungsgeschichte nicht mehr ihren Enkeln erzählen können. Hier gehört zur Bewältigung der Überlebenden eine offene und auch geteilte Trauerarbeit.

Um noch einmal auf das Zeiterleben zurück zu kommen, ist es hilfreich, die Futur-II-Perspektive einzunehmen, beispielsweise von 2023 aus auf die heutige Situation zu schauen: Es wird gewesen sein. Diese Perspektiven drehen sich und erleichtern eine Befreiung aus der Gegenwart und eine Distanzierung von der Übermacht der Vergangenheit, die nun in ihrer Absolutheit, in ihrer oft unheimlichen Festgestelltheit und Endgültigkeit verflüssigt und manchmal sogar "suspendiert" wird [4].

Zum Prozess der Resilienz gehört die Identifizierung ihrer Strategien, also interpersoneller-, externer-, intrapersoneller Ressourcen sowie Bewältigungs- und Coping-Strategien. Zur Resilienzförderung gehören die Prävention, die Rehabilitation, die Bildung, die Psychotherapie. Eine seelische Erkrankung durch psychische Belastung lässt sich nicht sicher verhindern, ebenso wenig ein Rezidiv einer bestehenden Erkrankung.

14 salutogenetische Tipps

Die Resilienzförderung ist ein Weg, um die mentale Gesundheit zu stärken und Krisen besser zu meistern – nicht nur in der Corona-Pandemie. In pragmatischer Ergänzung an das vorab Beschriebene noch einige Tipps zur Stärkung der Psyche – orientiert unter anderem an der Arbeit der Kolleginnen und Kollegen am Leibniz-Institut für Resilienzforschung oder bei der Organisation Mental Health Europe:

- 1. Akzeptieren Sie, was Sie nicht ändern können.
- Achten Sie auf Informationen aus seriöser Quelle (z. B. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Robert-Koch-Institut, Bundesgesundheitsministerium, WHO).
- 3. Vermeiden Sie "Infoflut" und achten Sie auf dosierte Fakten. Legen Sie bewusst Informationspausen ein, das heißt geben Sie dem Thema Corona-Virus nicht zu viel Raum. Am besten, wenn Sie es sich beruflich erlauben können, nehmen Sie sich nur ein bis zwei feste Zeiten am Tag für die Informationen.
- Definieren Sie Auszeiten und finden Distanz. Mir hat es im vergangenen Jahr oft gut getan, nicht nur nach Corona in den PCR-Befunden zu suchen, sondern die Corona borealis – die nördliche Krone – am Sternenhimmel.
- 5. Sorgen Sie für Routine. Gerade in einer Zeit, in der so viel ungewiss ist, ist es besonders wichtig, eine Struktur in Tag und Woche zu haben. Vor allem für Menschen, die an Depressionen erkrankt sind oder die dazu neigen, ist es wichtig, einen geregelten Tagesab-

- lauf einzuhalten, wenn nötig mit festem Tagesplan.
- 6. Nehmen Sie Hilfe an: bei Bekannten, Freunden, in der Familie, bei Behörden sowie auch therapeutische Hilfe. Nie- sowie auch therapeutische Hilfe. Nie- randeren psychischen Erkrankung gefeit. Wichtig ist, bei möglichen Anzeichen Hilfe zu holen und zu akzeptieren und eine Beratungsstelle, eine Hotline oder noch besser den Hausoder Facharzt aufzusuchen. Eine depressive Episode ist in der Regel gut behandelbar.
- 7. Pflegen Sie Ihre Kontakte. Insbesondere Alleinlebende oder Menschen, die für Depressionen anfällig sind, entwickeln aus dem Alleinsein ein Einsamkeitserleben, das psychisch und somatisch sehr belastend und krankmachend sein kann. Auch wenn körperliche Nähe gerade schwer möglich ist, ist soziale Nähe umso wichtiger in Form von gemeinsamen Spaziergängen, Videoanrufen, Gebeten, Telefonaten, Chats, E-Mails, Briefen etc.
- 8. Achten Sie auf Selbstfürsorge. Behandeln Sie sich, wie Sie einen guten Freund behandeln würden, und sorgen Sie für die Erfüllung der Grundbedürfnisse: ausreichend Schlaf, ausgewogene Ernährung. Bleiben Sie in Bewegung, etwa durch tägliche Spaziergänge oder sportliche Aktivitäten, auch in den eigenen vier Wänden. Vermeiden Sie unbedingt einen erhöhten Alkoholkonsum.
- 9. Bieten Sie anderen Hilfe an, vor allem älteren Menschen oder Personen, die psychisch labil sind: Sie brauchen jetzt Aufmerksamkeit, ein offenes Ohr oder praktische Unterstützung im Alltag. Seien Sie altruistisch und spüren den Zusammenhalt einer solidarischen und hilfsbereiten Gemeinschaft.



- 10. Üben Sie Stressabbau. Aktuell ist ein guter Zeitpunkt Entspannungstechniken, wie Autogenes Training oder progressive Muskelrelaxation oder auch Achtsamkeitsübungen, zu lernen. Hierzu finden Sie Anleitungen im Internet oder bei Online-Kursen.
- 11. Seien Sie offen zu Ihren Kindern. Gerade in diesen unsicheren Zeiten benötigen Kinder das Gefühl der Geborgenheit und der Sicherheit. Wichtig ist, mit ihnen ganz offen über das Thema zu sprechen und ihre Fragen zu beantworten und ihnen zuzusichern, für sie da zu sein. Wichtig ist es auch, Rituale beizubehalten.
- 12. Mobilisieren Sie Energie bei Dingen, die Sie verändern können.
- 13. Trotz aller berechtigten Verunsicherungen und Zukunftssorgen bezüglich der eigenen Gesundheit oder der beruflichen und familiären Sicherheit: Vermeiden Sie negative Gedankenspiralen.
- 14. Bleiben Sie SARS-CoV-2-negativ und denken positiv!

Dr. med. Matthias Bender

Klinikdirektor Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (KPP) Kassel, Bad Emstal, Hofgeismar und Melsungen, Ärztlicher Direktor Vitos Klinikum Kurhessen, Kassel; Kontakt via E-Mail: matthias.bender@vitos-kurhessen.de

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

Nachträge zum Hessischen Ärzteblatt 02/2021

Mitarbeit in hessischen Impfzentren:

Die Landesärztekammer Hessen hat zusammen mit der KVH die Information "Vertragsgestaltungen für die Mitarbeit in den hessischen Impfzentren gegen Corona" in einem Beileger zum HÄBL 02/2021 herausgebracht. Dieser ist online abrufbar auf der Startseite www.laekh.de → Aufruf

zur Mitwirkung in Impfzentren; Kurzlink: www.tinyurl.com/3ec4s689/.

Nachdruck: Der Beitrag von Dr. med. Jürgen Bausch "Wir sind die Opfer unseres eigenen Erfolgs – Hinweise zur Förderung der Impfbereitschaft gegen das Coronavirus" im HÄBL 02/2021 ist ein Nachdruck aus der Ärzte Zeitung vom 22.01.2021,

Copyright: Springer Medizin Verlag GmbH.

Hospiz in Gelnhausen: Das Hospiz St. Elisabeth Kinzigtal, Gelnhausen, meldet zur "Hospizlandschaft in Hessen" (S. 96) acht Betten. Einrichtungen können sich im genannten "Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung" online selbst eintragen.

Literatur zum Artikel:

Ein Jahr zwischen Alarmismus und Verleugnung

Die seelische Verfassung in Zeiten der Corona-Pandemie

von Dr. med. Matthias Bender

- [1] Volker Beck: Die ungewollte soziale Distanz in Zeiten der Corona-Pandemie. In: Bering; Eichenberg: Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise. Klett-Kotta, Stuttgart 2020.
- [2] Armin Nassehi: Der Ausnahmefall als Normalfall. Modernität als Krise. In: Kursbuch 170. Krisen lieben. Murmann, Hamburg 2012
- [3] Gerrit Bartels: Corona und die totale Gegenwart. Tagesspiegel 29.03.2020.
- [4] Wolfgang Blankenburg: Zeitigung des Daseins in psychiatrischer Sicht. 1992. In: Psychopathologie des Unscheinbaren, Hrsg. M. Heinze 2007.

Weitere Literatur

Christian Scharfetter: Allgemeine Psychopathologie. Thieme Verlag Stuttgart, 8. unveränderte Auflage 2020.

Christian Kupke: Der Begriff Zeit in der Psychopathologie. Parodos Berlin, 2009.

Boris Wandruszka: Die Rolle der Zukunft für die menschliche Exsistenz. Alber, Freiburg 2014.



Foto: © Olga Strelnikova – stock.adobe.com

Umgang mit der Videosprechstunde in der Psychotherapie

Kann man über Videosprechstunde schreiben, ohne zu betonen, dass die reale Begegnung der Goldstandard in der Psychotherapie ist? Nein, denn die reale Begegnung zweier Menschen spricht viele Sinne an und lässt ein "ganzheitliches", unmittelbares Erleben stärker zu.

In der Videosprechstunde findet eine Übermittlung über ein Medium statt. Der Einfluss der Technik auf die Wahrnehmung, das Verstehen und Erfassen von Situation und Atmosphäre ist ein nicht zu vernachlässigender dritter Faktor, der vor allem bei technischen Störungen spürbar wird. Bereits vor der Covid-19-Pandemie wurden die rechtlichen und technischen Voraussetzungen für die Ausübung der Heilkunde als Fernbehandlung und damit auch in der Psychotherapie geschaffen.

Vonseiten der Behandler war das Interesse zunächst eher gering; zu aufwendig und unsicher erschien die Arbeit damit mit zu wenigen Vorteilen für die Patienten.

"Explosionsartige" Nutzung erst durch die Pandemie

Erst mit Beginn der Covid-19-Pandemie kam es zu einer verstärkten Nachfrage von Patienten auf der einen und Ärzten und Psychotherapeuten auf der anderen Seite. Leere Praxen, Hygieneregeln, erhöhter Beratungs- und Behandlungsbedarf von Patienten sowie kostenlose Angebote von den Providern der Sprechstunde führten zu einer explosionsartigen Nutzung der Videosprechstunde insbesondere bei den Psychotherapeuten. Inzwischen hat eine große Anzahl von Patienten, Ärzten und Psychotherapeuten Erfahrungen mit der Videosprechstunde gemacht

Dies kann sowohl zu einer Annäherung an eine technikgestützte Arbeitsweise als auch zu einer Ablehnung von "noch mehr Video" (Stichwort "Zoom-Fatigue") führen. Sicher spielt es auch eine wichtige Rolle, dass die Nutzung der Videosprechstunde zum jetzigen Zeitpunkt eher aus der Not geboren war, weil ein direkter Kontakt entweder zu gefährlich erschien oder die Einschränkungen durch Hygieneregeln und Maskenpflicht in den Praxen noch weniger gern in Kauf genommen wurden.

Zu bedenken ist auch, dass wir – ob mit oder ohne Videosprechstunde – momentan nicht in einer normalen Zeit leben, in der wir uns bedenkenlos die Hand reichen und uns gerne in körperlicher Nähe von vielen anderen Menschen befinden. Die Videosprechstunde kann daher je nach

Empfinden das kleinere Übel sein. Wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kommen nicht umhin, den Einfluss der Pandemie-Bedingungen auf die therapeutische Beziehung und das Setting fortwährend zu reflektieren und auch mit den Patienten zu thematisieren.

Dabei müssen wir neue Wege beschreiten, mit Unsicherheit umgehen und doch auch immer wieder einen sicheren Raum schaffen, in dem der therapeutische Prozess weitergehen kann.

Radikaler Settingswechsel

Viele Kolleginnen und Kollegen haben die Erfahrung gemacht, dass gerade in so unsicheren Zeiten der kollegiale Austausch in Intervisionen, Qualitätszirkeln und Balintgruppen etc. und auch in der Supervision besonders hilfreich ist. Auch diese Begegnungen fanden vermehrt im virtuellen Raum statt. Die Auswirkungen und Einflussmaßnahmen auf den Gruppenprozess sind anders und komplizierter als im Zweier-Setting - schon allein die zentrale Aufgabe, der Hüter des sicheren Raumes zu sein, benötigt viel mehr direktive Vorgaben und der Gruppenleiter hat dies viel weniger unter Kontrolle.

Die Verwendung der Videosprechstunde stellt außerdem einen radikalen Settingswechsel dar. Kommen normalerweise die Patienten zu uns in die Praxis, in unsere Räume, müssen sie sich auf den Weg machen, so schauen wir jetzt in deren Raum, deren Wohnzimmer, oft auch Schlafzimmer (weil dort der Computer steht), Büro oder sogar Auto.

Wir sitzen wie gewohnt in unserem Praxisraum, wahrscheinlich können uns die Patientinnen und Patienten so ähnlich sehen wie sonst. Sie können aber nur unser Gesicht sehen, können sich kaum umsehen im Raum. Die Begegnung findet in einem imaginären/virtuellen Raum statt, der von Patienten und ihren Therapeuten mit Bedeutung belegt und gestaltet wird. Im Laufe der Zeit wird der Umgang mit dem Medium entspannter. Häufig wird auch die Möglichkeit entdeckt, das eigene Videobild wegzuschalten.

Wir sind darauf angewiesen, dass die Patienten die notwendigen Vorkehrungen für einen reibungslosen Verlauf getroffen haben und eine stabile Internetverbindung vorhanden ist. Auch die Art und Intensität, in der Patienten dafür sorgen, dass wir uns gegenseitig gut sehen und hören können, gibt Aufschluss und kann in der therapeutischen Arbeit genutzt werden.

Kinder und Jugendliche: Eltern sind jetzt stärker involviert

Bei Kindern und Jugendlichen ist das von besonderer Bedeutung, hier sind die Eltern mehr involviert als sonst in der Praxis, in der Therapeuten die Tür schließen können und die Eltern dann draußen bleiben müssen.

Es könnte eine große Chance sein, dass jetzt so viele Behandler und Patienten mit der Videosprechstunde Erfahrungen gemacht haben. Denn dadurch wurden Reflexions- sowie Adaptationsprozesse angestoßen. Multiple Erfahrungen mit begleitender Reflexion machen sicherer im Umgang mit dem neuen Medium.

Auch nach der Pandemie werden Patientengruppen und Umstände bleiben, die die Videosprechstunde indiziert sein lassen wie längere berufliche oder studienbedingte Abwesenheit, Mobilitätseinschränkungen durch Krankheit oder auch Zustände stark geschwächter Immunabwehr wie bei Chemotherapie-Patienten. Die Videosprechstunde kann dazu führen, dass Psychotherapie als niedrigschwelliger wahrgenommen wird. Das kann ein Vorteil sein, aber auch ein Nachteil. Unter Umständen kann durch den leichteren Zugang der Eindruck von größerer Beliebigkeit entstehen.

Ob nun eine therapeutische Begegnung gehaltvoll, konstruktiv und gewinnbringend für die Patienten verlaufen wird, ist in der Videobegegnung genau wie in realen Begegnung von vielen Faktoren abhängig. Der Modus (real oder virtuell) ist nur ein Faktor. Dieser braucht aber – gerade weil er neu ist – eine besondere kritische Betrachtung und Reflexion sowie einen Prozess des Sich-Vertraut-Machens mit neuen Formen des Ausdrucks und Umgangs. Auch ist es wichtig, den Einfluss des neues Mediums mit den Patienten gemeinsam zu besprechen und zu bearbeiten.

In der momentanen Lage ist es auch bedeutsam, dass Patienten und Ärzte/Psychotherapeuten die Videosprechstunde nicht ganz aus freien Stücken gewählt haben, so dass auch die Bearbeitung des Einflusses der äußeren Umstände auf die Gestaltung des Therapiesettings nicht unerheblich ist. Dabei spielt es auch eine wichtige Rolle, wie viele Vorgaben die Therapeutin oder der Therapeut machen bzw. welche Angebote und wie groß die Wahlmöglichkeit der Patienten momentan ist. Wie wirkt es sich auf die therapeutische Beziehung aus, wenn Therapeuten auf einmal Regeln aufstellen, die zu Therapiebeginn noch nicht existierten? Gelingt es, dies zu besprechen – oder entwickeln sich in manchen Fällen auch unüberbrückbare Gräben zwischen den Positionen, so wie wir alle es im Moment auch in der öffentlichen Diskussion und im privaten und professionellen Miteinander erleben?

Neue Medien sind auch das, was man daraus macht, und es lohnt sich eine möglichst unaufgeregte und reflektierte Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten, aber auch den Begrenzungen der Anwendung von Videosprechstunde in der Psychotherapie.

Doris Salmen Ärztliche Psychotherapeutin, Psychoonkologin, Balintgruppenleiterin. Frankfurt am Main E-Mail:



doris.salmen@psycho-therapie-praxis.de

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

Eva Krüger: zählstränge in einem psychiatrisch-psy-



Nietzsches falsche Erben Bollinger 2020, Oberursel ISBN: 9783752675948. 15.90 €

Nietzsches falsche Erben - ein Titel der neugierig macht und viel verspricht. Die Autorin, Dr. med. Eva Krüger aus Bad Homburg, bleibt in ihrem neuen Buch ihrer bereits bekannten Linie treu: ein spannender Kriminalroman, verwobene Erchologischen Kontext, durchdrungen von philosophischer Hintergründigkeit. Von der ersten Szene in Frankfurt bis zum Finale furioso im Taunus: Der Spannungsbogen bleibt erhalten, bis Hauptkommissar Bellinger den Fall aufgeklärt hat. Interessierte Krimileser begegnen Figuren, die feinsinnig beschrieben werden – in ihrer Lebenswirklichkeit, aber auch der Tragik ihrer Biografie. Es sind nicht nur die Morde an mehreren Ärztinnen und Ärzten, die aufzuklären sind. Vielmehr geht es um Lebensgeschichten, Krankheitsgeschichten, zuletzt auch Zeitgeschichten, die sich aktualisieren. Am Ende erschließt sich auch der Titel dieses lesenswerten Buches und sein Bezug zu Nietzsche. Eine Geschichte zwischen Leben und Tod. Ein Kriminalroman, der fesselt und fasziniert. Eine Kollegin, die Geschehnisse in Sprachbilder übersetzen kann und dabei berührt. Ein Buch, das sich zu lesen lohnt!

Dr. med. Dietmar Seehuber Klinik Hohe Mark, Frankfurt am Main

Von Behring zu Biontech

Innovative Impfstoffherstellung in Marburg

1527 gründete Landgraf Philipp der Großmütige von Hessen in Marburg die erste protestantische Universität der Welt. Noch heute ist die nach ihm benannte Philipps-Universität lebendiger Mittelpunkt der Stadt, von der bahnbrechende medizinische Innovationen ausgegangen sind. 1901 erhielt Emil von Behring¹, der 1895 auf den Lehrstuhl für Hygiene der Marburger Universität berufen worden war, den ersten Nobelpreis für Medizin "für seine Arbeit an der Serumtherapie, insbesondere zur Anwendung gegen die Diphtherie, mit der er der Medizin neue Wege eröffnet und dem Arzt eine siegreiche Waffe gegen Krankheit und Tod in die Hand gegeben hat".



In der Presse wurde der Arzt, Immunologe und Serologe Behring (15. März 1854–31. März 1917) für seine Entwicklung einer Serumtherapie gegen Diphtherie als "Retter der Kinder" und – da das Tetanusheilserum insbesondere den Verwundeten des Ersten Weltkriegs zugutekam – als "Retter der Soldaten" gepriesen. Nun soll wieder Rettung aus Marburg nahen: Am Standort Behringwerke will das Mainzer Biotechnologieunternehmen Biontech seinen Corona-Impfstoff produzieren. Dafür hat



Emil von Behring (1854–1917)



Einem Pferd wird Blut für ein Anti-Diphtherie-Serum entnommen (historische Illustration, 1882).

Biontech im September 2020 eine Produktionsanlage des Schweizer Pharmaunternehmens Novartis innerhalb des Werksgeländes von Pharmaserv in Marburg übernommen und umgebaut.

Hoffnung für Corona-Impfungen

Im Februar hat das Mainzer Unternehmen zunächst damit begonnen, hier den mRNA-Wirkstoff herzustellen. Eine Produktion, mit der sich die große Hoffnung verbindet, dass der schleppende Auftakt der Corona-Impfungen in Deutschland an Fahrt aufnimmt. Im ersten Halbjahr 2021 sollen in Marburg 250 Millionen Dosen des Impfstoffes von Biontech und seines US-Partners Pfizer hergestellt werden. Als Gesamtmenge einer Jahresproduktion streben die Mainzer nach eigenen Angaben hier 750 Millionen Dosen an.

Die Produktionsstätten des neuartigen Impfstoffs befinden sich auf historischem Gelände: Hier waren die ehemaligen Behringwerke zu Hause.

1904 gründete von Behring das Behring-Werk in Marbach bei Marburg. Fünfzehn Jahre zuvor war ihm mit der Veröffentlichung "Ueber das Zustandekommen der Diphtherie-Immunität und der TetanusImmunität bei Thieren" in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift der wissenschaftliche Durchbruch gelungen. Zusammen mit seinem japanischen Kollegen Shibasaburo Kitasato (1852–1931) hatte Behring am Hygienischen Institut in Berlin, wo er damals als Assistent Robert Kochs tätig war, nachgewiesen, dass es möglich war, "Bakterientoxine" durch "Antitoxine" zu neutralisieren.

Blutlieferanten aus dem Pferdestall

Behring zeigte, dass die antitoxische Eigenschaft des Blutes nicht von den darin enthaltenen Zellen, sondern vom zellfreien Blutserum ausgeht. Bei den "Antitoxinen", heute Immunglobuline genannt, handelt es sich um Antikörper, die aus dem Serum von Genesenden oder Labortieren gewonnen und erkrankten Menschen appliziert werden. In Berlin wurden Hunde, Schafe und Pferde immunisiert, die Behring als Blutlieferanten in improvisierten Ställen unterbrachte.

Schon 1892 erkannte ein Vorstandsmitglied der Farbwerke Hoechst die Bedeutung von Behrings Ideen und konnte den Wissenschaftler für eine Zusammenarbeit

¹ Lesen Sie zu Emil von Behring auch im HÄBL 05/2017, S. 294 den Beitrag von Dr. phil. Ulrike Enke.

gewinnen. Kurz darauf startete die Serumproduktion in Frankfurt-Höchst; moderne Labore und Stallungen für zunächst 57 Pferde entstanden. Ab 1894 wurde "Behring's Diphtherie-Heilmittel" weltweit verkauft. Ein Jahr später richtete Behring, mittlerweile Ordinarius für Hygiene an der Marburger Universität, auf dem Schlossberg in Marburg ein Privatlaboratorium ein.

Grundstock für die Behringwerke

In dem Wissenschaftler begann der Gedanke an ein eigenes Unternehmen zu reifen. Als Startkapital das Preisgeld nutzend, das er für den Nobelpreis erhalten hatte, erwarb er 1904 einen Gutshof am Schlosspark, eine Ziegelei und weitere Ländereien, die gemeinsam mit dem Labor den Grundstock für das Behringwerk bildeten. Die Standortwahl im Marburger Stadtteil Marbach ging unter anderem darauf zurück, dass sich in der Tallage Pferde – die Produzenten des Blutserums - qut halten ließen.

Am 7. November 1904 wurde das neue Unternehmen als "Behringwerke oHG"

Handelsregisins ter eingetragen und nahm seinen Betrieb mit anfänglich zehn Mitarbeitern auf. 1914 wurde das Behringwerk in die Behringwerke Gesellschaft mbH umaewandelt. Mit Beginn des Ersten Weltkrieges weitete man die Produk-

tion stark aus. Neben dem Tetanusheilserum wurden Dysenterie- und Gasbrandserum sowie Choleraimpfstoff hergestellt. Nach Behrings Tod 1917 zeichnete sein Teilhaber, der Apotheker Carl Siebert, auch für die wissenschaftliche Arbeit verantwortlich.

Biotechnologie und Pharmaproduktion

Seit den Gründertagen entwickelte und wandelte sich das Unternehmen stetig. Ab 1942 zur I.G. Farbenindustrie gehörend,

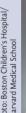
Seit dem 10. Februar produziert Pfizer-Biotech seinen Impfstoff gegen Covid-19 auch in den Anlagen in Marburg (Foto).

wurden die Behringwerke nach deren Auflösung 1952 Teil der Hoechst AG. 1967 kam es zum Ausbruch eines neuartigen Virus in den Laboren, das nach der Stadt Marburg-Virus genannt wurde. Für die Impfstoffproduktion eingeführte Meerkatzen aus Uganda hatten das Virus in die mittelhessische Stadt gebracht.

Inzwischen ist der Pharmastandort Behringwerke Marburg ein Biotech-Center mit innovativen Pharma-Unternehmen. Eines von ihnen ist die Biontech-Manufacturing Marburg GmbH.

Katja Möhrle

Neue Lancet-Kommission "Medizin und Holocaust"







Am Internationalen Tag des Gedenkens an die Opfer des Holocaust am 27. Januar wurde in The Lancet die offizielle Ankündigung der neuen "Lancet Commission on Medicine and the Holocaust: Historical Implications for Evidence. Lessons for Tomorrow" bekanntgegeben. Co-Chairs der Kommission sind (Fotos von links):

- Prof. Dr. med. Sabine Hildebrandt (Harvard Medical School, Boston/MA)
- Prof. Dr. med. Shmuel Reis (Hebrew University, Jerusalem)
- Prof. Dr. med. Volker Roelcke (Universität Gießen).



Die Kommission hat insgesamt 20 internationale Mitglieder (u. a. aus den USA, Israel, Polen, der Tschechischen Republik etc).

Lancet Commissions

sind ein spezielles Format des Lancet zur systematischen Bearbeitung von Themenfeldern, die aus der Sicht der Zeitschrift von vordringlicher Bedeutung für die globale Medizin der nächsten Jahre und Jahrzehnte sind. Die Kommissionen sind mit international führenden Vertretern der jeweils relevanten Fachgebiete besetzt - im Falle dieser Kommission handelt es sich dabei um die medizinische Zeitgeschichte sowie die Medizin- bzw. Bioethik. Unter den Mitgliedern der Kommission sind unter anderem Prof. Dr. med. Matthew Wynia, ehem. Direktor des Institute of Ethics der American Medical Association,

und Dr. med. Etienne Lepicard, Mitglied im Israel Council for Bioethics.

Die Kommission hat die Aufgabe, innerhalb eines Zeitrahmens von ca. zwei Jahren einen umfassenden Bericht zum Kenntnisstand im Themenfeld "Medicine and the Holocaust" sowie zu den Implikationen für die Medizin und Medizinethik heute zu erarbeiten, weiterhin Empfehlungen für die Verankerung des Themas in Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und anderen medizinischen Berufen, die Entwicklung von Lehrformaten. Curricula etc. Die Kommissionsarbeit mündet in einen Abschlussbericht ("Report"), der als Sonderheft des Lancet publiziert wird, sowie Online-Ressourcen zur Aus- und Weiterbildung.

Prof. Dr. med. Volker Roelcke, M. Phil. Gf. Direktor Institut für Geschichte der Medizin. Universität Gießen, Mitglied der Leopoldina

Selbsthilfe: Hoffnung als Lebenselixier

Gesundheitsbezogene Selbsthilfe - warum ist dieses Feld für Ärztinnen und Ärzte bedeutsam? Es ist eine Frage der Haltung. Nämlich: Welche Haltung möchte ich gegenüber meinen Patienten einnehmen? Gerade wenn es sich um Patientinnen handelt, die mit einer schwerwiegenden – meist lebensbedrohlichen oder in irgendeiner Form lebenseinschneidenden - Erkrankung zu tun haben, tun wir Ärztinnen und Ärzte gut daran, auf Augenhöhe zu kommunizieren. Die Selbsthilfe kann hierzu einen wertvollen Beitrag leisten. Sie begleitet und unterstützt die Betroffenen nicht nur emotional oder durch fachliche/ organisatorische Belange. In vielen Fällen sorgt sie dafür, dass Ärztinnen und Patienten miteinander ins Gespräch kommen. Es ist ein Angebot an uns Ärzte, einen Perspektivwechsel zu vollziehen.

In meiner Tätigkeit als Oberarzt in einer onkologischen Rehaklinik bin ich 1987 zum ersten Mal in Kontakt mit der "Frauenselbsthilfe nach Krebs" gekommen. Sicherlich auch der Hartnäckigkeit der damaligen Leiterin geschuldet, habe ich die Jahre danach viele Patientenvorträge bei der Frauenselbsthilfe gehalten. Ich habe gelernt, mich laienverständlich auszudrücken und auch mit merkwürdig erscheinenden Wünschen konstruktiv umzugehen. Denn viele Betroffene entwickeln ganz eigene Vorstellungen zu ihrer Erkrankung. Dahinter verbirgt sich meist Hoffnung. Hoffnung ist Voraussetzung für Zuversicht, und Zuversicht benötigen wir zum Leben und zum Sterben. Wir brauchen Hoffnung, um leben zu können, und uns Ärztinnen und Ärzten steht es nicht zu, die Hoffnungen von Patientinnen zu bewerten oder - noch schlimmer – diese abzuwerten.

Die meisten Ärzte wurden schon mal mit der Frage "Gibt es denn noch Hoffnung für mich?" konfrontiert. Dabei kann es trügerisch sein, wenn sie, dem Wunsch ihrer Patienten folgend, Hoffnungen verteilen. Vor einigen Jahren lernte ich in der Klinik eine Frau kennen. Ihr ging es, obwohl sie keine wesentlichen körperlichen Beschwerden hatte, sehr schlecht. Ihr Arzt hatte ihr noch eine Lebenszeit von drei Monaten gegeben. Diese drei Monate waren zu Weihnachten vorbei und das

Fest stand vor der Tür. Die Patientin vertraute ihrem Arzt und bereitete sich darauf vor, in den nächsten Tagen zu sterben. Es kostete einige Mühe, sie davon zu überzeugen, dass es derzeit keinen medizinischen Grund gab, das Leben zu been-



den, und so langsam war sie noch einmal bereit, ins Leben einzutauchen. Ein Jahr später kam sie wieder zu uns. Es ging ihr gut und sie war gut gestimmt und kämpferisch entschlossen. Diese Patientin hat aus der Kränkung Kraft und Zuversicht gewonnen, aber das blinde Zutrauen zu dem Rat der Ärzte verloren.

Um leben zu können, benötigen wir Hoffnung. Und es ist sicher nicht übertrieben, die Hoffnung als Lebenselixier zu betrachten. Das, worauf sich unsere Hoffnung richtet, mag sich von Zeit zu Zeit verändern, solange nur die Hoffnung bestehen bleibt. Auch beim Fortschreiten einer Tumorerkrankung gibt es noch genug zu hoffen. Allerdings gibt es häufig Verständigungsschwierigkeiten zwischen Ärzten und Patienten. Wenn der Arzt seine Hoffnung an der Chemotherapie festmacht und diese nach einer Weile nicht mehr hilft, kann es passieren, dass der Arzt seine Hoffnung verliert und den Patienten mit den Worten entlässt: "Ich kann nichts mehr für Sie tun." Wir können nur hoffen. dass der Patient versteht, dass dieses "Ich kann nichts mehr für Sie tun" sich auf die Chemotherapie bezieht und nicht auf den Menschen. Es lohnt sich also genau hinzusehen, auf was wir hoffen, was die Ziele sind, die wir uns vornehmen, wenn die Erkrankung fortschreitet.

So individuell unterschiedlich eine Begleitung sein kann, ist es wichtig dabei die Hoffnung des Patienten nicht unnötig zu

verletzen. Dabei gibt es keine Rezepte zur richtigen oder gelungenen Krankheitsbewältigung, keine allgemeingültigen Regeln, keine Pflicht, angebliche Krankheitsverleugnung aufzuarbeiten oder zu durchbrechen, und es gibt auch keine Vorschrift, wie man ruhig und versöhnt im Kreis seiner Lieben das Leben verlässt. Die Vorstellungen des Arztes, wie es richtig sein könnte, sind immer wieder aufs Neue zu überprüfen und an den Vorstellungen der Patienten auszurichten. Es ist nicht zu akzeptieren, dass die Patienten in dieser wichtigen Phase ihres Lebens den Vorurteilen und Glaubenssätzen ihrer Ärzte nachkommen sollen.

Nur durch Teamwork, das heißt, wenn alle Teilnehmenden sich um Verständigung und Abstimmung ihrer Handlungen bemühen, kann das bestmögliche Behandlungsergebnis erreicht werden. Selbsthilfe ermutigt und unterstützt die Patienten, mit dem Arzt über die eigenen Wünsche und Vorstellungen zu sprechen und in ihm einen Partner des Vertrauens zu sehen, der sie unterstützt. Patienten werden z. B. geschult, wie das Gespräch mit dem Arzt so gestaltet werden kann, dass es ihren Bedürfnissen entspricht. Ärztinnen und Ärzte wollen wir ermutigen, den informierten, mitarbeitenden Patienten als Chance zu begreifen.

Beginnend mit dieser Ausgabe möchten wir die Selbsthilfe in einer losen Serie in den Fokus rücken und für das Thema sensibilisieren. Jürgen Matzat leitet in das Thema ein und zeichnet die Entstehungsgeschichte der Selbsthilfe in Deutschland präzise nach – von der anfänglichen Skepsis zur Kooperation über die demokratische Legitimation bis hin zur Beteiligung an Leitlinien. Ein zweiter Beitrag beleuchtet den aktuellen Stand zur Selbsthilfeforschung am Beispiel der Krebs-Selbsthilfe von Lena Binkowski et al. ab S. 172.

> Dr. med. Peter Zürner Verantwortlicher Redakteur

gemeinsam mit Maren Grikscheit Sty. Leitende Redakteurin

Hessisches Ärzteblatt

Selbsthilfe in Deutschland – eine Erfolgsgeschichte

Dipl.-Psych. Jürgen Matzat

Bei gesellschaftlichen Prozessen und sozialen Bewegungen ist es immer umstritten, wann man ihren Beginn datiert. Immer gibt es schon etwas, das zuvor bereits bestand und das die Entstehung des Neuen begünstigte. Die Selbsthilfe-Bewegung, wie wir sie heute in Deutschland kennen, entfaltete sich in den 1970erund 1980er-Jahren. Zuvor gab es schon krankheitsspezifische Patientenorganisationen, die aber stark ärztlich beeinflusst und eher "top-down" organisiert waren, sowie Abstinenzgruppen in der Alkoholiker-"Fürsorge", die von Geistlichen und christlich-humanitär motivierten Ehrenamtlichen getragen wurde.

Von anfänglicher Skepsis zur Kooperation

In den '68er-Jahren kamen, entsprechend dem damals herrschenden Zeitgeist, kritisch-emanzipatorische Motive hinzu. Die "Halbgötter in Weiß" mit ihrem autoritären, bestenfalls paternalistischen Gehabe wurden angeprangert. Gefordert wurde eine psychosoziale Wende (oder zumindest: Ergänzung) der Medizin ("Sprechende Medizin"). Und es wurde große Hoffnung auf Gruppen jeglicher Form gesetzt - als Ausdruck von Solidarität und wechselseitiger Unterstützung, in diesem Falle von Patienten bzw. von "Betroffenen", wie der Sprachgebrauch in der Selbsthilfe ist.

Auf Seiten ärztlicher Funktionäre erlebte die Selbsthilfe zunächst vielfach skeptische, ja ablehnende Reaktionen. Da war schon mal von "wildgewordenen Patientenmeuten" die Rede, man warnte davor, dass die Selbsthilfe bloß "Alternativ"-Medizin propagieren würde, und befürchtete, dass "Geldströme an der Ärzteschaft vorbei in die Selbsthilfe gelenkt" werden könnten. Einzelne Ärztinnen und Ärzte waren hingegen schon immer wichtige Partner, oft sogar "Anstifter" von Selbsthilfeaktivitäten.

Solche Äußerungen sind natürlich schon lange nicht mehr vorstellbar, genauso wenig wie grundsätzliche Expertenfeindlichkeit auf Seiten der Selbsthilfe-Szene. Längst hat sich eine kooperative Einstellung auf beiden Seiten durchgesetzt. Und diese gegenseitige Wertschätzung findet einerseits Nahrung, andererseits Ausdruck in real existierender praktischer Zusammenarbeit, nicht zuletzt auch in einem solchen Themenheft des Hessischen Ärzteblatts.

In Hessen hat die Anregung und Unterstützung von Selbsthilfe eine ganz besondere Tradition. 1977 begann an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Gießen ein erstes Forschungsprojekt über "psychologisch-therapeutische Selbsthilfegruppen" (Prof. Dr. med. Michael Lukas Moeller). Es sollte herausgefunden werden, wie eine solche "Gruppentherapie ohne Therapeuten" funktionieren und welche Unterstützung von Fachleuten angemessen sein könnte. Daraus entwickelte sich eine Fachorganisation für die Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen unabhängig von deren Thematik, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. sowie ein neuer Typ von Beratungsinstitution: die Selbsthilfe-Kontaktstelle. Sie wird professionell geleitet, arbeitet in Trägerschaft örtlicher Vereine, großer Wohlfahrtsverbände oder kommunaler Behörden. Über 300 davon gibt es bundesweit, 23 allein in Hessen. Sie sind auch für Ärztinnen und Ärzte in Praxen und Krankenhäusern die örtlichen Ansprechpartner zu allen Fragen der Selbsthilfe für ihre Patientinnen und Patienten: Welche Selbsthilfegruppen gibt es in der Region? Wie gelingt der Zugang am besten? Wie ließe sich agf. eine neue Selbsthilfegruppe gründen? Wo finden Selbsthilfegruppen Räume, finanzielle Zuschüsse oder fachlich versierte Referenten? Wie können sie ihre Öffentlichkeitsarbeit gestalten?

Selbsthilfe-Bewegung

Die ersten dieser Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen entwickelten sich im Umfeld universitärer Forschungsprojekte zu Selbsthilfegruppen (Gießen, Hamburg,

Heidelberg) oder in anderen Einrichtun-(Psychologische Beratungsstelle, Volkshochschule, Studentenwerk etc.), wo aufgrund persönlichen Engagements einzelne Fachleute diese neue Aufgabe übernahmen. Auf den Fachtagungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen vernetzte man sich; das nach und nach entstehende Erfahrungswissen über professionelle Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen wurde zusammengetragen und systematisiert. Das Kontaktstellen-Konzept nahm Gestalt an. Im Jahre 1987 hatte die wachsende Selbsthilfe-Bewegung das Interesse der Bundespolitik geweckt. Man fragte sich, wie solche Bürgerinitiativen im Gesundheitsbereich gefördert werden könnten, von denen man sich einerseits einen kostendämpfenden Effekt erhoffte, andererseits einen Beitrag zu einer demokratischen Zivilgesellschaft von engagierten und eigenverantwortlichen Menschen, in diesem Falle von Patientinnen und Patienten. Das Bundesgesundheitsministerium schrieb einen Modellversuch aus, in dem das Kontaktstellen-Konzept als professionelle, themenübergreifende, infrastrukturelle Fördereinrichtung für Selbsthilfegruppen und daran interessierte Personen bzw. Institutionen erprobt werden sollte. Allein sechs der 18 schließlich geförderten Standorte befanden sich in Hessen. Die bereits 1985 gegründete Landesarbeitsgesellschaft der Selbsthilfe-Kontaktstelle in Hessen bekam durch die geförderten Modell-Einrichtungen neue Mitglieder und eine Erweiterung des Know-hows. Inzwischen ist die Anzahl der beteiligten Einrichtungen auf 23 gestiegen, und es laufen Bemühungen, eine Landeskontaktstelle als koordinierende Service-Einrichtung zu gründen.

Nach der Wende

Nach der Wiedervereinigung wurde ein gleichartiges Förderprogramm in den neuen Bundesländern gestartet, um auch dort die Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen in Gang zu setzen, die

es ja bis dahin wegen der politischen Verhältnisse nur ganz vereinzelt und meist im Verborgenen gegeben hatte.

Die Begleitforschung der beiden Modellversuche zeigte, kurz gefasst, folgendes: In den untersuchten Regionen stieg die Anzahl der Gruppen ebenso wie die ihrer Mitglieder, und ihre Stabilität nahm zu. Jahre später fanden Schweizer Forscher für ihr Land Ähnliches heraus.

Das Feld der Selbsthilfe in Deutschland hat inzwischen einen enormen Umfang ange-



nommen: Die Zahl der Selbsthilfegruppen wird auf 70.000 bis 100.000 geschätzt. Etwa die Hälfte davon gehört übergeordneten Selbsthilfeorganisationen an, die andere Hälfte arbeitet autonom nur vor Ort. 116 Selbsthilfeorganisationen sind in der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG Selbsthilfe) zusammengeschlossen, mehr als 120 in der Allianz chronischer seltener Erkrankungen e. V. (Achse) und 230, die sich speziell mit der Situation kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher bzw. deren Familien befassen, im Kindernetzwerk e. V. Sie alle sind zentral zu finden über die Datenbank der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) unter "grüne Adressen", wie auch die lokalen oder regionalen themenübergreifenden Selbsthilfe-Kontaktstellen unter den "roten Adressen". Die Website der NAKOS bietet darüber hinaus eine Fülle von Materialien zur Selbsthilfe (www.nakos.de). Eine weitere Fundgrube für Interessierte ist auch das Selbsthilfegruppenjahrbuch der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., das seit 1999 Beiträge aus Selbsthilfegruppen, -organisationen und -Kontaktstellen, aber auch aus Politik, Verwaltung und Wissenschaft bezüglich Selbsthilfe enthält (Internet: www.dag-shg.de/service/jahrbuecher). Die positiven Befunde verschiedener Forschungsprojekte und die bundesweit zunehmende Zahl von in der Selbsthilfe aktiven Menschen veranlasste die Politik. über Möglichkeiten einer verlässlichen öffentlichen Förderung der Selbsthilfe (Selbsthilfegruppen, -organisationen, -Kontaktstellen) nachzudenken. Dies wurde den Gesetzlichen Krankenversicherungen übertragen. Das geschah schrittweise in mehreren Gesetzesvorhaben, von einer "Kann"-Bestimmung über eine "Soll"-Bestimmung bis hin zur Festlegung der dafür bereitzustellenden Summe: derzeit über 80 Millionen Euro pro Jahr.

Mit dieser im internationalen Vergleich beeindruckenden Summe werden örtliche Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen auf Bundes- und Landesebene sowie Selbsthilfe-Kontaktstellen nach bestimmten Kriterien pauschal oder durch projektbezogene Mittel gefördert. Diese enorme Summe hat nicht nur die Arbeit und die Strukturen der Selbsthilfe gestärkt und stabilisiert, sondern sie drückt auch eine hohe gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung aus. Dazu hat ganz erheblich die Selbsthilfe-Forschung in Deutschland beigetragen, von den frühen Projekten der Arbeitsgruppen um Moeller und Trojan über die SHILD-Studie von Dierks, Kofahl und Schulz-Nieswandt bis zur Einrichtung ei-Selbsthilfe-Professur mit Prof. Dr. phil. Joachim Weis in Freiburg (siehe Artikel "Selbsthilfeforschung im Bereich der Krebs-Selbsthilfe" ab S. 172).

Demokratische Legitimation

Als zu Beginn dieses Jahrhunderts die Diskussion über die Vertretung von Patienten(-interessen) im deutschen Gesundheitswesen Fahrt aufnahm, geriet die Selbsthilfe-Bewegung, die Deutschland wie sonst nirgends in Europa verbreitet und etabliert hatte, schnell in den Fokus der Überlegungen. Hier ließen

sich "kollektive Patienten" finden, die nicht nur ihre individuelle Betroffenheit einbringen konnten, sondern aus der längerfristigen Arbeit in ihren Gruppen und Organisationen über "Betroffenen-Kompetenz" oder gar "Betroffenen-Expertise" verfügten und darüber hinaus über demokratische Legitimation. So wurden 2004 der Deutsche Behindertenrat (ein Verbund etlicher Organisationen von chronisch kranken oder behinderten Menschen), die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (siehe oben) neben der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) und Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv) vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach bestimmten Kriterien dafür akkreditiert, "fachkundige Personen" aus ihren Reihen in den neu aufgestellten Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu entsenden, um dort Patienteninteressen zu vertreten.

Auch hier erhoffte man sich eine inhaltliche Bereicherung der Diskussion und einen Zuwachs an demokratischer Legitimation. Etwa 250 Menschen, zum großen Teil aus der Selbsthilfe, sind auf diese Weise im G-BA engagiert. Entsprechendes gilt für Gremien auf Landesebene (Zulassungs-, Berufungs-, Landesausschuss und anderes mehr).

Während anfangs die traditionellen "Bänke" (die sogenannten Leistungserbringer, also Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser sowie die gesetzlichen Krankenkassen) und die neue Patientenvertretung zum Teil recht heftig miteinander "fremdelten", hat sich inzwischen eine routinierte, teilweise durchaus vertrauensvolle Zusammenarbeit etabliert. Alle vertreten ihre jeweiligen Interessen, aber alle sollen auch gegenüber dem Funktionieren unseres Gesundheitswesens insgesamt Verantwortung zeigen.

Beteiligung an Leitlinien

Nicht durch gesetzliche Vorgabe, sondern als Selbstverpflichtung hat sich Patientenbeteiligung an der Erstellung von Behandlungsleitlinien etabliert. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat dies in ihrem Regelwerk verankert. Und auch hier wird die Frage, wer

geeignet, das heißt sachkundig und am besten legitimiert sei, an einem solchen Prozess von Evidenzbasierung und Konsensbildung teilzunehmen, in den meisten Fällen über Rückgriff auf einschlägige Selbsthilfeorganisationen gelöst.

Im Übrigen hat es sich eingebürgert, eigene Patientenleitlinien zu verfassen, die in abgespecktem Umfang und in laienverständlicher Sprache den Betroffenen Zugang zu medizinischem Wissen bezüglich ihrer eigenen Erkrankung verschaffen. Dies soll unter anderem dabei helfen, dass Patientinnen und Patienten im Sinne eines "shared decision making" in produktiver Weise an Behandlungsentscheidungen mitwirken können.

Ausblick

Als neueste Entwicklung wird seit einigen Jahren sogar über Patientenbeteiligung an medizinischer Forschung diskutiert. Damit ist nicht gemeint, dass Menschen sich an Studien beteiligen, um Daten für neue

Erkenntnisse zu liefern. Sondern dass sie sich – mit ihrer Betroffenenkompetenz – an der Formulierung von Fragestellungen und ihren Antworten beteiligen: Was entspricht Patientenbedürfnissen, wo erleben sie Lücken in der Versorgung? Welche patientenrelevanten Endpunkte gibt es – z. B. nicht nur hinsichtlich der Überlebensdauer, sondern auch bezüglich der Lebensqualität? Betroffene können an der Interpretation der Ergebnisse sowie an deren Verbreitung und womöglich sogar an wissenschaftlichen Publikationen beteiligt werden.

In bestimmten Bereichen wird heutzutage bereits in den Ausschreibungen der Forschungsförderer verlangt, dass die Antragsteller Angaben zur Patientenbeteiligung an der Planung, Durchführung und Auswertung ihrer Studien machen. Und wo sucht eine gut beratene Forschergruppe danach? Meist auf dem Feld der Selbsthilfe.

Dipl.-Psych. Jürgen MatzatPsychologischer
Psychotherapeut
Kontaktstelle für
Selbsthilfegruppen



to: priva

Friedrichstr. 33, 35392 Gießen Fon: 0641 985-45612 E-Mail: juergen.matzat@ psycho.med.uni-giessen.de

Zum Autor

Dipl.-Psych. Jürgen Matzat leitet seit 1987 die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Gießen. Er war einer der Gründer und langjähriges Vorstandsmitglied der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. Seit 2004 ist er als Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (Unterausschuss Psychotherapie) und in Ausschüssen auf Landesebene sowie in Arbeitsgruppen zur Erstellung von ÄZQ-Versorgungs- bzw. Patientenleitlinien engagiert.

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com



Leserbriefe

Leserbriefe zu den beiden Artikeln zum Thema "Ärztlich assistierter Suizid", Ausgabe 02/2021 von Dr. med. Susanne Johna und Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Stephan Sahm

Die Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts, den § 217 StGB außer Kraft zu setzen und eine Neuordnung zu verlangen, ist eine wirklich schwierige Problematik, der sich auch die deutschen Ärztinnen und Ärzte stellen müssen.

Ich selbst stamme aus einer Familie mit genetisch determinierter Alzheimer-Erkrankung und habe Krankheit und Tod meiner Mutter und anderer Familienmitglieder erlebt. Im Zweifelsfall würde ich mir vor dem Hintergrund der Erfahrungen in meiner Familie eine einfühlsame, seriöse, gesetzeskonforme Hilfestellung beim notfalls gewünschten Suizid erhoffen, und ich danke dem Bundesverfassungsgericht, Würde sowie Respekt vor Autonomie gefordert zu haben. Das war auch eine Aufforderung an Politik und Ärzteschaft.

Prof. Dr. med. Joachim Pietz Heidelberg, Mitglied der LÄKH Ein Punkt wird in der aktuellen Debatte völlig vergessen: Alle Menschen sind gleich. Oder doch nicht?

Da diskutiert eine Berufgruppe leidenschaftlich darüber, mit welchen guten moralischen Gründen dem Rest der Bevölkerung ein Privileg verweigert werden kann, welches sie selber besitzt.

Jeder Arzt verfügt über das Wissen für den schmerzfreien Selbsttod und hat legal unbegrenzt Zugang zu den dafür nötigen Mitteln. Der normale Bürger hat diese Möglichkeit nicht, sondern muss sich die notwendigen Mittel illegal beschaffen, wird also aus einer Notlage heraus straffällig. Eigentlich gehört die Frage, ob ein ärztlich assistierter Suizid zulässig ist, doch originär in die Zuständigkeit des Bundesverfassungsgerichts, das sich ja wohl eindeutig positionierte. Und nicht in die nicht demokratisch legitimierten Hände einer Standesorganisation. Wobei sich die Bevölkerung in

repräsentativen Umfragen, auch das sind Fakten, mit überwiegender Mehrheit für einen ärztlich assistierten Suizid im Falle einer schweren Erkrankung ausspricht.

Es ist also durchaus zu hinterfragen, inwieweit es moralisch vertretbar ist, dass eine Berufsgruppe über eine Regelung diskutiert, von deren Auswirkung sie selber "glücklicherweise" nicht betroffen ist

Es geht hier nicht darum, Kolleginnen und Kollegen zu diesen Hilfestellungen zu verpflichten. Es geht nur darum, dass die verfasste Ärzteschaft nicht etwas intern sanktioniert, was das höchste Gericht Deutschlands zulässt – und dass die verfasste Ärzteschaft die Grenzen ihrer Regelungsbefungnis klarer erkennt.

Helge Hofmann Arzt im Ruhestand, Offenbach

Selbsthilfeforschung im Bereich der Krebs-Selbsthilfe

Lena Binkowski, Dr. rer. medic. Andrea Kiemen, Theresa Baadte, Prof. Dr. phil. Joachim Weis

Hintergrund

In gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen (SHG) schließen sich Menschen mit unterschiedlichen psychischen oder körperlichen Erkrankungen zusammen, um sich wechselseitig zu unterstützen und sich über krankheitsbezogene Informationen auszutauschen. Nach einer Definition der Spitzenverbände der Krankenkassen sind SHG freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher oder regionaler Ebene mit dem Ziel, sich gegenseitig in der Bewältigung einer Erkrankung oder psychischen Belastungssituation, von denen sie entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind, zu unterstützen [1]. SHG werden somit nicht von Professionellen (z. B. Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten) geleitet. können aber bei Bedarf Experten zu bestimmten Fragestellungen zu Rate ziehen. Daher gilt die Selbsthilfe-Unterstützung als ein Modell der gegenseitigen Hilfe auf der Grundlage gemeinsamer Erfahrungen [2].

Die geteilte persönliche Erfahrung bietet Wissen und Informationsaustausch, soziale Interaktion, emotionale Unterstützung oder praktische Hilfe sowie Ermutigung zur Überwindung der Krankheit [3, 4]. Selbsthilfe-Unterstützung kann dabei persönlich in Präsenz, online oder per Telefon erfolgen [5].

Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe verfolgt neben dem Ziel der psychosozialen Unterstützung der Einzelnen in der Bewältigung der Krankheit und ihrer Folgen auch das Ziel der gesundheitspolitischen Einflussnahme. Im Kontext gesundheits-

¹Die Autorinnen und Autoren dieses Beitrags hatten diesen in gegenderter Form mit "Gendersternchen" eingereicht. Dies wurde redaktionell an das HÄBL-Layout angepasst, bis auf den "Patient*innenkompetenz". **Begriff** Dessen Schreibweise hat sich sozialwissenschaftlich eingebürgert, außerdem ist ein Forschungsprojekt so benannt.

bezogener Selbsthilfe lassen sich die individuelle und gemeinschaftliche Selbsthilfe unterscheiden. Die individuelle Selbsthilfe umfasst sowohl individuelle als auch gemeinschaftliche Handlungsformen innerhalb natürlicher sozialer Gebilde (z. B. Familie), die auf Erfahrungswissen und eigenen Ressourcen im Umgang mit der Erkrankung und deren Folgeproblemen beruhen. Eine Vielzahl von Konzepten wie Patient*innenkompetenz1, Gesundheitskompetenz, Empowerment, Selbstwirksamkeit oder Krankheitsbewältigung (englisch "coping") lassen sich der individuellen Selbsthilfe zuordnen. Gemeinschaftliche Selbsthilfe umfasst individuelle und gemeinschaftliche Handlungsformen im Rahmen von eigens zu diesem Zweck geschaffenen sozialen Strukturen (z. B. SHG. Selbsthilfeorganisationen oder -verbände), deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen richten und darüber hinaus auch gesundheitspolitische Ziele verfolgen [6].

Die Aufgaben der Krebs-Selbsthilfe in Deutschland sind vielfältig und lassen sich über die Besonderheiten und Schwerpunktsetzungen einzelner Gruppen und Verbände hinweg wie folgt zusammen-

- · Psychosoziale Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen.
- Vermittlung von Information und Wissen über die Erkrankung und deren Behandlung durch persönliche Erfahrung und über verschiedene Medien.
- Vertretung der Interessen von Krebserkrankten in sozial- und gesundheitspolitischen Gremien.

Vor dem Hintergrund der Bedeutung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in unserem Gesundheits- oder Sozialsystem liegt es nahe, dass das Thema Selbsthilfe in den vergangenen beiden Jahrzehnten immer wieder auch Gegenstand von Forschungsaktivitäten war und ist.

Die Forschung im Bereich der Krebs-Selbsthilfe stellt hierbei ein breit gefächertes Aufgabengebiet dar, das sich jedoch sowohl international als auch insbesondere für den deutschsprachigen Raum erst in den Anfängen befindet. Sieht man einmal von den Fragen der Grundlagen der Selbsthilfe ab, lässt sich die Erforschung der Selbsthilfe im Wesentlichen im Bereich der Versorgungs- und Evaluationsforschung verorten. Aufgabe der 2017 eingerichteten Stiftungsprofessur für Selbsthilfeforschung am Universitätsklinikum Freiburg (gefördert durch die Deutsche Krebshilfe) ist es, die verschiedenen Aspekte der individuellen und gemeinschaftlichen Selbsthilfe wissenschaftlich zu untersuchen und hierbei sowohl die Prozesscharakteristika als auch die Wirksamkeit in den Mittelpunkt zu rücken. Der Schwerpunkt der Stiftungsprofessur liegt im Themenbereich Patient*innenkompetenz und Krebs-Selbsthilfe.

Im Folgenden werden ausgewählte Bereiche der Selbsthilfeforschung im Schwerpunkt Onkologie überblicksartig vorgestellt.

Struktur und Bedarf

In Deutschland hat die organisierte Selbsthilfe, insgesamt gesehen, an Akzeptanz gewonnen und gilt heute als wichtiger Teil psychosozialer Unterstützung von Krebsbetroffenen in Ergänzung des professionellen Versorgungssystems. Angesichts dieser wachsenden Bedeutung und Professionalisierung entstehen für die Selbsthilfe und ihre unterschiedlichen Organisationsformen neue Chancen, aber auch Herausforderungen. Die Erforschung der Strukturen der organisierten Selbsthilfe und von Fragen des Bedarfs wird von vielen Fachvertreterinnen und -vertretern sowie von den Betroffenenverbänden als notwendig angesehen – auch um Herausforderungen besser begegnen zu können. Damit neue zielgruppenspezifische Angebote der organisierten Selbsthilfe entwickelt werden können, ist es zudem erforderlich, sich mit den Bedürfnissen der Betroffenen auseinanderzusetzen.

Eine in jüngerer Zeit durchgeführte Struktur- und Bedarfsanalyse zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Deutschland befasst sich mit der Entwicklung, der aktuellen Situation sowie den Perspektiven der Selbsthilfe [7]. Dabei zeigt sich unter anderem, dass Selbsthilfe bei Betroffenen und deren Angehörigen zu Entlastungen führt und insgesamt die Informiertheit der Bevölkerung über Erkrankungen, Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten erhöht. Gleichzeitig ist die Selbsthilfe jedoch auch mit steigenden Herausforderungen konfrontiert und künftig auf nachhaltige finanzielle und politische Unterstützung angewiesen. In der Studie wurden aus dem Bereich onkologischer Erkrankungen Prostatakrebspatienten als eine von fünf befragten Untersuchungsgruppen ausgewählt. Einen stärkeren Fokus auf Krebsbetroffene legt das aktuell laufende Projekt "Gesundheitskompetenz. Selbsthilfeaktivitäten und Versorgungserfahrung von Menschen mit Krebs" von Kofahl et al. [8]. Die Studie untersucht, wie Selbsthilfeaktivitäten und andere Unterstützungsmöglichkeiten die Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung von Betroffenen stärken können. Da das Projekt noch nicht abgeschlossen ist, steht eine Publikation der Ergebnisse noch aus. An der Stiftungsprofessur Selbsthilfeforschung wird der Frage nachgegangen, wie die Patient*innenkompetenz von Krebspatientinnen und -patienten sowie Überlebenden gestärkt und Unterstützungsangebote der organisierten Selbsthilfe (weiter-)entwickelt werden können. Hierfür werden im Rahmen des aktuell laufenden Forschungsprojekts "Krebs-Selbsthilfe & Patient*innenkompetenz: eKSPlore" die Strukturen der Selbsthilfe untersucht sowie der Unterstützungsbedarf und die Herausforderungen an die individuelle und gemeinschaftliche Patient*innenkompetenz ermittelt. Darüber hinaus sollen Themen identifiziert werden, die für die zukünftige Entwicklung der Krebs-Selbsthilfe bedeutsam sind. Zielgruppen der Studie sind die Vertreterinnen und Vertreter von Selbsthilfeorganisationen auf den verschiedenen Ebenen der Bundes- oder Landesorganisation sowie auf Gruppenebene. Ebenso werden Krebsbetroffene, die nicht in der Selbsthilfe aktiv sind, in die Untersuchung einbezogen. Die Durchführung der quantitativen Erhe-

bung wird voraussichtlich jetzt, Anfang 2021, beginnen.

Wirksamkeit der Unterstützung durch Gleichbetroffene

Studien zur Überprüfung der Effektivität verschiedener Angebote der Krebs-Selbsthilfe sind selten und konzentrieren sich weitestgehend auf die Identifikation von möglichen Wirkfaktoren oder auf die gezielte Überprüfung der durch Selbsthilfe erreichten Veränderungen, z.B. im Bereich des Wissensstandes, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität oder der psychischen Gesundheit der Teilnehmenden. Kontrolliert randomisierte Studien zur Überprüfung der Effektivität von Selbsthilfeaktivitäten sind dabei selten; es finden sich überwiegend retrospektive Vergleichs- oder Beobachtungsstudien. So konnten nicht-randomisierte Vergleichsstudien an Patientinnen mit Brustkrebs zeigen, dass Teilnehmende von SHG, einschließlich Online-Gruppen, verringerte Angst- und Depressionswerte, höhere Lebensqualität sowie ein größeres krankheitsspezifisches Wissen im Vergleich zu Nicht-Teilnehmenden aufweisen [9–11]. Weiterhin konnten Befragungen an Patienten mit Prostatakrebs zeigen, dass _E Mitglieder von SHG im Vergleich zu Nicht-Mitgliedern mehr über Patientenrechte und über die Erkrankung allgemein wissen. Dieses Wissen war unabhängig von L Schulbildung und Alter der Patienten oder der Schwere der Erkrankung [12]. Eine Form der Selbsthilfe, die in ersten

Studien als effektiv nachgewiesen wurde, ist die Einzelberatung und -begleitung von akut Erkrankten durch Gleichbetroffene. Insgesamt zeigt sich bei der Evaluation solcher Programme eine hohe Zufriedenheit auf Seiten der akut Erkrankten und der gleichbetroffenen Begleiterinnen und Begleiter (z. B. [13]). Die eigene Betroffenheit der Begleitenden wird dabei von Patienten in akuter Krankheitssituation als sehr wichtig bewertet und scheint daher ein wichtiger Wirkfaktor zu sein [14].

In Deutschland werden bundesweit derartige Programme und Besuchsdienste mit dem Ziel der Begleitung und Unterstützung von akut Betroffenen durch ehemals an Krebs Erkrankte von Selbsthilfeverbänden angeboten, aber bisher nur selten

wissenschaftlich evaluiert. Im Rahmen laufender Forschungsprojekte werden derzeit Programme wie beispielsweise die isPO-Onkolotsen [15] oder Peer2Me [16], ein Peer Mentoring für junge Erwachsene mit Krebs, implementiert und wissenschaftlich evaluiert.

Auch an der Stiftungsprofessur für Selbsthilfeforschung wird aktuell in dem Forschungsprojekt ExPEERtise der Frage nachgegangen, inwieweit eine Einzelberatung durch geschulte ehemalige Krebspatienten zur Unterstützung und Stärkung der Patient*innenkompetenz von Gleichbetroffenen beitragen kann.

Ziel des Forschungsprojektes ist die Entwicklung, modellhafte Erprobung in einer Region und wissenschaftliche Evaluation eines Schulungsprogramms für ehemals Erkrankte (sogenannte Selbsthilfe-Coaches) zur Einzelberatung und psychosozialen Unterstützung von Gleichbetroffenen. Dieses Programm versteht sich als



selbsthilfebasiertes Angebot in Ergänzung bestehender professioneller psychoonkologischer Angebote.

Digitale Selbsthilfe-Angebote

In den vergangenen Jahren haben auch digitale Selbsthilfe-Angebote zunehmend an Bedeutung gewonnen [17, 18]. Das Spektrum reicht dabei von digitalen Informationsmöglichkeiten z. B. auf der Website eines Selbsthilfeverbandes bis zu interaktiven Kommunikationsformaten (Live Chats, Diskussionsforen, Mailinglisten, Social-Media-Profilseiten etc.), die einen gegenseitigen Austausch zwischen Menschen mit ähnlichem Unterstützungsbe-

dürfnis ermöglichen [19]. Betroffene können dabei zeit- und ortsunabhängig miteinander kommunizieren. Insbesondere wenn Gruppentreffen – wie etwa im Rahmen der Covid-19-Pandemie – nicht in gewohnter Form stattfinden können, bieten digitale Formate Mittel und Wege für persönlichen Austausch trotz räumlicher Distanz. Im Rahmen einer kürzlich abgeschlossenen bundesweiten Befragung wurden die Möglichkeiten und Grenzen



der Digitalisierung in der gesundheitlichen Selbsthilfe untersucht [20]. In der Befragung wurden insgesamt 119 Selbsthilfeorganisationen aus dem Gesundheitsbereich berücksichtigt, davon 15 aus dem Bereich Krebs-Selbsthilfe. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Selbsthilfeorganisationen bereits vielfache Erfahrungen mit digitalen Medien bzw. Tools gesammelt haben und einzelnen Tools von der Mehrheit der Anwender ein hoher oder sehr hoher Nutzen bescheinigt wird.

Neben dem Nutzen wird von Problemen wie etwa fehlenden Ressourcen oder Fragen des Datenschutzes berichtet. Bisherige Forschung im Zusammenhang mit digitalen Angeboten im Bereich Krebs-Selbsthilfe konzentriert sich einerseits auf die Identifikation von Wirk- und Prozessfaktoren oder Fragen der Akzeptanz, andererseits aber auch auf die Effektivität in Bezug auf verschiedene Ergebniskriterien. Ein aktuelles Review zu Online-Selbsthilfe für Patienten mit Prostatakrebs zeigt, dass in virtuellen SHG der Informationsaustausch sowie das Teilen emotionaler Inhalte und gegenseitige Unterstützung eine wichtige Rolle spielen und die Teilnahme an derartigen Gruppen für Therapieentscheidungen sowie für das soziale Umfeld der Patienten bedeutsam ist [21]. Nutzerinnen und Nutzer digitaler Formate müssen sich nicht aktiv beteiligen, sondern können beispielsweise in Online-Foren anonym Beiträge verfassen oder lesen. ohne sich selbst als Betroffene zu offenbaren [22]. Eine Studie, in der der subjektive Nutzen von Foren u.a. in Abhängigkeit der aktiven Beteiligung untersucht wurde. ergab jedoch, dass sich aktiv einbringende Anwender einen höheren subjektiven Nutzen aus den Angeboten ziehen als passive Beobachter [23].

Ähnliche Ergebnisse zeigte auch eine Längsschnittstudie, in der das Kommunikationsverhalten innerhalb von Online-Selbsthilfegruppen (OSG) untersucht wurde: Eine aktive Auseinandersetzung der Patienten mit Emotionen und Gedanken korreliert hier positiv mit psychischem Wohlbefinden, während das Vermeiden von krankheitsbezogenen Gedanken oder geringerem emotionalen Ausdruck negativ korreliert ist [24]. Im Rahmen eines Reviews zur Wirkung von OSG konnten in Studien keine Belege dafür gefunden werden, dass die Teilnahme an einer OSG im Vergleich zu einer Kontrollgruppe sich positiv auf Depressivität, Lebensqualität oder Angstwerte auswirkt [9].

Auch die Machbarkeitsprüfung einer nicht moderierten OSG bei Frauen mit Brustkrebs zeigte keine signifikanten Veränderungen bezüglich Distress oder Lebensqualität nach vier Monaten im Vergleich zur Kontrollgruppe [25]. Die Autorinnen und Autoren schlussfolgern, dass die Moderation bei Online-Angeboten eine wichtige Bedeutung für den Erfolg haben kann. Insgesamt verfügen wir derzeit noch über zu wenig wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zu den Prozessen und Effekten von Online-Angeboten in der Krebs-Selbsthilfe.

Ausblick

Wie der Überblick gezeigt hat, konzentriert sich die Erforschung der krankheitsbezogenen Selbsthilfe im Bereich der Onkologie auf verschiedene Inhaltsbereiche und befindet sich, insgesamt gesehen, erst in den Anfängen. Neben einigen vielversprechenden Studien zu Struktur- und Prozessmerkmalen sowie zur Identifikation von möglichen Wirkfaktoren liegen nur wenige randomisierte Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit von Selbsthilfeangeboten vor und diese fokussieren primär die methodisch leichter zu erfassenden Online-Angebote. Trotz einiger positiver Entwicklungen in jüngerer Zeit ist die wissenschaftliche Evidenz noch relativ gering, zugleich der Bedarf an wissenschaftlichen Erkenntnissen für die Weiterentwicklung der Selbsthilfe sehr groß.

Da künftig mit einem Anstieg bzw. Ausbau digitaler Angebote zu rechnen ist, wird die wissenschaftliche Erprobung und Begleitung in nächster Zukunft weiterhin eine wichtige Rolle spielen. Ein bedeutsamer, aber bisher nicht ausreichend erforschter Bereich ist zudem die organisatorische und strukturelle Integration von Selbsthilfeangeboten in die onkologische Versorgung sowie deren Optimierung. Wichtige Fragen sind hierbei, inwieweit Patientenvertreter in die neuen Strukturen onkologischer Versorgung wie beispielsweise Tumorboards oder in Gremien zur Planung und Durchführung klinischer Studien integriert werden können. Forschungsprojekte können hier durch Modellerprobung bzw. Effektivitätsstudien Aufschluss geben, ob Patienten sich durch integrierte Selbsthilfe-Angebote besser betreut fühlen und Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung besser überbrückt werden können.

Darüber hinaus ist die Entwicklung und Erforschung von Versorgungskonzepten für die Krebsüberlebenden (Cancer Survivor) ein wichtiges Thema für die Zukunft. Die Anzahl der Tumorpatienten, die erfolgreich behandelt wurden oder aber mit einer Krebserkrankung über viele Jahre leben können, steigt stetig [26]. Je nach Art der Erkrankung oder Therapie können sehr unterschiedliche psychosoziale Folgestörungen auftreten, z.B. Fatigue, depressive Verstimmungen, Angst vor einem Rezidiv oder einer Progredienz der Erkrankung und/oder kognitive Einschränkungen. Diese Probleme stellen hohe Anforderungen an die Betroffenen im Hinblick auf die Integration in den Alltag und/ oder das Berufsleben sowie die Änderungen des Lebenstils. Neben der professionellen Beratung und Behandlung können

Angebote der Selbsthilfe einen wesentlichen Beitrag hierbei leisten. Der Erfahrungsaustausch in Selbsthilfegruppen kann eine psychosoziale Unterstützungsquelle für die Bewältigung und Anpassung an die geänderte Lebenssituation darstellen. Die modellhafte Erprobung und wissenschaftliche Evaluation derartiger Selbsthilfeangebote ist eine wichtige Aufgabe der zukünftigen Selbsthilfeforschuna.

Die Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungsprozessen und an wissenschaftlichen Studien wird von Patientenvertretern zunehmend eingefordert und stellt eine neue Herausforderung für alle Beteiligten in diesen Bereichen dar. Innerhalb der Krebsforschung sorgt das Konzept der Patientenbeteiligung dafür, dass in der Entwicklung medizinischer und technologischer Möglichkeiten für Diagnostik, Behandlung und Pflege die Bedürfnisse und Prioritäten der von Krebs betroffenen Menschen angemessen berücksichtiat werden. Jedoch stellt die Beteiligung von Patienten an die engagierten Betroffenen Anforderungen zum Beispiel im Hinblick auf medizinisches Grundwissen, Grundlagen klinischer Studien, versorgungsorientierte Kenntnisse sowie Kenntnisse über den Umgang mit digitalen Medien und Grundlagen der Oualitätssicherung. Themenspezifische Seminare und Fortbildungen für Patientenvertreter und Mitglieder von Selbsthilfeorganisationen und deren wissenschaftliche Evaluation stellen hierfür notwendige Voraussetzungen dar.

Die Selbsthilfeforschung kann hierzu insgesamt einen wesentlichen Beitrag leisten, indem sie qualitative und quantitative Forschungsmethoden bereitstellt und gemeinsam mit den Patientenvertretern Strategien und wissenschaftlich begründete Konsentierungsprozesse erarbeitet und umsetzt.

Einbindung von Angehörigen

Ein weiteres Thema für die zukünftige Selbsthilfeforschung ist die Einbindung der Angehörigen von Betroffenen im Rahmen der organisierten Selbsthilfe. Je nach Krankheitsverlauf und Krankheitsphase des Betroffenen finden sich Angehörige häufig in der Rolle der Unterstützenden oder Pflegenden und sind mit existenziellen Ängsten, Sorgen und Gefühlen von Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Überforderung konfrontiert [27].

Zusätzlich zur eigenen körperlichen und emotionalen Belastung müssen Angehörige krebskranker Menschen oftmals komplexe Aufgaben in der Betreuung übernehmen und einen hohen Grad an instrumenteller, sozialer und vor allem emotionaler Unterstützung für die Betroffenen selbst leisten [28]. Fehlende soziale Unterstützung, familiäre Konflikte, finanzielle Probleme, Verlust von Ressourcen und Freizeitaktivitäten, aber auch Schwierigkeiten im Umgang mit der emotionalen Reaktion von Betroffenen auf die Diagnose sowie eine fehlende Aufklärung und Einbindung bei der Behandlung der Betroffenen können Faktoren sein, die die psychische und körperliche Überlastung der Angehörigen verstärken [29].

Vor diesem Hintergrund sind die Angehörigen auch eine Zielgruppe für die professionellen psychoonkologischen Unterstützungsangebote. Wir verfügen jedoch über noch zu wenig Erkenntnisse, inwieweit Angehörige auch von Angeboten der Selbsthilfe profitieren können. Daher ist die Untersuchung der Rolle der Angehörigen in der organisierten Selbsthilfe auch eine wichtige Aufgabe der Selbsthilfeforschuna.

> Lena Binkowski. M. Sc. Dr. rer. medic. Andrea Kiemen Theresa Baadte, M. Sc. Prof. Dr. phil. Joachim Weis

Interdisziplinäres Tumorzentrum – CCCF Stiftungsprofessur Selbsthilfeforschung Universitätsklinikum Freiburg Hugstetterstr. 50, 79106 Freiburg, E-Mail: andrea.kiemen@uniklinik-freiburg.de

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

Bewegte Aktive Tafel Netzwerk BEATA

Im reichen Deutschland sind die Gesundheits- und Teilhabechancen ungleich verteilt. Der gesundheitsrelevante Lebensstil sozial Benachteiligter ist sehr häufig deutlich ungünstiger als jener der sozialen Mittel- und Oberschicht. Das Projekt "Bewegte Aktive Tafel Netzwerk" (BEA-TA) nutzt den Zugangsweg über die Tafeln, um sozial Benachteiligte zu erreichen und ihre Gesundheit zu fördern.

Ziel des Projektes ist es, durch die Etablierung eines Bewegungsberatungsangebots die gesundheits- und bewegungsbezogenen Ressourcen von Tafelkundinnen und -kunden zu stärken, ihr Bewegungsverhalten zu verbessern, Interessierten eine Schulung zu Bewegungsstarthelfern zu ermöglichen und in der Kommune ein Netzwerk für die Unterstützung dieser Ziele zu etablieren und zu verankern.

Organisiert und wissenschaftlich begleitet wird das Projekt von der Goethe-Universität Frankfurt, Abteilung Präventivund Sportmedizin am Institut für Arbeits-, Umwelt- und Sozialmedizin, sowie der Hochschule Darmstadt - University of Applied Science. Wissenschaftliche Leiter sind Prof. Dr. med. Dr. phil. Winfried Banzer und Prof. Dr. med. Dr. h. c David Groneberg. Gefördert wird das



Projekt, das seit 1. Juni 2019 bis zunächst 31. Mai 2022 läuft, durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Landesärztekammer Hessen ist einer der Kooperationspartner. Informationen dazu finden Sie auf der Website der Goethe-Universi-



tät Frankfurt unter www.uni-frankfurt. de → BEATA. Kurzlink: https://tiny url.com/y5enfjcc/. Der QR-Code führt dorthin. (red)

Literatur zum Artikel:

Selbsthilfeforschung im Bereich der Krebs-Selbsthilfe

von Lena Binkowski, Dr. rer. medic. Andrea Kiemen, Theresa Baadte, Prof. Dr. phil. Joachim Weis

- [1] AOK-Bundesverband et al., Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V, in selbsthilfegruppenjahrbuch 2000, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Ed. Gießen: Focus Verlag GmbH, 2000, 168–176.
- [2] J. Dunn et al., Advocacy, support and survivorship in prostate cancer., Eur. J. Cancer Care (Engl.), vol. 27, no. 2, 1–10, Mar. 2018.
- [3] C. Walshe et al., Peer support to maintain psychological wellbeing in people with advanced cancer: findings from a feasibility study for a randomised controlled trial, BMC Palliat. Care, vol. 19, no. 1, 129, Aug. 2020, doi: 10.1186/s12904–020–00631-z.
- [4] H. Y. Park et al., Could peer support programs be a good resource for managing the unmet needs of cancer patients?, J. Cancer Educ., vol. 34, no. 5, 950–957, Oct. 2019, doi: 10.1007/s13187–018–1399–4.
- [5] V. C. Delisle et al., Effect of support group peer facilitator training programmes on peer facilitator and support group member outcomes: a systematic review. [Review], BMJ Open, vol. 6, no. 11, e013325, 2016, doi: 10.1136/bmjopen-2016-013325.
- [6] B. Borgetto, Gemeinschaftliche Selbsthilfe, in Handbuch Psychoonkologie, U. Koch and A. Mehnert, Eds. Göttingen: Hogrefe, 2016, 506–516.
- [7] C. Kofahl et al., Gemeinschaftliche Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland – Zusammenfassung der SHILD-Module 1 und 2,

- in Medizinsoziologie, vol. 29, C. Kofahl, M. Haack, S. Nickel, and M.-L. Dierks, Eds. Berlin: LIT VERLAG Dr. W. Hopf, 2019, 11–20.
- [8] Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Über gesa-K. https://www.uke.de/extern/gesa/projekt.html (accessed Oct. 20, 2020).
- [9] E. McCaughan, K. Parahoo, I. Hueter, L. Northouse, and I. Bradbury, Online support groups for women with breast cancer. [Review], Cochrane Database Syst. Rev., vol. 1, CD011652, Mar. 2017, doi: 10.1002/14651858. CD011652.pub2.
- [10] D. Noeres, A. Von Garmissen, M. Neises, and S. Geyer, Differences in illness-related knowledge of breast cancer patients according to their involvement in self-help groups., J. Psychosom. Obstet. Gynecol., vol. 32, no. 3, 147–153, Sep. 2011, doi: 10.3109/0167482X.2011.586077.
- [11] S. Kühner, R. Fietkau, S. Bruns, D. Villarroel Gonzalez, and S. Geyer, Wissen Mitglieder von Selbsthilfegruppen mehr über Brustkrebs? Wissen zur Erkrankung, Behandlung und Prävention bei Patientinnen im Vergleich, Psychother. Psychosom. Med. Psychol., vol. 56, no. 11, 432–437, 2006, doi: 10.1055/s-2006–951810.
- [12] M. Haack, C. Kofahl, S. Kramer, G. Seidel, O. von dem Knesebeck, and M.-L. Dierks, Participation in a prostate cancer support group and health literacy, Psychooncology., Aug. 2018, doi: 10.1002/pon.4854.
- [13] M. L. Macvean, V. M. White, and R. Sanson-Fisher, One-to-one volunteer support programs for people with cancer: A review of the literatu-

- re, Patient Educ. Couns., vol. 70, no. 1, 10–24, Jan. 2008, doi: 10.1016/j.pec.2007.08.005.
- [14] W. Slesina, D. Rennert, and A. Weber, Patientenbesuche im Krankenhaus durch Besuchsdienste von Krebs-Selbsthilfegruppen – zur Prozessund Ergebnisqualität, Gesundheitswesen, vol. 76, no. 12, 847–855, Mar. 2014, doi: 10.1055/s-0034– 1366984.
- [15] M. Hallek and M. Kusch, Integrierte sektorenübergreifende Psychoonkologie (isPO) Ein Modellprojekt für die Psychoonkologie in Deutschland, Integrierte sektorenübergreifende Psychoonkologie (isPO) Ein Modellprojekt für die Psychoonkologie in Deutschland. https://cio.uk-koeln.de/forschung/versorgungsforschung/ispo-projekt/ (accessed Sep. 22, 2020).
- [16] D. Richter, A. Sender, K. Leuteritz, A. Mehnert-Theuerkauf, and K. Geue, Peer2Me ein Peer-Mentoring- Programm für junge Erwachsene mit Krebs, presented at the PSO Tagung, Düsseldorf, 21.09 2019, Accessed: Mar. 11, 2020. [Online]. Available: www.pso-aq.orq.
- [17] S. Jiang and P. L. Liu, Digital divide and internet health information seeking among cancer survivors: A trend analysis from 2011 to 2017, Psychooncology., vol. 29, 61–67, 2020, doi: 10.1002/pon.5247.
- [18] S. M. McHugh, M. Corrigan, N. Morney, A. Sheikh, E. Lehane, and A. D. K. Hill, A quantitative assessment of changing trends in internet usage for cancer information, World J. Surg., vol. 35, 253–257, 2011, doi: 10.1007/s00268-010-0830-8.

- [19] M. Walther and J. Hundertmark-Mayser, Virtuell ist auch real – Selbsthilfe im Internet. NAKOS Extra 38, 2011.
- [20] S. Nickel, K. Bremer, M.-L. Dierks, S. Schwinn, B. Borgetto, and C. Kofahl, Digitalisierung in der gesundheitlichen Selbsthilfe Ergebnisse einer Online-Umfrage bei Selbsthilfeorganisationen, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Accessed: Oct. 20, 2020. [Online]. Available: https://www.uke.de/extern/dish/ergebnisse.html.
- [21] A. Ihrig, P. Karschuck, M. W. Haun, C. Thomas, and J. Huber, Online peer-to-peer support for persons affected by prostate cancer: A systematic review, Patient Educ. Couns., May 2020, doi: 10.1016/j.pec.2020.05.009.
- [22] C. F. van Uden-Kraan, C. H. C. Drossaert, E. Taal, B. R. Shaw, E. R. Seydel, and M. A. F. J. van de Laar, Empowering processes and outcomes of participation in online support groups for patients with breast cancer, ar-

- thritis, or fibromyalgia., Qual. Health Res., vol. 18, no. 3, 405–417, Mar. 2008, doi: 10.1177/104973230 7313429.
- [23] E. Kim et al., The process and effect of supportive message expression and reception in online breast cancer support groups., Psychooncology., vol. 21, no. 5, 531–40, 2012, doi: 10.1002/pon.1942.
- [24] A. Batenburg and E. Das, Emotional approach coping and the effects of online peer-led support group participation among patients with breast cancer: a longitudinal study., J. Med. Internet Res., vol. 16, no. 11, e256, 2014, doi: 10.2196/jmir.3517.
- [25] M. S. Salzer et al., A randomized, controlled study of Internet peer-to-peer interactions among women newly diagnosed with breast cancer, Psychooncology., vol. 19, no. 4, 441–446, Apr. 2010, doi: 10.1002/pon.1586.
- [26] Zentrum für Krebsregisterdaten and Gesellschaft der epidemiologischen

- Krebsregister in Deutschland e.V., Krebs in Deutschland für 2015/ 2016, Robert Koch-Institut, Berlin, 2019.
- [27] L. L. Northouse, M. C. Katapodi, A. M. Schafenacker, and D. Weiss, The Impact of Caregiving on the Psychological Well-Being of Family Caregivers and Cancer Patients, Semin. Oncol. Nurs., vol. 28, no. 4, 236–245, Nov. 2012, doi: 10.1016/j.soncn. 2012.09.006.
- [28] C. Schönberger and E. von Kardorff, Das Leben mit Krebs gemeinsam bewältigen. Ausgewählte Ergebnisse einer Studie über Angehörige Krebskranker, Psychomed, vol. 13, no. 4, 221–228, 2001.
- [29] R. Fujinami, V. Sun, F. Zachariah, G. Uman, M. Grant, and B. Ferrell, Family caregivers' distress levels related to quality of life, burden, and preparedness, Psychooncology., vol. 24, no. 1, 54–62, 2015, doi: 10.1002/pon.3562.



Die neuen Weiterbildungsbefugnisse 2020 in Hessen

Die neue Weiterbildungsordnung (WBO 2020) für Hessen bringt neben dem neuen Elektronischen Logbuch (eLogbuch) auch neue Befugnisse zur Weiterbildung (WB). In den verschiedenen Gebieten, Schwerpunkten und Zusatzweiterbildungen gibt es viele genauer beschriebene Kompetenzen, die vermittelt werden müssen und die eine neue Anerkennungssystematik der Befugung erfordern. Auch mehrere neue Weiterbildungsangebote benötigen von Beginn an kompetenzbasierte Befugnisse für die Weiterbilderinnen und Weiterbilder.

Fließender Übergang

Die LÄKH möchte einen möglichst reibungslosen Übergang von der alten WBO aus dem Jahr 2005 zur neuen WBO 2020 gewährleisten. Daher behalten alle Weiterbilder zunächst ihre Befugnisse, die somit übergangsweise auch für die neue WBO gelten. Diese werden in den nächsten ein bis drei Jahren überprüft und anschließend neu ausgesprochen. Anpassungen der Befugnisse an die neu zu erwerbenden Kompetenzen sollen sich dabei mit Augenmaß auf Notwendiges beschränken, damit Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie Befugte planen

Mit einer Veränderung des Befugnisumfanges ist nur zu rechnen, wenn die Vermittelbarkeit von aktuell geforderten Kompetenzen, realistisch betrachtet. nicht mehr möglich ist. Dieses könnte der Fall sein, wenn bestimmte medizinische Untersuchungs- und Behandlungsverfahren nicht mehr durchgeführt werden oder sich das zu den Kompetenzinhalten erforderliche Patientenspektrum verändert hat. In einigen Fällen (z. B. Psychosomatik) ist eine Erweiterung der Befugnisse erforderlich, weil sich die WB-Zeiten verlängert haben und damit längere WB-Phasen bescheinigt werden müssen.

Die LÄKH meldet sich automatisch bei den Befuaten

Die Kolleginnen und Kollegen mit einer Befugnis zur Weiterbildung müssen nicht von sich aus tätig werden. Sie werden von der Landesärztekammer Hessen angeschrieben. Wie bereits bei der früheren Erlangung der Ermächtigung zur Weiterbildung sind die Vermittelbarkeit von Inhalten der Weiterbildung, der Richtzahlen und der Kompetenzen nachzuweisen. Dies erfolgt insbesondere anhand von Leistungsstatistiken. Auch die apparative Ausstattung wird erfragt, wenn sie für die Weiterbildung relevant ist. Die Ärztekammer setzt bei der Beurteilung der Weiterbildungsmöglichkeiten nicht auf starre Zahlen. In Problemfällen hilft der direkte Kontakt zu den jeweiligen Ärztlichen Referentinnen und Referenten der Abteilung, gelegentlich wird auch eine gutachterliche Stellungnahme erforderlich sein.

Bewertungssystem der BÄK

Als weiteres Hilfsmittel zur Ermittlung der Befugnisse hat die Bundesärztekammer (BÄK) ein neutrales Bewertungssystem auf der Basis der zu vermittelnden Kompetenzen erarbeitet. Das ist eine ergänzende, aber nicht verbindliche Handreichung für die Bemessung des Befugnisumfanges. Die Weiterbildungsabteilung wird damit in einer systematischen und gleichbehandelnden Vorgehensweise die Neubewertung der bestehenden WB-Befugnisse vornehmen

Wie geht es praktisch weiter? Dazu werden die Befugten von uns vorzugsweise via E-Mail angeschrieben, mit allen notwendigen Formularen versorgt und auf Basis der von ihnen vermittelbaren Kompetenzen und apparativen Ausstattung der WB-Stätte neu beurteilt (vgl. Abbildung). Sie erhalten anschließend von uns auch bei gemeinschaftlicher Ausübung einen neuen Befugnisbescheid gemäß WBO 2020. Im Falle von Änderungen und Anpassungen werden wir vorher mit Ihnen Kontakt aufnehmen. Denn wir möchten das Spektrum und die Kapazitäten für die Ärztliche Weiterbildung in Sinne einer Qualitätssicherung aufrechterhalten und für die Zukunft eine einvernehmliche, zielführende Zusammenarbeit mit Ihnen als WB-Befugte ausbauen und festigen. Dabei sehen wir die bis Ende Juni 2023 geplante Neubewertung der in Hessen ohne Ablaufda-

Überblick: Ablauf der Erteilung von WB-Befugnissen

- Eingang der Antragsunterlagen und Erstellen einer Eingangsbestätigung.
- Formale Prüfung auf Vollständigkeit der Antragsunterlagen.
- Bei Vollständigkeit geht es weiter mit der inhaltlichen Prüfung (bspw. der Anlagen), sonst Nachforderung zur Ergänzung notwendiger Angaben und Unterlagen.
- · Abschließende Sachbearbeitung und Vorbereitung zur ärztlichen Begutachtung.
- Ärztliche Begutachtung mit Einschätzung und Bemessung des Befugnisumfanges, gegebenenfalls muss auch der Gutachterausschuss darüber befinden.
- · Vorbereitung für die Präsidiumssitzung mit Einhaltung von Vorlauffris-

- Im Präsidium erfolgt die Beschlussfassung, dies tagt monatlich.
- Erstellen der Befugnisbescheide nach Freigabe des Protokolls.
- → Der zeitliche Rahmen der Erteilung einer Befugnis beträgt ca. drei bis vier Monate und hängt erheblich vom Bearbeitungsaufwand, der Fristeinhaltung und dem Warten auf Rückmeldungen ab. Eine abschließende Bearbeitung von Anträgen kann sinnvollerweise erst begonnen werden, wenn alle notwendigen Unterlagen in der Abteilung Ärztliche Weiterbildung vorliegen. Dieses liegt in der Zuständigkeit der Antragsteller.



tum erteilten Befugnisse im Sinne der neuen WBO 2020 trotz des hohen Aufwandes als Zugewinn von fachlicher Qualität an. Neuanträge und zwischenzeitige Wechsel von Weiterbildenden werden vorrangig bearbeitet.

Neue Datenbank bei der BÄK

Eine Neuerung gibt es noch: Alle Befugten werden zusätzlich zum öffentlichen Verzeichnis der Landesärztekammer auf www.laekh.de in einer Datenbank der Bundesärztekammer für das eLogbuch gelistet sein. Diese Datenbank wird zukünftig Auskunft über die Dauer und In-

halte der Befugung geben. Sie ermöglicht die verlässliche "Mitnahme" anerkannter Weiterbildungsabschnitte sowie -inhalte und damit die problemlose Fortführung der Weiterbildungen in einem anderen Bundesland. Diese Weiterentwicklung befindet sich in Vorbereitung und wird noch mit datenschutzrechtlichen Bestimmungen abgeglichen, bevor es zu einer Umsetzung kommt.

Die Abteilung Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen freut sich mit Ihnen auf eine einvernehmliche und sachgerechte Umsetzung der Weiterbildungsordnung 2020 in neue Befugnisse.

Jens Sudmann

Leiter der Abteilung Weiterbildung, Landesärztekammer Hessen

Dr. med. Wolf Andreas Fach

Präsidiumsmitglied, Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses

Dr. med. H. Christian Piper

Präsidiumsmitglied, Stellv. Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses

> Prof. Dr. med. Erika Baum Stelly, Vorsitzende des Weiterbildungsausschusses

Wir gedenken der Verstorbenen





Bosco verticale, Mailand, Architekt: Stefano Boeri,

Grüner Dschungel in der Stadt

"Einfach Grün" – eine Ausstellung im Deutschen Architekturmuseum

indböen, die um Hochhausfassaden pfeifen. Trocken- und Hitzeperioden bereits im Frühjahr und drückende Schwüle im Sommer. Die Folgen des Klimawandels bekommen Städte weltweit zu spüren. Wetterextreme wirken sich sowohl auf die Gesundheit von Mensch und Tier als auch auf urbane Grün- und Freiflächen aus. Trockenheit führt zur Grundwasserabsenkung und Starkregen zu Überflutungen. Was also tun, um Städte wieder überlebenswert zu

machen?

"Alles, was gegen die Natur ist, hat auf die Dauer keinen Bestand", prophezeite einst Charles Darwin. Worte, die sich inzwischen auch Architekten und Stadtplaner zu eigen gemacht haben. "Kann Grün in der Architektur das Klima in den Städten verbessern, Hitzebildung reduzieren, Feinstaubbildung reduzieren und das Wohlbefinden der Menschen steigern?",



Baumhaus Darmstadt. Architekt: Ot Hoffmann.

das Deutsche Architekturmuseum (DAM) in Frankfurt und widmet seine – zunächst online zu besichtigende – Ausstellung "Einfach Grün" den Vorteilen und Herausforderungen urbanen städtischen Grüns. Gezeigt werden gelungene Grünbauten und neue Architekturentwicklungen von Darmstadt, Frankfurt und Düsseldorf über Mailand bis Singapur.

"Bosco verticale" in Mailand

Er gilt als das innovativste Hochhaus der Welt: der 2009 gebaute Bosco verticale – vertikale Wald – des italienischen Architekten Stefano Boeri. Wie riesige Dschungelbäume überragen die begrünten Zwillingstürme die Dächer des Mailänder Stadtviertels Porta Nuova. Auf ihren Balkonen wachsen rund 900 Bäume und über 20.000 Pflanzen, die zur Verbesserung des Mikroklimas in den Wohnungen und auf den Balkonen beitragen sollen. Als Prototyp für die Städte von morgen bezeichnet sie Boeri, der mittlerweile ähnliche Gebäude, etwa in China, entworfen hat.

Die ersten ihrer Art sind sie allerdings nicht. So baute der deutsche Architekt Ot Hoffmann schon 1970 das "Baumhaus" am vielbefahrenen Damstädter City-Ring unweit des Herrengartens: Bäume und Sträucher wuchern auf Dach und Terrassen und gehen dabei eine reizvolle Verbindung mit der markanten Beton-Architektur der 1970er- Jahre ein. Hoffmann wollte mit dem Baumhaus demonstrieren, dass Gebäudebegrünung mit einfachen Mitteln und ohne Bauschäden möglich ist. Dass qute Architektur trotz grünen Bewuchses

nicht ihre Aussagekraft einbüßen muss, beweisen auch die von Christof Mäckler entworfene Kindertagesstätte in Frankfurt-Sossenheim oder die "Ökoarche"-Architekten Eble & Sambeth am Westbahnhof im Frankfurter Stadt-

Palmengarten im Foyer

Grüne Blätter überall: Vom Palmengarten inspiriert mutet das Foyer der Deutschen Architekturmuseums bei der virtuellen Vernissage am 23. Januar an. Bis zum 11. Juli ist die Ausstellung – eine Kooperation mit der Forschungsabteilung des internationalen Planungs- und Beratungsbüros Arup "Green Building Envelopes" und dem Umweltamt der Stadt Frankfurt online und hoffentlich bald auch in den Räumen des Museums zu sehen. Gezeigt werden Architekturbeispiele und attraktive Möglichkeiten gelungener Begrünung auf überschaubarem Raum. So verfügt das DAM über zwölf kleine Höfchen, die zwei Wochen vor Ausstellungsbeginn bepflanzt wurden. Besucher dürfen gespannt darauf sein, wie sich die Höfe bis zum Sommer entwickeln.

Wuchernde Kräuter oder Baumlandschaften, wo vor kurzem noch ein graues Kiesdach und die Betonfassade die Sonne reflektierten: Solche Räume, so mutmaßen die Ausstellungsmacher, gibt es überall im städtischen Raum. Doch wo genau sind diese grünen Inseln, die dem klimatischen Verhältnis von Architektur,



Installation im DAM.

Bewohnern und Nutzern so zuträglich und von den Straßen oft wenig einsehbar sind? Wer sind die Initiatoren, wie haben sie es angestellt und wozu dienen die grünen Dächer und Fassaden? Auf diese Fragen sucht das DAM Antworten und bittet Interessierte darum, ihre "grünen Taten" per E-Mail an: projects@einfachgruen.jetzt/ zu schicken. Die Beiträge werden von einer Jury bewertet und die Preisträger in der Ausstellung "Einfach Grün" im DAM in Frankfurt ausgestellt.

Ökologischer Nutzen

"Pflanzen erzeugen Feuchtigkeit, absorbieren Kohlendioxid sowie Staubpartikel und setzen Sauerstoff frei", fasst Stefa-

no Boeri, der Architekt des senkrechten Waldes, den ökologischen Nutzen seiner begrünten Architektur zusammen. Wegen der erhöhten Verdunstung haben Grünflächen eine kühlende Wirkung auf die Umgebung und dienen als Frischluftzonen. Erklärtes Ziel der Frankfurter Ausstellung, die neben der wissenschaftlichen Perspektive zugleich die technischen Möglichkeiten grüner Urbanität in den Blick nimmt, ist es, jeden Einzelnen anzusprechen und zu motivieren, damit die Begrünungen weitere Kreise ziehen.

Informationen unter https://dam-online. de/veranstaltung/einfach-gruen/.

Katja Möhrle



Ökohaus Frankfurt am Main, Nähe Westbahnhof. Architekten: Eble & Sambeth; Hans Loidl, John Wilkes.

Nachrichten

Der Verzeichnisdienst – das Adressbuch der Telematikinfrastruktur

Medizinische Daten sind sensible Daten. Sie bedürfen eines besonders hohen Sicherheitsniveaus, um sie vor einem unberechtigten Zugriff zu schützen. Darauf müssen Patientinnen und Patienten sowie deren behandelnde Ärztinnen und Ärzte vertrauen können. Datenschutz und Datensicherheit stehen daher an erster Stelle der Telematikinfrastruktur. Dazu gehört unter anderem, dass Kommunikationspartner eindeutig identifizierbar sind und Informationen sicher und verschlüsselt über die Telematikinfrastruktur ausgetauscht werden können (§ 313 SGB V). Ein wichtiges Instrument zur Identifizierung der Kommunikationspartner ist der sogenannte "Verzeichnisdienst der Telematikinfrastruktur" – eine Art Adressbuch für das Gesundheitswesen. Mithilfe des Verzeichnisdienstes ist sichergestellt, dass nur Berechtigte auf die medizinischen Daten von Patienten zugreifen.

Funktionsweise

Und so funktioniert der Verzeichnisdienst: Heilberufsausweisherausgeber - wie beispielsweise die Landesärztekammern - übermitteln an den Verzeichnisdienst die Daten aller potenziellen Nutzer der Telematikinfrastruktur, also das Zertifikat (mit dem öffentlichen Schlüssel) des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA), den Namen des Ausweisinhabers sowie weitere adressierende Informationen wie die Praxisanschrift und die Facharztbezeichnung, die sich als Suchkriterien eignen.

Erst mit dem Eintrag im Verzeichnisdienst ist die Inhaberin oder der Inhaber eines eHBA für Dritte in der Telematikinfrastruktur auffindbar. Über den Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) kann sie/er somit Nachrichten wie etwa elektronische Arztbriefe erhalten oder selbst an Kollegen versenden.

Darüber hinaus können auch Patienten nur Ärzten ein Zugriffsrecht auf ihre elektronische Patientenakte erteilen, wenn diese im Verzeichnisdienst gelistet sind. Sowohl ein zugriffserteilender Patient als auch ein sendender Kollege müssen aus dem Verzeichnisdienst den

öffentlichen Schlüssel des Empfängers herunterladen. Das Herunterladen der Schlüssel und das Ver- und Entschlüsseln beim Sender und Empfänger erfolgen im Hintergrund und ohne Zutun des Nut-

Alternativ hätte für jede Anwendung bzw. für jeden Anwender ein persönliches Adressbuch aufgebaut und gepflegt werden können. Das ist jedoch aufwendig und unpraktikabel im Versorgungsalltag. Sämtliche Ausweise - Heilberufsausweis, Praxisausweis und Gesundheitskarte - haben jedoch eine begrenzte Laufzeit von maximal fünf Jahren oder können verloren gehen. Diese müssen also regelmäßig ausgetauscht werden. Damit ändern sich auch die Schlüsselpaare. Der Gesetzgeber hat die Gematik GmbH damit beauftragt, den Verzeichnisdienst der Telematikinfrastruktur zu betreiben. Sie ist datenschutzrechtlich für diesen verantwortlich. Die Landesärztekammern haben die personenbezogenen Daten ihrer Kammermitglieder zu liefern.

Bundesärztekammer

Integrierte Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen

...im psychiatrischen Krankenhaus

Dr. med. Rainer Holzbach, Dr. med. Matthias Bender



Foto: © alexkoral – stock.adobe.com

Einleitung

Psychotische Störungen gehen mit charakteristischen Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln sowie der Wahrnehmung einher. Zu ihnen gehören die Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, deren Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus häufig integriert erfolgt und auf die dieser Artikel den Schwerpunkt legt: die Schizophrenien mit ihren verschiedenen Prägnanztypen (paranoid-halluzinatorische, hebephrene, katatone, zönästhetische Form und die Schizophrenia simplex), die schizoaffektiven und anhaltend wahnhaften Störungen, aber auch die akuten psychotischen Erkrankungen.

Differenzialdiagnostisch sind hiervon die sogenannten symptomatischen oder exogenen Psychosen zu unterscheiden, die aufgrund einer Schädigung bzw. Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung entstehen und meist mit einem deliranten klinischen Bild dominieren. Auch substanzbedingte psychotische Störungen werden hierunter subsumiert, unter anderem auch das Delirium tremens bei dem Alkoholentzugssyndrom. Psychotische Störungen gehö-

ren nach den affektiven und Suchterkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen in psychiatrischen Kliniken und führen auch häufig zu Behinderung mit erheblichen Folgen für die Betroffenen, weshalb sie im psychiatrischen Versorgungssystem eine große Rolle spielen.

Lebenszeitprävalenz und Erstmanifestation

Die Lebenszeitprävalenz von schizophrenen Erkrankungen beträgt weltweit zwischen 0.6 und 1.6 Prozent, das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ca. 1,4:1,0. Die Erstmanifestation der Erkrankung liegt meist früh zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr, 65 % der Betroffenen erkranken bereits vor dem 30. Lebensjahr, Männer zeigen dabei einen ca. sechs Jahre früheren Erkrankungsgipfel. Die Lebenserwartung von an Schizophrenie Erkrankten ist um etwa 15-25 Jahre geringer als in der Allgemeinbevölkerung. Als Grund hierfür werden Lifestyle-Faktoren wie ein ungesunder Lebensstil, ein verändertes Gesundheitsverhalten mit geringer Nutzung des Gesundheitswesens, häufig gefördert durch Antriebsschwäche und sozialen Rückzug im Sinn der Negativsymptomatik, häufige somatische Komorbiditäten, Nebenwirkungen von Medikamenten sowie die Suizidmortalität gesehen. So ist bei an Schizophrenie Erkrankten die Prävalenz von kardiovaskulären, pulmonalen, metabolischen, gastrointestinalen sowie endokrinologischen Erkrankungen erhöht [11].

VNR: 2760602021093120009

Symptome

Nach ICD-10 und DSM-V, den gängigen internationalen Klassifikationssystemen, werden als psychotische Störungen Erkrankungen mit bestimmten Symptommustern zusammengefasst. Legt man das Positiv-Negativ-Konzept zugrunde, so gehören zu den Positivsymptomen Wahrnehmungsstörungen wie Halluzinationen und Illusionen, Wahnsymptome mit bizarren Wahninhalten und Ich-Störungen (Perforation der Grenzen zwischen dem Ich und der Umwelt mit Symptomen wie Gedankeneingebung oder -entzug; dem Erleben des von außen Gemachten). Zu den Negativsymptomen zählen bspw. Verarmung von Sprache, Mimik, Gestik und Antrieb sowie sozialer Rückzug.

Vor allem chronisch verlaufende schizophrene Erkrankungen gehen häufig mit kognitiven Defiziten, wie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, einher. Als charakteristisch gelten Störungen in den Exekutivfunktionen, zu denen unter anderem plan- und zielorientiertes Verhalten mit Koordinieren und Sequenzieren von Handlungen, Informationsverarbeitung, Arbeitsgedächtnis, verbales und visuelles Lernen sowie Impulskontrolle und Emotionsregulation gehören.

Häufig soziale Behinderung als Folge

Während im Rahmen von Akutbehandlungen psychotischer Erkrankungen im

Krankenhaus häufig die Therapie von Positivsymptomen im Vordergrund steht, bestimmen bei chronischen Verlaufsformen vorwiegend Negativsymptome sowie kognitive Defizite die Prognose der Erkrankung im Hinblick auf berufliche und gesellschaftliche Teilhabe. Weiterhin sind ein frühes Erkrankungsalter, männliches Geschlecht, eine geringe Therapieadhärenz, eine hohe Anzahl vorausgegangener psychotischer Exazerbationen sowie geringe Therapierespons als Risikofaktoren für ungünstige Verläufe mit erheblichen sozialen Folgen zu sehen [7].

Chronisch verlaufende psychotische Erkrankungen führen zu einer hohen Krankheitslast durch vorzeitigen Tod und Beeinträchtigung des normalen, beschwerdefreien Lebens. Sie gehen in hohem Maße mit sozialer Behinderung einher. 25 Jahre nach Beginn der Erkrankung zeigen ca. 49 % der Probanden eine reine Negativsymptomatik, ca. 34 % eine Positiv- und Negativsymptomatik sowie 7 % reine produktive Beschwerden. Lediglich 7 % sind symptomfrei [13].

Ein Großteil der Betroffenen ist langfristig auf psychosoziale Hilfen angewiesen. Diese beinhalten unter anderem Angebote in Werkstätten für Behinderte, Tagesstätten sowie Fachleistungsstunden im Rahmen des betreuten Wohnens. Fin Teil der Betroffenen ist nicht mehr zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage und auf Angebote des stationären Wohnens angewiesen.

Verbesserung der Prognose

Zur Verbesserung der Prognose psychotischer und vor allem schizophrener Erkrankungen ist deswegen von Bedeutung, dass, begleitet von psychoedukativen Interventionen unter Einbeziehung der Angehörigen, medikamentöse und psychotherapeutische durch psychosoziale und rehabilitative Angebote ergänzt werden und die Versorgung der Betroffenen nach Möglichkeit integriert erfolgt. Insbesondere ist hier anzustreben, dass stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote des psychiatrischen Krankenhauses gut untereinander und mit den Angeboten des komplementären Hilfesystems vernetzt werden.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel "Integrierte Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen im psychiatrischen Krankenhaus" von Dr. med. Rainer Holzbach und Dr. med. Matthias Bender finden Sie nachfolgend abgedruckt und auch im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (https://portal.laekh.de) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25. Februar 2021 bis 24. August 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 des Autors sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

Laufzeit geändert: Alle CME-Fortbildungen sind jetzt nur noch sechs Monate lang zu bearbeiten.

Ziel sollte hier, wie auch in der Psychoedukation, stets sein, die Fähigkeiten der Patienten für Selbstbefähigung, Eigeninitiative und aktive Krankheitsbewältigung im Sinne von "Empowerment" zu stärken und diese aktiv in die Entscheidungsfindung für die Art und den Umfang ihrer Behandlung miteinzubeziehen ("shared decision making" als Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung). Im Sinne des "Recovery-Gedanken" sollte hierbei nicht allein die Symptomreduktion eine Rolle spielen, sondern vor allem die Überwindung von persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen der Erkrankung. Maßnahmen zu einer verbesserten Teilhabe, wie rehabilitative Angebote, sind daher individuell auf die Patienten und deren Situation sowie Ziele abzustimmen.

Früherkennung von Risikogruppen und Frühintervention

Ein besonderes Augenmerk gilt der Früherkennung von Risikopersonen bzgl. psychotischer Störungen, wobei den schizophrenen Erkrankungen aufgrund deren häufig chronischen und ungünstigen Verlaufs eine besondere Bedeutung zukommt. Zu den Risikopersonen gehören bspw. solche mit einer genetischen Vulnerabilität für schizophrene Erkrankungen (wie Angehörige 1. und 2. Grades von an Schizophrenie erkrankten Personen). Aber auch Personen mit abgeschwächten oder vorübergehenden psychotischen Symptomen

im Sinne von psychosenahen Prodromalsymptomen gehören zur Risikopopulati-

Bei alleiniger Betrachtung von attenuierten Positivsymptomen fanden sich Übergangsraten in eine psychotische Erkrankung von 15 % nach zwölf, 20 % nach 24 und 23 % nach 36 Monaten [6, 16]. Die ersten Symptome für eine psychotische Entwicklung sind jedoch häufig unspezifisch und können deshalb nicht zu einer Vorhersage herangezogen werden (wie bspw. Nervosität, Depressivität, Ängste, kognitive Defizite, Leistungseinbruch, sozialer Rückzug). In der "ABC-Schizophrenie-Studie" von Häfner und weiteren internationalen Studien zum Frühverlauf von Schizophrenie konnte gezeigt werden, dass vor dem ersten Behandlungskontakt mindestens ein Jahr psychotische Symptome und im Mittel fünf Jahre nichtpsychotische Prodromalsymptome vorausgehen. Vor diesem Hintergrund sind verbesserte Präventionsmöglichkeiten zu nutzen.

Insbesondere ist hierfür eine Aufklärung über die Erkrankung, Risiko- und Prodromalsymptome in Schulen, den sozialen Medien und im Internet von Bedeutung, verbunden mit entsprechenden Kontaktund Hilfsangeboten. Denn je früher die Schizophrenie erkannt und behandelt wird, desto besser ist deren Prognose. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden in Deutschland seit den 1990er-Jahren an verschiedenen Orten Früherkennungsund Präventionszentren etabliert [4], die

Fortbildung

über Frühsymptome aufklären und systematische Diagnostik zur Risikoabschätzung durchführen [8]. Das Früherkennungs- und Therapiezentrum FETZ an der Universitätsklinik Köln, 1997 eröffnet, war beispielsweise das erste seiner Art in Deutschland.

Bei erhöhtem Psychoserisiko sollten zur Verhinderung der ersten psychotischen Episode modulare und komplexpsychiatrische Interventionen zum Einsatz kommen, wobei hierfür Familieninterventionen, kognitive Verhaltenstherapie und psychoedukative Maßnahmen am besten evaluiert sind [16]. Bei Vitos Kurhessen wird zum Beispiel eine niederschwellige Sprechstunde hierfür in Kassel und in Bad Emstal angeboten.

Klinisches Beispiel: Patient mit akustischen Halluzinationen, paranoiden Wahnsymptomen, Störungen **Psychotisches Syndrom** in den Denkabläufen, erhöhtem Muskeltonus und Fieber Überprüfung der diagnostischen Kriterien für eine andere Störung Psychopathologische Kriterien aus dem schizophrenen für eine Schizophrenie nein Formenkreis oder eine nach ICD-10 (F20) erfüllt? substanzabhängige Störung nach ICD-10 (F21-F29, F1x.5)? Vertiefende organische Diagnostik bei Auffälligkeiten Somatische Basisdiagnostik in der Basisdiagnostik (Anamnese, internistisch-(z.B. schwere kognitive Defizite, Bewusstseinsstörungen, Delir, neurologische, optische Halluzinationen, neuropsychologische Untersuchung, Labor, cMRT/cCT) psychomotorische Symptome, Epilepsie, fokalneurologische Defizite, Fieber) Keine Symptomatik erklärenden somatischen Befunde Symptomatik erklärende Befunde im: Diagnose einer Schizophrenie cMRT-/cCT, EEG, Liquor (z.B. unter Berücksichtigung der lymphozytäre Liquor-Pleozytose, Liquor-AK gegen neurotrope Viren, verschiedenen Prägnanztypen Hinweise auf Autoimmunenzephalitis bzw. einer anderen Störung bei Liquor-AK bspw. gegen NMDA-, aus dem schizophrenen CASPR2-, AMPA-, GABAB-, Formenkreis Glycin-Rezeptoren)? Symptomatik Abkürzungen: erklärende Befunde Internationale Klassifikation ICD-10 psychischer Störungen Diagnose einer organischen wahnhaften Störung (F06.2) bei z.B. F20 Schizophrenie primär zerebralen Krankheiten, F21-F29 andere Störungen des sytstemischen Krankheiten, die schizophrenen Formenkreises sekundär das Gehirn betreffen. F1x.5 substanzinduzierte Störungen ZNS-toxischen Substanzen (außer F06.2 organische wahnhafte F1x.5), endokrinen Störungen oder (schizophreniforme) Störung anderen körperlichen Erkrankungen

Abb. 1: Differenzialdiagnostik Schizophrenie an einem klinischen Beispiel.

Psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote in psychiatrischen Kliniken

Menschen mit psychotischen Erkrankungen sollten nicht nur medikamentös, sondern auch psychoedukativ und psychotherapeutisch behandelt sowie vor allem bei chronischen Verlaufsformen, wie bei den schizophrenen Erkrankungen, psychosozial bei ihrer Lebensbewältigung unterstützt werden. Insbesondere der psychotherapeutischen Behandlung von Psychosen kam in jüngerer Zeit eine zunehmende Bedeutung zu. Die Behandlung kann, je nach Schweregrad der Erkrankung und Interventionsbedarf, stationär bzw. stationsäguivalent, teilstationär oder ambulant erfolgen. Bei schweren Krankheitsverläufen kann nach abgeschlossener stationärer Behandlung zur weiteren Stabilisierung und Verbesserung der gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe eine tagesklinische (teilstationäre) Behandlung erforderlich werden.

Fachpsychiatrische Diagnostik

Bei der Erstmanifestation von psychotischen Erkrankungen ist eine frühzeitige fachpsychiatrisch eingeleitete Diagnostik von entscheidender Bedeutung.

- ► Kommen Betroffene mit einer psychotischen Erkrankung in die psychiatrische Klinik, so gilt es zunächst, mögliche organische bzw. substanzspezifische Einflussfaktoren festzustellen oder auszuschließen.
- ► Im Rahmen einer ausführlichen Eigenund Fremdanamnese werden genetische Risikofaktoren erkannt sowie aktuell und in der Vergangenheit wirksame Stressoren identifiziert.
- ► Eine ausführliche körperliche internistische und neurologische Untersuchung sowie eine Baseline-Diagnostik (Erhebung von basalen Laborparametern, Drogenscreening, kraniale Bildgebung) sind im Rahmen des diagnostischen und differentialdiagnostischen Prozesses indiziert.
- ► Eine vertiefende organische Diagnostik unter Einschluss einer Liquoruntersuchung erfolgt vor allem dann, wenn die Erkrankung früh und akut verläuft sowie mit neurologischen und neuropsychiatrischen Auffälligkeiten (wie epileptischen Anfällen, Bewusstseinsstörungen, einer deliran-

ten Symptomatik, psychomotorischen/ katatonen Symptomen) und/oder Infektzeichen assoziiert ist, siehe Abb. 1. Auf diese Weise können bspw. Autoimmunenzephalitiden, die ursächlich für eine psychotische Symptomatik verantwortlich sein können, erkannt bzw. ausgeschlossen werden.

- ► Auf medikamentenassoziierte Faktoren sollte stets geachtet werden. Bspw. können Medikamente, wie L-Dopa, Dopaminagonisten, Immunsuppressiva, Opioide, Anticholinergika, Antiinfektiva und Hormonpräparate (wie L-Thyroxin) psychotische Symptome induzieren [7].
- ► Liegt eine körperliche Erkrankung zugrunde oder gibt es Hinweise auf den Einfluss von exogenen Faktoren auf die psychotischen Symptome, wie beispielsweise Einfluss von Medikamenten bzw. Drogen, so ist eine entsprechende, ursachenbezogene Behandlung einzuleiten.
- ► Bei akuten psychotischen Episoden ohne nachweisbares somatisches Korrelat ist eine der Symptomatik entsprechende multimodale Therapie einzuleiten. Häufig ist eine medikamentöse antipsychotische Behandlung erforderlich, für die aufgrund ihres günstigeren Nebenwirkungsprofils vorzugsweise Antipsychotika der zweiten Generation verordnet werden sollten. Antipsychotika der ersten Generation sind jedoch vergleichbar wirksam. Stimmungsstabilisierer wie Lithium, Valproinsäure, Carbamazepin haben für die Behandlung von psychotischen Symptomen keine hinreichende Evidenz. Grundsätzlich ist eine Vollremission der Erkrankung anzustreben.

Stationäre Behandlung

Die stationäre Behandlung psychotischer Erkrankungen in einem psychiatrischen Krankenhaus zielt auf eine Symptomreduktion schwerer Krankheitsmanifestationen ab, wobei komplextherapeutische und multiprofessionelle Angebote zum Einsatz kommen. Insbesondere sind hier auch Bedingungen zur Reduktion von Zwang zu schaffen, wie bspw. eine patientenorientierte Gestaltung von psychiatrischen Stationen im Hinblick auf die Wahrung der Intimsphäre, möglichen Ausgang sowie Aufenthalt im Freien [17]. In den Kliniken werden zusätzlich spezielle Rahmenbedingungen zur Konfliktprävention

(wie "safewards", "shared decision making", "Prinzip der offenen Tür") vorgehalten und sind systematische Deeskalationstrainings (bspw. "ProDeMa", "Outcome") etabliert.

In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, mit einwilligungsfähigen Patienten für den Fall von psychotischen Krisen, in denen die freie Willensbildung eingeschränkt ist, einen Krisenplan zu vereinbaren: Hierbei notieren die Patienten gemeinsam mit ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt. welchen Medikamenten sie zustimmen und welche Maßnahmen sich früher im Rahmen von Krisen als hilfreich erwiesen haben.

Bei Erstmanifestation als auch im Falle wiederkehrender Krankheitsmanifestationen bzw. eines chronischen Krankheitsverlaufs ist eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich, die bei entsprechender Krankheitsschwere häufig in der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) der Kliniken erfolgt.

Begleitende Therapien und Psychoedukation

Neben einer leitlinienorientierten medikamentösen Behandlung akuter und chronischer Psychosen stehen in den psychiatrischen Kliniken in sämtlichen Behandlungssektoren therapeutische Basistherapien zur Verfügung (wie Ergo-, Kunst- und Bewegungstherapie) sowie psychoedukative und psychotherapeutische Angebote. Ergänzt werden diese häufig durch ein Training sozialer Kompetenzen, wie bspw. dem sozialen Kompetenzprogramm von Bellack et al. (2004), das im Gruppensetting durchgeführt wird und verschiedene Module umfasst, die sich auf diverse Lebensbereiche wie Gestaltung der Freizeit und Kommunikationsfertigkeiten, aber auch auf den Umgang mit Symptomen und Medikamentenmanagement beziehen. Weitere Angebote umfassen Entspannungs- und Stressbewältigungstraining sowie kognitive Trainingsmodule.

Der Psychoedukation kommt in den psychiatrischen Kliniken als auch dem ambulanten Sektor bei der evidenzbasierten Behandlung von akuten und chronisch verlaufenden Psychosen eine besondere Bedeutung zu [1, 2].

Die bifokale Psychoedukation, das heißt systematische Interventionen bei den Patienten und parallel deren Angehörigen,

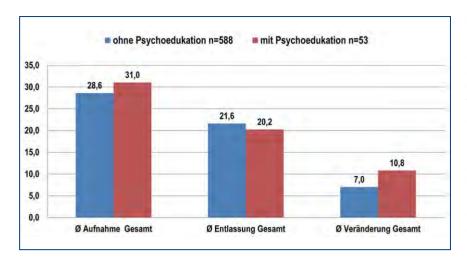
zeigt die größten Effekte auf die Reduktion der Rezidivrate, die stationären Wiederaufnahmen und die stationären Verweildauern. Sie dient der Vermittlung von Wissen über die Erkrankung, der Förderung des Krankheitsverständnisses sowie der Krankheitsbewältigung. Es erfolgt hierbei unter anderem eine Aufklärung über die Diagnose und das entsprechende Störungsmodell, über die Behandlung, Prodromalsymptome und Verhaltensregeln bei psychischen Krisensituationen sowie über das Hilfesystem.

Das von Hartmut Berger und Hans Gunia entwickelte Konzept "psychoedukative Familienintervention" (PEFI) setzt auf die multiple Familientherapie. In diesem für die Behandlung von schizophrenen Patienten positiv evaluierten Verfahren sind mehrere Familien in einer Gruppe vereint. In einem interaktiven Gruppenprozess finden neben der Vermittlung wichtiger Inhalte über die Erkrankung und das Hilfesystem ein Kommunikationstraining im Rollenspiel sowie ein Problemlösetraining statt

Die Arbeit mit Angehörigen, auch in der trialogischen Zusammenarbeit zum Beispiel in Psychoseseminaren [3], sowie die Einbeziehung von Psychoseerfahrenen in die Behandlung (Ex-In-Genesungsbegleiter) stellen ebenfalls wichtige Bestandteile bei der Behandlung der Patienten in den psychiatrischen Kliniken dar.

Psychotherapeutische Verfahren im Einzel- und Gruppensetting im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich spielen in der Behandlung von an akuten und chronischen Psychosen erkrankten Menschen eine immer größere Rolle, sind mittlerweile im KV-Bereich abrechenbare Leistungen und sollten allen Patienten mit oder ohne zusätzlicher antipsychotischer Medikation angeboten werden.

Der Dachverband Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie (DDPP) engagiert sich hierfür als Zusammenschluss unterschiedlicher psychotherapeutischer Schulen: Die psychoanalytisch orientierte Psychosentherapie hat eine lange Tradition in der Behandlung von Patienten mit schizophrenen Störungen. Neben der Psychoedukation haben sich Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) bewährt, die in den vergangenen Jahren in zahlreichen Validierungsstudien ihre Effi-



P1: Wahn

P2: Konzeptuelle Desorganisation

P3: Halluzinationen

G5: Manierismen und Körperhaltung

G9: Ungewöhnliche Gedankeninhalte

N1: Verflachter Affekt

N4 Passiver/apathischer sozialer Rückzug

N6: Mangel an Spontanität sowie flüssiger Konversation

Abb. 2: Psychoedukation – Einzel- und Gruppentherapie (F2), Auswertung nach Summenscore PANSS-8: Acht Items zur Erfassung von Positivsymptomen (P1–P3), Negativsymptomen (N1, N4, N6) und generelle Psychopathologie (G5, G9) der KPP, Vitos Kurhessen.

zienz belegt haben: Neben dem Beziehungsaufbau sowie Entwicklung eines "entlastenden" individuellen Störungsmodells mit Entpathologisierung der Erkrankung werden in der KVT mit den Patienten individuelle Therapieziele erarbeitet. Im Verlauf der Therapie können optional Wahninhalte sowie Stimmenhören bearbeitet und "Bewältigungsstrategien" erarbeitet werden. Hierfür stehen spezielle Interventionen aus der kognitiven Verhaltenstherapie zu Verfügung (wie ABC-Technik, Erarbeitung alternativer Erklärungen etc.) [9, 12]. Ein besonderer Fokus liegt häufig im Aufbau des Selbstwertgefühls, in einer Verbesserung der Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeit, des Stressmanagements sowie im Aufbau angenehmer Aktivitäten und einer Tagesstruktur, um vor allem auch Negativsymptomen therapeutisch zu begegnen.

Neuer Ansatz: Metakognitives Training

Ein relativ neuer Ansatz zur Behandlung psychotischer Symptome beinhaltet das "metakognitive Training", das aus mehreren Behandlungsmodulen besteht und in einem Gruppentherapieprogramm auf bei schizophrenen Patienten beeinträchtigte kognitive Prozesse und Denkstile fokussiert, wobei in einer spielerischen und interaktiven Art und Weise an zahlreichen Beispielen das "Denken über das Denken" gefördert werden soll [15].

Schwerpunkte zur Förderung der gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe sind die medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation mit Angeboten des "supported employments" sowie schulische, akademische und betriebliche Ausbildungsangebote (S3-Leitlinie Schizophrenie). Die Kliniken übernehmen eine wichtige Funktion bei der Vorbereitung, Beantragung und Einleitung solcher Maßnahmen.

E-Mental-Health-Angebote, wie bspw. Videosprechstunden, Arbeit mit "Online-Tagebüchern", App-basierte Übungen, bspw. zur Bewältigung von kognitiven Verzerrungen und Antriebsstörungen, können das therapeutische Angebot sinnvoll ergänzen.

Integrierte Versorgung bei chronisch verlaufenden psychotischen Erkrankungen im Krankenhaus

Bei der Behandlung von Menschen mit psychotischen Erkrankungen sind die Behandlungsangebote der Klinik eng miteinander vernetzt und nicht auf die einzelnen Behandlungssektoren beschränkt. Zusätzlich ist, insbesondere bei chronischen Krankheitsverläufen, eine enge Kooperation mit komplementären Leistungserbringern (bspw. psychosozialen Zentren, Anbietern des betreuten Wohnens, sozialpsychiatrischem Dienst) anzustreben, da der Teilhabe von an chronischen Psychosen erkrankten Menschen im Hinblick auf die Lebensqualität sowie Lebenszufriedenheit eine besondere Bedeutung zukommt und insofern eine enge Abstimmung zwischen den an der Versorgung beteiligten Institutionen erforderlich ist. Integrierte Versorgungskonzepte zielen auf sektorenübergreifende, interdisziplinäre und facharztübergreifende Versorgungsnetze ab, sind in Deutschland für den psychiatrischen Bereich bisher jedoch nur begrenzt umgesetzt [14].

Bei der Behandlung schwerer und chronisch verlaufender psychotischer Erkrankungen nimmt die Institutsambulanz psychiatrischer Kliniken (PIA) in Abstimmung mit den stationären/teilstationären Behandlungsbereichen eine bedeutende Rolle ein. Im Sinne der Beziehungskontinuität begleiten die ärztlichen, pflegerischen und psychologischen Mitarbeiter sowie die Sozialarbeiter der Ambulanzen die Betroffenen über viele Jahre und stehen mit anderen Mitarbeitern des Hilfesystems eng in Kontakt. Stationäre sowie tagesklinische Behandlungen erfolgen in enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Behandlern der PIA.

Teilstationäre Behandlungen finden häufig integriert im stationären Setting im Anschluss an eine stationäre Behandlung statt, um so die Behandlungs- und Beziehungskontinuität zu dem therapeutischen Team zu gewährleisten. Dieses Ziel verfolgen auch sektorenübergreifende Therapiestationen, auf denen sowohl stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen integriert stattfinden. Die Patienten behalten ihre Behandler unabhängig von den Behandlungssektoren (stationär/teilstationär, ambulant) bei. Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile, (fach-)ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungs-

teams [10]. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität einer vollstationären Behandlung.

Seit dem 1. Januar 2018 können Kliniken die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115 d SBG V anbieten. Neben der "Behandlung zuhause" sind im Rahmen von StäB auch Teile des therapeutischen Angebots in den Kliniken nutzbar. Im Rahmen von Modellprojekten nach § 64b SGBV, wie dem Hanauer Modell zur optimierten Versorgung in der Psychiatrie, finden stationsäquivalente, (teil-)stationäre und ambulante Behandlungen integriert auf den Stationen statt. Die akut ambulanten Patienten kommen tagsüber in die Klinik und werden über "Home Treatment" zuhause versorgt.

Zukünftig könnte eine abgestufte ambulante Behandlung die erhebliche Versorgungslücke zwischen der ambulanten Regelbehandlung und der (teil-)stationären bzw. stationsäguivalenten Behandlung schließen [5].

Evaluation

Zur Gewährleistung und Messung der Qualität bei der (teil-)stationären Behandlung psychisch erkrankter Menschen haben bereits einige psychiatrische Kliniken Qualitätsindikatoren etabliert. Dies sind Instrumente zur Datenerfassung, mit deren Hilfe Ausprägungsgrade bestimmter Symptome und Krankheiten eingeschätzt werden. Dies erfolgt über vordefinierte Outcome-Kriterien. Beschrieben und gemessen wird mit Hilfe der Qualitätsindikatoren der Schweregrad der Krankheit bei einem Patienten. Dies erfolgt jeweils bei Aufnahme und bei Entlassung des Patienten. Die Ergebnisse zu beiden Zeitpunkten werden später miteinander verglichen. Mit Hilfe dieser und weiterer demografischer Daten wird es möglich, ein Ergebnis der psychiatrischen Behandlung darzustellen und eine Aussage darüber zu treffen, ob sich der Krankheitsverlauf bei einem Patienten verbessert oder verschlechtert hat.

Nicht nur das Behandlungsergebnis steht im Fokus der Betrachtung, sondern auch die therapeutische Maßnahme selbst. Diese Art der Qualitätsmessung und -sicherung gewinnt mit der Zunahme vielfältiger medizinischer Therapieansätze in der Psychiatrie immer mehr an Bedeutung. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss, die gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzgeber fordern eine Qualitätssicherung der erbrachten psychiatrisch-medizinischen Leistungen.

Vitos, Hessens größter Anbieter für die Behandlung psychisch kranker Menschen, untersucht auf diese Weise bereits seit 2014 die Qualität von Behandlungen in den psychiatrischen Kliniken bei jährlich über 30.000 voll- und teilstationären Fällen. Mit der Auswertung dieser Fälle hinsichtlich der Veränderung der Krankheitsschwere hat Vitos somit einen Baustein in der schwierigen Beurteilung der Behandlungsqualität in der stationären Versorgungspsychiatrie implementiert fördert die Transparenz im Leistungsge-

Bei der Behandlung an akuten und chronischen Psychosen erkrankter Menschen mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis kommen Qualitätsindikatoren zum Einsatz, die eine Erfassung der Symptome bzw. der Krankheitsschwere zu Beginn und nach der Behandlung, also eine Prä-Post-Erfassung, erlauben. Die klinisch auswertbare Datenerhebung erfolgt bei Vitos mit Hilfe der Instrumente: Clinical Global Impression Scale (CGI), der Global Assessment Scale of Functioning (GAF) und einer Kurzfassung der "Positive and Negative Symptom Scale" (PANSS-8), siehe Abb. 3. Untersucht werden insbesondere auch die Wirksamkeit bestimmter Verfahren in der Behandlung von an Psychosen erkrankten Menschen, wie der Psychoedukation, siehe Abb. 2. Im Rahmen innerbetrieblicher Fortbildungen werden alle ärztlichen und psychologischen Mitarbeiter jährlich in der Anwendung der Qualitätsindikatoren geschult.

Dr. med. Rainer Holzbach

Stelly, Klinikdirektor Vitos Klinikum Kurhessen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, **Bad Emstal**



Dr. med. **Matthias Bender** Klinikdirektor Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (KPP) Kassel, Bad Emstal, Hofgeismar und Melsungen,



Ärztlicher Direktor Vitos Klinikum Kurhessen, Kassel

Kontakt via E-Mail: rainer.holzbach@vitos-kurhessen.de

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

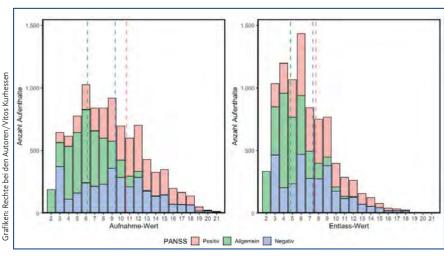


Abb. 3: Patienten der Vitos KPP in Hessen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) in 2019.

Multiple Choice-Fragen:

Integrierte Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen...

VNR: 2760602021093120009 (nur eine Antwort ist richtig)

- 1. Welche Antwort trifft nicht zu?

 Die reduzierte Lebenserwartung von
 an Schizophrenie erkrankten Menschen ist vor allem abhängig von...
- 1) ...Lifestyle-Faktoren.
- 2) ...der Ablehnung somatischer Diagnostik und Behandlung.
- 3) ...der Art der antipsychotischen Medikation (AP der 1. und 2. Generation).
- 4) ...dem Suchtmittelgebrauch.
- 5) ...der Negativsymptomatik.
- 2. Welche Antwort trifft nicht zu?

 Die Prognose schizophrener Erkrankungen hängt vor allem ab von...
- 1) ...der Therapieadhärenz der Betroffenen.
- 2) ...der Anzahl psychotischer Exazerbationen.
- 3) ...dem Geschlecht und Alter bei Erstmanifestation.
- 4) ...kognitiven Defiziten und Negativsymptomen.
- ...der initialen Ausprägung der Positivsymptomatik bei psychotischen Krisen.
- 3. Welche Antwort trifft nicht zu?
 Bei der Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Menschen besteht ein Wirksamkeitsnachweis insbesondere für folgende Therapien und Interventionen:
- 1) Psychoedukation für Betroffene und Angehörige (bifokale PE).
- 2) Kognitive Verhaltenstherapie.
- 3) Antipsychotika der 1. und 2. Generation.
- 4) Familieninterventionen.
- 5) Stimmungsstabilisierer, wie Lithium und Carbamazepin.

Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: "Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt." (LÄKH)

- Welche Antwort trifft zu?
 Jahre nach der Erstmanifestation der Erkrankung...
- 1) ...sind 50 % der Betroffenen beschwerdefrei.
- 2) ...ist die berufliche und soziale Teilhabe insbesondere abhängig von den Positivsymptomen.
- 3) ...haben weniger als 20 % der Betroffenen eine reine Negativsymptomatik.
- 4) ...leiden weniger als 10 % an reinen produktiven Beschwerden (Positivsymptomen).
- 5) ...ist nur ein kleiner Teil auf psychosoziale Hilfen angewiesen.
- Welche Antwort trifft nicht zu?
 Psychoedukation hat das Ziel....
- 1) ...Selbstbefähigung, Eigeninitiative und aktive Krankheitsbewältigung zu stärken.
- 2) ...über negative Effekte von Medikamenten aufzuklären.
- 3) ...die Abgrenzung der Patienten gegenüber den Angehörigen im Sinne der Selbstbestimmung zu fördern.
- 4) ...über Prodromalsymptome aufzuklären.
- 5) ...die Fähigkeit der Patienten zur partizipativen Entscheidungsfindung im Hinblick auf den Behandlungsprozess zu stärken.
- 6. Welche Aussage trifft im Sinne der Primär- und Sekundärprävention zu?
- Eine frühzeitige Erkennung von Risikopersonen im Hinblick auf schizophrene Erkrankungen ist obsolet, da sich dies stigmatisierend auf die Betroffenen auswirkt.
- Für die Prognose schizophrener Erkrankungen sind möglichst frühzeitige therapeutische Interventionen entscheidend.
- 3) Die Primär- und Sekundärintervention bezieht sich vorwiegend auf die Negativsymptomatik.
- Eine Aufklärung über psychische Erkrankungen in Schulen und den sozia-

- len Medien ist wenig sinnvoll, da die Wirksamkeit früher Interventionen nicht ausreichend evaluiert ist.
- Zu den Risikopersonen gehören lediglich Personen mit positiver Familienanamnese im Hinblick auf psychotische Erkrankungen.
- 7. Welche Antwort trifft zu?

 Die kognitive Verhaltenstherapie in der Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Personen...
- ...ist gegenüber psychodynamischen Therapieverfahren weniger wirksam, da sie die Entstehungsbedingungen psychotischer Erkrankungen nicht ausreichend berücksichtigt.
- 2) ...sollte nur angewandt werden, wenn die Betroffenen eine medikamentöse Behandlung ablehnen.
- 3) ...ist das Verfahren der Wahl bei akuten psychotischen Krisen.
- ...sollte nur in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung erfolgen.
- 5) ...zielt auf eine Behandlung von Positiv- und Negativsymptomen sowie auf eine Verbesserung der Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten sowie auf eine Selbstwertstabilisierung ab.
- Welche Antwort trifft zu?
 Für die Behandlung von schizophrenen
 Psychosen gilt:
- Die stationäre Behandlung nimmt den größten Stellenwert im Hinblick auf die Prognose der Erkrankung ein, da sie insbesondere auf schwere Krankheitsverläufe ausgerichtet ist.
- Die stationsäquivalente Behandlung (StäB) ist eine aufsuchende Behandlung durch die psychiatrische Institutsambulanz zur Verbesserung ambulanter Behandlungsangebote in der ambulanten Regelversorgung.
- Integrierte Versorgungskonzepte haben sich bei der Behandlung von an psychischen Erkrankungen leidenden

- Menschen aufgrund unzureichender Wirksamkeit nur wenig in Deutschland etabliert.
- 4) Eine sektorenübergreifende Behandlung ist besonders wirksam, da sie ein abgestuftes psychiatrisch-psychotherapeutisches Vorgehen im Hinblick auf Erkrankungsschwere und Interventionsbedarf ermöglicht und häufig auch eine Beziehungskontinuität zum Behandlungsteam gewährleistet.
- 5) Psychotherapeutische Interventionen sind vor allem in der Akutphase einer schizophrenen Erkrankung wirksam und anderen Therapieverfahren vorzuziehen.
- 9. Welche Antwort trifft nicht zu? Insbesondere bei chronisch verlaufenden psychotischen Erkrankungen...
- 1) ...sollte eine Vernetzung der Behandlungsangebote der Klinik und eine enge Kooperation mit komple-

- mentären Leistungserbringern erfolgen.
- 2) ...sollte auf eine verbesserte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und im Beruf fokussiert werden.
- 3) ...sollten die beruflichen Anforderungen an Betroffene immer niedrig gehalten werden, um psychotischen Exazerbationen vorzubeugen.
- 4) ...sollten rehabilitative Angebote individuell auf die Bedürfnisse der Patienten und deren Fähigkeiten abgestimmt werden.
- 5) ...sollten multimodale und multiprofessionelle Angebote durch die psychiatrischen Institutsambulanz vorgehalten werden.
- 10. Welche Antwort trifft nicht zu? Bei der Behandlung von an akuten und chronischen Psychosen erkrankten Menschen...

- 1) ...sollte der Behandlungserfolg im Sinne eines prä-post-Vergleichs unter Einsatz von Qualitätsindikatoren erfasst werden.
- 2) ...kommen bei der Erfassung des Behandlungserfolgs vor allem Instrumente zur Beurteilung der Symptomschwere, Funktionsbeeinträchtigung sowie der Positiv- und Negativsymptomatik zum Einsatz.
- 3) ...sorgen Qualitätsindikatoren für eine Transparenz im Leistungsgeschehen.
- ...ist eine Überprüfung des Behandlungserfolgs anhand vordefinierter Outcome-Kriterien grundsätzlich nicht möglich.
- 5) ...hängt die Validität der Ergebnisse der angewandten Qualitätsindikatoren von regelmäßigen Schulungsmaßnahmen im Hinblick auf die Anwendung der eingesetzten Instrumente ab.

Bücher



Handbuch der Psychoedukation – für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Hrsq.: Josef Bäuml, Bernd Behrendt, Peter Henningsen. Schattauer, Stuttgart 2016, 460 S. ISBN: 9783608431315, 92 €, auch als E-Book

Psychoedukation gehört zu den Schlüsselinterventionen der Recovery-orientierten psychiatrischen Behandlung, die neben Personenorientierung auf Selbstbestimmung sowie auf die Anerkennung eines Wachstumspotenzials setzt. Durch eine psychodidaktisch intelligent aufgebaute Informationsvermittlung und Aufklärung kann eine gewisse Struktur in die Beschwerdevielfalt gebracht und die Motivation gestärkt werden, Kenntnisse über das Störungsbild und dessen Behandlung zu erhalten und somit Experte für die eigene Erkrankung zu werden. Das subjektive Krankheitskonzept und das medizinische Wissen werden meist im Gruppen-Setting interaktiv miteinander verschränkt.

Durch die systematische Förderung des Empowerments entsteht eine Kultur der Zuversicht mit Akzeptanz und für die Bewältigung der psychischen Erkrankung. Therapeutische Interventionen sind umso wirksamer, je besser sich die Patienten von den Behandlern verstanden fühlen und je besser sie selbst ihr Krankheitsbild und ihre Behandlung verstehen – als Basis für eine Behandlungspartnerschaft und ein Shared-Decision-Making. Die hohe Relevanz von Psychoedukation für das Krankheitsverständnis für Patienten und Angehörigen und damit letztlich für die Salutogenese wird immer offensichtlicher.

Dieses Handbuch vermittelt schulenübergreifend für therapeutisch Tätige einen Leitfaden und das notwendige Wissen dazu: Führende Expertinnen und Experten, zumeist engagiert in der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE), beschreiben, welche bewährten Konzepte und Manuale bei unterschiedlichen psychischen Beschwerden zur Verfügung stehen - zumeist mit trialogischer Perspektive und initial ausgehend von den Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Dr. med. Matthias Bender

Literatur zum Artikel:

Integrierte Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen

...im psychiatrischen Krankenhaus

von Dr. med. Rainer Holzbach und Dr. med. Matthias Bender

- [1] Bäuml J, Behrendt B, Henningsen P, Pitschel-Walz G. (Hrsg.): Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin (2016).
- [2] Bender, M (2004): Spektrum und Konsens bei psychoedukativen Interventionen in der Behandlung schizophren Erkrankter. In: Machleidt W, Garlipp P, Haltenhof H (Hrsg.): Schizophrenie. Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Schattauer, Stuttgart-New York, S. 173–181.
- [3] Bender M (2008): Individualisierung und trialogische Dimension. In: Bäuml J, Ptschel-Walz G (Hrsg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart-New York, S. 130–139.
- [4] Bühring, P (2018): Prävention psychischer Erkrankungen Fokus auf die Risikogruppen.

 Deutsches Ärzteblatt 2018; 115
 (43):A-1942/B-1623/ C-1607.
- [5] Driessen, Koch-Stoecker (2019): Rahmenkonzept für eine Ambulante Intensivbehandlung in der PIA: AMBI Arbeitskreis Psychiatrische Instituts-

- ambulanzen (BDK, ACKPA, LIPPs) mit Unterstützung von DGPPN e. V.
- [6] Fusar-Poli P., Bonoldi I., Yung AR et al.: Predicting psychosis: metaanalysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. Arch Gen Psychiatry 2012; 69: S. 220–229.
- [7] Gaebel, Hasan, Falkai: S3-Leitlinie Schizophrenie.
- [8] Hambrecht, Klosterkötter, Häfner: Früherkennung und Frühintervention schizophrener Störungen. Dtsch. Ärzteblatt 2002; 99(44): A-2936/ B-2491/C-2334.
- [9] Kircher T, Mehl S, Leube DT: Kompendium der Psychotherapie,S. 185 ff., Springer Verlag (2019).
- [10] Längle G, Holzke M, Gottlob M: Psychisch Kranke zu Hause versorgen. Handbuch zur Stationsäquivalenten Behandlung. Stuttgart, Kohlhammer 2019.
- [11] Lambert T, Velakoulis D, Pantelis C: Medical comorbidity in schizophrenia. Med J Aust 178 (Suppl): S. 67–70 (2003).

- [12] Lincoln T, Heibach E: Psychosen, Fortschritte der Psychotherapie. Band 67, Hogrefe (2017).
- [13] Maneros, Deister, Rode: Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen – eine vergleichende Langzeitstudie. Springer Verlag.
- [14] Moock J, Koch C, Kawoh W: Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch erkrankte Menschen. GGW Jg. 12, Heft 3, S. 24–34 (2012).
- [15] Moritz, Krieger, Veckenstedt: MKT+, individualisiertes Therapieprogramm für Menschen mit Psychose. Springer-Verlag, 2. Auflage (2017).
- [16] Müller H, Bechdolf A: Intervention bei hohem Psychoserisiko und ersten psychotischen Episoden. Der Neurologe & Psychiater 2020; 21 (1).
- [17] Steinert: S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang, Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), 2018.



Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

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

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

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie "State of the Art"

Thema: Lunge – Allergie – Immunologie Termin: Mi., 10. März 2021

Leitung: Prof. Dr. med. R. Schlösser, Frankfurt **Gebühr:** 75 € (Akademiemitglieder kostenfrei)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Innere Medizin

EKG-Kurs Fr., 07.–Sa., 08. Mai 2021 22 P Gebühr: 360 € (Akademiemitglieder 324 €) Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

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

Teile 5 + 6: Mi., 24. März 2021

Leitung: Dr. med. M. Eckhard, Bad Nauheim

Dr. med. P. Bauer, Gießen

Gebühr: 60 € (Akademiemitglieder 54 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Moderatorentraining

Fr., 26.–Sa., 27. März 2021 16 P

Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda **Gebühren:** 360 € (Akademiemitglieder 324 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher: Mi., 31. März 2021 10 P
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 160 € (Akademiemitglieder 144 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Hygiene/Öffentliches Gesundheitswesen

Refresher Hygienebeauftragter Arzt im Rehawesen

Blended Learning-Veranstaltung

Mi., 03. März 2021 (Telelern ab 12.02.21)

Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt
Gebühr: 180 € (Akademiemitglied 162 €)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Infektiologie

Modul III - Aufbaukurs "ABS":

Mo., 15.–Fr., 19. März 2021 42 P

Leitung: Dr. med. C. Imirzalioglu, Gießen

Prof. Dr. med. J. Lohmeyer, Gießen

Dr. med. J. Kessel, Frankfurt

Gebühr: 1.000 € (Akademiemitglieder 900 €)

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

Leitung: Prof. Dr. med. K.-P. Hunfeld, Frankfurt **Gebühr:** 750 € (Akademiemitglieder 675 €) **Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,

Mail: heike.cichon@laekh.de

Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.

Mi., 21. April 2021 Querschnittsfach Reisemedizin -

Fernreisen und Risikogruppen

Leitung: Dr. med. A. Wunder,

Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber

Ort: Frankfurt, Hanauer Landstraße
Gebühr: 30 € (Akademiemitglieder 27 €)
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

Notfall- und Intensivmedizin

44. Frankfurter Intensivmedizinische Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des

Universitätsklinikums Frankfurt (UKF)

Mo., 19.-Fr., 23. April 2021

Leitung: Dr. med. A. Grünewaldt,

S. Heyl, K.-H. Peiffer, Frankfurt

Gebühr: 680 € (Akademiemitglieder 612 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Tracheotomie/Trachealkanülenmanagement

Blended Learning-Veranstaltung

Sa., 29. Mai 2021 (Live-Online-Veranstaltung)

Beginn der Telelernphase: 03.05.2021

Leitung: Dr. med. S. Welschehold M.A.,

> Dr. phil. J. Konradi M.A., Dr. med. T. Kerz, Mainz

Gebühr: 150 € (Akademiemitglieder 135 €)

Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Do., 04.-Sa., 06. November 2021

Dr. med. R. Merbs, Friedberg Leitung:

M. Leimbeck, Braunfels

Gebühr: 450 € (Akademiemitglieder 405 €)

Weitere Termine auf Anfrage od. unter www.akademie-laekh.de

Notfallmedizin machbar machen

Mi., 24. November 2021 8 P

Leituna: Dr. med. R. Merbs, Friedberg Gebühr: 180 € (Akademiemitglieder 162 €)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202

Mail: baerbel.buss@laekh.de

Hämotherapie

Qualitätsbeauftragter Hämotherapie

Mo., 22.-Fr., 26. März 2021 40 P

(Live-Onlineveranstaltung)

Leitung: Prof. Dr. G. Bein, Gießen Gebühr: 900 € (Akademiemitgl. 810 €)

Transfusionsverantwortlicher/-beauftrager/Leiter Blutdepot

Di., 23.-Mi., 24. März 2021 (Live-Onlineveranstaltung)

Leitung: Prof. Dr. med. G. Bein, Gießen Gebühr: 360 € (Akademiemitgl. 324 €)

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.

Moderationskurs: Fr., 02.-Sa., 03. Juli 2021 Gebühr: 340 € (Akademiemital. 304 €) Leitung: PD Dr. med. C. Seifart, Marburg

Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Aktualisierungskurs

Sa., 24. April 2021 8 P

Gebühr: 180 € (Akademiemitglied 162 €)

Ort: auf Anfrage

Grundkurs

Theorie: Fr., 18.-Sa., 19. Juni 2021

Praktikum: auf Anfrage

Gebühr: 360 € (Akademiemitglied 324 €)

Orte Theorie: Frankfurt.

> Universitätsklinikum Praktikum: Bad Nauheim. Hochwaldkrankenhaus

Spezialkurs Interventionsradiologie

Do., 22.-Fr., 23. April 2021

Gebühr: 180 € (Akademiemitglieder 162 €) Frankfurt, Universitätsklinikum Ort:

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. med. habil.

B. Bodelle, Frankfurt

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

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Dermatologie

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung

der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs. Fr., 17. September 2021

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

Dr. med. E. Reichwein, Villmar

Gebühren: 250 € (Akademiemitglieder 232 €)

zzgl. 70 € Schulungsmaterial

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,

E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

8 P



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

Ultraschall

Gefäße:

Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren Arterien und Venen

AufbaukursDo., 17.-Sa., 19. Juni 2021Gebühr:520 € (Akademiemitglieder 468 €)Leitung der KurseProf. Dr. med. V. Hach-Wunderle,für Gefäße:Dr. med. F. Präve, Frankfurt

Abdomen und Retroperitoneum

Grundkurs: Fr., 19.—Sa., 20. März 2021 (Theorie)
Gebühr: 330 € (Akademiemitglieder 297 €)
Leitung der Kurse für Abdomen: Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,
Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Modul Schilddrüse I Sa., 24. April 2021

Leitung:Prof. Dr. med. J. Bojunga, FrankfurtOrt:Frankfurt, UniversitätsklinikumGebühr:280 € (Akademiemitglieder 252 €)

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

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

 Modul Ib:
 Fr., 19.-Sa., 20. März 2021

 Gebühr:
 240 € (Akademiemitglieder 216 €)

Modul Ic: Fr., 07.—Sa., 08. Mai 2021

Gebühr: 320 € (Akademiemitglieder 288 €)

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul I-III Fr., 09.—Sa., 10. Juli 2021

Gebühr: 280 € (Akademiemitglieder 252 €)

Modul IV Fr., 12.–Sa., 13. November 2021 Gebühr: 280 € (Akademiemitglieder 252 €)

Modul V Sa., 13. November 2021

Gebühr: 100 € (Akademiemitglieder 90 €)

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

Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,

E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Transplantationsmedizin

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

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

Theoretischer Teil: Mo., 26.- Mi., 28. April 2021 33 P

Beginn Telelernphase: 26. März 2021

Gebühr: 640 € (Akademiemitgl. 576 €)

Kriseninterventionsseminar:

Mi., 19. Mai 2021 oder Mi, 14. Juli 2021 8 P

Gebühr: 160 € (Akademiemitglieder 144 €)

Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt

PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238

E-Mail: andrea.floeren@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 insg. 34 P

Teil 2: Fr., 07.–Sa., 08. Mai 2021

Teil 3 – Praktikum: in Planung

Gebühr: 680 € (Akademiemitglieder 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

Hygiene, Infektiologie, Öffentl. Gesundheitswesen

Rationale Antibiotikatherapie -

Multiresistente Erreger in höchster Relevanz

RAI: Allgemeinmedizin und Urologie

Sa., 17. April 2021

Leitung:Prof. Dr. med. U. Heudorf, FrankfurtGebühr:60 € (Akademiemitglieder 54 €)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,

E-Mail: baerbel.buss@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

Fr., 12.-Sa., 13. März 2021 und Fr., 19.-Sa., 20. März 2021 Gebühr: 650 € (Akademiemitglieder 585 €) Weitere Termine und Gebühren unter www.akademie-laekh.de Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden Leitung:

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

E-Mail: melanie.turano@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 € (Akademiemitglieder 495 €)

Auskunft/Anmeldung: S. Holler, Fon: 06032 782-226

E-Mail: susanne.holler@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse

Mo., 19.-Sa., 24. April 2021

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

Gebühr ges.: 630 € (Akademiemitglieder, BDI und

DGIM 567 €)

Gebühr/Tag: 180 € (Akademiemitglieder, BDI und

DGIM 162 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,

Fon: 06032 782-227,

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

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

Beginn der Telelernphase: 11.10.2021

Leitung: N. Walter, K. Israel-Laubinger, Frankfurt Gebühren: Block I: 990 € (Akademiemitgl. 891 €) Weitere Termine und Gebühren unter www.akademie-laekh.de

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227, E-Mail: adiela.candelo-roemer@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 II: Fr., 05.-Sa., 06. März 2021 16 P Block III: Fr., 07.-Sa., 08. Mai 2021 16 P Block IV: Fr., 09.-Sa., 10. Juli 2021 16 P Block V: Fr., 29.-Sa., 30. Oktober 2021 16 P Block VI: Fr., 10.-Sa., 11. Dezember 2021 16 P Gebühren je Block: 280 € (Akademiemitglieder 252 €) P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle, Leitung:

Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Basiskurs Sexualmedizin

Modul 1 - Teil A: Fr, 25.-Sa, 26. Juni 2021 insq. 42 P Modul 1 -Teil B: Fr, 17.-Sa, 18. September 2021 Modul 1 -Teil C: Fr. 19.-Sa, 20. November 2021 Das Seminar besteht aus drei Teilen, die nur gemeinsam gebucht werden können.

Leitung: Dr. med. H. Berberich, Hofheim,

Dr. med. U. Engelbach, Frankfurt

Teil A: Bad Nauheim, BZ der LAEKH Orte:

Teil B: Hofheim, Stadthalle

Teil C: auf Anfrage

Gebühr: auf Anfrage

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de



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

Akupunktur

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

Der Beginn der Kursreihe wird verschoben, bitte beachten Sie kommende Hinweise auf der Internetseite unter

www.akademie-laekh.de.

H. Luxenburger, München Leitung:

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

Spezielle Schmerztherapie

Leitung:

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

Nachholtermin Block B: Fr., 11.-Sa., 12. Juni 2021

Neuropathische Schmerzen;

Kopfschmerzen

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

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Ort: Kassel, DRK-Kliniken

Modul I: Fr., 14.--Sa., 15. Mai 2021 20 P

> Grundlagen der Schmerzmedizin PD Dr. med. M. Gehling, Kassel Dr. med. K. Böhme, Kassel

Ort: Kassel-Wilhelmshöhe, Schloßhotel

Modul III: Fr., 18.-Sa., 19. Juni 2021 20 P

> Muskuloskelettale Schmerzen Dr. med. Sina Moreau. Frankfurt

Leitung: Dr. med. Gerd Neidhart, Frankfurt

Modul IV: Fr., 03.-Sa., 04. September 2021 20 P

Diverse Schmerzsyndrome

Leitung: C. Drefahl, Frankfurt

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Modul II: Fr., 05.-Sa., 06. November 2021

> Schmerzhafte Erkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems,

psychische Komorbidität

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

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Ort: Kassel, Klinikum

Gebühr: jeweils 300 € (Akademiemitgl. 270 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

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

Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden Leitung: Gebühr: 340 € (Akademiemitglieder 306 €)

Eine ermäßigte Teilnahmegebühr ist gültig für Akademiemitglieder und für die Teilnehmer des Weiterbildungskollegs der Kompetenzzentren Allgemeinmedizin Hessen. Teilnehmer, für die beides zutrifft, erhalten einen doppelten Rabatt.

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 € (Akademiemitgl. 234 €)

Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,

E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Arbeitsmedizin

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

Mo., 03.-Di., 11. Mai 2021

Beginn der Telelernphase: 07.04.2021

Modul 5 Mo., 06.-Di., 14. September 2021

Beginn der Telelernphase: 10.08.2021

Modul 4 Mo., 08.-Di., 16. November 2021

Beginn der Telelernphase: 12.10.2021

Mo., 06.-Di., 14. Dezember 2021

Beginn der Telelernphase: 16.11.2021

Gebühren: je Modul: 750 €

(Akademiemitglieder 675 €)

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

Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,

E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de



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

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 1 Di., 09.-Sa., 13. März 2021 40 P Gebühr: 740 € (Akademiemitglieder 666 €)

C. Riffel, Darmstadt Leitung:

Fallseminar Modul 2 Mo., 07.-Fr., 11. Juni 2021 40 P Gebühr: 740 € (Akademiemitglieder 666 €)

Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel

M.-S. Jost, Eschwege

Fallseminar Modul 3 Mo., 15.-Fr., 19. November 2021 40 P

Gebühr: 840 € (Akademiemitglieder 756 €) Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Kurs-Weiterbildung Di., 07.-Sa., 11. Dezember 2021 40 P 740 € (Akademiemitglieder 666 €) Gebühr:

Leitung: Dr. med. K. Mattekat, Hanau

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Sportmedizin

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. Oktober 2021 **ZTK 3:** Mi., 27.-Do., 27. Oktober 2021 ZTK 14: Fr., 29.-Sa., 30. Oktober 2021

Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer Leitung: Gebühren: je ZTK 300 € (Akademiemitgl. 270 €)

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,

E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

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

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

Gebühren: je Kursblock 500 €

(Akademiemitglieder 450 €)

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,

E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

Anmeldung: Im Internet schnell und kostenfrei unter: https://portal.laekh.de oder www.akademie-laekh.de möglich.

Gerne können Sie sich auch schriftlich zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim,

Fon: 06032 782-200, Fax: 06032 782-220. Erst nach Rücksendung Ihrer unterschriebenen Anmelde-

unterlagen 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 teilneh-

men. 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





Fortbildung für MFA und Arzthelfer/-innen | Carl-Oelemann-Schule

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

Ernährungsmedizin (120 Stunden)

Als Mitglied des ernährungstherapeutischen Teams sollen die fortgebildeten Mitarbeiter/-innen bei der Organisation von Präventionsleistungen sowie bei Therapiemaßnahmen ernährungsbedingter Krankheiten qualifiziert unterstützen und delegierbare ärztliche Leistungen übernehmen.

Beginn (ERM): Interessentenliste

Gebühr (ERM): 980 € zuzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle Zusätzlich sind die Kurse Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) zu belegen. Diese können terminlich unabhängig gebucht werden. Kontakt: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Aktualisierungskurs: Kenntnisse im Strahlenschutz

Ziel ist die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gem. § 18a RöV. Zielgruppe sind MFA, Arzthelfer/-innen und Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, MTA, MTRA und MTLA.

Termin (STR A 1_2): Sa., 05.06.2021, 08:30-17:00 Uhr

Gebühr: 115 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Ilona Preuß, Fon: 06032 154-154, Fax: -180 Termin Sonderaktualisierungskurs (STR A 2_1):

Fr., 04.06.2021, 08:30–16:00 Uhr und Sa., 05.06.2021, 08:30–17:00 Uhr Gebühr: 250 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

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 ambulanten, nichtinvasiven und invasiven diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu unterstützen. Weitere Themen sind: Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen, Patientenschulungen, Telemedizin, Kommunikation und Motivation zu Verhaltensänderungen. Informationen zum Gesamtlehrgang finden sich auf unserer Website.

Termin (KAR): Interessentenliste

Gebühr (KAR): 1.215 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle Zusätzlich sind die Themen: Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden.

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 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (140 Stunden)

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

Termin (BET): Interessentenliste

Gebühr: 1.750 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Patientenbegleitung und Koordination (PBK) 40 Stunden

Inhalte:

- Patientenbetreuung und Koordination chronisch kranker Patienten (Interaktion mit chronisch kranken Patienten).
- Patientenbegleitung Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen.

Termin (PBK): Mo., 31.05.2021–Mi., 02.06.2021

Gebühr (PBK): 290 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Themen: Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Motivation und Wahrnehmung (PAT 2) zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt

zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden. Termine siehe Website oder auf Anfrage.

Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176

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

Carl-Oelemann-Schule | Fortbildung für MFA und Arzthelfer/-innen



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

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_1): Mi., 10.03.2021, 13.30–17:45 Uhr oder (MED 12_2): Fr., 02.07.2021, 13:30–17:45 Uhr

Gebühr: 80 €

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

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_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_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

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_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

Gebühr: 90 €

Kontakt:

Christina Glaubitz-Harbig, Fon: 06032 782-175, Fax: -180 Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung (FAW)

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die Module:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung & Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit/Gesundheitsschutz
- Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung | Lern- und Arbeitsmethodik Durch die Kombination von 300 Stunden Pflichtteil und 120 Stunden medizinischen Wahlteil hat der/die Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Praxismanagement als auch in Patientenkoordination und Medizin. Als medizinischer Wahlteil werden u. a. Fortbildungskurse gemäß der Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Eine Tätigkeitsbeschreibung finden Sie auch im Internet unter: www.fortbildung-mfa.de.

Termin: Interessentenliste **Gebühr Pflichttei**l: 1.630 € **Prüfungsgebühren:** 200 €

Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage. **Kontakt:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: Bitte schriftlich oder per Fax mit Anmeldeformular an die COS. 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 Buchungsanfrage:

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

Praktikanten in Arztpraxen

Praktikanten sind Teil des Arbeitsalltags im Gesundheitswesen, auch in Arztpraxen. Sie können einen hilfreichen Beitrag zu einer gut vorbereiteten Berufswahl in einem Gesundheitsberuf wie dem der/des Medizinischen Fachangestellten leisten. Praktika in Arztpraxen bedürfen jedoch klarer Reglungen in Bezug auf Arbeits- und Gesundheitsschutz, Schweigepflicht und Datenschutz sowie den Schutz der Intimsphäre der Patienten. Im Internet gibt es Infos dazu: www.laekh.de/fuermfa/berufsausbildung/betriebspraktika/. Dies betrifft vor allem Schülerbetriebspraktika der allgemeinbildenden Schulen sowie Praktika innerhalb der zweijährigen Berufsfachschule und der Fachoberschule Gesundheit in Arztpraxen. (LÄKH)

Große Verdienste für die Ärzteschaft

Erinnerung an Dr. med. Peter-Joseph Pfuhl

Über Jahrzehnte hat er durch sein uneigennütziges Engagement bei der Ärzteschaft und seinen Patientinnen Dank und Anerkennung erfahren. Der Gynäkologe Dr. med. Peter-Joseph Pfuhl ist am 7.12.2020 im Alter von 99 Jahren verstorben. Pfuhl war von 1988 bis zum Jahr 2000 Vorsitzender der Bezirksärztekammer Darmstadt und mein Vorgänger. Ehrenamtlich war er zudem von 1964 bis 1990 als Abgeordneter für die Kassenärztliche Vereinigung Hessen Dr. med. Peter-Joseph tätig, in verschiedenen Ausschüssen auf Bezirks- und Pfuhl an seinem Landesebene.

Sein Medizinstudium absolvierte er kriegsbedingt 16. September 2020. unter schwierigen Bedingungen, 1947 wurde ihm die

Approbation erteilt, im Dezember 1948 folgte die Promotion in Heidelberg, 1952 die Facharztanerkennung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Von 1947 bis 1955 war er als Arzt am Marienhospital Darmstadt tätig. Dort erfolgte seine allgemein-chirurgische Weiterbildung bis zur Facharztreife sowie Assistenz in der Inneren Medizin, HNO- und Augenheilkunde. Sein Schwerpunkt lag jedoch auf dem Gebiet Gynäkologie und Geburtshilfe. Seinerzeit versorgte Pfuhl mit einem Kollegen 132 Betten, mit u. a. weit über 1.000 Geburten pro Jahr.

Im Oktober 1955 folgte die Niederlassung in Darmstadt mit Belegbetten im Marienhospital, das damit zur zweiten Heimat



99. Geburtstag am

+7.12.2020 * 16.09.1921

wurde. Er war dort von 1972 bis 1990 ärztlicher Leiter und brachte die Sanierung und Modernisierung des Krankenhauses erfolgreich voran. Dies dank seiner guten Kommunikation mit ranghohen Mandatsträgern in Kirche, Politik und dem Orden als Krankenhausträger.

Außer in standespolitischen Gremien engagierte er sich auch beim Deutschen Roten Kreuz (hier zeitweise als 1. Vorsitzender im Kreisverband Darmstadt-Stadt), kümmerte sich beim Caritasverband um den Ausbau gemeindepsychiatrischer Zentren (dort Vorstandsmitglied) und stand dem Verein zur Förderung des Orgelbaus St. Ludwig vor.

Entsprechend zahlreich waren Ehrungen und Auszeichnungen: Ehrenzeichen in Gold des Deutschen Caritasverbandes, Dr.-Richard-Hammer-Medaille und die Ehrenplakette in Silber der Landesärztekammer Hessen, die Bronzene Verdienstplakette der Stadt Darmstadt, der Hessische Verdienstorden am Bande und die Martinus-Medaille (höchste Auszeichnung des Bistums Mainz). Auf Bundesebene wurde ihm die höchste Ehrung mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande im Jahr 2002 zuteil.

> Erich Lickroth, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Darmstadt

Trauer um Andreas Georg Illes

* 18.02.1953 +02.02.2021

Menschlichkeit zeichneten ihn aus: Der in Bukarest, Rumänien, geborene Allgemeinmediziner Andreas Georg Illes, war mit Leib und Seele Arzt. Am 2. Februar 2021 ist er nach schwerer Krankheit gestorben. - Neben seinem Beruf engagierte sich Illes, der Arzt und Menschenmit seiner Frau eine Gemein- freund: schaftspraxis in Frankfurt am Andreas Georg Illes Main führte, auch ehrenamt-

lich in der medizinischen Versorgung. Seit 1995 betreute er Sinti und Roma im Rahmen einer offenen "Sprechstunde für rumänisch Sprechende" und wurde dafür 2007 mit dem Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland geehrt.



Freund in Erinnerung behalten. Dr. med. Edgar Pinkowski Präsident Katja Möhrle im Namen der Landesärztekammer

Andreas Georg Illes als verlässlichen

verband Illes, Cavaliere des

machte er sich für den Aus-

tausch deutscher und italieni-

desärztekammer Hessen und

kammer von Salerno geht

nicht zuletzt auch auf sein En-

gagement zurück. Wir werden





Der Verein zur Förderung der Neuroloaischen Wissenschaften Frankfurt am Main e. V. prämiert seit 1999 in Klinik und Grundlagenforschung tätige Wissenschaftler/-innen mit Bezug zu den Neuro-Fächern. Zwei der drei Wissenschaftspreise 2020, dotiert mit je 1.500 Euro, gingen nach Hessen an das Universitätsklinikum Frankfurt am Main:

an Dr. med. Alexander Seiler, Klinik für Neurologie (Nachwuchspreis, Foto oben), für seine Arbeit: "Signalvarianz-basierter Kollateralenindex in der Perfusionsbildgebung: eine neue Methode zur Evaluation der leptomeningealen Kollateralisierung beim ischämischen Schlaganfall", und an

PD Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Ronellenfitsch (Foto S. 196 unten), Klinik für Neurologie und Senckenbergisches Institut für Neuronkologie, für "Identifikation therapeutisch nutzbarer ERBB2- Mutationen in hybriden Neurofibrom/Schwannom Nervenscheidentumoren".

Prof. Dr. med. Thomas Vogl, Direktor des



Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main, wurde beim German Medical Award in der Ka-

tegorie "Medical Innovation Praxen und Kliniken: Onkologie" ausgezeichnet. Vogl und sein Team erhalten den Preis für die Weiterentwicklung eines minimalinvasiven Verfahrens in der Krebstherapie, bei dem das Chemotherapeutikum mittels eines Katheters gezielt in das Tumorgewebe eingebracht wird. Dies erhöht die g therapeutische Effizienz.



Prof. Dr. med. Gerald Schiller. Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Hersfeld-Rotenburg, akademisches Lehrkranken-

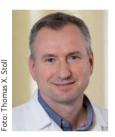
haus der Justus-Liebig-Universität Gießen, ging zum Jahresende in den Ruhestand.



Der Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie mit Zusatz Handchirurgie, Prof.

Dr. med. Christoph neuer Chefarzt der

Abteilung Plastische, Hand- und Rekonstruktive Chirurgie, jetzt neu mit größerem Fokus auf die Mikrochirurgie, an der BG Unfallklinik Frankfurt am Main. Zuvor war er als Leitender Oberarzt an der BG Klinik Ludwigshafen und an der Universitätsklinik Heidelberg tätig. Er übernimmt die Leitung der Abteilung von Dr. med. Wibke Moll, die die Abteilung einige Monate als kommissarische Chefärztin geleitet hat und sich nun in Elternzeit begibt.



Dr. med. Henry Schäfer (Foto) ist zum Jahreswechsel in die Krankenhausleitung des Bürgerhospitals in Frankfurt am Main gewählt worden. Neben sei-

ner Arbeit als Chefarzt der Klinik für Pneumologie, Kardiologie und Beatmungsmedizin (seit 2010) wird er jetzt als Ärztlicher Direktor die Belange der Beschäftigten im medizinischen Dienst vertreten. Er folgt auf Prof. Dr. med. Oliver Schwenn, der zum Jahresende in den Ruhestand gegangen ist.



Samer Naameh ist neuer Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Urogynäkologie der Agaplesion Diakonie Kliniken Kassel. Seine Weiterbildung als Gynä-

kologe schloss er in seinem Heimatland Syrien im Jahr 2001 erfolgreich ab. 2006 folgte die Facharztprüfung bei der Ärztekammer Nordrhein. Zuletzt war er als leitender Oberarzt im Helios Klinikum Gifhorn tätig. Seine Schwerpunkte liegen in der minimal invasiven Chirurgie, der Urogynäkologie und der gynäkologischen Onkologie.



Dr. med. Sandra Gottschling, Fachärztin für Innere Medizin und Palliativmedizin, hat am 1. Januar 2021 die operative Leitung des Tumorzen-

trums am Klinikum Kassel übernommen. Gottschling ist seit 2012 in der Klinik für Onkologie und Hämatologie tätig. In ihrer neuen Funktion wird sie sich der Weiterentwicklung der Tumormedizin am Klinikum Kassel sowie den beteiligten regionalen Kooperationspartnern widmen, mit den Schwerpunkten personalisierte Medizin und klinische Studien.

Neuwahl bei der Ärztekammer Niedersachsen: Wenker bleibt an der Spitze

Mehr als 43.000 Mitglieder haben das Ärzteparlament der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) neu gewählt. Die erste Kammerversammlung am 20. Januar hat zum vierten Mal in Folge die bisherige Präsidentin Dr. med. Martina Wenker mit 45 von 58 Stimmen im Amt bestätigt. Die Fachärztin für Innere Medizin und Lungen- und Bronchialheilkunde steht seit 2006 an der Spitze der Ärztekammer. Ebenfalls wiedergewählt als Vizepräsidentin wurde die Fachärztin für Allgemeinmedizin Marion Charlotte Renneberg. Auch die





Präsidentin Dr. med. Martina Wenker (I.) und Vizepräsidentin Marion Charlotte Renneberg.

fünf weiteren Mitglieder des Landesvorstands wurden gewählt. Im Amt bestätigt wurden Dr. med. Thomas Buck, Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin und Vorsitzender der ÄKN-Bezirksstelle Hannover; Dr. med. Franz Bernhard M. Ensink, MBA. Facharzt für Anästhesiologie; Dr. med. Wolfgang Lensing, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten; und der Facharzt für Allgemeinmedizin Jens Wagenknecht, Vorsitzender der ÄKN-Bezirksstelle Wilhelmshaven. Neu in den Vorstand gewählt wurde Hans Martin Wollenberg, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. (red)

Reaktionen auf den Leserbrief "Wenn man sich schämt, Arzt zu sein…" von Dr. med. Andreas Hofmann (HÄBL 02/2021, S. 99)

TO LET BY



Ihnen ist klar, dass der Leserbrief zum Beispiel im sechsten Absatz vor Unterstellungen strotzt. Das geht gar nicht. Ärzte sind nicht nur Ärzte, sondern auch Bürger. Ich kenne gar nicht wenige Kolleginnen und Kollegen, die eine Gegenmeinung vertreten. Wie ich natürlich auch andere mit Herrn Kollegen Hofmanns Meinung kenne. Beide Seiten haben Argumente, die alle zu prüfen unsere wissenschaftliche Aufgabe ist.

> Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. habil. Adorián Kovács **Bad Nauheim**

Das ist ja unter Kollegen beliebt, den anderen ärztliches Handeln abzusprechen, wenn es einem selber so ganz gegen den Strich geht. Ist bei allen Themen so, ob Sterbehilfe, Palliativmedizin, Schwangerschaftsabbrüche etc. Was auch immer das "richtige" ärztliche Handeln ist und die "richtige" Ethik. Denn je älter ich werde, desto unsicherer werde ich mir in meiner Meinung, gibt es doch so viele unterschiedliche Menschen, Meinungen, Ansichten – es ist halt echt komplex, das Leben. Ich weiß aber, dass - sofern ich nicht mehr mit Strafverfolgung rechnen muss - ich auch wieder auf die Straße gehen werde, denn in meiner Ethik ist das aktuelle Vorgehen in der sogenannten Coronapandemie unethisch den jüngeren Generationen gegenüber. Es wird in zehn Jahren den Jüngeren kaum zu erklären sein, dass sie einen massiven Schuldenberg haben, ein verhunztes Klima und keine

Bildungschancen, weil alte Leute im Heim geschützt werden sollten, die man meiner Meinung nach besser anders schützen sollte als mit einem Lockdown oder Masken tragen an der frischen Luft. Daher bin ich auch für eine andere Impfstrategie. Und meine Meinung lass ich mir auch nicht verbieten, weil sogenannte Reichsbürger und Afd'ler auf diesen Zug aufspringen. Deswegen bleibe ich dennoch bei meiner Meinung.

Aber die wahre Ethik und das echte "richtige" Handeln, das weiß ich leider auch nicht. Und deswegen brauche ich mich auch nicht für andere zu schämen. ein Glück.

Und deswegen bleiben KollegInnen KollegInnen, ob ich sie mag oder sie meine Meinung haben oder auch nicht. Jede leck es anders.

> Dr. med. Sabine Flommersfeld. Marburg

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

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

Die in dem Leserbrief gewählte Art der Auseinandersetzung mit denen, die drängende Fragen erörtert und geklärt sehen wollen, ist alles andere als hilfreich. Hier wird in diffamierender Art vielen derjenigen, die öffentlich kritische Fragen zu SARS-CoV-2 bzw. den völlig überzogenen Maßnahmen, der Berichterstattung und der Impfung stellen, bescheinigt, es könne sich dahinter nur Eitelkeit, Ego und allerlei Verurteilenswertes verbergen. Es gibt aber zahlreiche gut belegbare, gravierende Kritikpunkte: Die Art des Zustandekommens der Fallzahlen des RKI: PCR-Massentestungen an klinisch Gesunden, Fragen hinsichtlich Sensitivität, Spezifität, Prävalenz, positivem Vorhersagewert oder zu technischen Daten der Tests wie bspw. cycle thresholds. Aussagen zur Letalität von Covid-19 seitens der WHO, die Ergebnisse von Prof. John Ioannidis aus der ersten Jahreshälfte 2020 längst bestätigt – das Infektionsgeschehen durch SARS-CoV-2 ist offensichtlich doch mit dem der saisonalen Grippe vergleichbar. Die Bewertung sog. Lockdownmaßnahmen als nutzlos (WHO/loannidis); viele Studien über Sinn und Unsinn von Masken (z. B. von Prof. Dr. med. Ines Kappstein) oder auch WHO-Verlautbarungen hierzu. Ca. 25.000 Grippetote trotz Impfung 2017/18 in etwa fünf Monaten versus ca. 400 in der Saison 2019/20; seit also etwa KW 14/20 offenbar bedeutungslos? [...] Ich bestreite nicht, dass gravierende Verläufe bei Betagten und/oder schwer Vorerkrankten bis hin zum Tod in gewissem Umfang vorkommen – dass dies in Einzelfällen sogar Jüngere und sonst Gesunde betreffen kann.

So tragisch das ist: Wir haben niemals versucht, deswegen die Welt aus den Angeln zu heben. Die geschätzt 25.000 Influenza-Toten von 2017/18 waren in der medialen Präsentation und der öffentlichen Wahrnehmung nicht einmal eine Fußnote. Die Forcierung einer Impfung, die ein gentechnisches Großexperiment ist, stellt vor dem Hintergrund dieser Gemengelage eine Verantwortungslosigkeit ersten Ranges dar. Es gibt zahlreiche Unwägbarkeiten. Andreas Geiß, Anästhesist, Kronberg

Arzt und Systemversteher

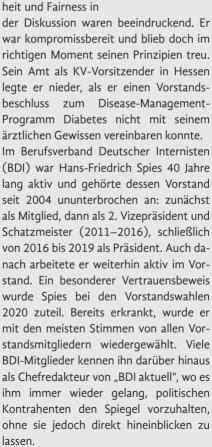
Die hessische Ärzteschaft trauert um Dr. med. Hans-Friedrich Spies * 11.05.1944 + 15.01.2021

Ein leidenschaftlicher Arzt und Freund hat uns verlassen. In seinem Leben hat sich Dr. med. Hans Spies unermüdlich für Verbesserungen im Gesundheitswesen eingesetzt. An erster Stelle für Patientinnen und Patienten, aber auch für "seine" Praxis. für sein Krankenhaus und berufspolitisch in vielen Funktionen für die Ärzteschaft im Land Hessen und in Deutschland.

Hans-Friedrich Spies wurde 1944 in Gießen geboren. Dort studierte er auch Medizin und nahm an der Universitätsklinik seine Weiterbildung zum Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie auf. Nach Stationen an der Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim und der Universitätsklinik in Frankfurt am Main folgte 1979 die Niederlassung. Als niedergelassener Kardiologe und Belegarzt war Spies lange Zeit am Bethanien Krankenhaus in Frankfurt tätig. Zwanzig Jahre fungierte er als dessen Ärztlicher Direktor und prägte mit der engen Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung die Gesundheitsversorgung in Frankfurt am Main nachhaltig. In der Klinik, in der Praxis und im Herzkatheterlabor war Hans Spies immer für "seine" Patienten ansprechbar, die er weit über das Rentenalter hinaus bis 2020 betreute. Für ihn waren die Patientenkontakte ein Lebenselixier. Daneben fesselte er Kollegen und Mitarbeiter gekonnt mit berufspolitischen Analysen oder einem Segelabenteuer auf der Ostsee.

Neben seiner ärztlichen Tätigkeit galt sein großes Interesse der Berufs- und Standespolitik. Die ersten Schritte machte er während seiner Weiterbildung als Delegierter der Landesärztekammer Hessen. Nach der Niederlassung engagierte er sich maßgeblich in der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, deren 1. Vorsitzender er von 2001 bis 2003 war. In dieser Zeit gehörte er auch dem Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an und arbeitete in zahlreichen Funktionen im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der Vorgängereinrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), mit.

Hans-Friedrich Spies scheute nie die zielgerichtete Auseinandersetzung, um die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit zu verbessern. Sein kritischer, unabhängiger und scharfer Geist, seine Kenntnisse und Erfahrungen, seine Direkt-



Spies wurde nicht müde, die wachsende Bedeutung der Berufsverbände in Zeiten, in denen politische Vorgaben den Handlungsspielraum der ärztlichen Selbstverwaltung einschränken, zu betonen. Den BDI hat er dabei als sektorübergreifende Klammer der Inneren Medizin und damit als Heimat für Internisten aller Versor-



Dr. med. Hans-Friedrich Spies

gungsbereiche gesehen. Ganz wesentlich engagierte Spies sich darüber hinaus für die gesamte Fachärzteschaft im Vorstand des Spitzenverbands Fachärzte Deutschlands (SpiFa). Zudem forcierte er die Überwindung der Sektorengrenzen durch die Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte. Als unermüdlicher Kämpfer für die Innere Medizin hat Hans-Friedrich Spies sich diesen Zielen bis zuletzt verschrieben, auch als er bereits deutlich von seiner Krankheit gezeichnet war. Patienten in und um Frankfurt, die hessische Ärzteschaft und der BDI, besonders der Landesverband Hessen, haben ihm aufgrund seines außerordentlichen Engagements viel zu verdanken.

Am 15. Januar 2021 ist Dr. Hans-Friedrich Spies im Alter von 76 Jahren in Frankfurt verstorben. Wir trauern gemeinsam mit seiner Ehefrau Dr. jur. Karin Hahne und seiner Familie. Er wird uns allen spürbar fehlen – als Mensch wie als Ratgeber.

Dr. med. Wolf Andreas Fach Vorsitzender BDI. Landesverband Hessen

> **Christine Neumann-Grutzeck** Präsidentin BDI, Bundesverband

> > Tilo Radau Geschäftsführer BDI

Dr. med. Thomas Klippstein BDI Hessen



Vertrauensstelle unter neuer ärztlicher Leitung

Start des Führungsteams Dr. med. Gunther Rexroth und Dipl. Inf. Martin Rapp



Seit 1. Januar 2021 ist Dr. med. Gunther Rexroth Ärztlicher Leiter der Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters. Der Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie war zuvor als Chefarzt im St. Vincenz-Krankenhaus Diez tätig. Die Leitung der Vertrauensstelle teilt er sich mit Dipl. Inf. Martin Rapp, der seit 2018 der Vertrauensstelle als Organisatorischer Leiter vorsteht.

Das Hessische Krebsregister besteht aus drei Teilen: der Vertrauensstelle sowie der Landesauswertungs- und der Abrechnungsstelle. Die Vertrauensstelle ist als Abteilung im ärztlichen Geschäftsführungsbereich der Landesärztekammer Hessen angesiedelt. Die Landesauswertungs- und Abrechnungsstelle gehören dem Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) an, beide werden von Dr. med. Soo-Zin Kim-Wanner geführt.

Dr. med. Gunther Rexroth übernimmt die Aufgaben von Dr. med. Alexander Marković, der als Ärztlicher Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen fast drei Jahre auch die Vertrauensstelle kommissarisch leitete. "Ich freue mich, dass wir nach einer intensiven, dreijährigen Suche mit Dr. Rexroth einen sehr erfahrenen Arzt als weiteren Abteilungsleiter gewinnen konnten", resümiert Marković. "Martin Rapp und Dr. Rexroth kommen aus verschiedenen Disziplinen und bringen unterschiedliche fachliche Expertise mit. Ich bin mir sicher, dass sie sich dadurch perfekt ergänzen und gemeinsam die hessische Krebsregistrierung vorantreiben werden."

Erfolgreicher Aufbau des Hessischen Krebsregisters

Vor wenigen Tagen haben die Verbände der Krankenkassen in Hessen dem Hessischen Krebsregister bestätigt, dass alle 43 Kriterien zur regelhaften finanziellen Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen erfüllt wurden. "An diesem Erfolg hat Dr. Marković großen Anteil. Mit seiner

Unterstützung in den vergangenen Jahren konnten wir gemeinsam die Weichen für die zukünftige hessische Krebsregistrierung stellen. Wir sind dankbar, dass er uns auch weiterhin beratend zur Seite stehen wird", bedankte sich Rapp im Namen des Krebsregisterteams, das Dr. med. Gunther Rexroth herzlich willkommen heißt: "Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit beim weiteren Aufbau der klinisch-epidemiologischen Krebsregistrierung in Hessen."

> Vera Reinhard Wissenschaftliche Referentin

Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters

Kontakt: Lurgiallee 10 60439 Frankfurt/Main Fon: 069 5660876-0 E-Mail: info@hessisches-krebsregister.de

www.hessisches-krebsregister.de





Dr. med. Gunther Rexroth und Dipl. Inf. Martin Rapp (von links).

"Melden bedeutet Aufwand, aber auch Fortschritt"

Das neue Führungsduo Rexroth/Rapp im Interview

Im Oktober 2014 hat das Hessische Krebsregister seine Arbeit als klinisch-epidemiologisches Krebsregister aufgenommen. Im Interview berichten die Abteilungsleiter der Vertrauensstelle, wo die Krebsregistrierung heute steht – und werfen dabei einen Blick in die Zukunft.

Welche Daten werden vom Krebsregister erfasst?

Dr. med. Gunther Rexroth: Es werden alle Behandlungsinformationen der an Krebs erkrankten Patientinnen und Patienten erfasst. Das reicht von der Übermittlung der klinischen und auch der pathohistologischen Diagnose über Verlaufsdaten (Tumorrezidiv, Metastasierung, Zweittumore) und Therapiedaten (erfolgte Operationen, medikamentöse Tumortherapien und Strahlentherapien) bis zur Mitteilung des Sterbedatums.



Von wem erhalten Sie diese Behandlungsinformationen?

Martin Rapp: Die Informationen werden uns von den hessischen Ärztinnen und Ärzten und ihren Teams gemeldet. Im ambulanten Bereich sind das Praxisinhaber. im stationären Bereich Chefärzte*.

Rexroth: Ärzte sind nach § 5 des Hessischen Krebsregistergesetzes zur Meldung verpflichtet. Doch noch nicht alle Ärzte kommen ihrer Meldepflicht nach. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich gibt es noch Übermittlungslücken.

Sind denn auch Hausärzte meldepflichtiq?

Rexroth: Alle Ärzte, die Patienten onkologisch behandeln, sind meldepflichtig. Auch Hausärzte, die einen Krebspatienten beispielsweise nur im Rahmen der Nachsorge sehen, sind aufgefordert, an das Krebsregister zu melden. Ihre Behandlungsinformationen sind besonders für Auswertungen zum Langzeitüberleben von Bedeutung.

Warum ist es so wichtig, dass alle Ärzte melden?

Rapp: Das Krebsregister hat die Aufgabe, alle Behandlungsdaten zusammenzuführen und das gesamte Krebsgeschehen in Hessen abzubilden. Die Informationen sind für die Wissenschaft umso wertvoller. ie vollständiger der Datensatz ist. Nur mit einer soliden Datenbasis können Therapieerfolge sichtbar gemacht oder Lücken in der Krebsversorgung aufgedeckt werden. Wir haben hierzu in den vergangenen Jahren deutliche Fortschritte gemacht. Im Diagnosejahr 2017 ist das Ziel, 95 % der zu erwartenden Tumoren zu registrieren, erreicht worden. Das ist für uns ein großartiges Etappenziel, wenngleich neue Herausforderungen, wie die schnellere Datenverarbeitung, vor uns stehen.

Wo genau sehen Sie die aktuellen Herausforderungen?

Rexroth: Zu oft erfahren wir von Krebsfällen erst aus dem Leichenschauschein. Längst nicht zu jedem Tumor liegt das Krankheitsgeschehen vollständig vor. Wir sehen die wesentliche Herausforderung darin, die noch deutlichen Lücken in der Verlaufsdokumentation der Tumoren zu füllen. Sie bilden die Grundlage für klinisch

relevante Auswertungen, zum Beispiel durch den Vergleich konkurrierender Therapieverfahren im Rahmen wissenschaftlicher Studien. Es gilt, diese Lücken zu schließen, indem wir nicht meldende Ärztinnen und Ärzte an das Meldeverfahren des Hessischen Krebsregisters anbinden.

Wie sieht die Vergütung der Meldungen

Rexroth: Im Gegensatz zu manch anderer Pflichtaufgabe im ärztlichen Alltag werden die Meldungen an das Krebsregister vergütet, von 4 Euro pro Fall für die Meldung einer pathologischen Diagnose bis 18 Euro pro Fall für eine klinische Diagnose. Die Übermittlung von Therapie- bzw. Verlaufsdaten wird mit 5 Euro und 8 Euro pro Fall vergütet. Zudem bekommen die meldenden Ärzte Auswertungen und Datenrückmeldungen vom Krebsregister zurück, die sie bei ihrer Krebsbehandlung unterstützen sollen und durchaus auch im Rahmen des "Benchmarkings" interessant sind. Nicht zuletzt ist die aktive Teilnahme an der Krebsregistrierung Voraussetzung für die Zertifizierung von Organkrebszentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft.

Seit gut sechs Jahren gibt es die klinischepidemiologische Krebsregistrierung in Hessen. Was haben Sie bisher erreicht?

Rapp: Am Anfang stand die Schaffung von Strukturen und Prozessen sowie der damit verbundene Personalausbau im Vordergrund. Mittlerweile haben wir zwei elektronische Übermittlungswege für Meldungen etabliert: das Meldeportal zur Online-Erfassung von Behandlungsdaten und den Meldeportal-UploadClient zum Hochladen von Meldungspaketen.

Wir veranstalten regelmäßig Webseminare zur Meldungsdokumentation und zum Meldeportal.

Rexroth: Hohe Priorität kommt einer nutzerfreundlichen Kommunikation zu: Die meldenden Ärztinnen und Ärzte sollen in schnellstmöglicher Zeit ein Maximum an validen Daten übermitteln können. Um den Meldevorgang zu optimieren, beschäftigt die Vertrauensstelle fünf Informatiker. Die Meldung auf Papier wird sukzessive auf das elektronische Meldeverfahren umgestellt. Zudem soll gewährleistet werden, dass die Meldenden zeitnah

klinisch relevante Auswertungen zurückbekommen.

Rapp: Auch in Sachen Öffentlichkeitsarbeit hat sich viel getan. Beispielsweise präsentieren wir uns seit dem Jahr 2019 mit einer eigenen Website und informieren Interessierte über unseren Newsletter zu wichtigen Themen rund um den Meldeprozess. Im Jahr 2021 werden wir unser Informationsangebot weiter ausbauen und gezielt onkologisch tätige Ärzte auf ihre Meldepflicht ansprechen.

Wie wollen Sie das Ziel, die flächendeckende Krebsregistrierung in Hessen, erreichen?

Rapp: Dafür setzen wir derzeit einige Maßnahmen um – beispielsweise das seit dem Jahr 2020 implementierte zweijährige Vorhaben "Regionale Koordinierende" (siehe HÄBL 10/2020, S. 566). Ein regionaler Koordinator*, angestellt im koordinierenden Krankenhaus eines Versorgungsgebiets, unterstützt uns bei der Etablierung des Meldeverfahrens von ambulant bzw. stationär tätigen Ärzten. Außerdem haben wir Kooperationen mit anderen hessischen Institutionen geschlossen, zum Beispiel mit der Landesärztekammer Hessen: Alle Ärzte, die sich bei der Kammer anmelden, werden eingehend über das Krebsregister informiert. Zudem arbeiten wir eng mit den hessischen Organkrebszentren zusammen, die einen erheblichen Teil zur Krebsbehandlung in Hessen beitragen und deren Meldungen für die Krebsregistrierung von hohem Wert sind.

Wie wird man zum Meldenden?

Rexroth: Den Anmeldebogen finden Ärztinnen und Ärzte auf unserer Website unter www.hessisches-krebsregister.de → Meldende → Anmeldung und Datenänderung. Wir freuen uns über jeden weiteren aktiven Arzt und möchten uns an der Stelle bei den vielen aktiven Meldenden für ihre tatkräftige Unterstützung bedanken.

Interview: Vera Reinhard

* Genderneutrale Sprache: Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Text meist die männliche Form verwendet. Die Formulierungen beziehen sich jedoch auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird.

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Bad Nauheimer Gespräche

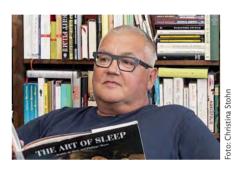


Einladung 148. Bad Nauheimer Gespräch

Schlaf, Schlaflosigkeit und psychische Erkrankungen

Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Dieter Riemann, Freiburg

Live: Online-Veranstaltung am 11. März 2021, 19 Uhr Moderation: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf



Guter Schlaf ist eine wichtige Voraussetzung für ein gesundes Leben. In unserer "schlaflosen Gesellschaft" wird die Nacht immer mehr zum Tag gemacht. Schlafmangel und Schlaflosigkeit aber führen zu Störungen der Gesundheit – und insbesondere auch zu psychischen Erkrankungen. Am Vorabend des "Welt-Schlaf-Tags" spricht Prof. Riemann über die Bedeutung des Schlafs sowie die Auswirkungen von Schlaflosigkeit auf psychische Erkrankungen und zeigt Wege aus der Schlaflosigkeit und zur Gesunderhaltung auf.

Prof. Dr. rer. Soc. Dipl. Psych. Dieter Riemann ist Abteilungsleiter für klinische Psychologie und Psychophysiologie am Universitätsklinikum Freiburg. In seinem Schwerpunktgebiet Schlafforschung hat er zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten verfasst. Er ist Autor des Rat-gebers: "Schlafstörungen – Informationen für Betroffene und Angehörige" und Herausgeber des Journal of Sleep Research.

Veranstaltung in Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung Anmeldung und Zugangsdaten: Bärbel Buß | 06032 782-202 | baerbel.buss@laekh.de

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Hanauer Landstr. 152 Telefon: (069) 76 63 50 60314 Frankfurt a. M. (Ostend) Telefax: (069) 76 63 50

info@bad-nauheimer-gespraeche.de www.bad-nauheimer-gespraeche.de

Einführung in die Schlafmedizin – Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Termine: Teil 1: Fr., 23. April–Sa., 24. April 2021

Teil 2: Fr., 07. Mai-Sa., 08. Mai 2021

Teil 3: Praktikum im Schlaflabor auf Anfrage

Information und Anmeldung: Melanie Turano, Fon: 06032 782-213

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Fortsetzung nächste Seite

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Einladung zur 10. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 16. Wahlperiode 2018-2023

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, zur 10. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Wahlperiode 2018-2023, lade ich Sie ein für

Samstag, 27. März 2021, um 9 Uhr s.t., in die Stadthalle Friedberg, Am Seebach 2.

TAGESORDNUNG

- 1. Begrüßung
- 2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
- 3. Genehmigung des Beschlussprotokolls der 9. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 28. November 2020
- 4. Bericht des Präsidenten und Aussprache
- 5. Versorgungswerk
 - a) Bericht des Vorsitzenden/der stellv. Vorsitzenden des Vorstandes
 - b) Bericht zur Arbeitsgruppe EHV Versorgungswerk
- 6. Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung Bericht des Vorsitzenden
- 7. Anträge zum Bericht des Präsidenten
- 8. Verschiedenes

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Aufgrund der pandemischen Lage behält sich das Präsidium auch kurzfristig vor, die Delegiertenversammlung rein digital (§ 18a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Hessisches Heilberufsgesetz) durchzuführen. Aktuelle Informationen hierzu finden Sie unter: https://www.laekh.de/ueber-uns/delegiertenversammlung/.

Frankfurt am Main, 3. Februar 2021

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Edgar Pinkowski

- Präsident -

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Bezirksärztekammer Darmstadt

Ehrungen MFA/

Mandatsniederlegung und Nachfolge von Sitzen in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen für die Wahlperiode 2018-2023

Mandatsverzicht	mit Datum vom:	Nachrücker
Dr. med. Alfred Möhrle, Liste 2 Fachärztinnen und Fach- ärzte Hessen	31.12.2020	Dirk Paulukat, Liste 2 Fachärztinnen und Fachärzte Hessen

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

Bezirksärztekammer Marburg

Medizin braucht Zukunft

Brennpunkt Krankenhaus: Ärzte Club Wiesbaden diskutiert zeitgemäße Entwürfe



Montage: Deutscher Ärzteverlag

Pandemiebedingt saßen die Gäste im Studio wie bei einer Talkshow. Das Foto aus der Regie zeigt (von oben, von links nach rechts) Dr. med. Susanne Springborn, Dr. med. Susanne Johna, Prof. Dr. h. c. Peter Coy, Dr. med. Maike Manz, Prof. Dr. med. Jan Gosepath, Dr. jur. Christian Höftberger.

"Medizin braucht Zukunft": Pandemiebedingt lud der Ärzte Club Wiesbaden für seine jüngste Veranstaltung erstmals nicht ins Museum, sondern online ins Studio ein. Als unabhängiger Zusammenschluss von Ärzten und Ärztinnen aus unterschiedlichen Sektoren stärkt der Klub den Berufsstand rund um die Landeshauptstadt. Auf dem Podium diskutierten vier Gäste kontrovers aus lokaler und bundesweiter Sicht.

Im Brennpunkt standen die Krankenhäuser. Nachdem der Wiesbadener Oberbürgermeister Gert-Uwe Mende die gute sektorenübergreifende Kommunikation der lokalen Ärzteschaft mit der Kommune begrüßt hatte (sein Grußwort schickte er vorab als Video), eröffnete das Moderationsduo des gastgebenden Vereins, Dr. med. Susanne Springborn und Prof. Dr. med. Jan Gosepath, die Arena.

In seiner Einleitung verwies Gosepath auf die innovative Kraft des Medizinsystems. Dr. med. Maike Manz, Leiterin der Geburtshilfe im Klinikum Darmstadt, Hebamme und Masterin of Health Business Administration, bekannt durch "Rettet die Medizin!", machte eindringlich klar: Die Medizin sei eine Lebensnotwendigkeit, in der Heilung, Forschung und handwerkliches Geschick die Leitlinien bilden. Sie rief

zu gegenseitiger Achtung auf im medizinischen und kaufmännischen Bereich.

"Gesundheitsökonomische Realitäten und Visionen" thematisierte Prof. Dr. h. c. Peter Coy von der Hochschule Rhein Main, Gesundheitsökonomie. Plastisch beschrieb er den finanziellen Schaden durch Corona. Fachkräftemangel, Datenschutz vor Menschenleben, Überregulation und demografische Entwicklungen seinen symptomatisch. "Wir müssen handeln!" meinte der Ökonom und thematisierte Zentralisierung im stationären Bereich sowie auch Digitalisierung.

Dr. med. Susanne Johna, beim Marburger Bund Landesverbandsvorsitzende sowie 1. Vorsitzende des Bundesverbandes, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen und Oberärztin im St. Josefs-Hospital Rheingau, wies auf die Verschiebung von kommunalen zu privaten Trägern im stationären Sektor hin und prangerte an: unzureichende Investitionskostenfinanzierung, mangelnde Digitalisierung und dass DRG-Fallpauschalen mehr Nebenwirkung als Wirkung zeigten. Probleme des Fachkräftemangels, die Versorgung auf dem Land sowie eine fehlende echte Krankenhausplanung erforderten dringenden Handlungsbedarf. Sie warnte,

Aus den Bezirksärztekammern

Geburtstage

Bezirksärztekammer Gießen die Ambulantisierung der Krankenhäuser.

dass von der kommenden Ärztegeneration nur knapp 30 % im stationären Sektor arbeiten wollten.

Dr. jur. Christian Höftberger, Präsident der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V. und Vorstandsvorsitzender der Rhön Klinikum AG, formulierte noch drastischer: Durch die Entwicklung auch im stationären Bereich stehe die Gesundheitsversorgung vor dem Kollaps. Die Pandemie katalysiere diesen Prozess. Sein Appell: Der Patient müsse Mittelpunkt aller Überlegungen sein – und nicht der Erhalt bisheriger Strukturen. Er forderte Kooperationen mit allen Leistungsanbietenden digital vor ambulant vor stationär - und

Diese seien durch die 24-Stunden-Versorgung dafür prädestiniert. Die Moderatorin verwies auf die sich im niedergelassenen Bereich entwickelnde Quartiersversorgung in Wiesbaden (Bericht folgt). Der schon jetzt gelebte wertschätzende Diskurs der Akteure im Gesundheitswesen setze Maßstäbe mit gesundheitspolitischer und gesellschaftlicher Verantwortung. Grund genug, optimistisch in die Zukunft zu blicken. Mit dem Clubmotto "Wir machen die Medizin" wird die Veranstaltungsreihe fortgesetzt.

Dr. med. Susanne Springborn E-Mail: info@aerzteclub-wiesbaden.de

Goldenes Doktorjubiläum

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060044915 ausgestellt am 28.09.2016 für Dr. med. Xaver Brachtendorf, Frankfurt Arztausweis-Nr. 060060727 ausgestellt

am 23.08.2019 für Dr. med. Daniel Ekhart, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060054659 ausgestellt am 29.06.2018 für Kerstin Keil, Pohlheim

Arztausweis-Nr. 060047392 ausgestellt am 27.02.2017 für Dr. med.

David Krieger, Wettenberg Arztausweis-Nr. 060043829 ausgestellt

am 04.07.2016 für

Nikolaos Lymberopoulos, Kassel

Arztausweis-Nr. 060051338 ausgestellt am 11.12.2017 für Dr. med. Jaroslaw Nakonieczny, Rüsselsheim

Arztausweis-Nr. 060063743 ausgestellt am 12.02.2020 für Dr. med. Lucas Nürnberger, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060070158 ausgestellt am 02.12.2020 für Vadym Popilevych, Schlüchtern

Arztausweis-Nr. 060047065 ausgestellt am 07.02.2017 für Dr. med. Florian Raimann, Kelkheim

Arztausweis-Nr. 060059948 ausgestellt am 02.07.2019 für

Ewa Szpilska-Roznowska, Kassel

Impressum

Hessisches Ärzteblatt

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

Herausgeber: Landesärztekammer Hessen, vertreten durch

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident

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

Dr. med. Peter Zürner

Stellvertreter: Dr. med. H. Christian Piper

(beide sind Mitglieder des Präsidiums der LÄK Hessen)

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin Heftkoordinatorin: 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. jur. Katharina Deppert, Gutachter- und Schlichtungsstelle

 $\textbf{Versorgungswerk:} \ \mathsf{Dr.} \ \mathsf{med.} \ \mathsf{Titus} \ \mathsf{Frhr.} \ \mathsf{Schenck} \ \mathsf{zu} \ \mathsf{Schweinsberg}$

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: haebl@laekh.de Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH

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

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

Geschäftsführung: Jürgen Führer, Patric Tongbhoyai

Produktmanagement: Marie-Luise Bertram,

Tel.: +49 2234 7011-389, E-Mail: ml.bertram@aerzteverlag.de

Abonnementservice: Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314

Abo-Service@aerzteverlag.de

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 140,00

Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00

Einzelheftpreis $\mathop{\in}$ 14,00 – Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres. Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der

Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

Industrie: Michael Heinrich, Tel.: +49 2234 7011-233,

E-Mail: heinrich@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt und verantwortlich für den Stellen- und Rubrikenmarkt: Marcus Lang, Tel.: +49 2234 7011-302,

E-Mail: lang@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter Medizin: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,

E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Sales Management: Nicole Ohmann, Tel.: +49 2234 7011-307,

E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

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

Mobil +49 172 5792180, fege@aerzteverlag.de

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

Mobil +49 172 2363730, soika@aerzteverlag.de

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

Herstellung: Bernd Schunk, Tel.: +49 2234 7011-280,

E-Mail: schunk@aerzteverlag.de

Alexander Krauth, Tel.: +49 2234 7011-278,

E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Layout: Meike Höhner



Druck: L.N. Schaffrath Druck Medien, Marktweg 42–50, 47608 Geldern

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEDEDD

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050) IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 7, gültig ab 01.01.2021

Auflage Lt. IVW 4. Quartal 2020:

Druckauflage: 37.900 Ex.; Verbreitete Auflage: 37.646 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.

82. Jahrqanq

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