

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 6 | 2021
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 82. Jahrgang



GEMEINSAM EINFACH BESSER

Die „Chirurginnen e.V.“ gegründet
Netzwerk, wissenschaftlicher Dialog und Inspiration

Fotos: © Die Chirurginnen e.V.

Ärztliche Psychotherapie
Positionspapier zur Bedeutung und Besonderheiten der ärztlich-psychotherapeutischen Versorgung verfasst

Depressive Erkrankungen
Start der neuen Artikelserie zum Thema „Depression“ – Teil 1 über Diagnostik und Therapie

Mehr als Medizin
Ausstellung mit Portraits von neun kulturschaffenden Medizinerinnen und Medizinern aus sieben Jahrhunderten

Wer schützt hier wen?

Hinter uns liegt ein Deutscher Ärztetag, der erstmals und bei aller Bewunderung für die technisch gelungene Durchführung hoffentlich letztmals online erfolgte. Ohne an dieser Stelle auf die mit großem Respekt und tiefer Ernsthaftigkeit geführte Debatte zum ärztlich assistierten Suizid vertieft eingehen zu wollen, denn die entsprechenden Berichte haben Sie alle längst gelesen, möchte ich dennoch meinen Dank für die Bekräftigung der ärztlichen Position ausdrücken: Die Mitwirkung an einem Suizid ist trotz der Aufhebung des strikten Verbots der Suizidhilfe in der Musterberufsordnung keine ärztliche Aufgabe! In der Diskussion wurden die großen Unterschiede zwischen dem Sterbewunsch eines Palliativpatienten oder dem eines Gesunden deutlich. Ärzte verordnen Medikamente und keine Gifte zur Selbsttötung. Hier muss der Gesetzgeber einen anderen Zugangsweg finden.

Natürlich war auch die Coronapandemie ein Thema, das nicht nur die Abgeordneten des Deutschen Ärztetags bewegte, sondern auch Bundesgesundheitsminister Spahn, der den Ärztinnen und Ärzten – wie auch zuvor Bundeskanzlerin Merkel – für den Einsatz der vergangenen Monate dankte. Den Dank haben wir gerne gehört, keine Frage, und doch bleiben weiter viele Wünsche und Fragen offen. Einer dieser Wünsche ist es, dass die Politik der Ärzteschaft zuhört, nicht nur in Bezug auf die Pandemie, sondern auch in vielen anderen Bereichen. Natürlich sind Politikerinnen und Politiker keine Wunscherfüller einzelner Berufsgruppen, aber deren Rat kann doch hilfreich sein. Jüngstes Beispiel (das kann natürlich bei Drucklegung dieses Editorials schon wieder überholt sein) ist die von Minister Spahn angekündigte Möglichkeit, die Zweitimpfung mit der Vakzine von Astrazeneca bereits nach 4 Wochen und nicht, wie von der Ständigen Impfkommission empfohlen, nach 12 Wochen verabreichen zu können. Stecken dahinter medizinische Gründe? Nein, vielmehr ist es wohl eher der durchsichtige Versuch, potenziellen Wählerinnen und Wählern die von allen heiß ersehnte Wiedererlangung wenigstens eines Teils der Grundrechte einige Wochen früher zu ermöglichen. Welcher der, ob der Einschränkungen ermüdeten Wahlbürger, nimmt den Hinweis wahr, dass die so erkaufte Freiheit mit einem gemäß den vorliegenden Studien deutlich eingeschränkten Impfschutz im Vergleich zu dem empfohlenen 12-Wochen-Abstand einhergeht? Wer muss das den Impfungen dann in mühsamen Gesprächen erklären? Richtig, es ist nicht der Minister, nein, es sind vor allem die impfenden Ärztinnen und Ärzte in den Praxen. Diese Zeit sollte nicht vorgezogenen Zweitimpfungen, sondern vielmehr möglichst vielen Erstimpfungen gewidmet werden. Wenn der Wahlkampf begonnen hat, ist es wohl einfacher, den Impfabstand zu verkürzen, als die Menschen weiter um Geduld zu bitten und vor allem nachvollziehbare Erklärungen zu geben.

Wenn die Priorisierung tatsächlich im Juni aufgehoben wird, können hoffentlich so schnell wie möglich Väter und Mütter von Minderjährigen geimpft werden. Diese Gruppe schultert seit vielen

Monaten eine große Last. Das gilt vielfach leider auch noch immer für die Bewohner von Pflegeheimen. Obwohl keine andere Bevölkerungsgruppe so früh und vollständig geimpft wurde, herrschen zum Teil noch immer ausgesprochen rigide Maßnahmen. So wurden noch im April in einem Pflegeheim alle Bewohner eines Wohnbereichs in ihrem Zimmer isoliert, obwohl sie mehrfach negativ getestet worden und zudem vollständig geimpft waren. Hintergrund war der Nachweis einer Infektion bei einem Mitarbeiter und drei vollständig geimpften Bewohnern in dem betroffenen Wohnbereich. Diese Bewohner hatten zum Glück keine Symptome. Und warum wurden die negativ getesteten, vollständig geimpften Bewohner isoliert? Weil es nicht nur noch ungeimpfte Bewohner gibt, die z.B. gerade erst eingezogen sind, sondern auch eine erhebliche Zahl von Mitarbeitenden, die das Impfangebot nicht angenommen haben. Der letzte Punkt weckt in mir Unmut. Wer in einem sensiblen Bereich, sei es ein Krankenhaus, eine Dialyseeinrichtung, eine Arztpraxis oder eben ein Altenheim, arbeitet, sollte sich impfen lassen, um nicht nur sich selbst, sondern vor allem gefährdete Kranke und Bewohnerinnen und Bewohner zu schützen und nicht zu gefährden. Für mich ist es eine verkehrte Welt, wenn Bewohnerinnen und Bewohner zwangsisoliert werden, um nicht geimpfte Mitarbeitende zu schützen. Ich bin gespannt, ob diese Problematik nach der Bundestagswahl sachlich und zielgerichtet diskutiert werden wird. Die Masernimpfpflicht könnte als Diskussionsgrundlage dienen. Eine aktuelle Studie der Charité mit dem Rhein-Main-Verkehrsverbund hat übrigens den öffentlichen Personennahverkehr als besondere Infektionsquelle für Corona entlastet. Dass auch Schulen kein Risikobereich sind, belegen Daten des Frankfurter Gesundheitsamtes (siehe S. 358-359).



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: © privat

Die Chirurgeninnen e.V. gegründet

„Gemeinsam einfach besser“ – so lautet das Motto für das der in Marburg gegründete Verein von und für Chirurgeninnen in erster Linie steht. Die Präsidentin des Vereins, Prof. Dr. Katja Schlosser, erzählt im Gespräch, warum ein eigener Verein für Chirurgeninnen so wichtig ist und was dieser seinen Mitgliedern bietet.

354

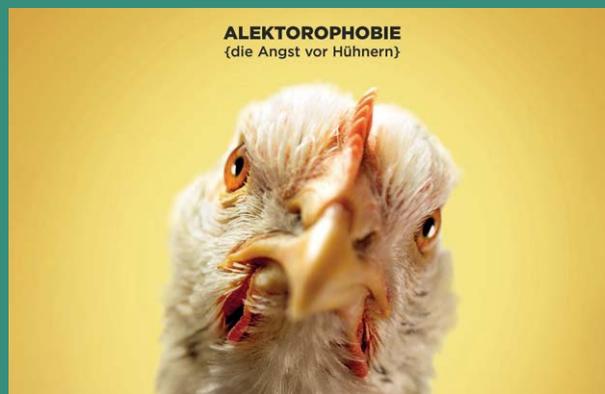


Foto: © Felix-Burda-Stiftung

Darmkrebsvorsorge wird volljährig

Im Jahr 2002 startete das überarbeitete gesetzliche Programm zur Darmkrebsfrüherkennung auf Grundlage der Leitlinienempfehlungen. Damit wurde in diesem weltweit innovativen Projekt erstmals die Koloskopie als Vorsorgemaßnahme einer gesetzlichen Krankenversicherung flächendeckend eingeführt.

380

Editorial: Wer schützt hier wen?	339
Aus dem Präsidium: Gesundheitsschutz braucht Klimaschutz	342
Ärztchamber:	
„Erst kommt der Patient und dann der Profit“ — 124. Deutscher Ärztetage diskutiert über die Lehren aus Corona und assistierten Suizid	352
FAQ zur Weiterbildungsordnung 2020 für Hessen — Stand Mai 2021	369
Medizinische Fachangestellte:	
Integration von Migranten in die Ausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten	379
Fortbildung:	
Artikelserie Depression — Teil 1: Depressive Erkrankungen: Diagnostik und Therapie	347
CME — Folgen der bariatrischen Chirurgie	363
Die Darmkrebsvorsorge wird volljährig — Bilanz und Ausblick	380
Bekanntmachungen	
■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	372
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	378
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	388
■ Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	395
Ärztlicher Berufsalltag:	
Neue Wege der digitalen Vernetzung von hessischen Kliniken während der Coronavirus-Pandemie — TeleCOVID Hessen App	360



Foto: © stock.adobe.com – freshidea

Nierenzellkarzinom: Daten aus Hessen

Die Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung in Hessen ist ein Schwerpunkt im Aufgabenbereich des Hessischen Krebsregisters. Der Artikel beleuchtet am Beispiel der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Nierenzellkarzinom, wie Daten aus dem HKR Rückschlüsse auf die Versorgung ermöglichen.

384



Foto: © Design Studio Lindhorst-Emme Berlin

Ausstellung über Ärztinnen, Ärzte und Kultur
„Mehr als Medizin?“ lautet der Titel einer Ausstellung, die die Lebenswege kulturell ambitionierter Heilkundiger illustriert. Sie umfasst Portraits von neun kulturschaffenden Medizinerinnen und Medizinern aus sieben Jahrhunderten. Dazu gehören u.a. Friedrich Schiller, Maria Montessori oder Hildegard von Bingen.

386

Mensch und Gesundheit:

Positionspapier zur Bedeutung und Besonderheiten der ärztlich-psychotherapeutischen Versorgung	343
SARS-CoV-2 und die Schulen — Was sagen die Daten?	358
Nierenzellkarzinom: Daten aus Hessen	384

Im Gespräch: „Wir wollen nicht nur mitgemeint sein, wir wollen, dass man uns sieht“	354
Parlando: Mehr als Medizin — Eine Ausstellung über Ärztinnen, Ärzte und Kultur	386

Leserbriefe:

Leserbriefe Teil 1 zu: „Ihr seid doch mit gemeint!“ von Dr. med. Christine Hidas	346
Leserbriefe Teil 2 zu: „Ihr seid doch mit gemeint!“ von Dr. med. Christine Hidas	357

Bücher: Psychopharmaka in der Hausarztpraxis	388
Impressum	393

Sprache im Hessischen Ärzteblatt

Wo immer möglich, verwenden wir in Texten des Hessischen Ärzteblattes beide Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird manchmal nur die weibliche oder nur die männliche Form gewählt, auch wenn sich die Formulierungen auf Angehörige diverser Geschlechter beziehen. Außerdem

benutzen wir, sofern vorhanden, Geschlechter übergreifende Begriffe; verzichten aber auf Gender-Stern, Gender-Gap oder Binnen-I. Unseren Autorinnen und Autoren sind wir für die freiwillige Beachtung dieser Hinweise dankbar, greifen aber nicht redigierend ein. (red)



© Andrii – stock.adobe.com

Gesundheitsschutz braucht Klimaschutz

Das Bundesverfassungsgericht verlangt Nachschärfungen beim Bundes-Klimaschutzgesetz, um die Freiheitsrechte künftiger Generationen ausreichend zu schützen. Wie werden wir als Ärzt:innen unserer Verantwortung beim Klimaschutz gerecht?

Das intrinsische Ökosystem des Menschen, also unsere Gesundheit, ist direkt abhängig von den intakten Ökosystemen der Umgebung. Und doch sind es wir Menschen, die für die Zerstörung dieser Ökosysteme, also unserer Lebensgrundlagen, verantwortlich sind. Der Klimawandel ist laut WHO eine der größten Gefahren für die menschliche Gesundheit. Hitze und andere Extremwetterereignisse, Luft- und Lärmverschmutzung werden gerade für sozio-ökonomisch schlechter aufgestellte Gesellschaftsgruppen zu einem zunehmenden Problem. Die Klimakrise verursacht und verstärkt zahlreiche Erkrankungen: Infektionen, Allergien, Haut-, Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen. Und doch werden die Gegenmaßnahmen leider nicht mit ausreichender Ernsthaftigkeit umgesetzt. Handelt es sich hier um eine gesamtgesellschaftliche Verdrängung, weil dadurch Existenzängste ausgelöst werden? Fühlen wir uns den Machtinteressen der Politik und Wirtschaft gegenüber so ohnmächtig, dass wir handlungsunfähig werden? Verdrängen wir die Konsequenzen der Klimakrise, weil uns die notwendigen Maßnahmen zu drastisch erscheinen und mit Einschränkungen einhergehen? Doch ein „weiter so“ führt in eine Katastrophe. Wir Ärzt:innen können und müssen etwas tun: „Ärzte haben eine besondere Verantwortung, an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.“ (Musterberufsordnung vom 121. DÄT).

Auch psychotherapeutische Kolleg:innen werden aktiv, schließen sich in Aktionsbündnissen zusammen und erforschen den Zusammenhang zwischen Klima-Angst und Abwehrreaktionen. So beschreibt Rahmsdorf 5 Stadien der Verleugnung: „Es gibt sie nicht“, „die anderen sind schuld“, „wir passen uns schon an“, „Lösungen sind zu teuer“, „es ist eh zu spät, wir können nichts mehr machen“ und Chmielewski hebt hervor, dass wir auf eine existentielle Bedrohung evolutionär mit Vermeiden („flight“), Erdulden („freeze“) oder mit aktivistischem Vorgehen („fight“) reagieren. Aktivität kann uns aus dem Zyklus der Angst herausführen und damit unser Bedürfnis nach Selbstwirksamkeit stärken, und wir können (wieder) Verantwortung für die zukünftigen Generationen übernehmen.



Foto: Katarina Ivanisevic

„Der Klimawandel ist laut WHO eine der größten Gefahren für die menschliche Gesundheit.“

Was können wir Ärzt:innen also tun?

Ermutigend für mich ist, dass viele Kolleg:innen schon aktiv sind: Eine Gruppe von Gießener Medizinstudierenden, aus deren Initiative das Wahl-fach Klima und Gesundheit entstanden ist, und ein Seminar eines Kollegen in einem Psychoanalytischen Institut zu „Klimakrise – zwischen Angst, Verleugnung und Bewältigung“. Andere engagieren sich bei „Health for Future“ oder bei „Klima und Gesundheit“ (KLUG).

Konkret können wir auf verschiedenen Ebenen handeln:

- 1) Wir können unser Verhalten (Konsum, Mobilität, Ernährung, Energieversorgung) privat und beruflich ändern. Immerhin macht der CO₂-Fußabdruck des deutschen Gesundheitssektors beträchtliche 5 % der nationalen Treibhausgasemissionen aus.
- 2) Wir können in unserem Umfeld als Expert:innen für Gesundheit beruflich wie privat aufklären.
- 3) Wir können uns in Aktionsbündnissen zusammenschließen, lokal und überregional politischer werden und bspw. darauf einwirken, dass Klimakrise und „Planetary Health“ in die Lehrpläne aller medizinischen Aus- und Weiterbildungen aufgenommen werden.
- 4) Wir können in den Ärztekammern und ärztlichen Versorgungswerken politisch aktiv werden und darauf hinwirken, dass alle Versorgungswerke ihren Zusagen gerecht werden, die Environmental and Social Governance-Richtlinien einzuhalten. Die Kapitalanlagen der ärztlichen berufsständischen Versorgungswerke sind immerhin 110 Milliarden Euro.

Für den notwendigen, umfangreichen Transformationsprozess hin zu einer klimaneutralen Wirtschaft ist ein Systemwandel nötig, zu dem Divestment einen wichtigen Beitrag leisten kann. Für uns birgt es nur Vorteile, wenn die Anleger ihr Geld in zukunftsweisende und stabile Bereiche investieren. Durch unser Handeln können wir also nicht nur die gesundheitlichen Folgen der Klimakrise mildern. Es ist möglich, durch Achtsamkeit, Selbstfürsorge und Selbstakzeptanz wieder zu mehr Hoffnung zu finden.

Dr. med. Barbara Jaeger
Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer Hessen

Weiterführende Quellen finden Sie online unter www.laekh.de, Hessisches Ärzteblatt, Ausgabe 06/2021.

Weiterführende Quellen zum Artikel:

Gesundheitsschutz braucht Klimaschutz

Dr. med. Barbara Jaeger

- [1] www.klimafakten.de
- [2] www.scientists4future.org
- [3] www.klimawandel-gesundheit.de
- [4] www.fridaysforfuture.de
- [5] www.psychologistsforfuture.org
- [6] www.healthforfuture.de
- [7] www.schwarmforfuture.net
- [8] www.parentsforfuture.de/de
- [9] uba.co2-rechner.de/de_DE
- [10] Fabian Chmielewski, Die Verleugnung der Apokalypse – der Umgang mit der Klimakrise aus der Perspektive der Existenziellen Psychotherapie, Ärzteblatt PP, Heft 12, 2020, S. 542–543
- [11] The Lancet Countdown on Health and Climate Change, Policy Brief für Deutschland, November 2019.
- [12] Stefan Ruf, Klimapsychologie, Atmosphärisches Bewusstsein als Weg aus der Klimakrise.
- [13] Stefan Rahmstorf/H. J. Schellnhuber: Der Klimawandel – Diagnose, Prognose, Therapie 2006–2019.
- [14] Claudia Traidl-Hoffmann, Klima und Gesundheit: Klimaresilienz – Weg der Zukunft, Deutsche Ärzteblatt 2020; 117 (33–34)-

Positionspapier zur Bedeutung und Besonderheiten der ärztlich-psychotherapeutischen Versorgung

Ausschuss Ärztliche Psychotherapie der Landesärztekammer Hessen

1. Psychische Erkrankungen fordern das Gesundheitssystem heraus

Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind Volkskrankheiten. In Deutschland leiden jährlich ca. 18 Millionen Menschen (28 % der erwachsenen Bevölkerung) an einer psychischen Erkrankung; auch bei Kindern und Jugendlichen beträgt der Anteil 28 %. Diese Störungen beeinflussen erheblich die Lebensqualität der Betroffenen, verkürzen die Lebenserwartung und haben ausgeprägte sozialmedizinische Folgen. Im vergangenen Jahrzehnt hat sich das Arbeitsunfähigkeitsvolumen aufgrund psychischer Diagnosen um knapp 70 % erhöht. Insgesamt sind psychische Erkrankungen derzeit mit 15,2 % aller AU-Tage die dritt wichtigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit in der Bundesrepublik, bei der Frühberentung stellen sie mit 43 % im Jahr 2017 die größte Diagnosegruppe.

2. Psychische Erkrankungen entwickeln sich häufig in Wechselwirkung mit somatischen Erkrankungen

Bei einer Vielzahl von Patienten entwickeln sich psychische Störungen in der Interaktion mit somatischen Erkrankungen. Im Zusammenspiel mit zahlreichen somatischen Erkrankungen entfalten sie eine besondere Problematik. Die Erkrankungen wirken synergistisch – die Einschränkungen, die sich durch beide Erkrankungen ergeben, verstärken sich wechselseitig. Nicht nur die Lebensqualität reduziert sich dramatisch, sondern auch die somatische Erkrankung nimmt einen ungünstigeren Verlauf, verbunden mit einer vorzeitigen Sterblichkeit.

Die Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen stellt daher eine große und drängen-

de Herausforderung für das Gesundheitswesen dar.

3. Psychotherapie ist integraler Bestandteil der ärztlichen Behandlung

Die Diagnostik und Therapie der psychischen und psychosomatischen Störungen beinhalten, die biologischen, die psychischen und die sozialen Aspekte zu erkennen und die psychosomatischen und somatopsychischen Wechselwirkungen zu gewichten. Die Psychotherapie ist dabei eine therapeutische Option, zumeist als Teil eines Gesamtbehandlungsplanes.

Die ärztliche Versorgung dieser Patienten ermöglicht den breiten Einbezug dieser bio-psycho-sozialen Aspekte in die Diagnostik und Behandlung. Der Aufbau dieser Kompetenz erfolgt...

- ...in der medizinischen Ausbildung, in der neben dem breiten medizinischen Fachwissen eine ärztliche Grundhaltung erworben wird. Im Bereich der medizinischen Psychologie, der Psychiatrie, der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie wird eine Grundkompetenz in diesen Pflichtfachgebieten vermittelt.
- ...durch die in der Facharztweiterbildung integrierte Kursweiterbildung in der Psychosomatischen Grundversorgung, die es ermöglicht, in einer ersten Versorgungsstufe psychosomatische Kompetenzen in die hausärztliche Versorgung zu integrieren.
- ...durch die Weiterbildung zu den Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Psychoanalyse, die die Integration der psychotherapeutischen Arbeit in die fachärztlich somatische Arbeit ermöglicht.
- ...durch die spezialisierte Weiterbildung in den Fachgebieten „Psychiatrie und Psychotherapie“, „Psychosomatische

Medizin und Psychotherapie“ sowie „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“, die neben den psychiatrischen und psychosomatischen Grundkompetenzen spezifische psychotherapeutische Kompetenzen vermittelt und es ermöglicht, die Psychotherapie spezifisch angepasst in diese Versorgungssegmente zu integrieren.

Diese ärztliche Aus- und Weiterbildungsstruktur ermöglicht strukturell den Aufbau der gestuften Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen. Sie beginnt mit der Psychosomatischen Grundversorgung, die einen niederschweligen Einstieg sowie eine langjährige Behandlerkontinuität gewährleistet, und reicht bis zur spezialisierten psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung.

In einem gestuften Kompetenzerwerb schafft diese Aus- und Weiterbildung die Grundlage dafür,

- die Wechselwirkungen zwischen den somatischen, psychischen und sozialen Prozessen in der Diagnostik insbesondere bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen abzuschätzen,
- einen Gesamtbehandlungsplan einschließlich Pharmakotherapie zu entwerfen,
- eine hochqualifizierte Psychotherapie durchzuführen und
- im Behandlungsverlauf den Einfluss der Pharmakotherapie und chronischer körperlicher Erkrankungen zu beurteilen.

Für die Durchführung der Psychotherapie durch einen ärztlichen Psychotherapeuten bedeutet dieses,

- einen Blick auf die somatischen Prozesse bei chronisch körperlichen Erkrankungen zu behalten und die Kompetenz, im psychotherapeutischen Ver-

- stehen und Handeln die somatische Ebene mit zu berücksichtigen,
- die Psychotherapie in einen psychiatrischen oder psychosomatischen Gesamtbehandlungsplan integrieren zu können, der auch multimodale Behandlungsangebote umfassen kann, sowie
 - die Vernetzung der Psychotherapie im Rahmen einer interkollegialen Kooperation im Rahmen eines gestuften Behandlungskonzeptes.

In den vergangenen Jahren wurde das psychotherapeutische Behandlungsangebot zunehmend weiterentwickelt und differenziert. Die AWMF-Behandlungsleitlinien (AWMF=Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften) zu den psychischen Störungen dokumentieren diesen evidenzbasierten Entwicklungsstand. Die Leitlinien 3 fordern bei mittelschweren bis schweren Verlaufsformen vieler psychischer Erkrankungen Psychotherapie als notwendigen Bestandteil eines Gesamtbehandlungsplans. Die Psychotherapie ist im Kanon der ärztlichen Therapien ein sehr effektives und evidenzbasiertes Therapieverfahren. Mit Stand 2019 besitzen mehr als 20.000 Ärzte eine spezifische psychotherapeutische Qualifikation, hinzukommen mehr als 75.000 Haus und Fachärzte, die eine entsprechende Qualifikation im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung erworben haben.

4. Der überwiegende Teil der Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen wird in einem differenzierten und gestuften ärztlichen Versorgungsbereich behandelt

Die Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen erfolgt in ambulanten, stationären und rehabilitativen Institutionen.

Den überwiegenden Teil der Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen versorgen ca. 52.000 Hausärzte u. a. im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (KBV 12/2019). In der ambulanten fachärztlichen Versorgung werden pro Quartal mehr als 3 Mio. Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen von 4.500 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,

2.900 Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 1.500 Nervenärzten, 1.200 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (BÄK 12/2019) behandelt. Hinzu kommt die Versorgung durch Neurologen sowie durch 9.500 Fachärzte anderer Fachgebiete mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie ärztliche Leistungen im Rahmen der Sexualmedizin und Suchtmedizin.

In den vergangenen Jahren ist die Inanspruchnahme psychotherapeutischer, psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen enorm gestiegen. Nahezu 2,3 Mio. Patienten erhielten im Jahr 2019 eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durch insgesamt 38.500 ärztliche und psychologische Psychotherapeuten (KBV Angaben).

Die stationäre/teilstationäre Versorgung erfolgt (2017) in 407 psychiatrischen einschließlich gerontopsychiatrischen Fachkliniken und Suchtkliniken mit 56.000 Betten/Behandlungsplätzen, in 247 psychosomatisch-psychotherapeutischen stationären Einrichtungen mit 11.400 Betten sowie in 147 kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen mit 6.300 Betten (Bundesamt für Statistik 2017). Insgesamt gab es jährlich im medizinischen psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsbereich mehr als 950.000 stationäre „Behandlungsfälle“ (Bundesamt für Statistik 2017). Hinzukommen 164 psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen mit 16.500 Betten und 229 psychiatrische Rehabilitationseinrichtungen (Schwerpunktsetzung im Bereich der Suchterkrankungen) mit 15.300 Betten, in denen jährlich insgesamt 230.000 Patientenfälle eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erhalten. Die psychiatrischen und psychosomatischen Tageskliniken, die psychiatrischen Institutsambulanzen an psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken sowie die im Aufbau befindlichen psychosomatischen Institutsambulanzen an psychosomatischen Kliniken ergänzen das ambulante und stationäre Angebot durch spezifische Leistungen.

Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über ein leistungsfähiges psychosoziales und psychotherapeutisches Versorgungsangebot.

Jährlich nehmen 11,3 % der Frauen und 8,1 % der Männer in Deutschland eine psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch (RKI 2017). Das gestufte Modell im Sinne der Psychosomatischen Grundversorgung, fachärztlichen Versorgung mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie durch die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Psychotherapeutischen Ambulanzen an Aus- und Weiterbildungsinstituten und den psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen hat sich weitgehend bewährt und stößt auf eine große Resonanz, Inanspruchnahme und Zufriedenheit bei den Patienten. Es bietet auch für die Weiterentwicklung der Versorgung ein großes Potential.

Der weit überwiegende Anteil der Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen wird somit im Rahmen des ärztlichen Versorgungssystems behandelt.

Dieses entspricht dem Versorgungsbedarf und den Präferenzen der Patienten. Wie in einer repräsentativen Befragung der Bevölkerung (n=2.555) ermittelt, werden Hausärzte sowie Psychosomatiker und Psychiater als erste bzw. zentrale Ansprechpartner für psychische und psychosomatische Störungen in der Bevölkerung gesehen. Auf die Frage, von wem sie behandelt werden möchten, wenn sie unter einer Depression leiden würden, antworteten 56,7 % der Befragten der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe „durch den Hausarzt“, 25,6 % „durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“, 22,8 % „durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ und 15,3 % „durch einen Psychologischen Psychotherapeuten“ (Larisch et al. 2013). Unter den aktuellen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Zwängen stehen in der Medizin die somatisch-technischen Leistungen sehr im Vordergrund, verbunden mit einer zunehmenden Spezialisierung und Fragmentierung der Versorgung. Der damit verbundene Zeitdruck in der ambulanten und stationären Versorgung verschlechtert die Rahmenbedingungen

für das gelungene Gespräch zwischen dem Patienten und seinem Arzt. In Übereinstimmung mit den Beschlüssen der Deutschen Ärztetage 2012, 2015 und 2018 zur Ärztlichen Psychotherapie hält die Ärzteschaft über alle Fachdisziplinen hinweg aber an der Selbstdefinition „einer modernen Medizin“ fest, die die Patientinnen und Patienten in ihrer untrennbaren somato-psycho-somatischen Einheit sieht. Dieses entspricht den Anforderungen an eine evidenzbasierte Medizin. Alle Ärzte sollten sich der somatischen, psychischen und sozialen Dimension des jeweiligen Krankheitsgeschehens bewusst sein. Mit einer fortschreitenden „Ausgliederung des Psychischen aus der Medizin“ würden die Ärztinnen/die Ärzte eine ihrer zentralen Aufgaben vernachlässigen, und dadurch geriete das ureigenste Prinzip ärztlichen Denkens und Handelns in Gefahr, nämlich die Fokussierung auf den Menschen als Ganzes. Seit der Antike gehört die psychosoziale Kompetenz zu den zentralen Fähigkeiten der Ärzte, die Psychotherapie und Psychosomatik wurde in wesentlichen Zügen von Ärzten entwickelt. Es ist auch weiterhin notwendig, dass die Einbringung des medizinischen Sachverständnisses im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Verständnisses psychischer und psychosomatischer Erkrankungen gesichert ist. Daher gehört Psychotherapie als Behandlungsmethode für psychische und psychosomatische Erkrankungen in den ärztlichen Versorgungsbereich, auch wenn andere Berufsgruppen daran beteiligt sind.

5. Die ärztliche Ausbildung muss den aktuellen Anforderungen angepasst und die Weiterbildung in den P-Fächern gestärkt werden

Die aktuellen Bestrebungen im Rahmen der neuen Approbationsordnung für Ärzte, in der Ausbildung allen angehenden Ärzten ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis zu vermitteln, ist zu unterstützen. Spezifische Kompetenzen sollten in der ärztlichen Gesprächsführung und in der basalen psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung noch stärker vermittelt werden, damit jeder Arzt somatische, soziale und psychische Faktoren bei seinen Patienten

gewichten kann. Um zukünftigen Ärzten einen Weg in die ärztlich-psychotherapeutische Versorgung zu bahnen und um Ärzten weiterhin eine mit den Psychologen konkurrenzfähige psychotherapeutische Basisqualifikation zu vermitteln, sollte eine Schwerpunktbildung im Studium in den „Psych“-Fächern ermöglicht werden, in deren Rahmen die Grundlagen für eine ärztliche Weiterbildung oder wissenschaftliches Arbeiten im Bereich der psychosozialen Medizin erworben werden kann. Psychosoziale Kompetenzen sind seit Jahrzehnten integraler Bestandteil des ärztlichen Handelns, seit 1992 sind sie in der Weiterbildungsordnung in einem Stufenmodell repräsentiert: In der Basisversorgung ist die Psychosomatische Grundversorgung in der Allgemeinmedizin und Gynäkologie integriert, alle Ärzte mit Patientenbezug haben die Möglichkeit, die Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse zu erwerben, und die psychotherapeutische Kompetenz der Fachärzte in den drei Gebieten Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in der Überarbeitung der MWBO differenziert und gestärkt worden. Nach einem Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bilden sich diese unterschiedlichen Qualifikationsstrukturen auch in einem sehr differenzierten Leistungsgeschehen ab und ermöglichen eine differenzierte Versorgung, die es zu erhalten gilt.

Den beträchtlichen Nachwuchsproblemen in den P-Fächern muss durch eine ausreichende Finanzierung der Weiterbildung sowohl an den Kliniken als auch in den vertragsärztlichen Praxen und den Möglichkeiten von Weiterbildungsambulanzen an Kliniken bzw. Abteilungen begegnet werden. Regelungen, die im Rahmen der neuen Weiterbildungsordnung Weiterbildungshindernisse in den P-Fachgebieten abbauen, sollen rasch in Kraft gesetzt werden und einen zeitnahen Abschluss der Weiterbildung ermöglichen.

6. Die Einführung des Psychotherapiestudiums fördert die Aufspaltung in der Versorgung zwischen Körper und Seele

Mit der Einführung des Psychotherapiestudiums wurde ein – von vielen Psycho-

logen sehr erwünschter – Weg gewählt, die Ausbildung zum „nicht-ärztlichen“ Psychotherapeuten noch stärker von der Medizin abzukoppeln. In der weit überwiegenden Zahl der Universitäten und insbesondere in Hessen erfolgt diese Ausbildung nicht in Kooperation mit den Medizinischen Fakultäten. Die Inhalte der Ausbildung entsprechen einem nahezu ausschließlich psychologischen Profil und stehen in einem deutlichen Kontrast zu den Inhalten der Aus- und Weiterbildung der ärztlichen Psychotherapeuten. Dieses schlägt sich auch in unterschiedlichen Kompetenzprofilen nieder.

Mit der Einführung des Psychotherapiestudiums droht sich also die Aufspaltung der Versorgung zu vertiefen, in der Körper und Seele nicht mehr als eine Einheit betrachtet werden, sondern das „Psychische“ aus der Medizin ausgegliedert wird. Die Ärzteschaft hat weiterhin dafür Sorge zu tragen, dass die Einbringung des medizinischen Sachverständnisses im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Verständnisses psychischer und psychosomatischer Erkrankungen gesichert ist. Diese Kompetenz ist unverzichtbar und erfordert eine ärztliche Aus- und Weiterbildung und kann nicht durch nicht-ärztliche Psychotherapeuten in der Versorgung eingebracht werden.

7. Die ärztliche Repräsentanz der psychosozialen Medizin ist bei den politischen Entscheidungsträgern zu stärken

Obwohl der weit überwiegende Anteil der Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen durch Ärzte behandelt und versorgt wird, entsteht in der aktuellen politischen Diskussion der Eindruck, dass die Bundes- und Landespsychotherapeutenkammern als Repräsentanten der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der primäre Ansprechpartner der Gesundheitspolitik für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems im Bereich der Psychotherapie sind. Erst recht augenfällig ist, dass die Gesundheitspolitiker die Bundes- und Landespsychotherapeutenkammern so-

gar als Ansprechpartner für Fragen der Psychotherapie auch im ärztlichen Bereich ansehen. Dieses Ungleichgewicht entspricht weder der realen Versorgungssituation noch der Versorgungskompetenz.

Dem müssen die Bundes- und Landesärztekammern durch entsprechende Initiativen und Schaffung von Strukturen

entgegenwirken. In der Öffentlichkeit und Politik muss die Bedeutung der ärztlichen psychiatrischen, psychosomatischen sowie psychotherapeutischen Versorgung für die Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen aktiv vertreten werden.

**Prof. Dr. med. Johannes Kruse,
Dr. Barbara Jäger, Helga Jakobi,
Dr. Meinhard Korte
Prof. Dr. Wolfgang Merkle,
Prof. Dr. Martin Ohlmeier,
Sabine Riese**

Ausschuss Ärztliche Psychotherapie
Landesärztekammer Hessen

Leserbriefe

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com

Leserbriefe zu: „Ihr seid doch mit gemeint!“ von Dr. med. Christine Hidas

HÄBL 05/2021, S. 278

Mit gemeint?

Sehr geehrte Frau Hidas!

Ihr Artikel spricht mir aus der Seele! Es wird Zeit, dass auch das Hessische und das Deutsche „Ärzte“blatt erkennen und berücksichtigen, dass es auch Frauen gibt. Auch ich fühle mich nicht „mitgemeint“ und ärgere mich jedes Mal über den „kleinen grauen Kasten“ betreffend die „bessere Lesbarkeit“.

Die Berufsverbandszeitung „Der Frauenarzt“ wurde vor einigen Jahren umbenannt in „Frauenarzt“: Hallo! war's das? Wie Gendern? Mich nervt es ein bisschen, dass mal KundIn, dann Kund_in, dann Kund*e, dann Kundin und Kunde geschrieben wird, neuerdings überwiegend Kund:in. Letzteres scheint mir dennoch am „lesbarsten“.

Meine Tochter meinte: Nachdem es nun 50 Jahre lang „Deutsches Ärzteblatt“ hieß, kann es doch jetzt 50 Jahre lang „Deutsches Ärztinnenblatt“ heißen.

Kleiner Scherz am Rande: Eine Dozent*in bei einem Literaturvortrag meinte kürzlich: „Meine Studenten sind nicht alles Studierende“. Im Ernst: hoffentlich denken die Redakteurinnen und Redakteure des HÄBL nochmal über ihre Haltung zu gendergerechter Sprache nach!

Mit freundlichen Grüßen

Dagmar Müller
(leider schon im Ruhestand)

Ich bin seit etwa 40 Jahren regelmäßiger Leser des Hessischen Ärzteblattes. Vorab: ich finde es gut, dass die Zeitschrift immer noch „Hessisches Ärzteblatt“ heißt und nicht etwa „Hessisches Ärztinnen- und Ärzteblatt“, „Hessisches Ärzt*Innenblatt“,

„Hessisches Ärzt_XSYZ-blatt“ – oder was es sonst noch für Bezeichnungen geben könnte. Ebenso dass es nach wie vor „Landesärztekammer“ heißt.

Gleichwohl befasst sich das Präsidium der LÄKH offensichtlich mit der Thematik der geschlechtersensiblen Sprache, die es ebenfalls seit etwa 40 Jahren gibt und die nach wie vor umstritten ist. Unter der Rubrik „Aus dem Präsidium“ auf S. 278 der Ausgabe 05/2021 befasst sich die Kollegin Christine Hidas mit dem Thema. Sie beklagt sich recht ausführlich über die „fehlende Sichtbarkeit von Frauen“ durch Verwendung des maskulinen Generikums und berichtet empört, dass sie einen an sie gerichteten Brief an den Absender zurückgesendet hat, weil sie dort mit „Frau Oberarzt“ titulierte wurde und fordert daher die Verwendung der „geschlechtergerechten“ Sprache.

Einige Seiten weiter (S. 326) findet sich im selben Heft folgender Hinweis: „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“. Wie soll der Leser (und natürlich auch die Leserin und die diversen Leser*) das verstehen? Ist der Vorstand der Landesärztekammer für oder gegen die geschlechtergerechte Sprache? Hier muss sich die Landesärztekammer schon entscheiden. Entweder wie bisher im Interesse der Lesbarkeit und Verständlichkeit weitermachen mit dem generischen Mas-

kulinum oder gendern – aber dann richtig und konsequent. Denn sonst lesen wir Sätze wie den einer vormaligen Bundesgesundheitsministerin, die im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern folgendes sagte: „Die Patientinnen und Patienten müssen vor den Ärzten geschützt werden“. Da fragt sich der Zuhörer, ob Ärztinnen keine Kunstfehler begehen oder – falls doch – ob die Patienten dann keinen Anspruch auf Schutz haben. Diese grundsätzliche Frage, wer denn jetzt konkret gemeint sein soll, taucht regelmäßig dann auf, wenn an einer Stelle gendert wird („Ärztinnen und Ärzte“), an anderer Stelle aber nicht. Und da hilft der Hinweis auf S. 326 auch nicht weiter („...sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird“). Denn der Leser weiß nicht, wie diese Bezugnahme konkret aussieht.

Wenn sich die Landesärztekammer aber für die Verwendung der „geschlechtergerechten“ Sprache entscheidet, muss sie diese auch konsequent anwenden: „Ärztinnen- und Ärztekammer“, „Ärztinnen- und Ärzteblatt“, „Patientinnen- und Patientenrechte“ usw. – und das ohne Ausnahme und in jedem Satz und ohne Rücksicht auf die Verständlichkeit. Bleibt dann nur noch die Frage zu klären, ob der Begriff „Wasserhahn“ oder „Muskelkater“ noch verwendet werden darf oder nicht. Aber dafür wird dem Präsidium sicher eine Lösung einfallen.

Mit kollegialen Grüßen,
Dr. Dr. Rainer Rahn
Mitglied des hessischen Landtags

Artikelserie Depression – Teil 1

Depressive Erkrankungen: Diagnostik und Therapie

Dr. med. Mareike Aichholzer, Prof. Dr. med. Andreas Reif, Dr. med. Christine Reif-Leonhard

Mit diesem Heft starten wir mit einer losen Serie zum Thema Depression. Beginnend mit Diagnostik und Therapie werden in weiteren Beiträgen u. a. die Depressionsbehandlung in verschiedenen Behandlungssettings, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Suizidalität thematisiert.

Übersicht – Epidemiologie und Bedeutung depressiver Erkrankungen

Depressionen sind eine heterogene Erkrankungsgruppe und wesentlicher Faktor im Gesundheitswesen. In Deutschland leiden circa 5,3 Millionen Erwachsene im Alter von 18 bis 79 Jahren innerhalb eines Jahres an einer behandlungsbedürftigen Depression. Die Lebenszeitprävalenz beträgt zwischen 16 und 20%. Frauen sind dabei etwa zwei bis drei Mal häufiger betroffen als Männer [1]. Die Betroffenen sind zum Zeitpunkt der Ersterkrankung im Mittel zwischen 25 und 30 Jahre alt; in der dritten Lebensdekade zeigt sich die höchste Prävalenz depressiver Störungen. Laut der Global Burden of Disease Study der Weltgesundheitsorganisation sind Depressionen weltweit die hauptsächliche Ursache für krankheitsbedingte Beeinträchtigungen des Lebens [2]. Hauptsymptome einer Depression sind niedergedrückte Stimmung, Freud- und Interessenslosigkeit sowie verminderter Antrieb über mindestens zwei Wochen. Nebensymptome sind unter anderem verminderte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit, Schlafstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl und Schuldgefühle. Zusätzlich können stimmungskongruente psychotische Symptome, wie Verarmungs-, Schuld-, nihilistischer und hypochondrischer Wahn, hinzukommen. Im Rahmen einer Depression kommt es häufig zu Suizidgedanken, dementsprechend stellen Depressionen die häufigste Ursache für Suizide dar. Der Krankheitsverlauf

ist meist phasisch, bei ca. 10–15 % der Betroffenen kommt es jedoch zu einer Chronifizierung. Bleiben die Betroffenen nach der ersten depressiven Episode beschwerdefrei, was bei ca. einem Drittel der Betroffenen der Fall ist, handelt es sich per definitionem um eine einzelne depressive Episode. Kommt es zu mindestens einer weiteren depressiven Episode, handelt es sich um eine rezidivierende depressive Störung. Depressionen werden nach ICD-11 je nach Zahl und Ausprägung der Symptome, vor allem aber je nach Funktionsniveau, in drei Schweregrade (leicht, moderat, schwer) eingeteilt. Angepasst an den Schweregrad erfolgt die leitliniengemäße Therapie der Depression. Dabei kommen psychotherapeutische (v. a. kognitive Verhaltenstherapie) und pharmakotherapeutische Verfahren zum Einsatz. Bei schweren Episoden werden beide kombiniert. Zudem kann dieses multimodale Therapiekonzept im Falle einer The-

rapieresistenz im stationären Rahmen um andere biologische Therapien, wie z. B. die Elektrokonvulsionstherapie, ergänzt werden. Differenzialdiagnostisch muss bei dem Auftreten depressiver Symptome auch an eine bipolare Störung, andere psychische Erkrankungen sowie somatische oder pharmakogene Gründe gedacht werden.

Diagnostik

Diagnosekriterien nach ICD-11

Da voraussichtlich zum 01.01.2022 die ICD-11 eingeführt werden wird, werden im Folgenden bereits deren diagnostische Kriterien dargestellt, die sich allerdings nicht grundsätzlich von ICD-10 unterscheiden. Gemäß ICD-11 liegt eine einzelne depressive Episode vor, wenn die in Tabelle 1 aufgeführten Hauptsymptome

Tabelle 1. : Haupt- und Nebensymptome einer depressiven Episode gemäß ICD-11.

Hauptsymptome	Nebensymptome
Fast täglich gedrückte Stimmung	Antriebsminderung
	Antriebssteigerung
	Konzentrationschwierigkeiten
	Vermindertes Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen
Interessenlosigkeit	Gefühle der Wertlosigkeit/unangemessener Schuld
	Hoffnungslosigkeit
	Negative Zukunftsperspektiven
	Gedanken an den Tod oder Suizid
	Veränderungen in Appetit/Schlaf/Libido
	Psychomotorische Agitation
	Psychomotorische Verlangsamung
	Verminderte Energie/Müdigkeit

über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen bestehen. Zusätzlich können eine Reihe an Nebensymptomen (ebenfalls in Tabelle 1) vorliegen. Ab der zweiten depressiven Episode besteht nach ICD-11 eine rezidivierende depressive Störung. Bei einer leichten Episode ist keines der Symptome stark ausgeprägt; bei der moderaten Episode sind einige Symptome ausgeprägt oder viele Symptome in geringer Intensität vorhanden; die Patienten sind noch in der Lage, zumindest in einigen Bereichen zurechtzukommen. Bei der schweren depressiven Episode sind die meisten Symptome in einem ausgeprägten Maß vorhanden, das Funktionsniveau der Patienten ist stark reduziert, so dass ein normales berufliches oder soziales Leben nicht mehr aufrechterhalten werden kann.

Diagnostisches Vorgehen

Die Diagnosestellung erfolgt primär klinisch anhand der oben genannten Haupt- und Nebensymptome. Screening-Fragebögen wie der PHQ-9 können insbesondere in der primärärztlichen Versorgung zum Einsatz kommen; bei positivem Screening sollte sich jedoch auf jeden Fall eine klinische Diagnostik anschließen. Die Betroffenen berichten oft nicht spontan von den typischen Symptomen einer Depression, eine aktive, ausführliche Exploration einer depressiven Symptomatik und eine gründliche, strukturierte Anamneseerhebung sind daher unerlässlich. Hinweise auf eine depressive Episode können z. B. auch eine allgemeine körperliche Abgeschla-

genheit, Gedächtnisstörungen, Veränderungen des Appetits, diffuse körperliche Probleme (z. B. des Kreislaufs, der Atmung und des Magen-Darm-Systems) sein. Hilfreich ist außerdem immer das Einholen einer Fremdanamnese.

Vor der Diagnosestellung müssen sorgfältig mögliche pharmakogene, somatische bzw. hirnorganische Ursachen ausgeschlossen werden. Depressionen gehen jedoch auch oft mit somatischen Komorbiditäten, wie z. B. metabolischen oder hormonellen Erkrankungen, einher. Somatische Beschwerden müssen daher ernst genommen und sorgfältig abgeklärt werden. Es ist in allen Szenarien sicherzustellen, dass sich die Patienten ernst genommen fühlen und die Beschwerden nicht als ‚nur psychisch‘ abgetan werden.

Eine körperliche Untersuchung ist immer zu empfehlen. Dabei ist auf Hinweise auf neurologische (z. B. M. Parkinson, Multiple Sklerose), metabolische, endokrinologische (z. B. Hypo-/Hyperthyreose) und rheumatologische Erkrankungen zu achten.

Ebenso sollte eine Basis-Laboruntersuchung zum Ausschluss somatischer Ursachen bzw. Komorbiditäten erfolgen. Die einzelnen empfohlenen Parameter zur Basisdiagnostik bei einer ersten depressiven Episode, bei Verdacht auf eine drogeninduzierte Symptomatik, bei Frauen im gebärfähigen Alter und zum Ausschluss metabolischer Auffälligkeiten, die auch unter der psychopharmakologischen Therapie auftreten können und die deshalb im Zuge der Pharmakovigilanz untersucht werden sollten, sind in Tabelle 2 einzusehen.

Eine bildgebende Diagnostik (cMRT) ist zur hirnorganischen Ausschlussdiagnostik bei der Erstmanifestation einer schweren Depression sowie bei ungewöhnlichem Verlauf, sehr raschem Beginn (innerhalb weniger Tage), im höherem Patientenalter und bei neurologischen Symptomen zu empfehlen.

Ein EKG ist vor der Aufnahme einer pharmakologischen Behandlung zum Ausschluss von Herzrhythmusstörungen und einer Verlängerung der insbesondere der frequenzabhängigen QTc-Zeit indiziert und sollte unter einer antidepressiven Medikation in regelmäßigen Abständen erfolgen.

Tabelle 2.: Empfohlene laborchemische Untersuchungen zum Ausschluss somatischer Ursachen und während laufender medikamentös-antidepressiver Therapie

Indikation	Laborparameter
Basisdiagnostik bei einer depressiven Episode	Elektrolyte
	GOT, GPT, γ GT
	Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure, eGFR
	Alkalische Phosphatase, Bilirubin
	Lipase, Amylase, LDH
	CRP, CK
	Gesamtprotein, Albumin
	Eisen, Ferritin
	Gerinnungsstatus
	Großes Blutbild
TSH	
Verdacht auf eine Drogeninduzierte Symptomatik	Drogenscreening im Urin
Monitoring metabolischer Auffälligkeiten, Blutentnahme nüchtern	Glukose
	LDL, HDL, LDL/HDL-Quotient
	Triglyceride
	Gesamtcholesterin
Frauen im gebärfähigen Alter	Schwangerschaftstest

Stellenwert somatischer Komorbiditäten

Menschen mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung („severe mental illness – SMI“), zu denen neben Psychosen und bipolaren Störungen auch die Depression zählt, haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weltweit eine reduzierte Lebenserwartung [3]. In Deutschland beträgt der geschätzte Lebenszeitverlust bei Patienten mit einer schweren unipolaren Depression abhängig vom Alter zwischen 2,8 und 4,2 Jahre [4]. Die verminderte Lebenserwartung ist vor allem auf somatische Erkrankungen der Patienten zurückzuführen, so besteht z. B. ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre, metabolische und pneumologische Erkrankungen [3]. Kardiovaskuläre Erkrankungen stellen dabei die häufigste Todesursache bei Patienten mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung dar [3]. Die somatischen Erkrankungen sind zu einem gewissen Teil auf den Lebensstil der Patienten und die Nebenwirkungen der psychopharmakologischen Therapie zurückzuführen. Dies ist jedoch nur eine Seite der Medaille; die andere Seite ist jedoch, dass psychiatrische Patienten aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankung, teilweise auch von medizinischem Personal, stigmatisiert werden, so dass der Zugang zur somatischen Regelversorgung erschwert wird und sie somit keine leitliniengerechte somatische Diagnostik bzw. Therapie erhalten. Es ist daher essenziell, dass die Betroffenen regelmäßig hinsichtlich der somatischen Risikofaktoren gescreent werden und entsprechende Untersuchungen (siehe auch Tabelle 2) erfolgen. Nur so kann langfristig eine Verlängerung der Lebenserwartung erreicht werden.

Suizidalität

Bei depressiven Patienten ist das Risiko eines Suizids im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ca. 30-fach erhöht [5]. Bis zu 15 % aller Patienten mit schwerer depressiver Episode verstarben durch Suizid, über 70 % entwickeln Suizidgedanken i. R. der Episode. Es ist daher unerlässlich, das Thema Suizidalität offen und empathisch bei den Betroffenen anzusprechen (idealerweise am Ende der Exploration, wenn

eine gewisse Vertrauensgrundlage gelegt ist) und zu erfragen, ob Suizidgedanken bestehen, ob früher bereits Suizidversuche stattgefunden haben, ob konkrete Ausgestaltungsideen oder Pläne bestehen und ob es Gründe gibt, die den-/diejenigen von der Ausführung des Suizids abhalten. Durch das offene Ansprechen und Thematisieren der Suizidalität erhöht sich das Risiko, dass Patienten einen Suizid begehen, entgegen mancher Vorurteile nicht. Vielmehr kann durch das aktive Ansprechen eine Risikoabwägung stattfinden und ggf. sogar ein Suizid verhindert werden. Sollten sich die Patienten nicht klar und glaubhaft von akuter Suizidalität distanzieren können oder besteht der Eindruck, dass die Patienten diesbezüglich keine klaren Absprachen treffen können, besteht die Indikation zu einer notfälligen Vorstellung in der zuständigen psychiatrischen Klinik; in diesem Fall kann die sektorversorgende Klinik auf jeden Fall in die Pflicht genommen werden. Bei Vorliegen einer akuten Eigengefährdung erfolgt eine Einweisung bei akuter Eigengefahr ggf. auch gegen den Willen der Erkrankten in Begleitung des Rettungsdienstes und der Polizei.

Abgrenzung zur bipolaren Störung

Eine wichtige Differenzialdiagnose der unipolaren Depression stellt die depressive Episode im Rahmen einer bipolaren Störung dar. Mindestens die Hälfte aller bipolaren Störungen manifestieren sich primär mit einer depressiven Episode, sogenannte ‚hidden bipolars‘. Meist sind jedoch schon in einer frühen Phase der Erkrankung Symptome des manischen Pols durch eine detaillierte Exploration feststellbar. Zu diesen Symptomen zählen z. B. Phasen mit gesteigertem Antrieb oder auch Phasen mit hypomaner Stimmung. Besonders hilfreich können in diesem Zusammenhang Angehörige sein, da die Betroffenen häufig selbst diese Phasen nicht als pathologisch wahrnehmen. Eine Differenzierung zwischen einer unipolaren und einer bipolaren Depression ist zur Sicherstellung einer adäquaten Therapie, z. B. mit Medikamenten zur Stimmungsstabilisierung, und damit auch einer Verhinderung von ausgeprägten manischen Phasen wichtig. Bipolar affektive Störungen erfor-

dern in aller Regel zwingend eine psychopharmakologische, stimmungsstabilisierende Medikation und bedürfen damit einer anderen Behandlung als die unipolare Depression. Im Zweifelsfall ist hier eine fachärztliche Vorstellung anzustreben.

Therapie

Die nachfolgenden Empfehlungen orientieren sich an der nationalen Versorgungsleitlinie (NVL, S3-Leitlinien) „Unipolare Depression“ von 2015, die sich aktuell in Überarbeitung befindet und voraussichtlich Anfang 2022 neu aufgelegt wird. Die Therapie der Depression setzt sich aus mehreren Bausteinen zusammen und orientiert sich am Schweregrad der Symptomatik, an der Präferenz der Erkrankten und am aktuellen Stadium der Erkrankung, woraus sich die Akuttherapie (Ziel: vollständige Remission), die Erhaltungs-therapie (Ziel: Verhinderung eines erneuten Rückfalls während der aktuellen Krankheitsperiode) und die Rezidivprophylaxe (Ziel: Vermeidung einer neuen depressiven Episode) ergibt (s. Abb. 1). In allen Krankheitsphasen nehmen die Psychoedukation über die Erkrankung (Symptomatik, Verlauf, Behandlung, Entstehung, Risikofaktoren), die partizipative Entscheidungsfindung zusammen mit den Patienten und das Einbeziehen von Angehörigen einen großen Stellenwert ein. Zudem sollten depressive Patienten und Angehörige über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert werden.

Bei einer leichtgradigen depressiven Episode ist zunächst fürsorgliches Abwarten – auch „watchful waiting“ – genannt empfehlenswert. Von einer depressionsspezifischen Behandlung kann in diesem Zusammenhang zunächst abgesehen werden. Nach ca. zwei Wochen findet eine erneute Beurteilung der Symptomatik statt. Im Falle von anhaltender oder sogar zunehmender Symptomatik und im Falle einer Persistenz oder Verschlechterung ist entweder eine psychotherapeutische oder pharmakotherapeutische Behandlung empfohlen. Welche Therapiemethode zum Einsatz kommt, sollte in einem Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung zusammen mit den Patienten unter Berücksichtigung des individuellen Nutzen-Risiko-Profiles, der Patientenpräfe-

renz, früherer Erfahrungen und weichen Faktoren wie Wartezeiten etc. entschieden werden. Wenn es sich um eine schwere depressive Episode handelt, wird eine Kombination aus beiden Verfahren empfohlen.

Pharmakotherapie

Es stehen zahlreiche Antidepressiva aus verschiedenen Substanzklassen zur Verfügung, u. a. selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI), duale Wiederaufnahmehemmer wie Venlafaxin und trizyklische Antidepressiva (TZA) wie Amitriptylin. Alle zugelassenen Antidepressiva zeichnen sich durch eine vergleichbare Wirkung aus. Sie unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Nebenwirkungen und Interaktionen mit anderen Medikamenten. Üblich ist der Beginn mit einem SSRI, wie z. B. Sertralin (Anfangsdosis 50 mg morgens, Erhöhung der Dosis bei guter Verträglichkeit auf 100 bis zu 200 mg/die).

Die Dosis sollte schrittweise erhöht werden. Eine fundierte Beurteilung der Wirk-

samkeit kann aufgrund der Wirklatenz erst ca. vier Wochen nach Erreichen der Standarddosis erfolgen. Bleibt eine Besserung der Symptomatik aus, sollte eine Serumspiegelkontrolle des Wirkstoffes erfolgen (Therapeutisches Drug Monitoring/TDM), ggf. die Dosis angepasst werden oder bei einem Serumspiegel im therapeutischen Bereich mit einem Antipsychotikum der 2. Generation – z. B. Quetiapin – oder Lithium augmentiert oder die Substanzklasse gewechselt werden. Zur Entaktualisierung kann v. a. im stationären Rahmen zusätzlich die Gabe von Benzodiazepinen erfolgen. Dies ist besonders bei akuter Suizidalität oder ausgeprägten psychotischen Symptomen hilfreich. Benzodiazepine haben selbst keine antidepressive, lediglich sedierende und angstlösende Wirkung. Die alleinige Behandlung der depressiven Symptomatik mit Benzodiazepinen stellt insofern einen ärztlichen Kunstfehler dar. Die Therapie mit Benzodiazepinen im stationären Rahmen wird so kurz wie möglich gehalten, um eine iatrogen induzierte Benzodiazepin-Abhängigkeit zu vermei-

den. Das Verschreiben von Benzodiazepinen im ambulanten Rahmen ist aufgrund des hohen Abhängigkeitspotenzials nur beschränkt empfehlenswert und sollte nur von Beginn an zeitlich begrenzt, unter Prüfung von Kontraindikationen und unter engem Monitoring erfolgen. Bei Schlafstörungen kann der sedierende Effekt von augmentativ eingesetztem Quetiapin genutzt werden, ebenso ist die Gabe von antihistaminergen Substanzen wie Prothipendyl oder schlafanstoßend wirkenden Antidepressiva in geringer Dosis (z. B. Mirtazapin, Doxepin, Amitriptylin ret.) möglich.

Während der Erhaltungstherapie wird das Antidepressivum in gleichbleibender Dosis über 6–12 Monate nach Erreichen der Remission fortgeführt. Eine rezidivprophylaktische Behandlung sollte bei Patienten mit mindestens zwei schweren depressiven Episoden für mindestens zwei Jahre fortgeführt werden.

Im Sinne der Pharmakovigilanz sollten während der Therapie mit Antidepressiva regelmäßig folgende Parameter bestimmt werden: Leberwerte, Nierenwerte, klini-

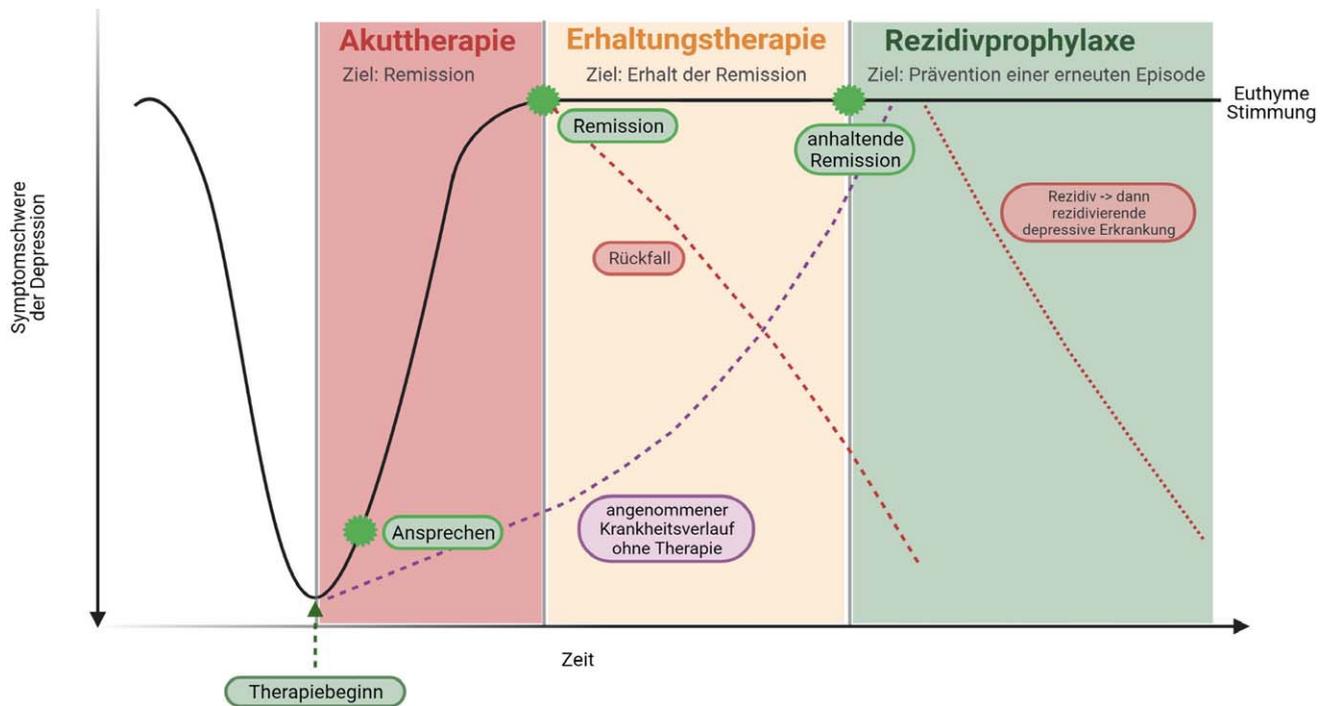


Abbildung 1. „Kupfer-Schema“ des Behandlungsverlaufs einer depressiven Episode. Der Therapieverlauf setzt sich aus drei Phasen zusammen. Während der Akuttherapie (rot) ist das Ziel die Remission der Symptomatik. Diese setzt mit einer Behandlung in der Regel rascher ein als der angenommene naturalistische Krankheitsverlauf ohne Therapie (lila gestrichelte Linie). Mit der anschließenden Erhaltungstherapie (gelb) soll ein Rückfall (rot gestrichelte Linie) verhindert werden. Hält die Remission an folgt die Phase der Rezidivprophylaxe (grün). Tritt in dieser Phase erneut eine depressive Symptomatik auf (rot gepunktete Linie), handelt es sich per definitionem um eine rezidivierende depressive Erkrankung. Erstellt mit Biorender.com.

sche Chemie, Blutbild (siehe Tabelle 2), EKG, Gewicht. Auch sollte auf Interaktionen mit dem CYP-System im Zusammenhang mit anderen Medikamenten geachtet werden. Hierzu ist therapeutisches Drug Monitoring (Bestimmung der Serumspiegel des Wirkstoffes) zu empfehlen, v. a. bei Antidepressiva mit geringer therapeutischer Breite wie z. B. TZA.

Psychotherapie

Eine psychotherapeutische Behandlung wird bei einer moderaten oder schweren depressiven Episode empfohlen, bei letzterer in Kombination mit medikamentöser Therapie. Dabei können verschiedene Verfahren zum Einsatz kommen. Im ambulanten Rahmen werden von den Krankenkassen die Kosten für eine Verhaltenstherapie, eine tiefenpsychologisch fundierte/analytische Psychotherapie und Systemische Therapie übernommen. Von allen Verfahren hat die Verhaltenstherapie mit Abstand die beste Evidenz in der Behandlung depressiver Erkrankungen. Ein balancierter, direkter Vergleich der psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Wirksamkeit ist aufgrund der unterschiedlichen Methodik der vorliegenden Studien schwierig. Medikamentenstudien sind meist randomisiert, doppelt verblindet und placebokontrolliert. Dies wird bei psychotherapeutischen Studien häufig nicht angewandt, insbesondere erfolgt gerade bei älteren Studien nur ein Vergleich gegen Wartelisten und es liegt keine Verblindung vor. Eine pragmatische Empfehlung ist: Je schwerer eine depressive Episode ist, desto früher

sollte eine medikamentöse Therapie zum Einsatz kommen, zu der dann je nach Verfügbarkeit und Krankheitszustand des Patienten eine Psychotherapie hinzugefügt werden sollte. Der Goldstandard für die Therapie einer schweren depressiven Episode ist zweifelsfrei eine Kombination von Pharmako- und Psychotherapie.

Ausblick

Aktuell sind sowohl in Diagnostik, Therapie als auch Versorgung depressiver Erkrankungen Innovationen zu erwarten. Im Hinblick auf die Diagnose von Depressionen wird wahrscheinlich die Heterogenität der Krankheitsgruppe zusehends aufgelöst werden; die Entwicklung von Biomarkern wird diese Subtypisierung begleiten und in den kommenden Jahren zunehmend den Weg in die Routineversorgung finden. 2020 wurde mit Esketamin intranasal der erste grundlegend neue pharmakologische Wirkmechanismus in der Depressionsbehandlung durch die EMA zugelassen, und derzeit sind weitere vielversprechende Verfahren in fortgeschrittener klinischer Prüfung. Neurostimulatorische Therapieverfahren – invasive wie nichtinvasive – werden ebenso weiterentwickelt und zunehmend routinemäßig eingesetzt, und Psychotherapiestudien der neuen Generation erlauben zusehend besser eine Einschätzung von Therapieeffekten im Sinne der evidenzbasierten Medizin. Eine weitere Verbesserung der Behandlung insbesondere leichter und moderater depressiver Episoden ist durch den zunehmenden Einsatz telemedizinischer Me-

thoden und digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGAs) zu erwarten, und die Implementation des Disease Management Programms „Unipolare Depression“, die dieses Jahr erfolgen wird, dürfte ebenfalls die Versorgung depressiv erkrankter Menschen durch stärkere Einbeziehung des allgemeinärztlichen Kontexts verbessern.

Die Behandlung von an Depressionen leidenden Patienten ist und bleibt also eine interdisziplinäre, multimodale Herausforderung. Vor allem aber ist sie aufgrund der Nähe zum Menschen und des sehr guten Erfolges einer korrekt durchgeführten Therapie eine der befriedigendsten ärztlichen Tätigkeiten: „Es gibt wenige eindrucklichere Erlebnisse als einen Patienten, der in der akuten schweren Episode antriebsgehemmt und zutiefst verzweifelt erschien, nach Remission wieder gesund am normalen Leben teilhaben zu sehen. Dieses Erlebnis motiviert immer wieder aufs Neue, Depressionen mit dem gesamten Arsenal des psychiatrisch-psychotherapeutischen Instrumentariums zu behandeln.“

Dr. med. Mareike Aichholzer
Prof. Dr. med. Andreas Reif
Dr. med. Christine Reif-Leonhard

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt – Goethe Universität, Frankfurt am Main

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

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärztinnen und Ärzte & Medizinstudierende“

Mit der Rubrik „Junge Ärztinnen und Ärzte & Medizinstudierende“ möchten wir Ihnen – Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung & Medizinstudierenden – eine Plattform für Gedankenaustausch und Informationen bieten. Sie entscheiden, worüber Sie schreiben wollen: Studententipps, Berufsstart, Rat für Kolleginnen und Kol-

legen, Teamwork im Krankenhaus oder in der Forschung, Wünsche für Weiterbildung oder Vereinbarung Familie & Beruf: Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte?

Schicken Sie Ihre Texte bitte per E-Mail an: katja.moehrle@laekh.de

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.

Literatur zum Artikel:

Depressive Erkrankungen: Diagnostik und Therapie

Dr. med. Mareike Aichholzer, Prof. Dr. med. Andreas Reif, Dr. med. Christine Reif-Leonhard

- [1] Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*. 2016;87(1):88–90.
- [2] Global regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.
- [3] De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10(1):52–77.
- [4] Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LA, Jacobi F. Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill: A German Registry Study. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2019;116(23–24):405.
- [5] Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British journal of psychiatry*. 1997;170(3):205–28.
- [6] Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry*. 1991.



„Erst kommt der Patient und dann der Profit“

124. Deutscher Ärztetag diskutiert über Lehren aus Corona und assistierten Suizid

Der 124. Deutsche Ärztetag war ein Novum. Pandemiebedingt musste die Tagung, die eigentlich in Rostock hätte stattfinden sollen, online veranstaltet und auf zwei Tage verkürzt werden. Während u.a. die Lehren aus dem Corona-Krisenmanagement, ärztliche Weiterbildung, Klinik- und Notfallreform, GOÄ-Novelle und assistierter Suizid auf dem Programm standen, soll das Thema „Klimaschutz und Gesundheit“ Schwerpunkt eines möglichen Präsenz-Ärztetages im Herbst sein. Zum ersten Mal in ihrer Amtszeit meldete sich Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel (CDU) mit einer Videobotschaft zu Wort, um der Ärzteschaft „für ihren aufopferungsvollen Einsatz für die Patienten, wie auch beim Testen und Impfen“ in der Corona-Pandemie zu danken.

Kritische Bilanz

Dass das Gesundheitswesen in Deutschland in der Corona-Pandemie enorm belastet, aber im Gegensatz zu vielen anderen Ländern zu keinem Zeitpunkt überlastet gewesen sei, stellte Bundesärztekammerpräsident Dr. med. Klaus Reinhardt zum Auftakt des Online-Ärztetages fest. Dies habe an dem beispiellosen Einsatz von Ärztinnen und Ärzten aus allen Versorgungsbereichen und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gelegen. Zugleich zog Reinhardt auch eine kritische Bilanz. So hätten die zurückliegenden Monate Defizite in der Organisation des Gesundheitswesens deutlich gemacht. Eine Lehre aus der Krise sei, dass das Gesundheitswesen nicht weiter ausgedünnt werden dürfe. Eindringlich warnte er vor einer weiteren Kommerzialisierung: „Erst kommt der Patient und dann der Profit. Das muss sich endlich in das kollektive Gedächtnis einbrennen.“

Neben einer verbesserten Planung von Krisenstäben forderte der Bundesärztekammerpräsident eine verbesserte strukturelle, technische und vor allem personelle Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Auch die deutschen Krankenhäuser erhielten zu wenig

Geld, kritisierte Reinhardt und machte dafür die Bundesländer verantwortlich, die ihrer Pflicht zur Finanzierung von Investitionen meist nur völlig unzureichend nachkämen. Da ein weiterer Appell nicht genüge, müsse der Bund die Krankenhäuser dauerhaft zusätzlich finanzieren.

Spahn: „Nicht katastrophal gelaufen“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) gab sich in seiner Rede zuversichtlich, dass man sich bei der Bewältigung der Pandemie auf dem richtigen Weg befinde. Dennoch mahnte er weiter zur Vorsicht. Die Corona-Krise habe viel Leid verursacht, nicht nur durch Krankheit und Tod, sondern auch durch soziale Härten, bilanzierte Spahn. Allerdings wehrte er sich gegen den medial geschürten Eindruck, in der Krise sei „alles katastrophal“ gelaufen. Nachdem nach Ostern die Arztpraxen ins Impfen eingebunden wurden, sei der „große Turbo“ eingeschaltet worden.

Digitalisierung kein Selbstzweck

Die Pandemie habe gezeigt, dass es noch Nachholbedarf bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen gebe, hatte Reinhardt in seiner Rede erklärt, und gleichzeitig vor Digitalisierung als reinem Selbstzweck gewarnt. Diese müsse sich in erster Linie an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren. Im Gespräch mit dem Bundesgesundheitsminister betonte er, dass die Details der digitalen Anwendungen sinnvoll geregelt werden müssten. Aktuell bestehe das Hauptproblem in den gesetzlich festgelegten Fristen, welche kaum zu halten seien und deshalb ausgesetzt werden müssten.

Spahn appellierte an die Ärzteschaft, sich möglichst schnell um einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) zu bemühen, da dieser zwingende Voraussetzung für viele kommende TI-Anwendungen sei. Der Bundesgesundheitsminister sicherte zu, dass sanktionsbewehrte Fristen für die zeitnah vorgesehene Einführung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) dort ausgesetzt werden

würden, wo sie von der Ärzteschaft unverschuldet nicht zu halten seien.

Pandemiemanagement optimieren

Dem Auftakt des Ärztetages schlossen sich bis in den Abend hinein lebhaft Diskussionen an. Als Konsequenz aus dem Umgang mit der Corona-Pandemie forderten die Delegierten in einem mit großer Mehrheit gefassten Beschluss zur gesundheits- und sozialpolitischen Generalausprache die Optimierung des Pandemiemanagements in Deutschland. Neben der Einrichtung fester Krisenstäbe der Bundesländer sollten Reserven für wichtige Medizinprodukte, Arzneimittel und Impfstoffe angelegt und innereuropäische Produktionsstandorte dafür ausgebaut werden.

Struktureller Reformbedarf

Mit Blick auf den strukturellen Reformbedarf im Gesundheitswesen forderte das Ärzteparlament die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Neuregelung der Krankenhausplanung und -finanzierung, die Sicherung ambulanter Versorgungsstrukturen, den Ausbau der Digitalisierung sowie weitere Anstrengungen zur Fachkräftegewinnung im Gesundheitswesen. Auch sprach sich der Ärztetag für eine Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit der Beschäftigten im Gesundheitswesen und die Förderung von Vernetzung und Kooperationen innerhalb und zwischen den jeweiligen Versorgungsbereichen aus. Amtsärztinnen, Amtsärzte und ihre Mitarbeitenden hätten in der Corona-Pandemie Herausragendes geleistet, betonte der Ärztetag. Neben einer tariflich gesicherten, arzt-spezifischen Vergütung der Amtsärztinnen und Amtsärzte sollten die angedachten Maßnahmen der Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) zur Stärkung des ÖGD in der ärztlichen Ausbildung zeitnah umgesetzt werden.

Patientengerechte Krankenhausplanung

Nachdrücklich forderte das Ärzteparlament die Sicherung einer patientenge-

rechten Krankenhausplanung, -finanzierung und -vergütung. Neben einem stärkeren Engagement der Bundesländer zur Auflösung des Investitionsstaus von derzeit mindestens sieben Milliarden Euro pro Jahr sei eine dauerhafte additive Kofinanzierung durch den Bund notwendig. Um dem zukünftigen Versorgungsbedarf gerecht zu werden und die Fehlanreize des G-DRG-Fallpauschalensystems zu beheben, müsse die bisherige erlösorientierte Krankenhausbetriebsmittelfinanzierung grundlegend reformiert werden.

Arztpraxen unterstützen

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und insbesondere auch die Medizinischen Fachangestellten trügen maßgeblich dazu bei, die Corona-Pandemie zu bewältigen und das Gesundheitssystem vor Überlastung zu schützen, betonte das Ärzteparlament. Im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung, auch über Krisenzeiten hinaus, wurden Bund und Länder dazu aufgefordert, die ambulanten Strukturen zu sichern und zukunftsfähig zu machen. Der in der Pandemie eingeführte Schutzschirm für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müsse als Schutzinstrument für den Bedarfsfall dauerhaft im SGB V verankert werden. Die Delegierten unterstützten die Forderung des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V., die herausragenden Leistungen der Medizinischen Fachangestellten in der Pandemie nach dem Vorbild der Pflege mit einem steuerfinanzierten Bonus zu würdigen.

Neuer Facharzt für Infektiologie

Am Vormittag des zweiten Sitzungstages standen Änderungen und Ergänzungen zur (Muster)-Weiterbildungsordnung (MWBO) von 2018 auf der Tagesordnung. Zu den Änderungswünschen an der bis jetzt in 14 von 17 Landesärztekammern in das jeweilige Landesrecht umgesetzten MWBO gehörte u. a. die Aufnahme der „Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit“ in die Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung. Diesem Antrag stimmten die Abgeordneten mit großer Mehrheit zu. Vor dem Hintergrund des Pandemiegeschehens wurde auch die Einführung der neuen Facharztweiterbildung „Infektiologie und Innere

Medizin“ zunächst breit diskutiert und dann mit großer Mehrheit beschlossen. Dr. med. Wolf Andreas Fach (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen), Präsidiumsmitglied und Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), lobte die neue Facharztweiterbildung als „sinnvolles Add-On“ und als ein wichtiges inhaltliches Fach. Erklärtes Ziel der Neueinführung ist es, gemeinsam mit den Gebieten „Hygiene und Umweltmedizin“ und „Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“ sowie der weiterhin bestehenden Zusatz-Weiterbildung „Infektiologie“ infektiologisches Wissen in der Breite und Tiefe der MWBO zu verankern.

Qualitätssicherung der Weiterbildung

Seit seinem Start am 01.07.2020 wird das eLogbuch aktuell von 10 der 17 Landesärztekammern verwendet. Zukünftig sollen eine Befugtensuche integriert und die Barrierefreiheit verbessert werden. Auch sollen Unterschiede zwischen den länderspezifischen WBOs in Zukunft visuell leicht erkennbar werden. Fach forderte die Bundesärztekammer dazu auf, sich über einheitliche Programme zur Qualitätssicherung in der Weiterbildung zu verständigen. Den zugehörigen Antrag, der die bundesweite Qualitätssicherung der Weiterbildung – neben eLogbuch und der abschließenden Prüfung – auch über qualitative Interviews und Befragungsprojekte ins Zentrum rückt, nahmen die Abgeordneten mit großer Mehrheit an.

Ärztlich assistierter Suizid

Sachlich und konzentriert, einfühlsam und ethischen Überzeugungen verpflichtet: Die von Dr. Klaus Reinhardt souverän moderierte, vierstündige Debatte über den ärztlich assistierten Suizid war von hohem Niveau. Zum Hintergrund: Das Bundesverfassungsgericht hatte in seinem Urteil vom 26. Februar 2020 den § 217 Strafgesetzbuch, der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellte, für nicht mit dem Grundgesetz vereinbar und damit für nichtig erklärt. Es leitete in seiner Entscheidung aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie ein „Recht auf selbstbe-



124. Deutscher Ärztetag

stimmtes Sterben“ ab, das die Freiheit einschließt, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen.

„Suizidassistenz ist keine ärztliche Aufgabe“ sagte Bundesärztekammerpräsident Dr. med. Klaus Reinhard. Dies schließe nicht aus, dass ein Arzt einem leidenden Patienten im Einzelfall nicht helfen dürfe.

„Wir wollen klarstellen, dass wir die Gewissensentscheidung des einzelnen Arztes akzeptieren und nicht mehr als Berufspflichtverletzung ahnden wollen“, sagte BÄK-Vorstand Sanitätsrat Dr. med. Josef Mischo. Die Delegierten des Deutschen Ärztetages beschossen, Satz 3 in Paragraph 16 der Muster-Berufsordnung (MBO) zu streichen und hoben damit das Verbot ärztlicher Suizidbeihilfe auf.

Eine große Mehrheit des Ärzteparlaments stellte sich auch hinter einen u. a. von Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund), Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, eingebrachten Beschlussantrag, eine Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten zur Mitwirkung beim assistierten Suizid ausdrücklich abzulehnen. Die „Herbeiführung des Todes war und ist nie Ziel einer ärztlichen Heilbehandlung“, hieß es in einem u. a. von Dr. med. Christoph Stork (LDÄÄ), Delegierter der Landesärztekammer Hessen, eingebrachten und ebenfalls mit großer Mehrheit beschlossenen Antrag. Für ihn sei es unvorstellbar, in einer Beratungsstelle als Arzt einen Sterbewilligen zu begutachten, der nicht sein Patient ist, sagte Dr. med. Pierre Frevert (LDÄÄ), ebenfalls Delegierter der LÄKH. Die Diskussion werde mit dem Ärztetag nicht zu Ende sein, erklärte Reinhardt.

Katja Möhrle
Alla Soumm

„Wir wollen nicht nur mitgemeint sein, wir wollen, dass man uns sieht“

Frauen müssen sich besser vernetzen – Verein „Die Chirurginnen e.V.“ in Marburg gegründet

„Gemeinsam einfach besser“ – so lautet das Motto, für das der Verein „Die Chirurginnen e.V.“ in erster Linie steht. Im Januar diesen Jahres gegründet, zählt er mittlerweile bereits fast 500 Mitglieder. Alles Chirurginnen, die sich in den unterschiedlichsten Positionen ihrer Laufbahn befinden: von der Studentin bis hin zur Ordinaria.

Prof. Dr. med. Katja Schlosser, Präsidentin des Vereins und Chefärztin der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am Agaplesion Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen in Gießen, erzählt im Gespräch, warum ein eigener Verein für Chirurginnen so wichtig ist und was dieser seinen Mitgliedern bietet.

Frau Prof. Schlosser, erzählen Sie uns, warum haben Sie den Verein „Die Chirurginnen“ gegründet?

Prof. Dr. med. Katja Schlosser: Frauen haben zu wenige Vorbilder, wir vernetzen uns bislang nicht genug. Männer machen das deutlich besser. Bereits im Jahr 2012 habe ich auf Facebook und Xing daher ein Chirurginnen-Netzwerk gegründet. Ein echter Austausch gelang über diese beiden Plattformen leider nicht. Über das Chirurginnen-Netzwerk bin ich aber in den Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) gekommen und habe dort viele Jahre das Referat der Chirurginnen geleitet. 2020 habe ich die Referatsleitung im BDC abgegeben. Das hatte verschiedene Gründe: Zunächst wurde darüber diskutiert, ob man ein Referat eigens für Chirurginnen überhaupt noch braucht. In abgewandelter Form wurde das Referat unter dem neuen Namen „Beruf und Familie“ weitergeführt. Das, worum es mir ging, konnte ich in dieser Konstellation nicht verwirklichen.

Worum geht es Ihnen?

Schlosser: Unter den Weiterbildungsassistentinnen in der Chirurgie nimmt die Zahl der Frauen stetig zu. Leider erreichen die wenigsten dieser Frauen eine Oberarztposition. Auch verlieren wir einen relevanten Anteil dieser Frauen während der Ausbildung. Und das hat nicht nur damit zu tun, dass diese Frauen Kinder bekommen und eine Familie gründen. Die Gründe sind vielschichtiger.

Was haben Sie dann gemacht?

Schlosser: Auf der Facebook-Seite des Chirurginnen-Netzwerkes habe ich gepostet, dass ich die Leitung des Referates abgegeben habe, aber das Facebook-Netzwerk weiterführen möchte und angeboten, dass sich die Frauen auch weiterhin bei Problemen in der Klinik oder auch bei Fragen zu Vertragsverhandlungen jederzeit bei mir melden können. In einem Nebensatz habe ich fallenlassen, dass ich mir schon vor Jahren gedacht habe, wir müssten einen eigenen Verein gründen. Daraufhin passierte etwas, was vorher noch nie passiert war und womit ich überhaupt nicht gerechnet habe. Es meldeten sich so viele Frauen, die sagten, das machen wir, ich bin dabei!

Und so kam es im November 2020 zum ersten Zoom-Meeting, bei dem wir gemeinsam überlegten, ob und wie wir das realisieren können. Wir haben dann zunächst den Ärztinnenbund kontaktiert mit der Überlegung, ob wir uns unter deren Dach formieren. Wir haben uns schließlich für eine eigene Gruppierung, ähnlich der „Association of Women Surgeons“ in Amerika, in enger Kooperation mit dem Deutschen Ärztinnenbund entschieden. Am 6.12.2020 haben wir eine WhatsApp-Gruppe mit gerade mal 20 Frauen eröffnet. Keiner von uns war damals klar, dass die maximale Anzahl in so einer Chatgruppe 256 Teilnehmerinnen beträgt und dass das bereits in kürzester



Foto: privat

Prof. Dr. med. Katja Schlosser: „Wir wollen gerade die jungen Frauen erreichen, die in Kliniken arbeiten, wo es vielleicht maximal eine Oberärztin gibt oder auch gar keine Frau.“

Zeit zu einem Problem werden könnte. Zu diesem Zeitpunkt haben wir noch nicht aktiv versucht, Mitglieder zu gewinnen, sondern erst einmal überlegt, welche Form wir dem Verein geben könnten. Aber wir sind buchstäblich überrannt worden. Mitte Januar 2021 hatten wir schon über 256 Frauen zusammen und mussten die Gruppe teilen. Wenn ich mal 5 Stunden am Stück im OP war, hatte ich danach nicht selten 500 Nachrichten. WhatsApp ist mir regelmäßig abgestürzt. Der Redebedarf war und ist nach wie vor einfach enorm.

Austausch via Messenger – das klingt sehr niederschwellig...

Schlosser: Ja, aber uns ist sehr wichtig, dass wir wertschätzend miteinander umgehen. Frauen wird ja gerne eine gewisse Stutenbissigkeit unterstellt. Das

gibt es bei uns nicht. Es war von vornherein klar, wir wollen das machen, um dem Nachwuchs eine Stütze zu sein und dafür braucht es ein für diese Zielgruppe entsprechendes niederschwelliges Angebot. Wir wollen gerade die jungen Frauen erreichen, die in Kliniken arbeiten, wo es vielleicht maximal eine Oberärztin gibt oder auch gar keine Frau. Diese sollten sich an uns wenden können, wenn sie ein Problem haben, ohne dass sie starre hierarchische Strukturen überwinden müssen.

Wir wollen auch ganz bewusst nicht nur in die Ecke „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ gedrängt werden. Das tun wir Frauen auch ohne unseren Verein. In fast allen Fachgesellschaften gibt es außerdem bereits so ein Referat. Es ist unserer Ansicht nach an der Zeit, dass sich gerade die Männer in einem solchen Referat mit einbringen.

Wenn die Vereinbarkeit von Beruf & Familie bei den „Chirurginnen“ nicht im Vordergrund steht, was dann?

Schlösser: Wir wollen alle Aspekte unseres Berufs abbilden. Es macht uns Spaß, zu operieren, wir wollen gerne forschen. Wir wollen lehren, wir wollen führen. Und wir haben überhaupt keine Lust mehr, als Ausnahme angesehen zu werden, wenn wir in eine Leitungsfunktion gehen. Wir wollen trotz Schwangerschaft und Kindern eine Chance zur Weiterbildung bekommen und schwanger operieren dürfen, wenn wir das wollen. Wir wollen den Frauen in unserem Verein helfen, dass sie gehört und gesehen werden. Man muss sich nur einmal die wichtigen Zeitschriften in der Chirurgie ansehen, die heißen „Der Chirurg“, „Der Unfallchirurg“ oder „Der Orthopäde“. Das betrifft aber alle Fachgebiete, nicht nur die chirurgischen Fächer. 70 Prozent aller Medizinstudierenden sind Frauen und die werden schon im Namen ausgegrenzt. Man soll sich immer mitgemeint fühlen. Wir wollen aber nicht nur mitgemeint sein, wir wollen auf Augenhöhe mitgestalten.

Gendersensible Sprache ist in der öffentlichen Diskussion gerade ja auch ein großes Thema.

Schlösser: Unsere Gesellschaft hat aufgrund des üblichen maskulinen Generi-

kums in unserem chirurgischen Sprachgebrauch einfach keine Frau vor Augen, wenn „Prof. XYZ“ auf einem Schild steht. Das spiegelt sich selbst in großen Sitzungen wieder. Da wird der männliche Kollege mit vollem Titel angesprochen man selbst als Frau XYZ. Das geht einfach nicht. Entweder es werden alle mit vollem Titel angesprochen oder gar keine:r.

Dennoch: Wie steht es um die Vereinbarkeit von Kind(ern) und Karriere in der Chirurgie?

Schlösser: Nicht wenige Frauen in der Chirurgie verzichten auf Kinder. Und die, die Kinder bekommen, kommen meist nicht weiter. Da kommt der bekannte Karriereknick. Schwangere Frauen dürfen nicht mehr in den OP und später ist es auch nicht selbstverständlich, sich Hilfe bei der Kinderbetreuung zu holen. Als Frau kann man es einfach nicht richtigmachen. Wenn man Vollzeit arbeitet, gilt man als Rabenmutter. Arbeit in Teilzeit wird hingegen häufig als mangelndes Engagement gewertet. Finde deinen eigenen Weg und fühle dich damit wohl – das wollen wir mit unserem Verein auch transportieren. Viele Mitglieder unseres Vereins, mich eingeschlossen, sind Mütter und wir beweisen, dass Kind und Karriere geht. Wir wollen gerade den jüngeren mit unserer Erfahrung zur Seite stehen und ihnen Mut machen, sich diesem für uns schönsten Fach der Medizin zu verschreiben.

In unglaublich kurzer Zeit zählt ihr Verein bereits über 300 Chirurginnen. Was ist Ihr Erfolgsrezept?

Schlösser: Wir haben eine ganz andere Kultur miteinander zu reden. Wir chatten und wir haben uns von Anfang an für ein „Du“ untereinander entschieden. Viele Chefärztinnen, die diesen harten Weg gegangen sind, tun sich anfangs damit etwas schwer, aber uns trennt so viel weniger, als das, was uns verbindet. Es macht es außerdem einfacher. Die Hierarchien verflachen sich und die Jüngeren haben viel weniger Hemmungen, etwas zu fragen und sich zu öffnen. Das trifft wohl den Nerv der Zeit.

Mittlerweile kommunizieren wir über einen Messenger namens Siilo, bei dem wir



eine unbegrenzte Teilnehmerinnenzahl haben und der extra für den Medizinbereich entwickelt wurde. Siilo hat uns eine Plattform für unseren Verein eingerichtet, mit diversen Chatgruppen und Informationskästen zu den unterschiedlichsten Themengebieten, wie z.B. „Interessante Fälle“ oder Arbeitsgruppen wie die AG Nachwuchs, AG Hospitation oder die AG Wissenschaft. Wir haben eine Webakademie mit Fortbildungspunkten etabliert und im April ein Mentoringprogramm gestartet, an dem sich über 120 Mitglieder beteiligen. Es gibt z.B. auch eine Nachtdienst-Chatgruppe, die sich vor allem an junge Ärztinnen richtet. Wenn diese während der ersten Nachtschichten ein Problem haben und ihre:n Vorgesetzte:n nicht anrufen möchten, bekommen Sie Rat in der Chatgruppe – es dauert meist keine 10 Minuten und funktioniert hervorragend. Bevor es unseren Verein gab, hat jede Frau für sich alleine versucht, das Beste aus ihrer beruflichen Situation zu machen. Frauen sind im Privaten außerordentlich gut darin, sich zu vernetzen, aber sie waren es bislang nicht in Bezug auf Beruf und fachliche Fragestellungen. Das ändern wir gerade.

Interview:
Maren Grikscheit & Dr. med. Peter Zürner

Angebote des Vereins „Die Chirurgeninnen e.V.“

Arbeitsgruppe Mentoring

Wir bieten für die Ärztinnen des Vereins ein Mentoringprogramm an, wobei die Zuteilung auf die Bedürfnisse der jeweiligen Mentee zurechtgeschnitten wird. Hier ist nicht nur eine fachliche oder wissenschaftliche Unterstützung möglich, sondern auch eine Begleitung in schwierigen Lebenslagen und in komplikativen Arbeitsumgebungen. Über unser Mentoringprogramm können wir eines unserer Hauptziele, Frauen in der Chirurgie in ihrer klinischen oder wissenschaftlichen Karriereplanung zu unterstützen, direkt verwirklichen. Letztlich kann und sollte jede Chirurgin eine helfende Hand bereitstellen und für die nächstjüngeren als Rollenmodell zur Verfügung stehen.

Arbeitsgruppe Arbeitszeit / Kids and Surgery

Diese Arbeitsgruppe beschäftigt sich intensiv mit der Entwicklung kluger Arbeits-, Ausbildungs- und Teilzeitmodelle unter Berücksichtigung des Arbeitsrechts. Diese Arbeitsgruppe will Wege aufzeigen, wie eine Vollzeitarbeitsstelle mit Kindern organisiert oder wie bei einer Reduktion auf eine Teilzeitstelle das Recht auf eine Vollzeitstelle erhalten werden kann oder wie z. B. durch ein Splitting zwischen Präsenz- und Homeoffice keine Zeit bis zum Facharzt verloren geht.

Arbeitsgruppe Operieren in der Schwangerschaft (OPIDS)

Die Phase der Familiengründung und der Schwangerschaft stellt für viele Chirurgeninnen einen Einschnitt in die berufliche Entwicklung dar. Noch vor einigen Jahren wurde mit der Mitteilung der Schwangerschaft in vielen Fällen automatisch ein Beschäftigungsverbot erteilt. Um diese Situation zu verbessern, gründeten Dr. Maya Niethard und Dr. Stefanie Donner zusammen mit dem Jungen Forum der DGOU die Initiative „Operieren in der Schwangerschaft“ und erstellten Handlungsempfehlungen im Einklang mit der aktuellen Gesetzeslage. Zusammen mit allen Chirurgeninnen möchten wir ein starkes Netzwerk bilden, um Schwangere zu

unterstützen und zu beraten, die ihre operative Tätigkeit fortsetzen möchten.

Arbeitsgruppe Wiedereinstieg

Ein Wiedereinstieg in den Beruf kann mit einer guten Strategie und Vorbereitung jeder Chirurgin auch nach längerer Auszeit gelingen. Wir möchten Motivation fördern und Selbstbewusstsein stärken, um eine erfolgreiche Rückkehr in die Chirurgie meistern zu können. Diese Arbeitsgruppe beschäftigt sich exklusiv mit dem Wiedereinstieg nach Arbeitspausen (z. B. nach längerer Krankheit, Auslandsaufenthalt oder Sabbatical).

Arbeitsgruppe Nachwuchs

Hier wenden wir uns an Studentinnen und PJlerinnen, die die Chirurgie als Berufswahl ins Auge fassen, sowie Ärztinnen am Anfang ihres Berufswegs: wir bieten über Siilo eine Chatgruppe an, die sich jeden Freitag mit einem bestimmten Thema befasst und in der übrigen Zeit ein Forum für alle Sorgen beim Berufseinstieg bietet.

Troubleshooting

Hierüber kann sich jedes ordentliche Mitglied per E-Mail an uns wenden, egal welches Problem bezüglich der Tätigkeit als Chirurgin besteht. Ob Unterstützung bei der Karriereplanung, Schwierigkeiten, Beruf und Familie unter einen Hut zu bekommen oder akute oder grundsätzliche Probleme mit Kolleg*innen/Abteilungsleitungen.

Arbeitsgruppe Achtsamkeit

Achtsamkeit. Gefühl. Mitgefühl. Selbstführung und Führung. Raum schaffen. Sein. Alltag. Kleinigkeiten. Ein Fass, das überläuft. Voller Zuversicht, Vertrauen und Leichtigkeit. In der Arbeitsgruppe „Achtsamkeit und Selbstfürsorge“ sind alle Chirurgeninnen willkommen, die Lust auf Mehr haben.

Arbeitsgruppe Wissenschaft

Innerhalb unseres Netzwerkes möchten wir unsere Mitglieder bei der Durchführung von Forschungsvorhaben unterstützen. Gerade in diesem Bereich ist die Ori-

entierung am Karrierebeginn oft schwierig, und sowohl die AG Wissenschaft als auch das Mentoringprogramm können durch Erfahrungsaustausch und Bündelung von Ressourcen sehr hilfreich sein. Durch Hilfe bei der Umsetzung wissenschaftlicher Projekte, bei der Beantragung von Fördermitteln und durch Bündelung von Synergien oder auch der Bildung gemeinsamer neuer Arbeitsgruppen soll hier ein aktiver Beitrag dazu geleistet werden, Frauen auf dem Weg nach oben zu fördern und zu fordern.

Arbeitsgruppe Niederlassung

Ob man eine eigene Praxis neu gründet, einen Sitz übernimmt oder in eine Gemeinschaftspraxis einsteigt, es gibt viele Wege in die Selbstständigkeit. Jede Option hat ihre Vorteile und auch Fallstricke. Wenn man sich mit dem Abschied aus der Klinik beschäftigt, werden zahlreiche Fragen aufkommen und manche Informationen bekommt man einfach nicht über die Starterberatung der KV oder andere Quellen. Was wird für einen Zulassungsantrag gebraucht? Welche Zusatzbezeichnungen sind hilfreich? Wie viele Stunden muss ich eigentlich arbeiten? Wer hilft mir bei Fragen der Finanzierung? Welche Versicherungen brauche ich? Wie funktioniert die Abrechnung? Was muss man bei ambulanten Operationen beachten bzw. wie werde ich Belegärztin? Was gilt für die Heilmittelverordnung?

Chatgruppen und Informationen auf unserer Siilo-Plattform:

Alle Chirurgeninnen kommen zunächst in den „CHIRURGINNEN-FORUM“-Chat – in diesem kann man sich locker austauschen und unterhalten.

Des Weiteren gibt es Chats u. a. für Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie oder auch für Notfallmedizin.

Außerdem gibt es die Chats „Oberärztinnen“ und „Nachtdienst“ – In diesem Chat bieten wir jungen Kolleginnen für die Dienste ein Back-up. Es handelt sich um Vorschläge und keine verbindlichen Therapieempfehlungen.

Leserbriefe Teil 2 zu: „Ihr seid doch mit gemeint!“ von Dr. med. Christine Hidas, HÄBL 05/2021, S. 278

Sehr geehrte Frau Hidas, vielen Dank für Ihren Beitrag! Der war schon lange überfällig. Ergänzend teile ich noch mit, dass sämtliche Formulare der KV auch nur Therapeuten, die männliche Form ansprechen. Dabei sind die Therapeutinnen in der Überzahl. Als ich das der KV schrieb, kam da keine Antwort.

Es ist noch ein langer Weg bis sich die im Grundgesetz stehende/verankerte Gleichstellung durchgesetzt hat. Ich bin bloß froh, dass Sie nun dem Präsidium angehören, da waren die Männer ja lange genug unter sich.

Dr. med. Barbara Bojack
Gießen

Sehr geehrte Frau Kollegin, zunächst einmal beneide ich Sie um die Zeit für die Beantwortung von Einladungen verschiedener Pharmafirmen, die bei mir meist ungeöffnet im Altpapier landen. Und ich gebe Ihnen gerne Recht. Die holprige Anrede: Frau Stabsarzt in der Bundeswehr hielt sich auch jahrzehntelang – jetzt tut sich endlich etwas in die richtige Richtung. Seit kurzem will die Politik die Soldaten aus Afghanistan zurückholen. Sollen die Soldatinnen etwa zurückgelassen werden?

Die geschlechterneutrale Sprache wäre in der Tat einfach umzusetzen, und zwar ohne (l), *, : und ähnliche Verunstaltungen. Soldatinnen und Soldaten kann durch Streitkräfte, Polizeikräfte, und Studentinnen und Studenten durch Studierende ersetzt werden. Das klingt zwar etwas unpersönlich, grenzt aber Niemanden aus.

Vor allem in der Zahnheilkunde ist die große Mehrheit der Studierenden weiblich, und das nicht erst seit gestern. Und daher setze ich Ihrem Aufruf zur paritätischen Besetzung von Vorsitzen den Aufruf entgegen: Stellt euch auf und lasst euch wählen. „Ihr seid doch auch mit gemeint“ – dieses vermisste ich allerdings in der nicht neuen Debatte seit Jahren auch wo anders. Täterinnen und Täter, Mörderinnen und Mörder höre und lese ich höchst selten. Und deswegen fordere ich nicht nur den respektvollen, höflichen und korrekten Umgang miteinander, sondern auch den ehrlichen.

Dr. med. Dr. med. dent.
Martin Trinder

Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Liebe Kolleginnen und Kollegen, den Hinweis auf „Genderneutrale Sprache“ auf Seite 326 des Hess. Ärzteblattes empfinde ich schon als peinlich. Der von einer Minderheit ausgelöste Streit um eine sog. gendergerechte Sprache mit * und _ ist nicht nur ein sprachliches Problem, das ja auch im Fernsehen und Rundfunk, sowie in den Ausschreibungen der Universitäten, der Länder und des Bundes ungehindert verwendet wird, es stört auch nicht nur die „Lesbarkeit“, wie das HÄBL vermerkt, sondern greift tief in die Kultur der Sprache ein. Welche Frau fühlt sich besonders hervorgehoben, wenn sie mit * oder _ angesprochen wird, ganz abgesehen von sprachlichen

Pausen für das * oder den _ , durch die Nachrichtensprecher im Fernsehen? Ich empfinde dies mehr als Missachtung und Herabsetzung als eine Beachtung der Frau. Wenn schon „Gender“, dann Arzt und Ärztin, Kollege und Kollegin, Professor und Professorin, Krankenpfleger und Krankenpflegerin anstelle von Kolleg*innen, Krankenpfleger*innen, Internist*innen, Professor*innen, etc. Inzwischen wurden schon einem Studenten der Universität Kassel Punkte im Examen aberkannt, weil er nicht die „gendergerechte“ Sprache verwendet hatte. Müssen wir im schlimmsten Falle die gesamte Literatur – einschließlich der medizinischen Fachliteratur – neu herausgeben lassen, damit „der Frau“ Gerechtigkeit getan wird? Es ist wie mit der Quotenfrau, die eher eine Herabwürdigung der Qualifikation der Frau darstellt, als eine Anerkennung. Ich kenne zahlreiche Frauen, Kolleginnen, etc., die eine solche Quotenposition ablehnen.

Wer ist eigentlich dafür verantwortlich, dass uns die „gendergerechte Sprache“ aufoktroiert wird? In England wird der Lord Mayor immer als Mister Lord Mayor angesprochen, ob Mann oder Frau, es ist die Funktion, die zählt, nicht das Geschlecht! Ich kann nur hoffen, dass das Ärzteblatt nicht auch dem Gender-Wink von oben folgt!

Prof. em. Dr. med.
Dr. h.c. Björn Lemmer

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

Haben Sie einen interessanten Fall, den Sie gerne im Hessischen Ärzteblatt vorstellen würden?

Die Redaktion freut sich über Zusendungen per E-Mail an:
haebl@laekh.de

Hessisches Ärzteblatt: App für Smartphones

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



SARS-CoV-2 und die Schulen – Was sagen die Daten?

Immer noch wird – ohne belastbare Daten – die Befürchtung (und Behauptung) geäußert, dass Kinder die Treiber der SARS-CoV-2-Pandemie sind und Schulen besondere Verbreitungsherde darstellen. Dies wird jetzt auch mit den gestiegenen Zahlen im Zusammenhang mit dem Schulstart nach den Osterferien begründet. Es

lohnt jedoch ein genauerer Blick auf die Daten und die Begleitumstände.

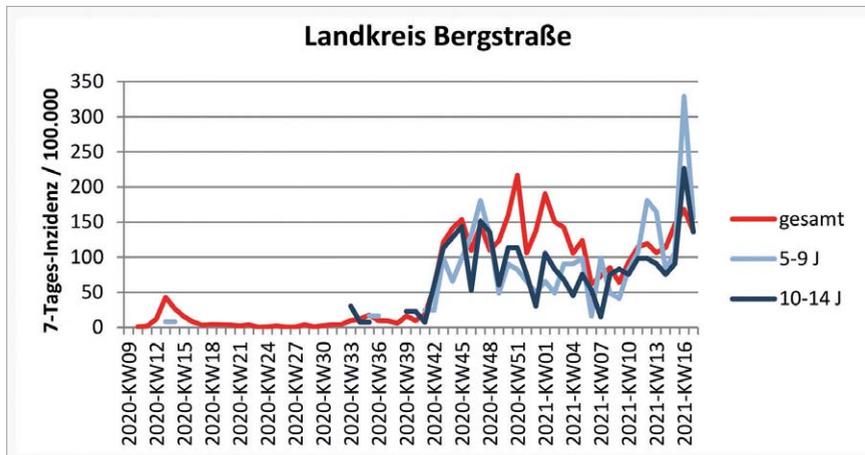
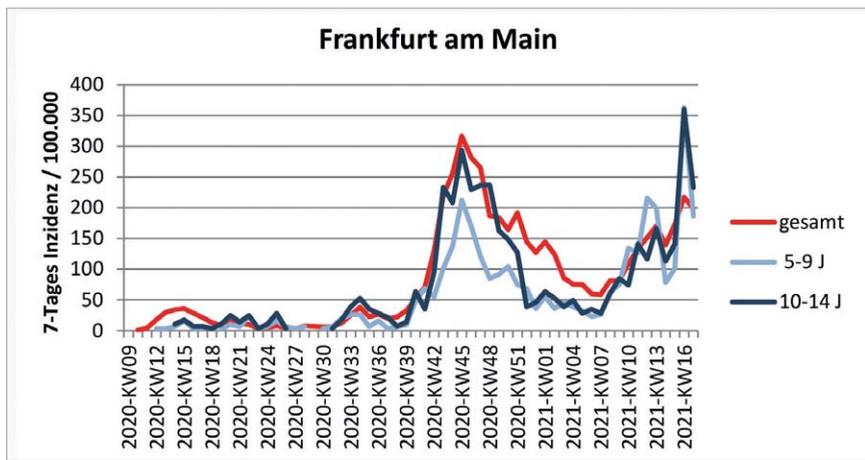
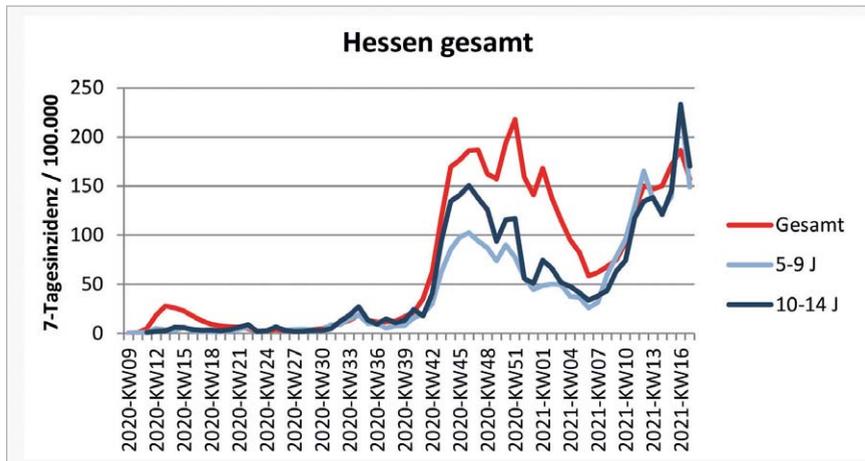
Abbildungen 1–3 zeigen die sog. 7-Tages-„Inzidenzen“ [1-3] für die Gesamtbevölkerung und die altersbezogenen Inzidenzen der Kinder im Alter von 5–9 und von 10–14 Jahren – für ganz Hessen (Abb. 1), für Frankfurt (Abb. 2) und für den Land-

kreis Bergstraße (Abb. 3) – letzterer als Beispiel für einen Kreis mit einer vergleichsweise niedrigen sog. 7-Tages-Inzidenz. Die Daten wurden mittels einer SURVStat-Abfrage aus den für jeden zugänglichen Daten des Robert Koch-Instituts erhalten (<https://survstat.rki.de/>).

Auf den ersten Blick ist erkennbar, dass in der 16. Kalenderwoche (KW), d. h. mit dem Schulstart nach den Osterferien, die Inzidenzen in der Bevölkerung deutlich angestiegen sind, (mit-)verursacht durch eine extreme Zunahme der Meldungen von Kindern in der Altersgruppe 5–14 Jahre, die deutlich über den Maximalwerten sogar aus letztem November liegen. In Hessen gesamt zeigt sich eine extreme Zunahme der Inzidenz bei den 5–9- und den 10–14-Jährigen auf 233/100.000 und eine Zunahme der Gesamtinzidenz auf 187/100.000. In Frankfurt nimmt die Inzidenz von KW 15 (2. Woche der Osterferien) auf KW 16 (erste Schulwoche) bei den 5–9-Jährigen von 101 auf 363/100.000 zu, bei den 10–14-Jährigen von 141 auf 360/100.000. Im gleichen Zeitraum steigt die Gesamt-Inzidenz von 173 auf 217/100.000. Auch im Landkreis Bergstraße wurde eine erhebliche Zunahme der Inzidenzen von KW 15 auf KW 16 beobachtet: von 107 auf 329/100.000 bei Kindern im Alter von 5–9 Jahren, sowie von 91 auf 227/100.000 bei 10–14 Jahre alten Kindern; in der Gesamtbevölkerung des Landkreises nahm die Inzidenz von 146 auf 168/100.000 zu.

Gemäß § 28 b Infektionsschutzgesetz („Notbremsengesetz“) (<https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/lfSG.pdf>) musste in den Stadt- und Landkreisen mit einer 7-Tages-Inzidenz über 165/100.000 an drei vorangegangenen Tagen der Präsenzunterricht wieder eingestellt werden. Das traf für viele Kreise in Hessen zu. Mit Wiedereinführung des Distanzunterrichts in der KW 17 sanken auch wieder die Meldedaten und Inzidenzen bei Kindern dieser Altersgruppe – und in der Gesamtbevölkerung.

Beweisen diese Daten nicht eindeutig, dass die Schule der „Hotspot“ ist? Mitnichten!



Grafiken: Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Abb. 1–3. SARS-CoV-2: 7-Tages-Inzidenzen nach Kalenderwoche bis Kalenderwoche 17 / 2021 in Hessen (Abb. 1), in Frankfurt am Main (Abb. 2) und im Landkreis Bergstraße (Abb. 3).

Ein Blick auf die näheren Umstände zeigt: Mit Schulstart nach den Osterferien trat für die Vorklassen und die Klassen 1–6 der sog. Wechselunterricht in Kraft; für Kinder ab Klasse 7 galt weiterhin wie bereits vor den Ferien Distanz-Unterricht. Für die Schüler im Wechselunterricht wurde die Schulpflicht mit einer Testpflicht (2x/Woche) verbunden. Das Land Hessen hatte hierfür den Schnelltest für Laien von der Fa. Roche zur Verfügung gestellt, der nach Herstellerangabe eine Sensitivität von 82 % und eine Spezifität von 100 % besitzt [4]. Die Tests mussten vor Beginn des ersten Unterrichtstags nach den Ferien und an einem weiteren Tag der Woche durchgeführt werden. Positive Schnelltests waren durch PCR-Tests nachzuuntersuchen. Nur Kinder mit aktuellem Testergebnis, das nicht älter als 72 Stunden sein durfte, konnten den Präsenzunterricht besuchen.

Was sagen die Daten also wirklich?

- Erstmals liegt für die Kalenderwoche 16 eine (fast) 100 % Stichprobe der Kinder aus den Vorklassen und den Klassen 1–6 in Hessen vor – abzüglich der Kinder, die beispielsweise wegen Erkrankung die Schule nicht besuchten. Mit dieser Vollerhebung (100% Stichprobe) wurde zum ersten Mal die „Dunkelziffer“ bei dieser Gruppe Kinder ermittelt – mit der o. g. Grenze der Methode. Diese Zunahme an Tests und die erstmalige Erfassung der Dunkelziffer führt zwingend zu einer Zunahme an Meldungen und damit der Inzidenz.
- Da für keine andere Altersgruppe eine solche Testpflicht existiert, kann aus diesen Daten (hohe Inzidenzen KW 16) nicht geschlossen werden, dass Kinder häufiger mit SARS-CoV-2 infiziert sind als Personen anderer Altersgruppen. Dies wäre nur möglich, wenn die identische Teststrategie auch in den anderen Altersgruppen angewandt worden wäre. Aber nicht nur der direkte Vergleich mit anderen Altersgruppen sondern auch der Vergleich innerhalb der Altersgruppe der Kinder mit anderen Wochen ohne eben diese Testpflicht ist nicht möglich – schon aus methodischen Gründen.
- Da die Tests in der KW 16 vor Schulbeginn nach 14 Tagen Ferien durchgeführt werden mussten, müssen die

SARS-CoV-2 Übertragungen zwingend in den Ferien erfolgt sein und kann die Zunahme der Fälle (Meldungen, Inzidenz) nicht auf den Schulbetrieb selbst zurückgeführt werden oder in der Schule erworben worden sein.

- In den Stadt- und Landkreisen, in denen bei Überschreitung des 7-Tages-Inzidenzwerts von 165 / 100.000 der Präsenzunterricht wieder ausgesetzt wurde, entfiel auch die Testpflicht, was zwingend zu einer Abnahme der Meldungen in KW 17 führen musste. Diese Abnahme ist also auf die Teststrategie zurückzuführen, nicht auf die Schulschließungen selbst.

Fazit: Die extreme Zunahme der Fallzahlen bei den Schulkindern in der KW 16 nach den Osterferien ist durch eine Änderung der Teststrategie (mit-)bedingt, und die Infektionen sind in den Ferien – im privaten und Freizeitbereich – erworben worden, nicht in der Schule. Die Testpflicht hat nicht das Ziel erreicht, den Unterricht in Schulen sicherer zu machen, sondern sie hat in vielen Kreisen bewirkt, dass die Schulen erneut geschlossen wurden.

Diese Daten bestätigen somit die Erkenntnisse aus vielen Studien, wonach SARS-CoV-2 bei Schülern nicht zwingend im Schulbetrieb, sondern eher im privaten, familiären oder Freizeitbereich erworben wurden. Schulen sind weder „Hotspots“ noch besondere Risikobereiche [5–8]. Zwar können SARS-CoV-2-Einträge in Schulen nicht hundertprozentig verhindert werden, die umfangreichen Untersuchungen z. B. in Frankfurt zeigen aber, dass durch gute Hygienemaßnahmen und differenziertes Kontaktpersonenmanagement größere Ausbrüche verhindert werden konnten – selbst im November und Dezember 2020, als die Schulen im „Präsenzunterricht unter Corona-Bedingungen“ betrieben wurden [8]. Die AHA+L-Regeln, die Teststrategie des RKI für Schulen und das Kontaktmanagement haben sich bewährt – auch ohne Schnelltest-Pflicht.

Da die Kinder – wie die o. g. Daten zeigen – Infektionen (mindestens) so häufig außerhalb der Schule erwerben, wie während der Schulzeit mit Präsenzunterricht, entfällt das Argument, die Schulen zu schließen, um Infektionen bei Kindern zu

vermeiden, die dann von den Kindern auf vulnerable Gruppen übertragen werden könnten.

Vor dem Hintergrund der o. g. Daten, der Studienlage und der Argumente müssen die Schulen zwingend schnellstmöglich wieder für den Präsenzunterricht geöffnet werden. Ein weiteres Verbot des Präsenzunterrichts ist zwar angesichts des neuen § 28b IfSG rechtlich legal, es ist aber weder legitim, noch geeignet, erforderlich und angemessen, Infektionen bei Kindern oder deren Kontaktpersonen zu verhüten.

Seit vielen Monaten weisen Fachverbände aus Pädiatrie, Krankenhaushygiene und ÖGD auf die schweren Kollateralschäden [z. B. 9] der Aussetzung des Präsenzunterrichts für die Entwicklung und Gesundheit der Kinder hin und fordern – ebenso wie einige Elterverbände [z. B. 10] – dringend die Wiederaufnahme des Präsenzunterrichts [11–15]. Die Bundesregierung hat inzwischen auch die durch die Schulschließungen bedingten Kollateralschäden wahrgenommen, die alle Kinder betrifft, ganz besonders aber Kinder aus eher sozial schwachen oder bildungsferneren Bereichen. Sie plant, ein 2-Milliarden-Projekt zur besonderen Förderung der Kinder aus den sozial schwachen oder bildungsferneren Bereichen aufzulegen. Anstatt ein 2-Milliarden-Projekt für einen Teil der Kinder in Deutschland zu fordern, das vielleicht irgendwann kommt, kann die Forderung nur lauten: Öffnung der Schulen für alle Kinder – sofort! Da die Schulen kein Risikobereich sind, sollte auch auf die erheblichen Aufwendungen für verpflichtende Schnelltests verzichtet werden, die Gelder könnten anderweitig in den Schulen viel besser eingesetzt werden.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf
ehem. stellvertretende Leiterin
Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk
Leiter Gesundheitsamt Frankfurt am Main

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

Literatur zum Artikel:

SARS-CoV-2 und die Schulen – Was sagen die Daten?

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

- [1] Schneble M, Rave M, Kauermann G, Berger U. 100 ist nicht gleich 100 – Was beeinflusst die Aussagekraft von Inzidenzen? CODAG-Bericht Nr. 11, 19.3.202, https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag_bericht_11.pdf
- [2] Küchenhoff H, Günther F, Kauermann G, Hartl W, Krause G. Neuaufnahmen auf Intensivstationen als Alternative zu den Meldeinzidenzen als gesetzliche Grundlage für Maßnahmen zum Infektionsschutz. CODAG-Bericht Nr. 13, 16.4.2021 https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag_bericht_13.pdf
- [3] Schrappe et al. Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Thesenpapiere 1–7, insbes. 2, 4 und 6, www.matthias.schrappe.com
- [4] NN. Produktinformationen „Roche SARS-CoV-2 Rapid Antigen Laientest“. <https://www.roche.de/patienten-betroffene/informationen-zu-krankheiten/covid-19/sars-cov-2-rapid-antigen-test-patienten-n/>
- [5] Viner RM, Russell SJ, Croker H, Packer J, Ward J, Stansfield C, Mytton O, Bonell C, Booy R. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 May;4(5):397–404. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30095-X. Epub 2020 Apr 6. PMID: 32272089
- [6] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC): COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission. 6. August 2020. Stockholm: ECDC; 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-schools-transmission-August%202020.pdf>
- [7] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC): COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission. First update. 23. December 2020 Stockholm: ECDC; 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission>
- [8] Heudorf U, Steul K, Walczok A, Gottschalk R. Kinder und COVID-19: Kontaktpersonen-Surveillance in Frankfurter Kitas und Schulen (August bis Dezember 2020). *Monatsschrift Kinderheilkunde online* 2.3.2021 <https://doi.org/10.1007/s00112-021-01134-8>
- [9] Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C, Adedeji A, Napp AK, Becker M, Blanck-Stellmacher U, Löffler C, Schlack R, Hölling H, Devine J, Erhart M, Hurrelmann K. Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSy-Studie *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2021 Mar 1:1–10. doi: 10.1007/s00103-021-03291-3.
- [10] Initiative Familien. Offener Brief an die Bundeskanzlerin, Die Ministerpräsidenten und –präsidentinnen der Länder und die Bundestagsabgeordneten – Schulen und Kitas unter Hygieneschutz im Regelbetrieb öffnen. 11.4.2021 <https://www.initiativefamilien.de/aktuelles/offener-brief-an-die-bundeskanzlerin-die-ministerpraesidenten-und-praesidentinnen-der-laender-und-die-bundestagsabgeordneten/>
- [11] Deutsche Akademie für Kinder und Jugendmedizin. Geschäftsstelle. Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. zu weiteren Einschränkungen der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in der Pandemie mit dem neuen Coronavirus (SARS-CoV-2) vom 20.4.2020. <https://www.dakj.de/wp-content/uploads/2020/04/2020-DAKJ-Stellungnahme-Lock-Down.pdf>
- [12] Walger P, Heining U, Knuf M, Exner M, Popp W, Fischbach T, Trapp S, Hübner J, Herr C, Simon A, Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH), Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI), Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ), Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte in Deutschland (bvjke.V.) Kinder und Jugendliche in der CoVid-19-Pandemie: Schulen und Kitas sollen wieder uneingeschränkt geöffnet werden. Der Schutz von Lehrern, Erziehern, Betreuern und Eltern und die allgemeinen Hygieneregeln stehen dem nicht entgegen. *GMS Hyg Infect Control*. 2020;15:Doc11. DOI:10.3205/dgkh000346, URN: urn:nbn:de:0183-dgkh000346
- [13] 1. Walger P, Huppertz I, Hübner J, Simon A, Exner M, Berner R. DGPI –DGKH Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) und Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) Kinder in der COVID-19 Pandemie 05.02.2021 https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2021_02_05_DGPI_DGKH_zu_Kindern_COVID19.pdf

- [14] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. Schnellteste für Kinder und Jugendliche? Testverfahren sinnvoll einsetzen. SARS-CoV-2 Schnellteste in Kindertagesstätten und Schulen – eine Stellungnahme von DGKJ und BVKJ. 26.03.2021 <https://www.dgkj.de/detail/post/schnellteste-fuer-kinder-und-jugendliche-testverfahren-sinnvoll-einsetzen>
- [15] Walger P, Simon A, Hübner J, Hupertz HI, Exner M, Berner R. Kommentar der DGKH und der DGPI zu flächendeckenden Schnelltests an Schulen: Was lernen wir aus den derzeitigen österreichischen Erfahrungen? https://www.krankenhaushygiene.de/pdffdata/Kommentar%20von%20DGPI%20und%20DGKH%20zu%20Schnelltests%20an%20Schulen_%C3%96sterreich.pdf

Neue Wege der digitalen Vernetzung von hessischen Kliniken während der Coronavirus-Pandemie – TeleCOVID Hessen App

Prof. Dr. med. Ralf Michael Muellenbach, Dr. Ben Risch, Christoph Günther, Dr. Michael Albert, Matthias Klose & Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Kai Zacharowski

Zusammenfassung

Die Covid-19-Pandemie sorgt zwar auf der einen Seite für Ausnahmezustände in den deutschen Kliniken, erzeugt aber auf der anderen Seite einen hohen Innovationsdruck. In Hessen hat das vom Ministerium für Soziales und Integration etablierte zentrale Steuerungssystem der stationären Versorgung eine vergleichsweise gute Bewältigung der bisherigen Pandemie ermöglicht. Die Kommunikation und Vernetzung zwischen den hessischen Kliniken wird nun mit der neuen TeleCOVID Hessen App durch einen effizienten Einsatz von Telemedizin nochmals nachhaltig verbessert.

Organisationsstruktur stationäre Versorgung COVID-19 in Hessen

Während der Coronavirus-Pandemie konnte durch enge Vernetzung von insgesamt 79 Kliniken konstant eine qualitativ hochwertige normalstationäre und intensivmedizinische Versorgung von COVID-19-Patienten in Hessen sichergestellt werden. Die Koordination erfolgt zentral über den sogenannten Planungsstab „Stationäre Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten“ des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration in Zusammenarbeit mit den koordinierenden Krankenhäusern der 6 hessischen Versorgungsgebiete. Die koordinierenden Krankenhäuser sind die Bindeglieder zwischen dem Planungsstab und den kooperierenden Krankenhäusern im jeweiligen Versorgungsgebiet und vernetzen sowohl die Krankenhäuser als auch die anderen wichtigen Akteure wie Gesundheitsämter, Rettungsdienst, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Katastrophenschutz und die Ämter für Versorgung

und Soziales. In enger Abstimmung entwickeln sie ein regionales Versorgungskonzept und setzen dieses im jeweiligen Versorgungsgebiet um. Neben der Ermittlung der stationären Ressourcen innerhalb des Versorgungsgebietes findet auch ein enger kollegialer Austausch zwischen den Kliniken in Bezug auf Therapiefragestellungen zu den COVID-19-Patienten statt. Kommt es bspw. aufgrund lokal erhöhter Inzidenzen oder Ausbrüchen zu Engpässen innerhalb eines Versorgungsgebietes, besteht zudem die Möglichkeit, die Patientenströme über eine enge Vernetzung zwischen den koordinierenden Kliniken in andere Versorgungsgebiete umzuleiten. So wird ein wechselseitiger Erfahrungsaustausch in organisatorischen und medizinisch-fachlichen Fragen, aber auch eine adäquate Ressourcenallokation zur Sicherstellung der normal- aber vor allem der

intensivstationären Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten innerhalb des gesamten Landes Hessen gewährleistet.

Grundlage für die TeleCOVID Hessen App

In Hessen ist das vom Ministerium für Soziales und Integration etablierte zentrale Steuerungssystem der stationären Versorgung mit Vernetzung von mehr als 79 Krankenhäusern ein großer Pluspunkt. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit COVID-19 ist in Hessen auf relativ viele Krankenhäuser abgestützt. Dies ist gut für die Patientinnen und Patienten, da sie ortsnah versorgt werden können, hilft aber auch den Krankenhäusern, da sich die Last auf viele Schultern verteilt. Infolgedessen wurden im bundesweiten Vergleich auch eine relativ hohe Zahl von



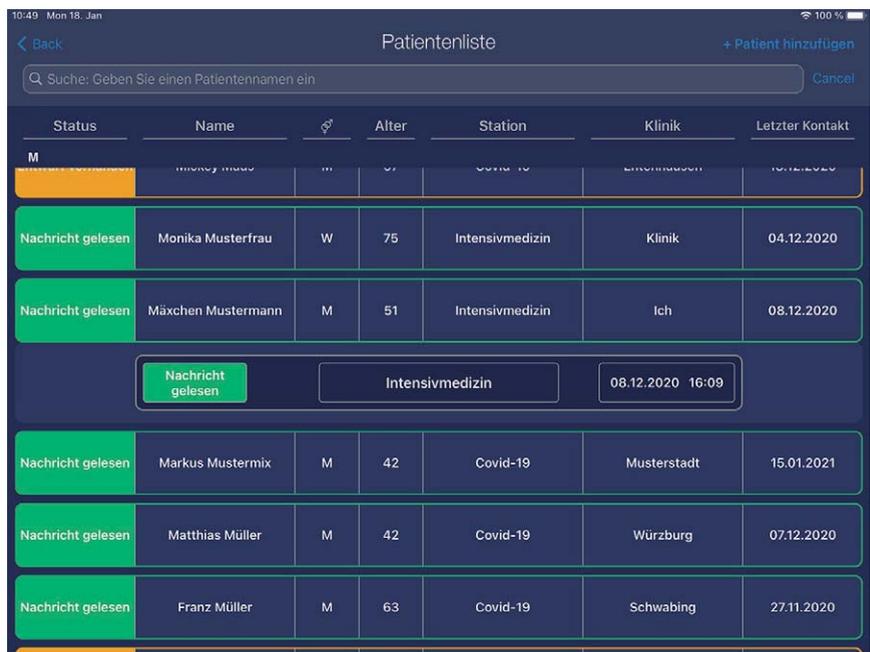
Einstiegsbildschirm – Screenshots aus der TeleCovid App

Krankenhäusern als ausgleichsberechtigt im Sinne des § 21 Abs. 1a KHG benannt. Damit ein so komplexes System aus koordinierenden und kooperierenden Krankenhäusern funktioniert, kommt der Kommunikation zwischen den Beteiligten eine zentrale Bedeutung zu. Der Informationsaustausch zwischen den Krankenhäusern ist in Hessen und respektive auch in Deutschland jedoch leider weiterhin von Medienbrüchen geprägt, so dass viele komplexe Informationen wie bspw. Daten aus Medizinprodukten wie Dialyse-/Beatmungsgeräten oder Daten aus Laborsystemen entweder per Fax oder mündlich per Telefonanruf übermittelt werden. Hierbei können wichtige Informationen verloren gehen und in ihrer Komplexität nicht ausreichend dargestellt werden. Außerdem ist diese Art der Kommunikation sehr zeitaufwendig. Durch den gezielten Einsatz von Technologien aus der Telematik sollen die aktuellen intensivmedizinischen Versorgungsstrukturen während der COVID-19 in Hessen weiter ausgebaut und verbessert werden. Hierzu wurde durch das Awesome Technologies Innovationslabor unter Beteiligung der Uniklinik Frankfurt sowie des Klinikums Kassel eine App entwickelt, die gezielt die gemeinsame Behandlung von schwerkranken COVID-19-Patienten verbessert. Mit der Allgemeinverfügung vom 16.02.2021 wurde die App TeleCOVID Hessen für die Krankenhäuser verpflichtend eingeführt. Zugleich übernimmt das Land Hessen alle im Jahr 2021 anfallenden Kosten für Hardware, Lizenzen, Unterstützung sowie Wartung und zahlt den Krankenhäusern darüber hinaus eine pauschale Aufwandsentschädigung, um kleinere Aufwendungen vor Ort, wie Mobilfunkkosten oder den Aufbau eines WLAN-Netzes, Datenschutzkosten und den Personaleinsatz für die Beratung abzugelten.

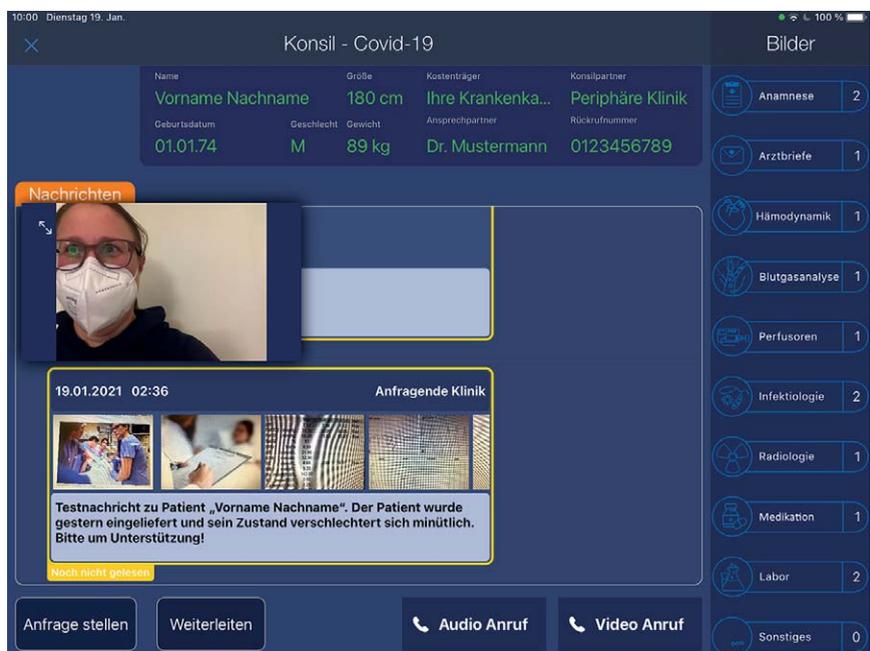
Die TeleCOVID Hessen App ist eine gezielte Weiterentwicklung des im Rahmen der E-Health-Initiative des Landes Hessen geförderten Projektes „Tele-Intensivmedizin Hessen“. Ziel dieses Projektes war es, die Kommunikation und den fachlichen Austausch in Bezug auf schwerkranke Intensivpatienten zwischen Krankenhäusern innerhalb Hessens zu verbessern und somit die intensivmedizinischen Versorgungsstrukturen insbesondere in den ländlichen

Regionen Hessens zu stärken. Die genannten Apps ermöglichen unter Berücksichtigung des Datenschutzes die Übermittlung wichtiger Laborbefunde, Röntgenbilder, Beatmungs- oder Patientenkurven. In dringenden Fällen kann so ein rascher, vollständiger und problemloser Datenaustausch erfolgen und eine schnelle Entscheidung über die möglichen Behandlungsoptionen vor Ort getroffen werden. Neben den positiven Effekten auf die in-

tensivmedizinische Versorgungsqualität kann dadurch auch die Festlegung der Zielklinik im Sinne einer Ressourcenallokation während einer Pandemie verbessert werden. Dies ist auch unter Berücksichtigung der vielfach knappen intensivmedizinischen Ressourcen sowie unter ökonomischen Gesichtspunkten von Vorteil. In schwierigen Fällen kann auch mobil über das iPad eine Visite am Patientenbett mittels Videotelefonie erfolgen. Die Lösung



Patientenliste – Screenshots aus der TeleCovid App



Konsil – Screenshots aus der TeleCovid App

ermöglicht somit im Gegensatz zu den bisherigen Kommunikationsmitteln Telefon und E-Mail einen verbesserten fachlichen Austausch am Krankenbett. Gegenüber der ebenfalls verbreiteten Kommunikation über private Mobiltelefone bietet sie den Vorteil, zum einen datenschutzkonform und zum anderen nicht von der Zufälligkeit der Verfügbarkeit persönlicher Ansprechpartner abhängig zu sein. Diese Informationen können auch bei notwendigen Verlegungen innerhalb und über die Versorgungsgebiete VG des Landes Hessen hinaus genutzt werden. Koordinierende Intensivmediziner können so schnell einen Eindruck über den von der Verlegung betroffenen Patienten erlangen und seine korrekte Versorgung bzw. die Verlegung in die richtige Zielklinik veranlassen. Sowohl Datenübertragung als auch Videotelefonie genügen den höchsten Datenschutzstandards und wurden im Vorfeld mit dem HMSI sowie dem Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit engmaschig abgestimmt. Die Server werden von der EKOM KGRZ Hessen gehostet, die aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem IVENA-Projekt und der BSI-Zertifizierung eine maximale Sicherheit in Bezug auf die Datensicherung bietet.

Mit Hilfe der App können die Mediziner Informationen über die Patienten in voller Übereinstimmung mit dem Datenschutzrecht speichern und Anfragen an Kollegen in einer anderen Klinik schicken. Die Anfragen können mit hochqualitativen Bildern hinterlegt werden, wodurch eine erste Einschätzung durch Fachpersonal schnell und unkompliziert möglich wird.

Verbesserung für alle Beteiligten

„Von dieser Verbesserung profitieren alle: Für die Patienten in den kooperierenden

Krankenhäusern ist es gut, weil ihr Krankenhaus bei Notfällen auf die Unterstützung erfahrener Intensivmediziner/-innen in den großen beratenden Krankenhäusern zurückgreifen kann. Dies sorgt dafür, dass die Patienten länger heimatnah versorgt werden können, unnötige Verlegungen vermieden und notwendige Verlegungen möglichst frühzeitig durchgeführt werden.

Vorteil der TeleCOVID Hessen App

Der Vorteil der App ist, dass diese bewusst nicht auf die Krankenhausinformationssysteme zugreift. Somit ist sichergestellt, dass sie einfach und voraussetzungsfrei in jedem Krankenhaus funktioniert. Sie ermöglicht die Übertragung von Bilddateien und Videotelefonie in einer verschlüsselten, geschützten Umgebung und bietet somit einen Raum zur schnellen kollegialen Abstimmung über verschiedene Häuser hinweg. TeleCOVID leistet einen wertvollen Beitrag dazu, eine Überlastung der stationären Versorgung zu verhindern. Indem wir die Intensivstationen der Krankenhäuser vernetzen, können wir mehr Patientinnen und Patienten an der richtigen Stelle behandeln. Das nutzt Patienten, Krankenhäusern und allen Einwohnern Hessens.

Unterstützung des Landes

Das Land Hessen unterstützt das Projekt TeleCOVID mit Hardware für Krankenhäuser und den entsprechenden notwendigen Lizenzen, bietet entsprechende Informationsveranstaltungen an und zahlt den Krankenhäusern zeitlich begrenzt eine Aufwandsentschädigung für vor Ort anfallende Kosten und regelt durch einen entsprechenden Erlass die flächendeckende Nutzung.

Prof. Dr. med.

Ralf Michael Muellenbach

MHBA, Zentrum Notfall- und Intensivmedizin, Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, ECMO-Zentrum Klinikum Kassel, Kassel Center for Cardiac Arrest (KCCA), Gesundheit Nordhessen – Klinikum Kassel, Klinikum Kassel GmbH, Mönchebergstr. 41–43 | 34125 Kassel

Dr. Ben Michael Risch

Leiter des Referates V 6A Krankenhausplanung, Rettungsdienst und Digitalisierung im Gesundheitswesen Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Sonnenberger Straße 2/2a, 65193 Wiesbaden

Christoph Günther &

Dr. Michael Albert

Awesome Technologies Innovationslabor GmbH, Leightonstraße 3, 97074 Würzburg

Matthias Klose

ekom21 – KGRZ Hessen (Körperschaft des öffentlichen Rechts), Carlo-Mierendorff-Straße 11, 35398 Gießen

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil.

Kai Zacharowski, ML FRCA

Präsident der European Society of Anaesthesiology & Intensive Care, Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie Universitätsklinikum Frankfurt, Goethe Universität, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main

Korrespondenz an:

Prof. Müllenbach und Prof. Zacharowski

Folgen der bariatrischen Chirurgie

VNR: 2760602021150540008

Prof. Dr. med. Norbert Runkel, Prof. Dr. med. Thomas Horbach

Abstrakt

Adipositas ist eine chronische Erkrankung und bedarf folglich auch nach einer bariatrischen Operation einer strukturierten lebenslangen Nachsorge, in der der Hausarzt Mitverantwortung übernehmen muss. Die Inhalte der Nachsorge sind die Kontrolle der Gewichtsentwicklung, Anpassung der Medikation bei Begleiterkrankungen, Lebensstilumstellung, Kontrolle der Supplementation, Laborkontrollen, Screening psychischer Erkrankungen, Erkennen von Komplikationen, Fehlernährung, Mikronährstoffmangel und Aufklärung zur Vermeidung einer Schwangerschaft in den ersten zwei postoperativen Jahren. Dieser Übersichtsartikel beschreibt die für die Nachsorge wichtigsten postbariatrischen Folgen.

Einleitung

Mittlerweile nimmt Deutschland einen internationalen Spitzenplatz bei der Inzi-

denz der Adipositas ein. 16 Millionen deutsche Erwachsene weisen einen BMI > 30 kg/m² auf, die Anzahl der Menschen mit einem BMI > 40 hat sich in den letzten 10 Jahren um 110 % erhöht. Weltweit steigen die Zahlen für bariatrische Operationen, aber diese sind hierzulande mit etwa 10,5/100.000 Erwachsene vergleichsweise gering, z. B. haben unsere Nachbarländer Schweiz und Frankreich vielfach höhere Operationsfrequenzen von 51,9 und 86,0 [1]. Diese Zahlen stammen zwar noch aus dem Jahr 2016, aber das Missverhältnis ist geblieben. Der Grund für die medizinische Unterversorgung hierzulande ist das unverändert restriktive Kostenübernahmeverhalten der Krankenkassen.

Die bariatrische Chirurgie ist die effektivste Therapie des starken Übergewichts. Der bessere Begriff „Adipositaschirurgie“ zielt auf einen ganzheitlichen Behandlungsansatz ab: nachhaltige substanzielle Gewichtsreduktion mit Remission von Folgeerkrankungen und Besserung der all-

gemeinen und psychosozialen Lebensqualität. Der Anteil an operierten Patienten mit Sekundärerkrankungen, allen voran Typ II Diabetes mellitus und Hypomobilität, ist in Deutschland mit über 80 % erschreckend hoch. Als „metabolische Chirurgie“ wird die Adipositaschirurgie dann bezeichnet, wenn die Behandlung der Sekundär morbidity im Vordergrund steht. Obwohl die metabolische Chirurgie evidenzbasiert ist und von der aktuellen S3-Leitlinie aus dem Jahr 2018 [2] ausdrücklich empfohlen wird, hat sie sich bei Diabetologen noch nicht ausreichend durchgesetzt und wird von den Gutachtern der Krankenkassen nicht ohne Prüfung anerkannt.

Weil Deutschland bei den Strukturen für die Adipositasmedizin und den Operationszahlen deutlich zurücksteht, sind die Erfahrungen und Kenntnisse auf wenige hochspezialisierte Zentren beschränkt (derzeit 87 DGAV-zertifiziert) und leider nicht flächendeckend vorhanden. Das Ziel

Tab. 1: Übersicht über die wichtigsten erwünschten und unerwünschten allgemeinen Folgen bariatrischer Chirurgie

Parameter	Therapieziel	Nebenerscheinungen, Komplikationen	Konsequenzen
Körpergewicht	Im Mittel 60–80 % Reduktion des Übergewichts	Inadäquater Gewichtsverlust oder Gewichtswiederanstieg	Ursachenabklärung und gezielte Intervention, ggf. revisionale bariatrische Chirurgie
Körperbild	Drastische Verschlankung	Überschüssige Haut/Unterhaut, Ptosis cutis, Cutis laxa	Postbariatrische plastische Wiederherstellungsoperation
Gastroösophagealer Reflux	Verbesserung, Normalisierung insbesondere nach RYGB	De novo Reflux insbesondere nach Schlauchmagenanlage	Gastroskopische Nachuntersuchungen, Medikation, revisionale Chirurgie mit Umwandlung in RYGB
Darmgeschwür	Prävention durch extendierte postoperative PPI-Prophylaxe	Spätes Säureulcus	PPI-Therapie, Magen-Pouch-Verkleinerung
Thrombembolie	Verringerung des Langzeit-Risikos	Frühpostoperative Risikoerhöhung	Extendierte gewichtsadaptierte Prophylaxe, Frühmobilisation
Psychische Folgen	Verbesserung der psychosozialen Lebensqualität	Rezidiv der präexistenten Störungen, krisenhafte Lebensveränderungen	Screening, Weiterbetreuung durch „mental health professional“

muss unserer Ansicht nach die Langzeit-Betreuung der operierten Patienten in der Verantwortung der Hausärzte sein und eben nicht exklusive Aufgabe der Adipositaszentren, die weder die Ressourcen noch flächendeckend die Ermächtigungen für Sprechstunden haben. Der Übersichtsartikel soll dazu beitragen, die medizinische Kompetenz bei der Nachsorge auf eine breitere Basis zu stellen. Thematisiert werden die wichtigsten Langzeitfolgen nach bariatrischen Eingriffen (Tab. 1,2).

Körpergewicht

Studien wie „Look AHEAD“ zeigten, dass Gewichtsverlust und Blutzuckerkontrolle selbst bei intensiven Lebensstilinterventionen langfristig nur schwer aufrechtzuerhalten sind [3]. Somit ist die bariatrische Chirurgie die derzeit wirksamste Methode zur Gewichtskontrolle. Das Minimalziel der Operation, nämlich die Halbierung des Übergewichts bzw. ein Gesamtgewichtsverlust von mehr als 20 % wird von den allermeisten Patienten erreicht. Der Übergewichtsverlust beträgt bei großer Standardabweichung im Mittel etwa

60–70 %, wobei die Vorhersage im Einzelfall wegen fehlender Prognosefaktoren kaum möglich ist. Malabsorptive Operationen (z. B. Magenbypass) sind langfristig wirksamer als restriktive (z. B. Schlauchmagen), die typischerweise mit einem gewissen Gewichtswiederanstieg nach einigen Jahren behaftet sind. Die Gewichtsabnahme ist eine exponentielle und muss deshalb in den ersten postoperativen Monaten sehr dynamisch sein; das Plateau wird nach 1–2 Jahren erreicht. Bei 20–40 % der operierten Patienten persistiert oder rezidiert die Adipositas. Erkennbare Ursachen wie z. B. Diätfehler oder Schlauchmagendilatation können gezielt korrigiert werden. Die Ausweitung der malabsorptiven Komponente sollte erfahrenen Zentren vorbehalten sein.

Äußeres Erscheinungsbild

Die massive Gewichtsabnahme führt unweigerlich zu Hautüberschüssen insbesondere an Bauch, Hüfte, Oberschenkeln und Oberarmen sowie Mammae. Dann keimt bei einem Drittel der Patienten der Wunsch nach Körperrekonstruktion auf,

was bei einem Großteil der Fälle wegen Funktionsstörungen medizinisch und psychosozial gerechtfertigt erscheint [4]. Postbariatrische Wiederherstellungsoperationen sind häufig komplexe Mehrschritt-Operationen, die von hochspezialisierten plastischen Chirurgen mit guten Ergebnissen durchgeführt werden. Der beste Zeitpunkt dafür ist bei Gewichtsstabilisierung ab 18 Monate nach der bariatrischen Operation. Für eine optimale Wundheilung ist u. a. die Nikotinabstinenz wichtig.

Mikronährstoffe

Ernährungsdefizite sind die häufigsten Langzeitkomplikationen. Mikronährstoffe, die bevorzugt und aktiv im proximalen Dünndarm absorbiert werden oder einen intakten Magen oder Pankreasfermente und Gallensäuren für die Absorption benötigen, sind in erster Linie mangelgefährdet. Weitere Einflussfaktoren sind präexistente Defizite, eine reduzierte Nahrungsaufnahme, eine Nahrungsmittelunverträglichkeit, Übelkeit/Erbrechen und eine Nichteinhaltung der Supplementati-

Tab. 2: Übersicht über die wichtigsten erwünschten und unerwünschten metabolischen Folgen bariatrischer Chirurgie

Parameter	Therapieziel	Nebenerscheinungen, Komplikationen	Konsequenzen
Ernährungsstatus	Verminderte Aufnahme von Makronährstoffen	Mangel an Mikronährstoffen	Supplementation, Regelmäßige Laborkontrolle
Steatosis hepatis	Regeneration	Nach malabsorptiven Operationen selten Verschlechterung der Leberfunktion	Rascher operativer Rückbau
Hypertonie	Verbesserung, Normalisierung	Hypotonie unter Medikation	Anpassung der Medikation
Glukosestoffwechsel	Teil-, Vollremission des Diabetes mellitus	Diabetes-Rezidiv bei mehr als 20 % der Patienten mit initialer Vollremission Dumping nach proximalem RYGB	Diabetiker: Regelmäßige Eigen- und Laborkontrolle Dumping: Diagnostik in Kooperation Diabetologie Behandlung im erfahrenen Adipositaszentrum
Fettstoffwechsel	Verbesserung, Normalisierung	Rezidiv	Laborkontrollen
Harnsäure-Stoffwechsel	Langzeit-Normalisierung	In der frühen Abnehmphase Hyperurikämie	Laborkontrollen
Gallensteine	Vermeidung	<i>De novo</i> Cholecystolithiasis in der Abnehmphase	Prävention mittels Ursodesoxycholsäure für ca. 6 Monate, Cholecystektomie bei Steinnachweis nach Magenbypass

onempfehlungen bzw. die Verwendung ungeeigneter Präparate oder Applikationswege. Die häufigsten Ernährungsdefizite betreffen Folsäure, Eisen, Vitamin B12, Kalzium, Vitamin D und Zink. Die Knochendemineralisation kann eine direkte Folge der geringeren mechanischen Belastung nach Gewichtsabnahme sein; Kalzium- und Vitamin-D-Mangel und ein sekundärer Hyperparathyreoidismus erhöhen das Frakturrisiko [5].

Klinisch relevante Mangelzustände sollen durch eine dauerhafte Supplementation verhindert werden. Die S3-Leitlinie empfiehlt für Patienten nach Schlauchmagen-Operation oder proximalem Magenbypass neben einem Multivitamin-Mineralstoff-Präparat (2x 100 % RDA) Magnesium als Zitrat 200 mg/d, Kalzium als Zitrat 1.200–1.500 mg/d, Vitamin D 3.000 IU/d und Vitamin B12 oral: 1.000 µg/d oder i.m.: 1.000–3.000 µg/d alle 3 bis 6 Monate [2].

Nach allen adipositaschirurgischen/metabolischen Eingriffen empfiehlt die S3-Leitlinie zu folgenden Zeitpunkten eine Nachsorgeuntersuchung: nach 1, 3, 6, 12, 18, 24 Monaten und dann jährlich. Laborkontrollen sollen nach 6 und 12 Monaten erfolgen, dann jährlich, und folgende Parameter enthalten:

- Kleines Blutbild und Elektrolyte, Leber- und Nierenwerte, Blutzucker und HbA1c (nur bei Diabetikern), Vitamine B1, B12, Albumin, Kalzium, Folsäure, Ferritin
- Bei allen Bypassverfahren: 25(OH) D3, Parathormon, Vitamin A
- Bei distalen Bypassen: Zink, Kupfer, Selen, Magnesium

Glukosestoffwechsel

Die Effekte der Chirurgie auf die Insulinresistenz resultieren nicht nur aus der postoperativen Nahrungsrestriktion und konsekutiver Gewichtsabnahme, sondern darüber hinaus auch aus intrinsischen – neurohormonellen – Wirkungsmechanismen der unterschiedlichen Operationsverfahren selbst, was schon wenige Tage nach der Operation zu beeindruckenden Verbesserungen des Glukosestoffwechsels führt. Auch wenn der Diabetes bei mehr als 20 % der Patienten mit initialer kompletter Remission rezidiviert, kann eine

dauerhafte komplette Diabetesremission bei über 50 % der Patienten erreicht werden [6]. Dadurch sinkt das Risiko für mikro- und makrovaskuläre Komplikationen. Dieser protektive Effekt ist umso größer, je früher die Operation im Krankheitsverlauf erfolgt. Vorbestehende mikrovaskuläre Schäden, insbesondere die diabetische Nephropathie, können bei drei von vier Fällen gebessert oder sogar in Remission gebracht werden – unabhängig vom initialen BMI [7]. Die Häufigkeit makrovaskulärer Ereignisse wie der Myokardinfarkt, der die Todesursache bei jedem 2. Diabetiker ist, wird durch die Operation halbiert [8]. Die Gesamtmortalität 10 Jahre nach adipositaschirurgischer Operation wurde in einer matched-pair-Analyse um 10,1 % (13,8 % vs. 23,9 %) reduziert [9] und in der berühmten schwedischen SOS-Studie mit weniger kranken Probanden nach 11 Jahren um 1,3 % (5 % vs. 6,3 %) [10].

Dumping

Das Dumping-Syndrom tritt typischerweise nach dem klassischen RYGB auf, wenn die Nahrung bolusartig in den Dünndarm rutscht. Vasovagale Kreislaufreaktionen führen zum Frühdumping, während das Spätdumping 1–3 Stunden nach der Nahrungsaufnahme als Unterzuckerung imponiert. Der überschnellen Magenentleerung und Glukoseresorption im Darm wird mit einer supranormalen Insulinausschüttung begegnet. Da Glukose schneller absorbiert wird als die Insulin-Halbwertszeit ist, führen hohe Insulinspiegel zur reaktiven Hypoglykämie. Die Diagnose wird mittels oraler Glukose-Toleranztests oder besser mit kontinuierlicher Blutglukosemessung (CGM) bestätigt. Die Erstbehandlung besteht aus Ernährungsumstellung: kleine Portionen, kohlenhydratarme, faser- und proteinreiche Kost und strikte Trennung von Flüssigem und Festem. Im zweiten Schritt kommen Acarbose und Liraglutid gegen die Hypoglykämie sowie Anticholinergika und Somatostatin zur Verzögerung der Magenentleerung zum Einsatz. Als interventionelle Verfahren kommen endoskopische und operative Techniken zum Einsatz, die den Magen Ausgang einengen, das Reservoirvolumen verringern und die gastrojejuna Passage deutlich verzögern [11].

Hyperurikämie

Gichtanfälle können – unabhängig vom Operationsverfahren – in der Phase des exponentiellen Gewichtsverlusts häufiger auftreten, insbesondere bei Patienten mit vorbestehender Erkrankung. Proteinreiche Diäten, Katabolismus und Dehydratation tragen zur anfänglichen Zunahme bei, aber langfristig normalisiert sich die Hyperurikämie. Entsprechend sollte Allopurinol frühestens nach 6 Monaten und unter Überwachung der Harnsäurespiegel abgesetzt werden.

Leberschädigung

Postoperative Leberschäden treten im Rahmen einer Mangelernährung auf. Im Labor ist die Hypoalbuminämie ein Alarmzeichen. Das Ernährungsdefizit muss rasch behoben werden, wobei eine parenterale Substitution nur eine Akuthilfe darstellt, um ein drohendes Leberversagen zu verhindern. Die in der Literatur beschriebenen Einzelfälle von Lebertransplantation wegen Leberversagen traten fast ausschließlich nach dem heutzutage obsoleten jejuniolealen Bypass und der nur noch selten durchgeführten biliopankreatischen Diversion auf. Die effektivste Therapie der chronischen Hepatopathie nach bariatrischer Operation ist die operative Rückwandlung der Bypass-Situation. Viel häufiger als die post-bariatrische ist die Adipositas-assoziierte Hepatopathie, die sich von der einfachen Fettleber (NAFLD) über die Steatohepatitis (NASH) bis hin zu Leberzirrhose und hepatozellulärem Karzinom entwickelt. Die bariatrische Chirurgie erreicht eine vollständige Rückbildung der NASH in etwa 85 % der Fälle und selbst im Stadium der Fibrose ist die Remissionsrate noch über 60 % [12]. Dadurch wird das primäre Leberkarzinom-Risiko deutlich verringert [13]. Die dekompensierte Fettleber spielt eine zunehmende Rolle bei der Indikation für eine Lebertransplantation [14].

Die bariatrische Chirurgie vor Transplantation wird nur bei kompensierter Zirrhose und fehlender portaler Hypertension empfohlen, und zwar mindestens ein Jahr zuvor, um ein stabiles reduzier-

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Folgen der bariatrischen Chirurgie“ von Prof. Dr. med. Norbert Runkel und Prof. Dr. med. Thomas Horbach finden Sie nachfolgend abgedruckt und 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. Mai

2021 bis 24. November 2021 möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben.

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

tes Gewicht und Verbesserung der adipositas-assoziierten Komorbiditäten zu erreichen. Transplantationskandidaten sind aber üblicherweise zu dekompensiert, um sich sicher einer bariatrischen Operation zu unterziehen, die endoskopische Implantation eines Magenballons kann hier als erster Schritt einer Stufen-therapie sehr effektiv eingesetzt werden. Nach 6–12 Monaten kann als zweiter Schritt die Schlauchmagen-Operation erfolgen. Diese scheint bei diesen Patienten die bestmögliche Technik zu sein, da sie ein geringeres perioperatives Risiko und ein geringeres Risiko einer Verschlechterung des Ernährungszustands aufweist, den endoskopischen Zugang zu den Gallenwegen erhält, die Pharmakokinetik der Immunsuppression nicht beeinträchtigt und einen Sperr-Operationseffekt bei Varizen hat.

Reflux

Adipositas per se ist ein starker Risikofaktor für Hiatushernie und gastroösophagealen Reflux. Der Schlauchmagen wird wegen der langfristigen Prävalenz von etwa 50 % als ein refluxives Verfahren betrachtet. Die postoperative Erfordernis einer Medikation mit Protonenpumpenblockern ist wegen sauren Refluxes sehr häufig. Wegen der kürzlich beschriebenen Häufung von Barrett-Läsionen wird neuerdings die gastroscopische Kontrolle im 2-Jahresabstand empfohlen. Bei persistierendem Reflux und Hiatushernie kann nach einer erfolgreichen Gewichtsreduktion bei BMI < 35 die Rekon-

struktion des unteren Ösophagusphinkters erwogen werden. Der RYGB ist mit einer < 5 % GERD-Inzidenz behaftet und gilt als Umwandlungsoperation der Wahl nach dem Schlauchmagen. Barrett-Läsionen sind bisher nach RYGB noch nicht beschrieben worden. Der RYGB ist das bariatrische Operationsverfahren der ersten Wahl bei präexistenter Hiatushernie, GERD und Barrett. Einige Kollegen propagieren den RYGB als effektivste Antirefluxoperation bei adipösen Patienten mit potentiell kurativem Effekt auf die Barrett-Schleimhaut [15]. Beim Ein-Anastomosen-Magenbypass ist der gallige Reflux in den distalen Magen regelmäßig und für die Magenschleimhaut meist unproblematisch. Bei Inkompetenz des unteren Ösophagusphinkters kann es aber zu therapierefraktärem galligem Reflux in die Speiseröhre kommen, der die Umwandlung in einen RYGB erzwingt (Häufigkeit < 10 %).

Ulcus

Ulzerationen treten in der Magenbypasschirurgie bei bis zu 10 % der Patienten auf und machen sich durch Oberbauchschmerzen bemerkbar. Der führende Risikofaktor ist Nikotingebrauch. Sie sind meist säurebedingt und treten nicht im Magen, sondern immer dünn darmseitig hinter der gastrojejunalen Anastomose auf [16]. Zum Schutz werden deshalb PPI bis 6 Monate nach dem Eingriff prophylaktisch verordnet. Ulcera sprechen oft gut auf PPI an und verlangen nur selten eine Operation, elektiv als Magen-Pouch-Ver-

kleinerung zur Reduktion der Belegzellmasse oder notfallmäßig zum Verschluss eines perforierten Geschwürs.

Nicht-steroidale entzündungshemmende Medikamente tragen ein erhöhtes Ulcusrisiko und sollten langfristig vermieden werden. Ist die Einnahme z.B. bei chronischer Arthrose unumgänglich, sollte bei der Verfahrenswahl dem Magenschlauchmagen der Vorzug gegeben werden.

Thromboembolie

Die Lungenembolie ist, wenn auch sehr selten, die häufigste Todesursache nach Entlassung aus der stationären Behandlung. Die Inzidenz liegt im amerikanischen Register (Bariatric Outcomes Longitudinal Database BOLD) unter 0,2% und die der tiefen Beinvenenthrombose bei 0,2% (17). Die wichtigsten Risikofaktoren für eine tiefe Venenthrombose sind eine positive Vorgeschichte (OR 6.2) und Bluttransfusionen (OR 4.2). Leider gibt es keinen Evidenz-basierten Standard der Thromboseprophylaxe, da die Zulassungsstudien nicht bei Patienten mit BMI > 40 durchgeführt wurden. Die beste Erfahrung liegt zum Enoxaparin vor, das gewichtsadaptiert verordnet wird, z.B. 2 × 40 mg/Tag bei <150kg und 2x60 mg/Tag bei > 150 kg. Allgemein wird eine über den stationären Aufenthalt extendierte Prophylaxe über 1–4 Wochen empfohlen.

Messungen des aFXa-Spiegels zeigen aber, dass der therapeutische Zielwert von 0.2 to 0.4 U/m nur bei etwa 60% der Fälle mit diesem Regime erreicht wird (18). Konsequenterweise müsste die aFXa-Messung in die klinische Routine übernommen werden, um den tatsächlichen prophylaktischen Thromboprophylaxe-Status bei Patienten mit Adipositas zu definieren, insbesondere bei Patienten mit einem Gewicht über 150 kg.

Pharmakokinetik

Auf der Grundlage des derzeitigen Verständnisses ist die Vorhersage der pharmakokinetischen Veränderung für ein bestimmtes Medikament nach RYGB eine Herausforderung. Eine genaue Überwachung der Wirkung jedes einzelnen Medikaments wird daher in der frühen post-

Abkürzungsverzeichnis	
BMI	Body Mass Index
BOLD	Bariatric Outcomes Longitudinal Database
GERD	Gastroesophageal Reflux Disease
NAFLD	Non-alcoholic Fatty Liver Disease
NASH	Nicht alkoholische Steatosis hepatis
RDA	Recommended Daily Allowance
RYGB	Roux-Y-Gastric Bypass

operativen Phase empfohlen. Dosisanpassungen von Psychopharmaka müssen gegebenenfalls durchgeführt werden (2).

Psychische Aspekte

Zwischen Adipositas und Depression besteht ein bidirektionaler Zusammenhang. Es besteht gewisse Evidenz, dass die bariatrische Chirurgie Angst und depressive Symptome verringert und deshalb als therapeutische Intervention von affektiven Störungen betrachtet werden kann (19). Es gibt aber Hinweise auf eine langfristige Erosion der Verbesserung des Depressionsniveaus und auf eine Wiederangleichung der psychosozialen Lebensqualität nach 10 Jahren an die der nicht-behandelten Kontrollen (20, 21). Die postoperative Depression wird mit einem geringeren Gewichtsverlust, einer gleichzeitigen Psychopathologie und einer verminderten Lebensqualität in Verbindung gebracht.

Es gibt Hinweise auf einen erhöhten Alkoholkonsum nach der Operation. Vor allem nach Magenbypass wird Alkohol schneller resorbiert, es werden höhere maximale Alkoholkonzentrationen erreicht und die Eliminationszeit ist verlängert. Die postoperative Suizidrate betrug in einer umfangreichen Literaturanalyse 2,7/1.000 und lag damit 3,8fach höher als in der gematchten Kontrollgruppe [22]. Auch Essstörungen nehmen kurzfristig nach adipositaschirurgischen oder metabolischen Operation ab und scheinen im Verlauf wieder zuzunehmen [23]. Daraus ergibt sich

die klinische Konsequenz der postoperativen Begleitung und Intervention durch „Mental Health Professionals“ bei Patienten mit präexistenten und de novo depressiven Symptomen. Im Rahmen der Nachsorge nach dem Eingriff muß die Frage nach dem Vorliegen einer psychischen Komorbidität ebenso wie präoperativ noch einmal gezielt evaluiert werden.

Letalität

Die postoperative Letalität betrug in einer Metaanalyse von 38 RCTs mit 4.030 Patienten im Mittel 0,18 % [24]. Zur Berechnung der Langzeitprognose standen in dieser Metaanalyse 8 Studien zur Verfügung. Die Gesamtletalität wurde durch die Operation um 41 % signifikant gesenkt. Die Wahrscheinlichkeiten, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs zu sterben, wurden mehr als halbiert.

Schwangerschaft

Der Gewichtsverlust nach bariatrischer Chirurgie verbessert die weibliche und männliche Fruchtbarkeit. Frauen in der gebärfähigen Altersgruppe benötigen so lange eine sichere Kontrazeption, bis sich ihr Gewicht stabilisiert hat (mindestens 12 Monate). Die Schwangerschaft sollte ernährungsmedizinisch intensiv begleitet werden, wobei der Energiebedarf individualisiert angepasst wird [25]. Das Ziel ist eine Proteinzufuhr von mindestens 60 g/Tag. Bei Glukosestoffwechselstörungen sollten schnell absorbierbare Kohlenhydrate vermieden werden. Die Supplementation wird anhand von Laborwerten justiert. In jedem Trimenon sollten u. a. folgende Serumwerte überprüft werden: Blutbild, Nieren- und Leberwerte, Ferritin, Transferrin, Folsäure, Vitamin B12, Vitamin A, Vitamin K1, Prothrombinzeit, INR, Protein und Albumin, Vitamin D, Kalzium, Phosphat, Magnesium, PTH. Die bariatrische Chirurgie reduziert die Raten von Schwangerschaftsdiabetes (Odds Ratio 0,20), Makrosomie (Odds Ratio 0,31), Hypertonie (Odds Ratio, 0,38), postpartaler Blutung (Odds Ratio, 0,32) und Kaiserschnitt-Entbindungen (Odds Ratio 0,50), erhöht aber die Rate an Mikrosomie (Odds Ratio 2,16), intrauteriner Wachstumsretardierung (Odds

Ratio 2,16) und Frühgeburten (Odds Ratio 1,35). Es gibt aber keine Unterschiede bzgl. Präeklampsie, Intensivstationserfordernis, Totgeburten und Fehlbildungen [26].

Cholelithiasis

Bis zu einem Drittel der Patienten entwickelt in Abhängigkeit vom Gewichtsverlust im ersten postoperativen Jahr Gallensteine [27]. Die prophylaktische Einnahme von Ursodesoxycholsäure über 6 Monate konnte in einer RCT die Inzidenz von 22 % auf 6,5 % verringern [28]. Prinzipiell gelten auch im bariatrischen Krankengut die Leitlinien-Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie von Gallensteinen [29]. Da sich bis zu 10 % aller bariatrisch operierten Patienten im Verlauf einer Cholezystektomie unterziehen und nach Magenbypässen ein transoraler endoskopischer Zugang zu den Gallenwegen nicht mehr möglich ist, so dass die Choledocholithiasis nicht interventionell, sondern operativ therapiert werden muss, leitet sich das Konzept der prophylaktischen Cholezystektomie auch bei asymptomatischen Steinträgern ab. Diese ist fast ausnahmslos laparoskopisch – ggf. im Rahmen der bariatrischen Operation – möglich. Bis zu 10 % aller Patienten unterziehen sich im Verlauf einer Cholezystektomie. Nach Magenbypässen ist ein transoraler endoskopischer Zugang zu den Gallenwegen nicht mehr möglich, so dass die Choledocholithiasis nicht interventionell, sondern operativ therapiert werden muss. Daraus leitet sich das Konzept der prophylaktischen Cholezystektomie auch bei asymptomatischen Steinträgern nach Magenbypass ab.

Fazit für die Praxis

Wegen der zunehmenden Zahl adipositaschirurgischer Patienten werden auch Nicht-Spezialisten mit den Folgen konfrontiert. Dazu gehören die positiven Effekte auf Körpergewicht und adipositas-assoziierte Erkrankungen ebenso wie Komplikationen und Mangelerscheinungen. Verbesserte Kenntnisse, eine standardisierte Nachsorge und eine intensive Kooperation zwischen Adipositaszentrum und hausärztlicher Praxis helfen, die Ver-

sorgungsqualität in Deutschland zu optimieren. Die Einführung spezifischer EBM-Nachsorgekomplexe oder eines Disease-Management-Programms könnte diesen Prozess unterstützen.

Prof. Dr. med. Norbert Runkel
Prof. Dr. med. Thomas Horbach

ehem. Chefarzt der Klinik für Adipositaschirurgie und metabolische Chirurgie
Sana-Klinikum Offenbach

Starkenburgring 66
63069 Offenbach am Main

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

Multiple Choice-Fragen:

Folgen der bariatrischen Chirurgie

VNR: 2760602021150540008 (eine Antwort ist richtig)

1. Wie hoch ist die Anzahl Erwachsener in Deutschland mit Adipositas?

- 1) 160.000
- 2) 1,6 Millionen
- 3) 16 Millionen
- 4) 83 Millionen

2. Welches Operationsverfahren weist keine malabsorptive Komponente auf?

- 1) Magenballon
- 2) Mini-Gastric-Bypass
- 3) Roux-Y-Gastric-Bypass
- 4) Biliopankreatische Diversion

3. Welche Aussage ist nicht richtig?

Die S3-Leitlinie Adipositaschirurgie empfiehlt die Supplementation nach adipositaschirurgischen Eingriffen von...

- 1) ...Kalziumzitrat.
- 2) ...Vitamin C.
- 3) ...Vitamin D.
- 4) ...Vitamin B 12.

4. Was versteht man unter „Dumping-Syndrom“?

- 1) Rückfluß von Mageninhalt in die Speiseröhre
- 2) Ungenügende Produktion pankreatischer Verdauungsenzyme
- 3) Abflußstörung von Galleflüssigkeit aus dem Hauptgallengang in das Duodenum
- 4) Sturzentleerung von Nahrung in den Dünndarm

5. Welche Aussage ist nicht richtig?

Die nicht alkoholische adipositas-assoziierte Fettlebererkrankung...

1) ...kann progredient bis zur Entstehung eines hepatozellulären Karzinoms fortschreiten.

2) ...kann allein durch Bestimmung der Leberenzyme in Stadien eingeteilt werden.

3) ...ist medikamentös nicht therapierbar.

4) ...kann in bis zu 85 % der Fälle durch bariatrische Therapie rückgebildet werden.

6. Chronischer gastroösophagealer Reflux ist häufig bei adipösen Patienten. Welches adipositaschirurgische Verfahren wirkt effektiv gegen Reflux?

- 1) Magenballon
- 2) Schlauchmagen
- 3) Mini-Gastric-Bypass
- 4) Roux-Y-Magenbypass

7. Welche Aussage ist für adipöse Patienten richtig?

1) Perioperative Thromboseprophylaxe ist nicht erforderlich.

2) Es gibt genaue Dosierungsempfehlungen für die medikamentöse Thromboseprophylaxe auf der Basis von pharmakologischen Zulassungsstudien.

3) Ein wichtiger Risikofaktor für thrombembolische Komplikationen sind anamnestische tiefe Venenthrombosen.

4) Die Inzidenz der perioperativen Lungenembolie liegt bei 0,02%.

8. Welche Aussage ist nicht richtig? Gewichtsverlust nach bariatrischer Chirurgie reduziert die Raten von...

1) ...Schwangerschaftsdiabetes

2) ...Mehrlingsschwangerschaften

3) ...Präeklampsie

4) ...Kaiserschnittentbindungen

9. Welche Aussage trifft nicht zu? Nach einem Magenbypass...

1) ...sollte eine Gewichtsabnahme von mehr als 50% des Übergewichts eintreten.

2) ...besteht Supplementationsbedarf für Vitamin B 12 und Eisen.

3) ...tritt eine Verbesserung der diabetischen Stoffwechsellage ein.

4) ...ist eine Choledocholithiasis mittels transoralem endoskopischem Zugang durch die Gewichtsreduktion unschwer möglich.

10. Als Nachsorge bezeichnet man in der Medizin die planmäßige Nachuntersuchung von Patienten nach einer abgeschlossenen oder vorläufig abgeschlossenen Behandlung. Nach Adipositaschirurgie umfasst dies unter anderem:

a Kontrolle der Gewichtsentwicklung
b Anpassung der Medikation von Begleiterkrankungen

c Verlaufskontrolle der Supplementation von Vitaminen und Spurenelementen
d Erfassung von Fehlernährung

1) Nur a ist richtig

2) a, c und d sind richtig

3) b und d sind richtig

4) Alle sind richtig

Literatur zum Artikel:

Folgen der bariatrischen Chirurgie

Prof. Dr. med. Norbert Runkel und Prof. Dr. med. Thomas HorbacStroh, C. Bariatrische Chirurgie: Magenbypass bevorzugte Operation. *Dtsch Arztebl* 2016; 113(20): A-980 / B-826 / C-810.

- [1] S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. Version 2.3 (Februar 2018) AWMF-Register Nr. 088-001 https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-001l_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf
- [2] Look AHEAD Research Group, Wing RR, Bolin P, Brancati FL, Bray GA, Clark JM, et al. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* (2013) 369:145–154.
- [3] Toma T, Harling L, Athanasiou T, Darzi A, Ashrafian H. Does Body Contouring After Bariatric Weight Loss Enhance Quality of Life? A Systematic Review of QOL Studies. *Obes Surg.* 2018, 28:3333–3341.
- [4] Zhang Q, Chen Y, Li J, Chen D, Cheng Z, Xu S, Huang Y, Wang Q. A meta-analysis of the effects of bariatric surgery on fracture risk. *Obes Rev.* 2018, 19:728–736.
- [5] Adams TD, Davidson LE, Litwin SE, Kim J, Kolotkin RL, Nanjee MN, Gutierrez JM, Frogley SJ, Ibele AR, Brinton EA, Hopkins PN, McKinlay R, Simper SC, Hunt SC. Weight and Metabolic Outcomes 12 Years after Gastric Bypass. *N Engl J Med.* 2017 Sep 21, 377:1143–1155.
- [6] Billeter AT, Scheurlen KM, Probst P, Eichel S, Nickel F, Kopf S, Fischer L, Diener MK, Nawroth PP, Müller-Stich BP. Meta-analysis of metabolic surgery versus medical treatment for microvascular complications in patients with type 2 diabetes mellitus. *Br J Surg.* 2018, 105: 168–181.
- [7] Yan G, Wang J, Zhang J, Gao K, Zhao Q, Xu X. Long-term outcomes of macrovascular diseases and metabolic indicators of bariatric surgery for severe obesity type 2 diabetes patients with a meta-analysis. *PLoS One.* 2019, 14:e0224828.
- [8] Arterburn DE, Olsen MK, Smith VA, Livingston EH, Van Scoyoc L, Yancy WS Jr, Eid G, Weidenbacher H, Maciejewski ML. Association between bariatric surgery and long-term survival. *JAMA* 2019, 313:62–70.
- [9] Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, Lystig T, Sullivan M, Bouchard C, Carlsson B, Bengtsson C, Dahlgren S, Gummesson A, Jacobson P, Karlsson J, Lindroos AK, Lönroth H, Näslund I, Olbers T, Stenlöf K, Torgerson J, Agren G, Carlsson LM; Swedish Obese Subjects Study. *N Engl J Med* 2007, 357:741–752.
- [10] Mala T. Postprandial hyperinsulinemic hypoglycaemia after gastric bypass surgical treatment. *Surg Obes Relat Dis.* 2014;10: 1220–1225.
- [11] Lassailly G, et al. Bariatric Surgery Reduces Features of Nonalcoholic Steatohepatitis in Morbidly Obese Patients. *Baillieres Clin Gastroenterol* 2015, 149:379–388.
- [12] Yang B, et al. Bariatric Surgery and Liver Cancer in a Consortium of Academic Medical Centers. *Obes Surg* 2016, 26:696–700.
- [13] Moctezuma-Velazquez C, Márquez-Guillén E, Torre A. Obesity in the Liver Transplant Setting. *Nutrients.* 2019, 11:2552.
- [14] Felsenreich DM, Langer FB, Bichler C, Eilenberg M, Jedamzik J, Kristo I, Vock N, Gensthaler L, Rabl C, Todoroff A, Prager G. Roux-en-Y Gastric Bypass as a Treatment for Barrett's Esophagus after Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg.* 2020, 30:1273–1279.
- [15] Müller S, Runkel N. Stenosen und Ulzerationen nach bariatrischen Eingriffen. *Chirurg.* 2015 Sep;86(9):841–6
- [16] Gambhir S, Inaba CS, Alizadeh RF, Nahmias J, Hinojosa M, Smith BR, Nguyen NT, Daly S. Venous thromboembolism risk for the contemporary bariatric surgeon. *Surg Endosc.* 2020, 34:3521–3526.
- [17] Stier C, Koschker AC, Stier R, Sosnierz A, Chiappetta S. Are We Missing Treatment Standards for Thromboprophylaxis of the Obese and Super-Obese Patient Population? A Prospective Systematic Cohort Study. *Obes Surg.* 2020, 30:1704–1711.
- [18] E Gill H, Kang S, Lee Y, et al. The long-term effect of bariatric surgery on depression and anxiety. *J Affect Disord.* 2019; 246:886–894.
- [19] Herpertz S, Müller A, Burgmer R, Crosby RD, de Zwaan M, Legenbauer T. Health-related quality of life and psychological functioning 9 years after restrictive surgical treatment for obesity. *Surg Obes Relat Dis.* 2015, 11:1361–70.
- [20] Jumbe S, Bartlett C, Jumbe SL, Meyrick J. The effectiveness of bariatric surgery on long term psychosocial-quality of life – A systematic review.

- Obes Res Clin Pract. 2016, 10:225–242.
- [21] Castaneda D, Popov VB, Wander P, Thompson CC. Risk of suicide and self-harm is increased after bariatric surgery – a systematic review and meta-analysis. *Obes Surg.* 2019, 29:322–33.
- [22] Opozda M, Chur-Hansen A, Wittert G. Changes in problematic and disordered eating after gastric bypass, adjustable gastric banding and vertical sleeve gastrectomy: a systematic review of pre-post studies. *Obes Rev.* 2016, 17:770–92.
- [23] Cardoso L, Rodrigues D, Gomes L, Carrilho F. Short- and long-term mortality after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Obes Metab.* 2017, 19:1223–1232.
- [24] Shawe J, Ceulemans D, Akhter Z, Neff K, Hart K, Heslehurst N, Štotl I, Agrawal S, Steegers-Theunissen R, Taheri S, Greenslade B, Rankin J, Huda B, Douek I, Galjaard S, Blumenfeld O, Robinson A, Whyte M, Mathews E, Devlieger R. Pregnancy after bariatric surgery: Consensus recommendations for periconception, antenatal and postnatal care. *Obes Rev.* 2019, 20:1507–1522.
- [25] Kwong W, Tomlinson G, Feig DS. Maternal and neonatal outcomes after bariatric surgery; a systematic review and meta-analysis: do the benefits outweigh the risks? *Am J Obstet Gynecol.* 2018, 218:573–580.
- [26] Iglézias Brandão de Oliveira C, Adami Chaim E, da Silva BB. Impact of rapid weight reduction on risk of cholelithiasis after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2003, 13:625–8.
- [27] Talha A, Abdelbaki T, Farouk A, Hawsouna E, Azzam E, Shehata G. Cholelithiasis after bariatric surgery, incidence, and prophylaxis: randomized controlled trial. *Surg Endosc.* 2020, 34:5331–5337.
- [28] S3-Leitlinie zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen. Registernummer 021 – 008 (2017). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-008l_S3__Gallensteine-Diagnostik-Therapie_2018-08.pdf



FAQ zur Weiterbildungsordnung 2020 für Hessen

Stand Mai 2021

Wie finde ich die neue Weiterbildungsordnung (WBO) für Hessen?

Die neue WBO ist seit 01.01.2020 in Kraft getreten und steht unter www.laekh.de/weiterbildungsordnung2020 zur Verfügung. Eingeschlossen sind die seit dem 01.01.2019 geltenden Änderungen für die Allgemeinmedizin inkl. sog. Quereinstieg sowie die Einführung von Zusatzweiterbildungen (ZWB) für Betriebsmedizin, Kar-dio-MRT und Akut- und Notfallmedizin.

Welche Übergangszeiten gibt es in der WBO 2020?

Vom 01.01.2020 an gilt für die fachärztlichen Gebiete und solche mit integrierten Schwerpunkten (z. B. Innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie etc.) grundsätzlich eine Übergangsfrist von 8 Jahren, also bis zum 30.06.2028. Bis dahin kann eine vor dem jeweiligen Stichtag begonnene Weiterbildung (WB) nach der WBO 2005 abgeschlossen werden. Für eigenständige Schwerpunktweiterbildungen (z. B. in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder der Kinder- und Jugendmedizin) gilt grundsätzlich eine Übergangsfrist von 5 Jahren, das heißt bis zum 30.06.2025.

Für die ZWB (z. B. Geriatrie, Intensivmedizin, Infektiologie) gilt grundsätzlich eine Übergangsfrist von 5 Jahren, also bis zum 30.06.2025. Die ZWB Psychotherapie und Psychoanalyse können wegen der zum Teil langen Weiterbildungszeiten in jedem Fall nach der bisherigen WBO von 2005 abgeschlossen werden, dafür wurde eine Sonderregel geschaffen.

Achtung: Die Übergangszeiträume von 8 Jahren bzw. 5 Jahren gelten für die oben genannten vorgezogenen WBO-Teile bereits ab dem 01.07.2019.

Wie wird bei Fortführung der Weiterbildung nach WBO 2005 dokumentiert?

Wer unter den Vorgaben der Übergangsregelungen nach bisheriger WBO 2005 die begonnene Weiterbildung abschließt, weist diese, wie bisher, auf den bekannten Papierformularen und mit den entsprechenden Weiterbildungszeugnissen nach.

Was ist beim freiwilligen Wechsel von der bisherigen zur neuen WBO zu beachten?

Alle nach den Regeln der WBO 2005 geforderten schriftlichen Dokumente und Zeugnisse gelten bis zu dem Zeitpunkt eines freiwilligen Wechsels fort. Die weiteren Kompetenzen, die nach dem Wechsel zur WBO 2020 in den anschließenden WB-Abschnitten hinzukommen, werden fortlaufend im eLogbuch dokumentiert und abschließend gemeinsam mit den Angaben in den schriftlichen Dokumenten der vorhergehenden Zeitabschnitte (ggf. auch seitens der zuständigen Weiterbilder/-innen nachgehend im eLogbuch) hinterlegt. Sie werden von der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) gemeinsam für die Zulassung zur Prüfung bewertet.

Gleiches gilt, wenn eine zweite Facharzt-kompetenz unter Anrechnung eines früheren Facharztabschlusses entsprechend § 4 Abs. 10 WBO erworben wird.

Welche Hilfen gibt es in besonderen Konstellationen?

Komplexe Einzelfragen vor dem Wechsel zur neuen WBO oder Fragen bei besonders begründetem Interesse (z. B. Anmeldung zu Förderprogrammen) können mit der LÄKH von den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) mit einem anzufragenden Vorwegentscheid verbindlich geklärt werden. Dies kann auch vor einem Zuzug aus anderen Bundesländern sinnvoll sein. Vorwegentscheide können wegen des notwendigen Aufwands zukünftig gebührenpflichtig werden, sie sollten Ausnahmefälle sein.

Was geschieht, wenn innerhalb der möglichen Übergangszeiten nach der WBO 2005 ein/-e dafür befugte/-r Weiterbilder/-in ausscheidet?

Durch einen Chefarztwechsel in Kliniken ist die weitere WB grundsätzlich nicht gefährdet. Die WB kann in dem zeitlichen Umfang abgeleistet werden, wie es beim Vorgänger möglich gewesen wäre. Der ausscheidende Chefarzt/Die ausscheidende Chefarztin hat die unter seiner/ihrer Leitung stattfindende Weiterbildung

durch ein WB-Zeugnis mit Anlagen (und ab vorherigem Wechsel zur WBO 2020 zusätzlich im eLogbuch) und ggf. mit dem ergänzenden Operationsverzeichnis zu bestätigen. Der/Die kommissarische Leiter/-in bzw. fachgleiche Nachfolger/-in bestätigt die nachfolgende Weiterbildung. Das gilt grundsätzlich auch analog für ambulant tätige Weiterbildungsbefugte.

Was ändert sich mit der neuen WBO inhaltlich?

Neue Methoden in Diagnostik und Therapie wurden integriert. Die neu definierten kognitiven und Methodenkompetenzen verlangen sachliche und fachliche theoretische Kenntnisse. Sie sollen schrittweise erworben und regelmäßig dokumentiert werden. Darüber hinaus wird Handlungskompetenz immer dann gefordert, wenn Erfahrungen und Fertigkeiten für die selbstständige Ausführung einer Diagnostik oder Therapie aufgebaut und bis zur fachlichen Selbstständigkeit vervollkommen werden müssen.

Besonders in den chirurgischen Fächern bleibt es darüber hinaus bei Mindestzahlen von Eingriffen (z. B. Appendektomien und Koloneingriffen), die mit einem persönlichen OP-Katalog nachzuweisen sind. Ansonsten sind viele Richtzahlen gegenüber den in der WBO 2005 geforderten Umfängen zurückgesetzt.

Gibt es neue Mindestweiterbildungszeiten oder generelle Änderungen?

Verlängerungen von geforderten Weiterbildungszeiten gibt es keine. Im Gegenteil, einige Zeiten wurden verkürzt und sind Mindestzeiten. Definiert werden jetzt regelhaft die verpflichtenden stationären Anteile, der Rest kann nach eigener Wahl ambulant absolviert werden.

Die Mindest-Weiterbildungszeiten der größeren Gebiete ändern sich auch nicht grundlegend. In der Inneren Medizin sind statt bisher 18 jetzt 24 Monate WB im ambulanten Bereich möglich. Die berufsbegleitende WB wurde gestärkt, z. B. in der Krankenhaushygiene und der Allergologie.



Ändert sich der Ablauf z. B. bei Unterbrechungen der Weiterbildung?

Die Weiterbildung bleibt elternfreundlich. Bis zu 12 Monate der Weiterbildung können in 3-Monatsabschnitten abgeleistet werden. Zudem kann Weiterbildung in Teilzeit anteilig anerkannt werden, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt.

Gibt es Änderungen bei den Schwerpunktweiterbildungen?

Für zusätzlich zu erwerbende Schwerpunkte (z. B. bei Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Kinder- und Jugendmedizin) ist eine abgeschlossene Facharztweiterbildung Voraussetzung für den Eintritt in die ZWB. Sog. „Versenkbare Zeiten“ aus der Weiterbildung zum grundlegenden Facharzt sind im Rahmen der WBO 2020 nicht mehr berücksichtigungsfähig. Allerdings werden bereits zuvor qualifiziert erworbene Kompetenzen mit anerkannt.

Welche neuen Fächer gibt es?

Balneologie, Ernährungsmedizin, Immunologie, Nuklearmedizin für Radiologen, Sexualmedizin, Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH), Spezielle Kinder- und Jugendurologie, Transplantationsmedizin und die Kardio-MRT-Untersuchung wurden neu in die WBO aufgenommen.

Können zuvor erworbene Kompetenzen in die neuen Fächer eingebracht werden?

Die Übergangsregelungen erlauben dies: Gleichwertige WB-Abschnitte oder Inhalte, die innerhalb von 8 Jahren vor der Neueinführung eines Faches qualifiziert erworben wurden, sind anerkennungsfähig. Dies ist innerhalb einer Frist von 3 Jahren nach Inkrafttreten der Neuregelungen zu beantragen. Entsprechender Stichtag für die ZWB Kardio-MRT, Betriebsmedizin, und Akut- und Notfallmedizin sowie für den/ die FA für Allgemeinmedizin war der 01.07.2019. Für die weiteren neuen Fächer in der hessischen WBO 2000 ist der 01.07.2020 Stichtag.

Können bereits erworbene Kompetenzen in andere Weiterbildungen mitgenommen werden?

Kompetenzen sind Kernpunkte der neuen WBO, geforderte Zeiten sichern dazu

einen Mindeststrahmen ab. Es soll zukünftig möglich sein, inhaltsgleiche, umschriebene und bereits dokumentierte Kompetenzen (z. B. Intubationen, organspezifische Sonographien) in andere WB-Abschnitte oder zusätzliche WB-Gebiete „mitzunehmen“. Über Anerkennung und eventuelle Begrenzungen entscheidet im Einzelfall die LÄKH. Mindest-WB-Zeiten ändern sich dadurch grundsätzlich nicht.

Bestehen durch die Kompetenzorientierung neue Herausforderungen für Weiterzubildende?

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung erhalten mehr Transparenz über die an der jeweiligen WB-Stätte erlernbaren Kompetenzen. Dies sollte auf Grundlage der Vorgaben im eLogbuch in Eigeninitiative schon vor Eintritt in eine Weiterbildungsstätte und später in den regelmäßigen Entwicklungsgesprächen mit dem/der Weiterbilder/-in wiederholt geklärt und eigenaktiv nachgehalten werden.

Gezielte Wechsel der Weiterbildungsstätte zur Komplettierung des Kompetenzerwerbs können notwendig werden. Dabei ist zu beachten, dass Weiterbildung „ganztägig und unter Anleitung“ stattfinden muss und anerkennungsfähige Mindestzeiten einzuhalten sind.

Curricular organisierte Abteilungsverbünde von Kliniken oder ambulant-stationäre Weiterbildungsverbünde können hier zukünftig zur Vervollständigung evtl. inhaltlich beschränkter Befugnisse hilfreich sein. Sie bedürfen einer vorherigen Bewertung und ggf. Genehmigung durch die LÄKH.

Welchen Sinn haben zukünftig die sogenannten FEWP?

Unter Mitwirkung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften wurden von der Bundesärztekammer zu den Kompetenzen fachlich empfohlene Weiterbildungspläne (FEWP) als zusätzliche Hilfestellung entwickelt (siehe § 2 Abs. (8) WBO 2020) und auf ihrer Website publiziert. Sie ergeben didaktisch-methodische Ergänzungen, Erläuterungen oder Empfehlungen für das jeweilige Kompetenzziel in der WBO. So können auch methodische Neuerungen den zugrundeliegenden Kompetenzanforderungen im kurzfristigen Än-

derungsprozess beigefügt werden. FEWP sind kein formaler Satzungsbestandteil der WBO, haben empfehlenden Charakter und können daher jederzeit flexibel angepasst werden. Sie sind nicht als Bewertungsgrundlage für den Umfang zu erteilender WB-Befugnisse vorgesehen.

Wie wird die neue Weiterbildung im Unterschied zur bisherigen dokumentiert?

Zunächst ist wichtig: Für diejenigen, die sich fortlaufend innerhalb der am 01.07.2020 beginnenden Übergangsfristen nach der WBO 2005 weiterbilden und zur Prüfung anmelden, bleibt alles wie bisher. Das verpflichtende eLogbuch steht seit dem 01.01.2021 für die nach der WBO 2020 begonnenen oder bei Wechsel fortgesetzten Weiterbildungen zur Verfügung. Informationen finden Sie auf unserer Website unter: www.laekh.de/elogbuch

Mindestens einmal im Jahr bzw. zu Beendigung eines Abschnitts der Weiterbildung muss der Kompetenzfortschritt durch die Befugte/den Befugten für die Weiterbildung auf Anforderung des/der Weiterzubildenden bestätigt werden. Das eLogbuch bleibt im Besitz des/der Weiterzubildenden und kann mit allen bereits hinterlegten Daten in andere Landesärztekammerbereiche mitgenommen und dort weitergenutzt werden.

Benötige ich weiterhin ein Weiterbildungszeugnis?

Die Ärztekammer beurteilt die erfolgte Weiterbildung für die Zulassung zur Prüfung anhand eines oder ggf. mehrerer zusammenfassender Weiterbildungszeugnisse und der gesamten begleitenden Kompetenz-Dokumentation, sei sie noch auf Papier erstellt oder ab dem verpflichtenden Stichtag elektronisch erfolgt. Das abschließende, zusammenfassende Zeugnis soll eine ausdrückliche Bewertung der „Fachartztreife“ durch den/ die Weiterbilder/-in im Blick auf die Prüfungszulassung enthalten. Ein Arbeitszeugnis genügt hierfür nicht.

Ändern sich die Rechte und Pflichten der Ärztin/ des Arztes in Weiterbildung und der Weiterbildenden?

Es bleibt alles wie bisher: ÄiW haben die Pflicht einer ordnungsgemäßen Doku-

mentation, die vollständig und nachweisbar sein muss. Auf dieser Grundlage besteht das Recht auf Bestätigung und Ausstellung eines Weiterbildungszeugnisses durch die Weiterbildenden. Sie haben das Zeugnis innerhalb von drei Monaten nach Abschluss eines WB-Abschnittes auszustellen.

Es sind mindestens jährliche Statusgespräche zwischen dem/der Weiterbildenden und des AiW/der ÄiW sowie regelmäßige Eintragungen bzw. Bestätigungen der erworbenen Kompetenzbausteine im eLogbuch gefordert. Bei eventuellen Störungen dieses kollegialen Miteinanders kann die Landesärztkammer auf Anfrage vermittelnd einschreiten.

Sowohl den ÄiW wie auch den Weiterbildenden stehen im Vorfeld die Vorsitzenden der Bezirksärztkammern in ihrer Funktion als **Weiterbildungsobleute** bei Unstimmigkeiten zur kollegialen Beratung und evtl. Schlichtung zur Verfügung.

Was ändert sich bei den Weiterbildungsbefugnissen?

Die WB-Befugnisse nach der WBO 2005 sind seit dem 01.07.2020 durch vorläufige Befugnisse für die WBO 2020 im gleichen Umfang ergänzt worden. Bei der anstehenden Neufassung der Befugnisse nach WBO 2020, die bis zum 30.06.2023 geplant ist, oder bei einer Neuerteilung können sich Abweichungen bezüglich der vermittelbaren Kompetenzen oder der anerkennungsfähigen Zeiträume der bisherigen Befugnisse ergeben. Da derzeit mehr als 6.500 WB-Befugnisse in Hessen bestehen, ist dafür ein länger dauernder Umstellungsprozess in gemeinsamer Anstrengung von Kammer und WB-Befugten zu bewältigen.

Wird auch zukünftig die Beantragung von Weiterbildungsbefugnissen für 12 oder 24 Monate erleichtert?

Auf Grundlage der neuen Weiterbildungsordnung wurden neue „Richtlinien über die Befugnis zur Weiterbildung“ (siehe: www.laekh.de/wb-befugnis-richtlinien) beschlossen. Ein erleichtertes Nachweis ist weiterhin möglich, allerdings sind Angaben zu den konkret vermittelbaren Kompetenzen in einem Fragebogen bei der Antragsstellung darzustellen.

Können Forschungszeiten für die Weiterbildung gewertet werden?

Grundsätzlich ist dies, wie bisher, nicht möglich. Evtl. anrechnungsfähige Weiterbildungszeitanteile innerhalb sogenannter Clinical-Scientist-Programme der Universitätskliniken sind vorab von Forschungsphasen genau abzugrenzen, nach den Kompetenz-Kriterien der WBO 2020 auszurichten und zukünftig im eLogbuch zu dokumentieren. Die integrierten Weiterbildungsabschnitte müssen unter der persönlichen Anleitung eines/einer dafür befugten Arztes/Ärztin stehen und vor Beginn mit der LÄKH als WBO-konform konsentiert worden sein. Ansonsten kann die Anerkennung bzw. die Zulassung zur Facharztprüfung versagt werden.

Was ändert sich für die Weiterbildenden?

Zur Einführung in die neue WBO und im Prozess der Umsetzung ist in Planung, spezifische Informationsseminare zum Umgang mit der neuen WBO anzubieten. Entsprechende Veranstaltungen werden nach Bedarf auch dezentral in allen Bezirksärztkammern ausgerichtet. Die aktuell noch andauernde Coronakrise wird als relevantes Hemmnis für Präsenzveranstaltungen zu berücksichtigen sein. Alternativ sind vermehrte eLearning-Angebote, Webinare oder Video-Online-Veranstaltungen in Umsetzung, soweit technisch und personell möglich.

Wo findet man als Weiterbilder/-in Hinweise auf Änderungen und Besonderheiten in der neuen WBO?

Hierzu wurden bereits Artikel im Hessischen Ärzteblatt (HÄBL) publiziert (siehe: www.laekh.de/heftarchiv). Auf der Website der Landesärztkammer Hessen im Bereich Weiterbildung sind dazu weitere Informationen abrufbar (www.laekh.de/WBO_2020). In Kürze werden anschauliche und erläuternde Video-Clips und auch Webinare mit Diskussionsmöglichkeit über die Website der LÄKH angeboten. Sobald es nach den Coronaregulierungen wieder möglich wird, sollen auch Präsenzseminare in Zusammenarbeit mit und in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und dezentral von den Bezirksärztkammern angeboten werden.

Was folgt aus Einschränkungen der Weiterbildungsabläufe durch die Coronakrise?

Zu Ereignissen wie z. B. häuslicher Quarantäne oder Erkrankungsfolgen, präventivem Berufsverbot bei Schwangerschaft oder weiterbildungsuntypischen Coroneinsätzen etc. lesen Sie bitte die Diskussion im HÄBL 12/2020 (ab Seite 672, <https://tinyurl.com/2jabbnj9>) und aktuelle Meldungen auf der Website der LÄKH: www.laekh.de

Stehen derzeit weitere Änderungen der WBO 2020 an?

Der Deutsche Ärztetag hat im Mai 2021 mehrere Beschlüsse zur Muster-WBO gefasst. Es wurde ein Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie in das Gebiet Innere Medizin eingeführt. Einzelne Anerkennungsregulierungen bei den Zusatzweiterbildungen in der M-WBO wurden geändert. In den hessischen Kammer-Gremien wird darüber beraten werden und ggf. durch Beschluss in einer der nächsten Delegiertenversammlungen zu entscheiden sein.

Wie kann man sich informiert halten?

Situative, unregelmäßige Updates dieser Fragen- und Antwortsammlung finden Sie auf unserer Website unter www.laekh.de/WBO_2020. Ggf. wird im HÄBL oder im Newsletter darauf hingewiesen.

Bitte senden Sie gerne weitere Fragen per E-Mail an: wbo2020@laekh.de

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

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

In Kooperation mit
Jens Sudmann
Leiter der Abteilung Weiterbildung

Daniel Libertus
Rechtsreferent

Petra Hench-Rueda & Heike Büniger
Koordinatorinnen der
Weiterbildungsabteilung



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!

Innere Medizin

EKG Refresher **Mi., 06. Oktober 2021** **10 P**

Gebühr: 140 € (Akademiestatistiker 126 €)

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.

Teile 1 + 2: **Mi., 29. September 2021**

Leitung: Dr. oec. troph. J. Liersch, Gießen
Dr. med. I. Martin, Bad Nauheim

Gebühr: 60 € (Akademiestatistiker 54 €)

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

Rheuma an einem Tag

In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik.

Mi., 27. Oktober 2021 **6 P**

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

Gebühr: 75 € (Akademiestatistiker kostenfrei)

Ort: **Bad Nauheim**, Kerckhoff-Klinik

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

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS)

Modul 2 – Aufbaukurs „Infektiologie“

Mo., 07.–Fr., 11. Juni 2021 **40 P**

Leitung: PD Dr. med. B. Jahn-Mühl, Frankfurt
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt

Gebühr: 1.000 € (Akademiestatistiker 900 €)

Modul 1 – Grundkurs „Antiinfektiva“

Mo., 06.–Fr., 10. September 2021

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

Gebühr: 900 € (Akademiestatistiker 810 €)

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

Arbeits- und Betriebsmedizin

In Kooperation mit der Fachkundigen Stelle der LÄKH als Kooperationspartner der BGW.

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

FOBI Aufbauschulung:

Mi., 30. Juni 2021 **6 P**

Leitung: Dr. med. A. Rauch

Gebühr: 130 € (Akademiestatistiker 117 €)

Auskunft/Anmeldung: S. Knodt, Fon: 0611 97748-25,
E-Mail: abba@laekh.de

Hygiene, Öffentl. Gesundheitswesen

Intensivkurs Hygiene in Arztpraxen

Für Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal in Arztpraxen und Einrichtungen für ambulantes Operieren.

Mi., 29. September 2021

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.
H.-R. Tinneberg, Frankfurt
S. Niklas, Eschborn

Gebühr: 180 € (Akademiestatistiker 162 €)

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

Impfkurs

Sa., 09. Oktober 2021

Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

Leitung: Prof. Dr. med. S. Wicker, Frankfurt
Dr. med. P. Neumann, Frankfurt

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

Qualitätsmanagement

In Zusammenarbeit mit der Stabsstelle Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie.

Patientensicherheit: Entwicklungen, Herausforderungen und Chancen

Fr., 17. September 2021 (Live-Online-Veranstaltung)

Gebühr: 50 € (Akademiestatistiker kostenfrei)

Leitung: K. Israel-Laubinger, Frankfurt

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

Dermatologie

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Fr., 17. September 2021 8 P

Leitung: Dr. med. H.-M. Hübner, Langgöns
Dr. med. E. Reichwein, Villmar

Gebühren: 250 € (Akademiestatistiker 232 €)
zzgl. 70 € Schulungsmaterial

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

Notfall- und Intensivmedizin

45. Frankfurter Intensivmedizinische Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Universitätsklinikums Frankfurt (UKF)

Mo., 25.–Fr., 29. Oktober 2021

Leitung: Dr. med. A. Grünewaldt, S. Heyl,
Dr. med. K.-H. Peiffer, Frankfurt

Gebühr: 680 € (Akademiestatistiker 612 €)

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

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Do., 02.–Sa., 04. September 2021 30 P

Do., 04.–Sa., 06. November 2021 30 P

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

Gebühr: jeweils 450 € (Akademiestatistiker 405 €)

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

Sa., 13. November 2021

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

Ort: Kassel, Landesfeuerweherschule

Gebühr: 290 € (Akademiestatistiker 261 €)

Notfallmedizin machbar machen

Mi., 24. November 2021 8 P

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg

Gebühr: 180 € (Akademiestatistiker 162 €)

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

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“ -

Kinder- und Jugendgynäkologie, Pädiatrische Endokrinologie

Mi., 09. Juni 2021

Leitung: PD Dr. med. Dr. med. habil. L. Schrod

Gebühr: 75 € (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Kenntniskurs (theoretische und praktische Unterweisung)

Fr., 05. November 2021

Gebühr: Theorie: 100 € (Akademiestatistiker 90 €)

Praxis: 60 € (Akademiestatistiker 54 €)

Ort: Frankfurt, Uniklinikum

Aktualisierungskurs

Sa., 20. November 2021

Gebühr: 180 € (Akademiestatistiker 162 €)

Ort: auf Anfrage

Grundkurs

Theorie: Fr., 18.–Sa., 19. Juni 2021

Praktikum: auf Anfrage

Gebühr: 360 € (Akademiestatistiker 324 €)

Orte: **Theorie:** Frankfurt, Uniklinikum

Praktikum: Bad Nauheim,
Hochwaldkrankenhaus

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Theorie: Fr., 10.–Sa., 11. September 2021

Praktikum: Mi., 15. September 2021

Gebühr: 360 € (Akademiestatistiker 324 €)

Orte: **Theorie:** Frankfurt, Uniklinikum

Praktikum: Frankfurt,
Krankenhaus Nordwest

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. med. habil.
B. Bodelle, Frankfurt

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

Rechtsmedizin

Leichenschau

Mi., 22. September 2021, Mi., 29. September 2021,

Mi., 06. Oktober 2021, Mi., 13. Oktober 2021

Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin

Gebühr: 180 € (Akademiestatistiker 162 €)

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

Verletzungsdokumentation:

Mi., 27. Oktober 2021

Fallbesprechung:

Mi., 10. November 2021

Gebühr: jeweils 80 € (Akademiestatistiker 72 €)

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

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

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul II Sa., 30. Oktober 2021
Gebühr: 160 € (Akademiestatistiker 144 €)
Modul III Fr., 03.–Sa., 04. Dezember 2021
Gebühr: 320 € (Akademiestatistiker 288 €)
 Zum Abschluss des Moduls III wird je ein **Final- und Kausalitätsgutachten** gefordert.
Gebühr: je 30 € (Akademiestatistiker je 27 €)

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul I-III Fr., 09.–Sa., 10. Juli 2021
Gebühr: 280 € (Akademiestatistiker 252 €)
Modul IV Fr., 12.–Sa., 13. November 2021
Gebühr: 280 € (Akademiestatistiker 252 €)
Modul V Sa., 13. November 2021
Gebühr: 100 € (Akademiestatistiker 90 €)

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

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin

Sa., 11. September 2021 **10 P**
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 160 € (Akademiestatistiker 144 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Transplantationsmedizin

Kriseninterventionsseminar

Mi, 14. Juli 2021 **8 P**
Gebühr: 160 € (Akademiestatistiker 144 €)
Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt
 PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Muslimische Patienten in der Psychotherapie

Mi., 30. Juni 2021 **6 P**
Leitung: Dipl.-Psych. M. Laabdallaoui,
 Dr. med. I. Rüschoff, Rüsselsheim
Gebühren: 120 € (Akademiestatistiker 108 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Geriatrische Grundversorgung

Block Ia: Fr., 12.–Sa., 13. November 2021 und
Block Ib: Fr., 10.–Sa., 11. Dezember 2021 **32 P**
Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt
 PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt
Gebühr: 600 € (Akademiestatistiker 540 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Ultraschall

Gefäße

Aufbaukurs Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren Arterien und Venen Fr., 18.–Sa., 19. Juni 2021 (Theorie)
Gebühr: 310 € (Akademiestatistiker 279 €)
Leitung der Kurse für Gefäße: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,
 Dr. med. F. Präve, Frankfurt

Abdomen und Retroperitoneum

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

Modul Schilddrüse II

Sa., 13. November 2021
Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt
Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum
Gebühr: 280 € (Akademiestatistiker 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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot Do., 18.–Fr., 19. November 2021 **16 P**
(Live-Online-Veranstaltung)
Leitung: Dr. med. A. Opitz, Darmstadt
Gebühr: 360 € (Akademiestatistiker 324 €)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Moderatorentaining

Fr., 29.–Sa., 30. Oktober 2021 **16 P**
Leitung: Dr. med. A. Mainz, Korbach
Gebühren: 360 € (Akademiestatistiker 324 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
 E-Mail: andrea.floeren@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 VI: Aufbaukurs

Fr., 09.–Sa., 10. Juli 2021 und

Fr., 16.–Sa., 17. Juli 2021

Beginn der Telelernphase: 20.06.2021

Gebühr: 1.000 € (Akademiestatistiker 900 €)

Kursblock VII: Aufbaukurs

Fr., 15.–Sa., 16. Oktober 2021 und

Fr., 22.–Sa., 23. Oktober 2021

Gebühr: 650 € (Akademiestatistiker 585 €)

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 15.–Sa., 20. November 2021

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Künzell
Gebühr ges.: 630 € (Akademiestatistiker, BDI und DGIM 567 €)

Gebühr/Tag: 180 € (Akademiestatistiker, BDI und DGIM 162 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,
Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiola.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 € (Akademiestatistiker 891 €)

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

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiola.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 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 € (Akademiestatistiker 252 €)

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

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@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 € (Akademiestatistiker 495 €)

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

Basiskurs Sexualmedizin

Modul 1 – Teil A: Fr., 25.–Sa., 26. Juni 2021 insg. 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

Orte: **Teil A: Bad Nauheim**, BZ der LAEKH

Teil B: Hofheim, Stadthalle

Teil C: auf Anfrage

Gebühr: 900 € (Akademiestatistiker 810 €)

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 Ärztesgesellschaft für Akupunktur e. V./DÄGfA.

I. Teil Theorie (120 Std.)

G1-G2	Fr., 04.–Sa., 05. Juni 2021
G3-G4	Fr., 02.–Sa., 03. Juli 2021
G5-G6	Fr., 10.–Sa., 11. September 2021
G7-G8	Fr., 08.–Sa., 09. Oktober 2021
G9-G10	Fr., 03.–Sa., 04. Dezember 2021

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

GP	Fr., 04.–Sa., 05. Juni 2021
GP	Fr., 17.–Sa., 18. September 2021
GP	Fr., 08.–Sa., 09. Oktober 2021
GP	Fr., 03.–Sa., 04. Dezember 2021

Leitung: H. Luxenburger, München
Gebühren: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
 E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de oder
 A. Bauß, DÄGfA, Fon: 089 71005-11,
 E-Mail: bauss@daegfa.de

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs B Do., 23.–Fr., 24. September 2021
Leitung: Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden
Gebühr: 340 € (Akademiestmitgl. 306 €)

Kurs C Sa., 05. Februar 2021
Leitung: Prof. Dr. med. S. Bösner, Marburg
Gebühr: auf Anfrage

Eine ermäßigte Teilnahmegebühr ist gültig für Akademiestmitglieder 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 € (Akademiestmitgl. 234 €)

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

Nachholtermin Block B Fr., 11.–Sa., 12. Juni 2021

Neuropathische Schmerzen;
 Kopfschmerzen
Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel
 Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

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

Muskuloskeletale Schmerzen
Leitung: Dr. med. Sina Moreau, Frankfurt
 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 € (Akademiestmitgl. 270 €)

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

Arbeitsmedizin

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

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

Beginn der Telearnphase: 10.08.2021

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

Beginn der Telearnphase: 12.10.2021

Modul 6 Mo., 06.–Di., 14. Dezember 2021

Beginn der Telearnphase: 16.11.2021

Gebühren: je Modul: 750 €
 (Akademiestmitglieder 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

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
Leitung:	Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer
Gebühren:	je ZTK 300 € (Akademiestmitgl. 270 €)
Auskunft/Anmeldung:	C. Löffler, Fon: 06032 782-287, E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 2	Mo., 07.–Fr., 11. Juni 2021	40 P
Gebühr:	740 € (Akademiestmitglieder 666 €)	
Leitung:	Dr. med. W. Spuck, Kassel M.-S. Jost, Eschwege	
Fallseminar Modul 3	Mo., 15.–Fr., 19. November 2021	40 P
Gebühr:	840 € (Akademiestmitglieder 756 €)	
Leitung:	Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden	
Kurs-Weiterbildung	Di., 07.–Sa., 11. Dezember 2021	40 P
Gebühr:	740 € (Akademiestmitglieder 666 €)	
Leitung:	Dr. med. K. Mattek, Hanau	
Auskunft/Anmeldung:	B. Buß, Fon: 06032 782-202, E-Mail: baerbel.buss@laekh.de	

Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

Modul V:	Mo., 20.–Fr., 24. September 2021
Modul VI:	Mo., 27. September–Fr., 01. Oktober 2021
Gesamtleitung:	PD Dr. med. U. Seifart, Marburg
Gebühren:	je Kursblock 500 € (Akademiestmitglieder 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 Anmeldeunterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung.

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Vertragsbedingungen und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn Veranstaltungen kurzfristig abgesagt werden müssen, werden Sie von der Akademie benachrichtigt.

Veranstaltungsort (sofern nicht anders angegeben):
Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim.

Kinderbetreuung: Für Kinder von drei bis acht Jahren freitags und samstags kostenfrei möglich! Telefonische Informationen: Christina Ittner, Fon: 06032 782-223.

Gebühr (sofern nicht anders angegeben): gilt inklusive Seminarunterlagen und Pausenverpflegung.

Teilnehmerzahl: Für alle Veranstaltungen gibt es eine Begrenzung der Teilnehmerzahl. Gerne setzen wir Sie in diesem Fall auf die Warteliste oder informieren Sie zeitnah über die nächste Veranstaltung.

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Gebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Bitte informieren Sie sich über die Mitgliedsbeiträge online oder bei Cornelia Thriene,
Fon: 06032 782-204,
E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de

Akademie online:
www.akademie-laekh.de
E-Mail: akademie@laekh.de





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

Ernährungsmedizin (ERM) 120 Stunden*

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

Beginn (ERM): Interessentenliste

Gebühr (ERM): 980 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Susanne Binner, Fon: 06032 782-185, 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): Interessentenliste

Gebühr (PBK): 290 €

Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176

Palliativversorgung (PAL) 120 Stunden*

Die Regelung zur „Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ bezieht die Medizinischen Fachangestellten verstärkt ein. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Palliativpatienten besteht aus zwei Blockveranstaltungen (ONKPAL und PAL).

Termin: Interessentenliste

Gebühr ONKPAL: 260 €

Gebühr PAL: 735 € zzgl. 60 € Prüfungsgebühr

Kontakt: Susanne Binner, Fon: 06032 782-185, Fax -180

Neurologie und Psychiatrie (NP) 120 Stunden*

Im Qualifizierungslehrgang werden Tätigkeiten vermittelt mit dem Ziel, bei der Behandlung und Begleitung von Patienten in der neurologischen und/oder psychiatrischen Praxis delegationsfähige ärztliche Leistungen übernehmen zu können.

Termin (NP): Interessentenliste

Gebühr (NP): 980 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

*Bei den links genannten Kursen (ERM, PBK, PAL und NP) sind zusätzlich die Themen **Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)** und **Motivation und Wahrnehmung (PAT 2)** zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden. Termine siehe Website oder auf Anfrage.

Gebühr (PAT 1 und PAT 2): jeweils 100 €

Refresher: Aufbereitung von Medizinprodukten

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_2): Interessentenliste

Gebühr: 80 €

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

Tagesaktuelle Informationen über unser Fortbildungsangebot

Über unsere tagesaktuellen Fortbildungsangebote informieren wir Sie auch

- auf unserer Website: www.carl-oelemann-schule.de und
- über Facebook: www.facebook.com/LAEKHessen

Bleiben Sie auf dem Laufenden und abonnieren Sie den Newsletter der Landesärztekammer!
www.laekh.de/newsletteranmeldung

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: Schriftlich oder per Fax. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich.

Carl-Oelemann-Schule

Carl-Oelemann-Weg 5

61231 Bad Nauheim

Fax: 06032 782-180

Website: www.carl-oelemann-schule.de

Veranstaltungsort soweit nicht anders angegeben:

Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,

61231 Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 5

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

Integration von Migranten in die Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten

Gute Deutschkenntnisse sind unerlässlich



Eine gute Ausbildung ist Voraussetzung für Erfolg in Beruf und Leben.

Die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten ist ein anspruchsvoller Ausbildungsgang im dualen System, das heißt: Ausbildung in der Praxis und in der Berufsschule. Die vorgeschriebene Ausbildungsdauer beträgt drei Jahre. Die Ausbildungsinhalte sind im Ausbildungs-

rahmenplan als Anhang zur Ausbildungsordnung vom 26. April 2006 niedergelegt. Informationen über die Ausbildung finden Sie im Internet auf unserer Website unter: www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/vorschriften-und-vertraege.

Im Berufsausbildungsvertrag verpflichtet sich die ausbildende Praxis daher, der/dem Auszubildenden die erforderliche berufliche Handlungsfähigkeit zu vermitteln und die Berufsausbildung planmäßig, zeitlich und sachlich gegliedert so durchzuführen, dass das Ausbildungsziel in der vorgesehenen Ausbildungszeit erreicht werden kann (vgl. § 14 BBiG).

Hinweise zur Einstellung: Migranten als Auszubildende

Planen Sie, eine Migrantin oder einen Migranten als Auszubildende/-n einzustellen? Dann bedenken Sie bitte Folgendes: Um die MFA-Ausbildung erfolgreich zu absolvieren, muss bereits zu Beginn der Ausbildung das Sprachniveau B2 gegeben

sein. Fehlende Deutschkenntnisse führen zur Frustration und gegebenenfalls zum Abbruch der Ausbildung.

Die ausländerrechtlichen Regeln müssen beachtet werden (Status, Arbeitserlaubnis, Ausbildungsduldung).

Überprüfen der Sprachkompetenz

Berufsausbildungsverträge ohne gleichzeitige Vorlage des B2-Sprachdiploms werden nicht in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen. Wir empfehlen Ihnen, sich im Rahmen der Bewerbung das B2-Sprachdiplom vorlegen zu lassen und die Sprachkompetenz beim Bewerbungsgespräch selbst zu überprüfen. Das gilt auch für Bewerber/-innen ohne Fluchthintergrund.

Sollten keine ausreichenden Deutschkenntnisse vorliegen, helfen folgende Stellen weiter:

- die regional zuständige Arbeitsagentur,
- die für die Berufsschule zuständigen QuABB*-Ausbildungsbegleiter/-innen,
- die von der Landesärztekammer bestellten Ausbildungsberater/-innen.

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten des Spracherwerbs sowie der Berufsorientierung und Berufsvorbereitung, zum Beispiel das vom Hessischen Wirtschaftsministerium aufgelegte Programm „Wirtschaft integriert“.

Sollten Sie bereits einen Berufsausbildungsvertrag ohne B2-Sprachdiplom geschlossen haben, wird sich in Kürze ein/-e Ausbildungsberater oder -beraterin der Landesärztekammer mit Ihnen in Verbindung setzen.

Gute Nachricht: Eine Einstellung von MFA-Auszubildenden ist bis einschließlich 31. Dezember eines Jahres möglich.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung MFA-Ausbildungswesen

Weiterführende Links im Internet:

Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen:
www.europaeischer-referenzrahmen.de/

Wirtschaft integriert:
www.wirtschaft-integriert.de/

Qualifizierte Ausbildungsbegleitung in Betrieb und Berufsschule:
www.quabb-hessen.de/

Ausbildungsberater/-innen der LÄKH:
www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/ausbildungsberater-innen/

* QuABB bedeutet: Qualifizierte Ausbildungsbegleitung in Betrieb und Berufsschule, Landesprogramm.

Die Darmkrebsvorsorge wird volljährig – Bilanz und Ausblick

Darmkrebs gehört zu den häufigsten Krebserkrankungen in Deutschland. Etwa jede achte Krebserkrankung betrifft den Dickdarm (Kolon) bzw. Mastdarm (Rektum). Im Jahr 2016 erkrankten daran etwa 25.990 Frauen und 32.300 Männer, etwa 25.000 Menschen verstarben an Darmkrebs.

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland kennt Leistungen zur Darmkrebsfrüherkennung seit dem Jahr 1976. Diese beinhalteten zunächst eine jährliche digital-rektale Untersuchung und einen FOBT (fecal occult blood test), einen Stuhltest auf okkultes Blut, ab dem 45. Lebensjahr. Das Programm fand jedoch nur wenig Beachtung (Teilnahmerate bei Männern 10 %, bei Frauen 35 %). Schließlich wurde im Jahr 1999 unter dem Eindruck einer steigenden Inzidenz des kolorektalen Karzinoms (KRK) von der Deut-

schen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauung und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft die erste onkologische Leitlinie nach strengen S3-Kriterien veröffentlicht. Die darin niedergelegten Empfehlungen lauteten: Beginn der Darmkrebsfrüherkennung mit 50 Lebensjahren in Form eines jährlichen FOBT ab dem 50. Lebensjahr, spätestens ab dem 55. Lebensjahr sowie der Durchführung einer Darmspiegelung (Koloskopie) ab dem 55. Lebensjahr, die bei unauffälligem Befund nach zehn Jahren wiederholt werden sollte. Nach intensiver Überarbeitung des gesetzlichen Programms zur Darmkrebsfrüherkennung auf Grundlage der Leitliniempfehlungen wurde zum 1. Oktober 2002 das Vorsorgeprogramm gestartet. Damit wurde in diesem weltweit innovativen Projekt erstmals die Koloskopie als

Vorsorgemaßnahme einer gesetzlichen Krankenversicherung flächendeckend eingeführt. Diese Erweiterung für die Indikationsstellung der Koloskopie im Leistungskatalog der gesetzlichen Krebsfrüherkennung wurde mit strengen Qualitätskriterien verbunden, wie Mindestmengen für Koloskopien und die damit verbundene Polypektomie, Hygienestandards sowie eine verpflichtende Dokumentation mit einem standardisierten Formblatt, um eine wissenschaftliche Bewertung gewährleisten zu können.

Datengrundlage für die Darmkrebsvorsorge

Das deutsche Program zur Koloskopie wurde insbesondere in den ersten Jahren wiederholt kritisiert, vor allem aufgrund des Fehlens von prospektiven randomisierten Studien (RCT), die den Nutzen einer Vorsorgekoloskopie belegen konnten. Erst 2016 wurde die erste prospektive Studie veröffentlicht, die in Norwegen, Schweden, Polen und den Niederlanden die Effekte einer Vorsorgekoloskopie versus keiner Vorsorgekoloskopie auf Teilnehmerate, Adenomdetektion und die Rate unerwünschter Ereignisse untersuchte. Dieses Studiendesign wird aus heutiger Sicht jedoch als unethisch angesehen. Die weiteren randomisierten kontrollierten Studien (RCT) zur Wirksamkeit der Koloskopie mit Ergebnissen bezüglich Effektivität im Hinblick auf Darmkrebsinzidenz und -mortalität untersuchen dies im Vergleich zum FIT (fecal immunochemical test, immunologischer Stuhltest, Nachfolger des FOBT), so dass folglich nur eine relative Effektivität beurteilt werden kann und die höhere diagnostische Wertigkeit der Koloskopie durch die höhere Teilnehmerate bei Stuhltests ausgeglichen werden kann. Eine aktuelle niederländische Studie analysiert zusammenfassend drei randomisierte Studien mit insgesamt über 30.000 Teilnehmern und vergleicht dabei die Effektivität einer einmaligen Koloskopie vs. einer Sigmoidoskopie vs. einem FIT alle zwei Jahre. Im Ergebnis ist der FIT (im

Gesetzliche Darmkrebsfrüherkennung

Stand Juli 2019

<p>ab 50 Einladung mit 50, 55, 60 und 65 Jahren einmaliges Beratungsgespräch</p>			
<p>ab 50 bis 54 Stuhltest jährlich</p>	<p>ab 55 Darmspiegelung Wiederholung nach 10 Jahren</p>	<p>alternativ</p>	<p>Stuhltest alle 2 Jahre</p>
<p>ab 50 Einladung mit 50, 55, 60 und 65 Jahren einmaliges Beratungsgespräch</p>			
<p>ab 50 Darmspiegelung Wiederholung nach 10 Jahren</p>	<p>alternativ</p>	<p>ab 50 bis 54 Stuhltest jährlich</p>	<p>ab 55 Stuhltest alle 2 Jahre</p>

Regelungen zur Darmkrebsfrüherkennung ab 2019. © Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum

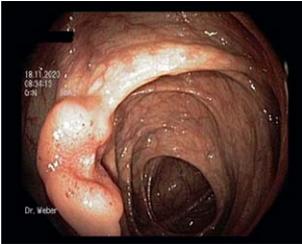


Abbildung 1: Kolonkarzinom im Colon ascendens



Abbildung 2: Flaches Adenom im Rectum

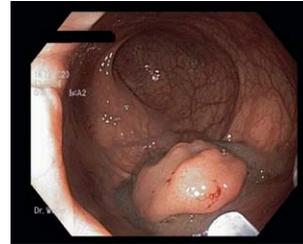


Abbildung 3: Positives lifting sign mit Anheben des Polypen nach Unterspritzen der Basis mit Indigokarmin

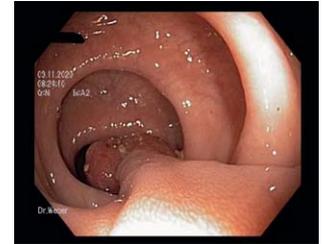


Abbildung 4: Gestielter Polyp im Sigma

Fotos: Verfasser

Einladungsverfahren inkl. Postversand des FIT) durch die hohe Teilnehmerate mindestens ebenbürtig in Bezug auf die Karzinomdetektion (wenn vier Runden FIT durchlaufen wurden). Unter dem Aspekt der Adenomdetektion ist ein Koloskopieprogramm dem FIT-Programm überlegen und fortgeschrittene Polypen werden durch die einmalige Koloskopie signifikant häufiger entdeckt. Somit kommt der Teilnehmerate am Screening eine entscheidende Bedeutung zu.

Zudem steht eine große Zahl indirekter Belege für die Effektivität der Koloskopie zur Verfügung. Eine Fallkontrollstudie wird dabei am häufigsten zitiert, die „National polyp study“, die zeigte, dass die Abtragung von Polypen (die Adenomen entsprechen und damit Darmkrebsvorstufen darstellen) bei einer Koloskopie die Entstehung von Darmkrebs um 70–90

Prozent in den nächsten Jahren reduzieren kann. Auch die aktuelle deutsche Leitlinie zum Kolonkarzinom sieht die wissenschaftliche Evidenz als gegeben an, dass eine Senkung der Mortalität durch die Vorsorgekoloskopie erreicht wurde. Die „International Agency for research on Cancer (IARC)“ hat die Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz zum Darmkrebscreening in 2018 übersichtlich zusammengefasst (siehe Tab. 1).

In Deutschland wurden die Ergebnisse der Vorsorgekoloskopie bisher im Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) dokumentiert und finden durch hochrangige internationale Publikationen eine weltweite Anerkennung.

Bei circa jedem hundertsten Teilnehmer (0,9 %) findet sich bei der Vorsorgekoloskopie ein Karzinom, bei fast jedem fünften Teilnehmer (19,4 %) werden Darm-

krebsvorstufen (Adenome) entfernt. Darüber hinaus belegen diese Daten, dass die Untersuchung sicher ist und nur selten ernsthafte Komplikationen auftreten (Nachblutungsrate 0,15 %, Perforationsrate 0,02 %), wobei die Komplikationen in aller Regel in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Abtragung von fortgeschrittenen Adenomen zuzuschreiben sind. Die Bedeutung der Daten zur Effektivität der Vorsorgekoloskopie nach den ersten zehn Jahren erbringen in den Berechnungen, dass vermutlich 180.000 Karzinome durch diese Untersuchung verhindert werden konnten.

Bericht über das Jahr 2018

Auch der aktuelle Vorbericht zur Früherkennungskoloskopie 2018 in Deutschland eröffnet aufschlussreiche Daten. So ist

Tab. 1

Evaluation von Testverfahren zum Darmkrebscreening mit Stuhltests, Endoskopie, CT-Kolonographie

Screening-Methode	Beurteilung des Evidenzgrades		
	Reduktion der Inzidenz	Reduktion der Mortalität	Nutzen-Risiko-Relation
Stuhltests:			
FOBT alle 2 Jahre (1)	Hinweis auf einen Mangel an Evidenz	genügend	genügend
FOBT alle 2 Jahre (2)	begrenzt	genügend	genügend
FIT alle 2 Jahre	begrenzt	genügend	genügend
Endoskopie			
einmalig Sigmoidoskopie	genügend	genügend	genügend
einmalig Koloskopie	genügend	genügend	genügend
CT-Kolonographie, einmalig	begrenzt	begrenzt	unzureichend
(1) Ohne Rehydratation (2) Mit Rehydratation			Modifiziert nach [5]



№
256

Es gibt viele Phobien.
Aber nur eine kann tödlich sein:

#PRÄVENTIOPHOBIE

Wenn die Angst vor der Darmkrebsvorsorge
größer ist als die Angst vor dem Krebs.

Vorsorge ist harmlos - Krebs kann Ihr Leben zerstören!
Deshalb: Wer gesund bleiben will, geht nicht erst bei Beschwerden
zur Darmkrebsvorsorge.

ÜBERWINDEN SIE IHRE PRÄVENTIOPHOBIE. JETZT!



jetzt davon auszugehen, dass inzwischen insgesamt 7,14 Millionen gesetzlich Krankenversicherte diese Maßnahmen in Anspruch genommen haben, 2018 waren dies 445.061 Personen, wobei erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Regionen bestehen. Die Teilnehmerate bezogen auf das Jahr 2018, wie die kumulative Teilnehmerate über die letzten zehn Jahre, erbringt für das Bundesland Hessen den mit Abstand schlechtesten Durchschnittswert aller Bundesländer (9,1 % der Anspruchsberechtigten über zehn Jahre). Andere Bundesländer wie die Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin weisen mehr als doppelt so hohe Inanspruchnahmen auf. Die ADR wird als Qualitätsmarker der Koloskopie verstanden, diese lag für Männer bei 35,6 % und für Frauen bei 24,3 %. Fortgeschrittene Adenome (d. h. Polypen grösser 10 mm oder villöse Histologie) wurden bei Männern bei 9 % und bei Frauen bei 6 % im Jahr 2018 detektiert, ein manifestes Karzinom fand sich bei 3.758 Patienten (0,84 % der Untersuchten). Die Gesamtzahl der Komplikationen ergab sich mit 909 Fällen (= 2,04 %), die in der

konstant hohe Qualität und Effektivität der Vorsorgekoloskopie.

Qualität und Akzeptanz des Darmkrebscreenings

Um die Inanspruchnahme der Vorsorgekoloskopie zu erhöhen, wurden Qualitätsverbesserungen im Sinne eines optimierten Komforts bei der Endoskopie über die Sedierung mit Propofol (diese nehmen über 90 % der Patienten in Anspruch) und durch den Einsatz von CO₂-Gas zur Darmdistension bei der Untersuchung etabliert. Trotz der vielfältigen Aufklärungsarbeit, unter anderem durch die Stiftung Lebensblicke und die Felix Burda Stiftung, haben nur ein bis zwei Prozent der jährlich Anspruchsberechtigten eine Vorsorge-Koloskopie genutzt. Um die Mortalität an Darmkrebs weiterhin zu verringern, müssen alle Anstrengungen zur Erhöhung der Teilnehmerate an den Vorsorgemaßnahmen umgesetzt werden. Als Teil des nationalen Krebsplans wurde 2013 das Krebsfrüherkennungs- und -registrieresetz (KFRG) verabschie-

det. Dies sieht zur Darmkrebsfrüherkennung ein Einladungsverfahren vor, mit dem in einer Pilotstudie in der Region Nordhessen eine Verdopplung der Teilnehmerate erreicht werden konnte, was auch weitere Studien bestätigen.

- Nachdem bereits zum 1. April 2017 der FIT mit einer höheren Sensitivität und Spezifität für Darmkrebsvorsorge den bisherigen Guajak-Test (FOBT) abgelöst hatte, wurde zum 1. Juli 2019 auch ein Einladungsverfahren für die Darmkrebsvorsorge umgesetzt. Das Einladungsverfahren besteht aus einem zweiseitigen Anschreiben an die Anspruchsberechtigten und einer Informationsbroschüre (21 Seiten zuzüglich zwei Seiten zur Information zur Datenverarbeitung). Derzeit ist noch nicht geklärt, ob durch dieses Einladungsverfahren eine flächendeckende Erhöhung der Teilnehmerate erzielt werden konnte.
- Kardiopulmonale Komplikationen: Gesamtzahl 14 (gleich 0,03 %)
 - Blutungen: 102 (0,23 %)
 - Perforation: 74 (0,17 %)
 - Sonstige Komplikationen: 31 (0,07 %)

Als schwerste Komplikation ergab sich im Jahr 2018 ein Todesfall.

In der Zusammenfassung bestätigen diese Daten eine

Was kann noch verbessert werden? Studien aus den Niederlanden haben gezeigt, dass in einem organisierten Screening-Programm, bei dem der FIT-Test der Einladung gleich beigelegt ist, auch über mehrere Einladungsrounden hinweg Teilnehmerquoten von über 70 Prozent erzielt werden können. Eine solche Teilnehmerate liegt um ein Vielfaches über dem bislang im opportunistischen Krebsfrüherkennungsprogramm in Deutschland erreichten Ergebnis. Das Einladungsverfahren zum Darmkrebscreening könnte durch das gleichzeitige Zusenden eines FIT nach allen bisherigen Erfahrungen noch deutlich effektiver gestaltet werden.

Vermutlich werden in den nächsten Jahren weitere Testverfahren auch in den klinischen Alltag einziehen, wobei ein Stuhltest auf Basis des FIT mit einem zusätzlichen Gentest kombiniert werden kann, oder aber alleinige Bluttests, die von Patienten präferiert werden, zur Anwendung kommen. Die bereits verfügbare Kombination eines FIT mit zusätzlichem Marker für einen Mutationsnachweis (KRAS-Mutation) erbringt keinen zusätzlichen Vorteil, da die erhöhte Sensitivität mit einer Verminderung der Spezifität und somit falsch positiven Testresultaten einhergeht. Zudem sind die Kosten eines solchen Tests (etwa 160 €) noch deutlich zu hoch.

„Liquid biopsy“

Bei den blutbasierten Testverfahren (Stichwort „Liquid biopsy“) wird die Forschung intensiv vorangetrieben, um im zirkulierenden Blut Tumor-DNA beziehungsweise Tumorzellen nachzuweisen. Bereits im Jahr 2018 wurde ein komplexes multimodales Testverfahren zur Krebsfrüherkennung vorgestellt, das ein Darmkrebscreening beinhaltet. Bezogen auf Darmkrebs liegt die Sensitivität bei unter 65 Prozent und bietet derzeit noch keinen Vorteil gegenüber dem FIT.

Bei bis zu 70 Prozent der Darmkrebsfälle liegt eine sogenannte sporadische Erkrankung ohne genetisches Risiko vor, bei 3–5 Prozent der Erkrankungen wird dies durch eine genetisch definierte erbliche Form (hereditärer Darmkrebs) begründet. Bei 20–30 Prozent der an Darmkrebs Erkrankten, lässt sich eine familiäre Häufung feststellen, deren genetische Grundlagen intensiv erforscht werden. Das derzeitige Darmkrebscreening (KRKS) bietet keine Angebote für diese wichtige Personengruppe, obwohl Personen mit einem Verwandten ersten Grades, der von einer Darmkrebserkrankung betroffen war, ein um den Faktor 2–3 erhöhtes Risiko aufweisen. Leider findet dieser Aspekt im bisherigen Einleitungsverfahren keinerlei Beachtung.

In der Zukunft werden Risiko-Scores, die einerseits die wesentlichen Lifestyle- und Umweltprädictoren (Nikotinabusus, Alkoholkonsum, Konsum roten Fleisches, Übergewicht, Inaktivität) und andererseits zusätzliche genetische Marker (häufige genetische Varianten, die mit der KRK-Entwicklung assoziiert sind) berücksichtigen, eingesetzt, um eine verbesserte Auswahl im Hinblick auf ein individuelles Darmkrebscreening zu ermöglichen. Es gibt bereits vielversprechende Hinweise, dass durch ein risikoadaptiertes Darmkrebscreening Darmkrebs effektiv verhindert werden kann und dabei bei Patienten mit niedrigem Risiko möglicherweise verzichtbare Untersuchungen vor dem 55. Lebensjahr nicht erforderlich sein werden und gleichzeitig bei Hoch-Risiko-Patienten ein frühzeitiges Darmkrebscreening bereits ab 44 Jahren beginnen sollte (Number needed to screen um ein Karzinom zu entdecken: 5–20).

In der aktuellen COVID-19-Pandemiesituation sei darauf hingewiesen, dass in hausärztlichen und fachärztlichen Praxen sowie in medizinischen Versorgungseinrichtungen mit Hygienekonzept keine Cluster an COVID-19-Infektionen aufgetreten sind. Demzufolge sind heute alle vordringlich an der Patientenaufklärung beteiligten Ärzte wie Hausärzte, Gynäkologen, Urologen und auch Betriebsärzte dazu aufgerufen, ihre Patienten zur Teilnahme am Darmkrebscreening-Programm zu motivieren.

Die Teilnahmeraten waren im Frühjahr dieses Jahres zum Teil um bis zu 43 Prozent zurückgegangen, es ist daher zu befürchten, dass dies negative Auswirkungen auf die Inzidenz von Darmkrebs in den Folgejahren haben wird.

Zusammenfassend bestehen derzeit folgende Leistungen und Regelungen zur Darmkrebsvorsorge:

Ab dem Alter von 50 Jahren können sich Frauen und Männer einmalig umfassend in der Arztpraxis über Ziel und Zweck des Darmkrebscreenings beraten lassen.

- 1) Männer können bereits ab dem Alter von 50 bis 54 Jahren zwischen einem jährlichen FIT oder insgesamt zwei-

maliger Früherkennungskoloskopie im Mindestabstand von 10 Jahren wählen.

- 2) Frauen im Alter von 50 bis 54 Jahren haben einen jährlichen Anspruch auf den FIT. Ab 55 Jahren können Frauen zweimalig eine Früherkennungskoloskopie im Mindestabstand von 10 Jahren durchführen lassen.
- 3) Nehmen Frauen und Männer das Koloskopie-Angebot erst ab dem Alter von 65 Jahren wahr, besteht Anspruch auf eine Früherkennungskoloskopie. Frauen und Männer ab 55 Jahren haben alle zwei Jahre Anspruch auf einen FIT, solange noch keine Früherkennungskoloskopie in Anspruch genommen wurde.

Dr. med. Christoph Weber,

Internist – Gastroenterologe,
61462 Königstein, Kirchstr. 9, E-Mail:
koenigstein@facharztzentrum-taunus.de

PD Dr. med. Irina Blumenstein,

Fachärztin für Innere Medizin, Gastroenterologie, Ernährungsmedizin, JW Goethe Universität, Frankfurt am Main,
E-Mail: Irina.Blumenstein@kgu.de

Felix Burda Stiftung engagiert sich für Darmkrebsvorsorge



Die Felix Burda Stiftung mit Sitz in München wurde 2001 von Dr. Christa Maar und Verleger Prof. Dr. Hubert Burda gegründet und trägt den Namen ihres 2001 an Darmkrebs verstorbenen Sohnes. Zu den bekannten Projekten der Stiftung zählen u. a. der bundesweite Darmkrebsmonat März sowie der Felix Burda Award, mit dem herausragendes Engagement im Bereich der Darmkrebsvorsorge geehrt wird. Mit smarten Event-Tools und Gadgets bringt die Stiftung die Darmkrebs-Prävention zu den Menschen: Das größte begehbare Darmmodell Europas fasziniert seine Besucher auf 20 Metern Länge als Virtual Reality-Darm. Die „APPzumARZT“ managt als Gesundheitsapp alle gesetzlichen Präventionsleistungen für die ganze Familie,

und allein über 150.000 User pro Jahr testen online ihr persönliches Risiko mit dem Schnellcheck Darmkrebs.

Die Felix Burda Stiftung betreibt Websites und Social Media-Präsenzen und generiert mit jährlichen, konzertierten Werbe- und PR-Kampagnen eine starke deutschlandweite Aufmerksamkeit für die Prävention von Darmkrebs. Die Stiftung ist Mitglied im Nationalen Krebsplan der Bundesregierung und in der Nationalen Dekade gegen Krebs des Bundesministeriums für Forschung und Bildung. Sie engagiert sich im Kuratorium des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) und im wissenschaftlichen Beirat des Krebsinformationsdienstes. Im Internet: www.felix-burda-stiftung.de (red)

Literatur zum Artikel:

Die Darmkrebsvorsorge wird volljährig – Bilanz und Ausblick

Dr. med. Christoph Weber, PD Dr. med. Irina Blumenstein

- [1] https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Darmkrebs/darmkrebs_node.html Gemeinsame Publikation des Zentrums für Krebsregisterdaten und der Gesellschaft der Epidemiologischen Krebsregister in Deutschland E.V.: „Krebs in Deutschland für 2015/2016“, 12. Ausgabe, Robert Koch Institut Berlin, 2019
- [2] Schmiegel W. Z Gastroenterol 2016; 54: 521–52
- [3] Bretthauer 2016 JAMA intern Med 176:894 – 902
- [4] Grobbee EJ Clinical Gastroenterologie and Hepatology 2020;18: 667– 75)
- [5] Winawer, S. N Engl J Med 1993 Dec 30;329(27):1977–81
- [6] <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/021-007OL.ht> abgerufen am 15.11.2020
- [7] Lauby-Secretan B N Engl J Med 378;18
- [8] Pox CP Gastroenterology 2012; 142:1460 – 7
- [9] Brenner H Deuts Ärzteblatt 2016; 113:101 – 106
- [10] www.zi-dmp.de/Files/Koloskopie/Vorbericht_2018.pdf abgerufen am 15.11.2020
- [11] Strathmann K United European Gastroenterology Journal; 2018
- [12] Hoffmeister M. Dtsch Ärztebl Int 2017; 114: 87–93 Pressemitteilung des G-BA vom 18.04.2019
- [14] Toes-Zoutendijk:Gastroenterology 2017;152:767–775
- [15] Imperiale; N Engl J Med 2014: 370:1287 – 1297
- [16] Cohen Science 2018:359; 926 – 930
- [17] Taylor Gastroenterology 2010: 138:877 – 885
- [18] Tao 2014; Clin Gastroenterol Hepatol 12(3):478–485
- [19] Jeon 2018; Gastroenterology 154 (8):2152 – 2164
- [20] Tian 2020; Gastroenterology. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.03.063>
- [21] https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PMs/Zi-Trendreport_Leistungsanspruchnahme_COVID_2020-07-27.pdf abgerufen am 15.11.2020

Nierenzellkarzinom: Daten aus Hessen

Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung durch das Hessische Krebsregister

Die Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung in Hessen ist ein Schwerpunkt im Aufgabenbereich des Hessischen Krebsregisters (HKR). Dieser Artikel beleuchtet am Beispiel der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Nierenzellkarzinom, wie Daten aus dem HKR Rückschlüsse auf die Versorgung ermöglichen – und dadurch langfristig zu deren Verbesserung beitragen können.

Anhand der Krebsregisterdaten ist ein Messen von Kennzahlen der onkologischen Versorgung möglich. Die Evaluation findet im direkten Austausch mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Rahmen von Qualitätskonferenzen statt. Zum Thema Nierenzellkarzinom wurde die zweite Qualitätskonferenz Anfang Dezember 2020 durchgeführt. Dazu hatte Dr. med. Soo-Zin Kim-Wanner eingeladen, Leiterin der Landesauswertungs- und Abrechnungsstelle des HKR.

Medizinische Fachvorträge von Prof. Dr. med. Lothar Bergmann (Frankfurt) und Dr. med. Gerson Lüdecke (Gießen) zu den aktuellen Leitlinien und Empfehlungen in der lokalen und systemischen Therapie von Nierentumoren ergänzten das Veranstaltungsprogramm. Zur einrichtungsinternen Evaluation wurden zudem grund-

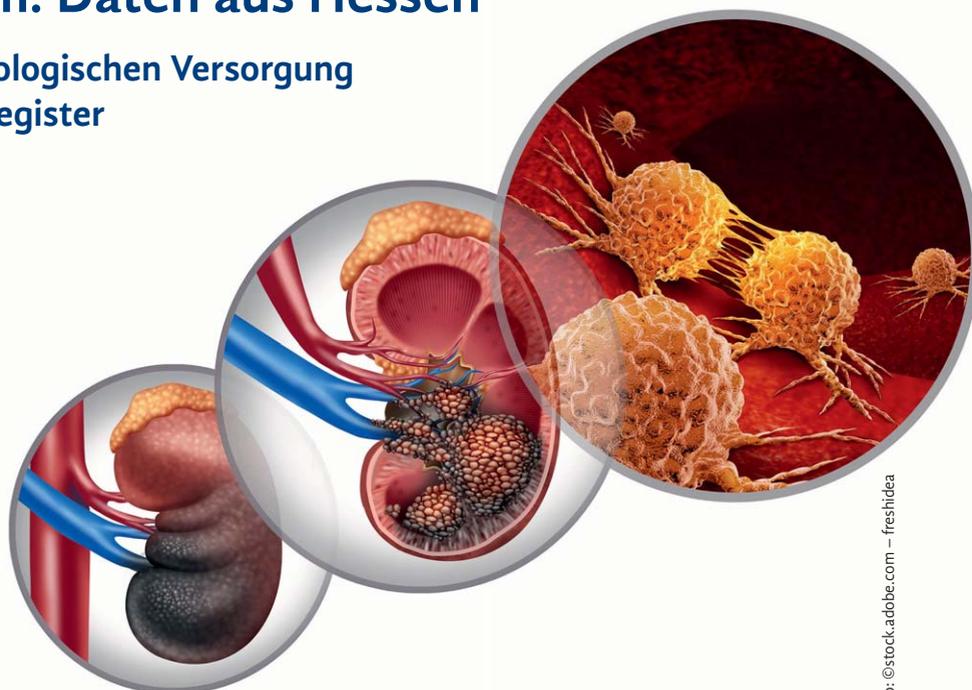


Foto: ©stock.adobe.com – freshidea

gende Auswertungen in einem individualisierten Bericht an die Einrichtungen vorab übermittelt, in dem die Daten der eigenen Einrichtung denen der weiteren hessischen Behandelnden gegenübergestellt wurden. Diese Rückmeldeberichte dienen zur einrichtungsinternen Qualitätsevaluation.

Behandlungszeitraum von 2015–2018

In den Jahren 2015 bis 2018 wurden jährlich durchschnittlich 745 in Hessen behandelte Neuerkrankungen der Niere

registriert. Die Behandlungen verteilten sich auf 27 Plankrankenhäuser mit urologischen Abteilungen. Im Mittel wurden somit in Hessen etwa 28 maligne Neuerkrankungen der Niere jährlich in den meldenden urologischen Einrichtungen therapiert. Von sieben urologischen Abteilungen in Hessen lagen dem HKR, trotz gesetzlich bestehender Meldepflicht, keine Meldungen vor.

Bei 97 % aller Nierentumore handelte es sich histologisch um Nierenzellkarzinome (ohne Sarkome, Lymphome etc.), die zu 68 % Männer und zu 32 % Frauen mit einem medianen Alter von 66 bzw. 70 Jah-

Tab. 1: In Hessen behandelte Nierenzellkarzinome (NZK) in den Jahren 2015–2018

	NZK	Medianes Alter	UICC-Stadium				
			I	II	III	IV	Unbekannt
Männer	1.954	66 Jahre	1.210 (61,9 %)	159 (8,1 %)	261 (13,4 %)	258 (13,2 %)	66 (3,4 %)
Frauen	938	70 Jahre	595 (63,4 %)	74 (7,9 %)	112 (11,9 %)	131 (14,0 %)	26 (2,8 %)
Gesamt	2.892	67 Jahre	1.805 (62,4 %)	233 (8,1 %)	373 (12,9 %)	389 (13,5 %)	92 (3,2 %)

Die Anzahl der NZK und Verteilung der UICC-Stadien bei Erstdiagnose sowie das mediane Alter sind nach Geschlecht getrennt dargestellt. Die Berechnung erfolgte ohne Fälle, die nur über eine Todesbescheinigung registriert wurden (DCO).

ren betrafen. Während die Geschlechterverteilung beim überwiegend vorkommenden klarzelligem Adenokarzinom (64 %) diesem 2:1-Verhältnis entsprach, zeigte sich demgegenüber ein erhöhter Anteil von Männern beim zu 14 % auftretenden papillären Nierenzellkarzinom sowie ein erhöhter Anteil von Frauen beim zu 5 % auftretenden chromophoben Nierenzellkarzinom. Insgesamt wurden über 60 % der Fälle in einem frühen UICC-Stadium diagnostiziert (Tab. 1).

Die operative Versorgung von Nierenzellkarzinomen in den Jahren 2015 bis 2018 bildete einen Schwerpunkt der weiteren Auswertungen. Entsprechend den Leitlinienempfehlungen war sie die Therapie der Wahl in den Stadien I-III. Im fortgeschrittenen Stadium IV erfolgte in 56 % die unimodale operative Therapie, in 24 % eine multimodale Therapie und in 20 % eine alleinige systemische Therapie.

Insgesamt konnte für ausgewählte Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinie eine hohe Qualität bestätigt werden, beispielsweise mit einer hessenweiten 30-Tage-Mortalität nach Intervention von 2 %. Der R0-Anteil betrug 90 % bei allen Patientinnen und Patienten mit Resektionen am Primärtu-

mor. Nierenerhaltende Eingriffe wurden bei 60 % aller frühen Nierenzellkarzinome (T1-Kategorie) durchgeführt. Dokumentierte Daten zur roboterassistierten Chirurgie lagen für diesen Zeitraum nicht vor.

Behandlungsspezifische Unterschiede der Krankenhäuser

Es traten jedoch auch deutliche einrichtungsbezogene Unterschiede zu Tage. So lag in den beiden hessischen Nierenkrebszentren der Anteil von Nierenteilresektionen bei T1-Tumoren bei 63 % bzw. 76 %. Für die weiteren neun Einrichtungen mit mindestens 15 Nierentumorresektionen im betrachteten Zeitraum war der mediale Anteil partieller Resektionen geringer mit einer großen Variabilität der Anteile je Einrichtung zwischen 25 % und 82 %.

Hinsichtlich des operativen Zugangs bei T1-Tumoren erfolgte in den Nierenkrebszentren die Kompletresektion bei bis zu 50 % und die Teilresektionen bei bis zu 39 % der Betroffenen laparoskopisch. In mehr als drei Viertel der weiteren Einrichtungen erfolgten Teil- und/oder Kompletresektionen hingegen ausschließlich offen chirurgisch.

Fazit

Zusammenfassend zeigte sich eine hohe Behandlungsqualität der hessischen Patientinnen und Patienten mit Nierenzellkarzinomen, wobei teilweise große Unterschiede im Einrichtungsvergleich erkennbar waren. Verbesserungsbedarf besteht noch in der Durchführung von Teilresektionen im Frühstadium. Die Auswirkungen der roboterassistierten Chirurgie für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Nierenzellkarzinomen in Hessen kann in einigen Jahren evaluiert werden und bleibt mit Spannung abzuwarten.

Dr. rer. nat. Katharina Bernhardt
Petra Neuser
Dr. med. Soo-Zin Kim-Wanner

Landesauswertungsstelle
des Hessischen Krebsregisters
Lurgiallee 10, 60439 Frankfurt/Main
Fon: 069 580013-401
E-Mail:
soo-zin.kim-wanner@hlpug.hessen.de
www.hessisches-krebsregister.de

Online-Sonderveranstaltung – Patientensicherheit: Entwicklungen, Herausforderungen und Chancen am 17.09.2021 – Save the Date!



Unter dem Motto „Mach Dich stark für Patientensicherheit. Patientensicherheit jetzt!“ ruft das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. zum Mitmachen beim diesjährigen Welttag der Patientensicherheit am 17.09.2021 auf. Dazu organisieren die Stabsstelle Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie und die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen eine Online-Sonderveranstaltung: Drei Expertinnen und Experten

berichten über den nationalen Stand der Patientensicherheit und geben einen interessanten Überblick über aktuelle Themen aus dem stationären und ambulanten Bereich. Die Veranstaltung startet um 17 Uhr. Das Ende ist für 20 Uhr geplant. Die CME-Zertifizierung wird beantragt. Eine Teilnahmegebühr wird erhoben.

Die Teilnahme steht allen Interessierten offen – Eine Vorab-Anmeldung ist ab sofort über die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Frau

Christina Ittner (Fon: 06032 782-223, Mail: christina.ittner@laekh.de) möglich.

Weitere Details und das ausführliche Programm finden Sie in Kürze im Hessischen Ärzteblatt (u. a. auf den Blauen Seiten der Akademie) und auf der Website der Landesärztekammer Hessen unter www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/fort-und-weiterbildung/fortbildung/fortbildungsveranstaltungen oder via Kurzlink tinyurl.com/2n5p7wcy

Mehr als Medizin

Eine Ausstellung über Ärztinnen, Ärzte und Kultur

Feder statt Skalpell: Vor der Entscheidung Kunst oder Medizin standen viele Medizinerinnen und Mediziner schon vor Jahrhunderten. Während die einen ihren künstlerischen oder kulturellen Neigungen nachgaben, versuchten andere, Beruf und Berufung miteinander zu verbinden. Ob Ärztinnen und Ärzte eine besondere Affinität zur Kultur hegen, lässt sich mit Zahlen schwer belegen. Doch selbst wenn ihr prozentualer Anteil nicht höher sein sollte als in anderen Berufssparten, stechen doch etliche berühmte Beispiele hervor.

Von Gottfried Benn über Maria Montessori bis Anton Tschechow: „Mehr als Medizin?“ lautet der Titel einer Ausstellung, die die Lebenswege kulturell ambitionierter Heilkundiger illustriert und von dem Bonner Arzt PD Dr. med. Johannes Kruppenbacher, ärztlicher Leiter und Eigentümer der CBT Gruppe (CBT: Centrum für Blutgerinnungsstörungen und Transfusionsmedizin), gestiftet wurde. Gegen eine Spende an ein medizinisch-karitatives Projekt können Praxen, Krankenhäuser und Gemeinden die Präsentation ausleihen. Außerdem wird sie kostenlos an Kulturinstitutionen, die durch die Coronapandemie schwer getroffen wurden, und an Universitäten verliehen.

Die Ausstellung umfasst Portraits von neun kulturschaffenden Medizinerinnen und Medizinern aus sieben Jahrhunderten. Alle Portraitierten nutzten ihre aus der Kenntnis des Menschen gewonnenen Erfahrungen für ihr literarisches und kulturelles Schaffen. So etwa Anton Tschechow (1860–1904), einer der bedeutendsten Autoren der russischen Literatur. Obwohl Arzt von Beruf, betrieb er Medizin fast ausschließlich ehrenamtlich. Dabei lieferte ihm die ärztliche Tätigkeit viel Stoff für seine Erzählungen, wie Heinz Setzer, u.a. Leiter des Tschechow-Archivs in Badenweiler, berichtet. Die Perspektiven der Medizinerin, des Mediziners und der Diagnostikerin, des Diagnostikers durchziehen das Lebenswerk aller Portraitierten und zeu-



Friedrich Schiller

gen gleichermaßen von einer Sicht auf den Menschen, die sich nicht auf den Körper beschränkt, sowie auf die Gesellschaft als lebenden Organismus. Der Titel „Mehr als Medizin?“ lässt sich als Frage nach den Möglichkeiten einer ganzheitlichen Sicht des Menschen aber auch als Frage nach der gesellschaftlichen Verantwortung deuten. Da viele Herausforderungen in der Medizin kreative Lösungen erfordern, schwingt in ihm außerdem die Kreativität als ärztliche Eigenschaft mit. Stellvertretend sollen im Folgenden vier Beispiele Lust auf „Mehr als Medizin?“ machen.

Ein Arzt der Seele

Als Arzt der Seele wird Friedrich Schiller (1759–1805) beschrieben und an seinem Beispiel die Notwendigkeit von Freiheit und Entscheidungen für die Gesundheit des Menschen vor Augen geführt. Das rotkolorierte Portrait zeigt den Arzt, Dichter, Philosophen und Historiker in der Blüte seiner Jahre. Als Schiller starb, verbreitete sich das Gerücht, dass er zuletzt nur noch kraft seines Geistes gelebt habe. Wie die Autopsie zeigte, hatte Schiller seinen eigenen Tod in einer seiner medizinischen Dissertationen vorweggenommen: „Nun scheidet sich die Entzündung in eine tödliche Brustfellerkrankung ab, die von Blut und Schleim verstopfte Lunge, unfähig diese Säfte auszuschcheiden, wird den

Menschen durch den Erstickungstod oder den Tod an Brand umbringen.“

Eine Zeittafel informiert über die biografischen Daten, der Text über Werk und Person Schillers stammt von Prof. Dr. phil. Robert S. Kamzelak, stellvertretender Direktor des Deutschen Literaturarchivs Marbach und Honorarprofessor für Digital Humanities an der Universität Würzburg. Darin erfährt man, dass Schillers erste, 1779 als Dissertation eingereichte, Abschlussarbeit über die Beziehung von Körper und Geist von den Gutachtern als zu spekulativ abgelehnt wurde. Seinen zweiten Anlauf unternahm er mit zwei parallel eingereichten Dissertationen: Während er in „De discrimine februm inflammatoriarum et putridarum“ („Über den Unterschied zwischen entzündlichen und fauligen Fiebern“) beschreibt, woran er einst selbst sterben sollte, trägt die zweite den Titel „Versuch über den Zusammenhang der tierischen Natur des Menschen mit seiner geistigen“.

Freie Entfaltung der Persönlichkeit

In Grün ist das Portrait Georg Büchners (1813–1837) getaucht. Die „freie Entfaltung der Persönlichkeit als einzige Möglichkeit zur Gesundheit“ steht darunter. Wie auf der Zeittafel nachzulesen ist, begleitete Büchner, als erstes Kind ei-



Georg Büchner



Anton Tschechow

ner Arztes im südhessischen Dorf Goddelau geboren, seinen Vater schon während der Gymnasialzeit auf dessen Visiten und assistierte ihm nach dem Abitur beim Anatomie-Unterricht im Hospital. 1831 nahm er das Studium der Medizin und Naturwissenschaften in Straßburg auf, bevor er nach Gießen wechselte.

„Wie wird ein fleißiger Medizinstudent aus gutem Hause mit 21 Jahren zu einem gesuchten Verbrecher?“, fragt Peter Brunner, seit 2017 Leiter des Museums Büchnerhaus in Riedstadt-Goddelau in seinem Text zur Ausstellung. Und gibt auch gleich die Antwort: „1834 reicht eine eigene Meinung in der Verbindung mit dem Mut, sie öffentlich zu äußern. Büchner hat beides.“ Als Büchner 1837 in Zürich starb, hatte der junge Arzt, Naturforscher und steckbrieflich gesuchte Revolutionär seine ersten Vorlesungen als Privatdozent der Universität Zürich gehalten, sowie eine Kampfschrift, ein Drama, eine Dissertationsschrift über das Nervensystem der Flussbarbe, eine Komödie und Entwürfe zu seinem berühmtesten Werk „Woyzeck“ verfasst.

Heilkundige Universalgelehrte

Faszinierend auch die in Pink und Violett gehaltenen Portraits von Hildegard von Bingen und Maria Montessori. Wie keine andere Frau des Mittelalters zieht Hildegard von Bingen (1098–1179) bis heute in ihren Bann. Sie war Benediktinerin, Äbtissin, Dichterin, Komponistin und eine bedeutende natur- und heilkundige Universalgelehrte. In der römisch-katholischen

Kirche wird sie als Heilige und Kirchenlehrerin verehrt. Hildegard von Bingen gilt als erste Vertreterin der deutschen Mystik des Mittelalters, die sich in ihren Werken, unter anderem mit Religion, Medizin, Musik, Ethik und Kosmologie befasste.

Hildegard von Bingen war Beraterin vieler Persönlichkeiten; selbst Kaiser Friedrich Barbarossa suchte ihren Rat. Auch ist von ihr ein umfangreicher Briefwechsel erhalten geblieben, der deutliche Ermahnungen gegenüber hochgestellten Zeitgenossen enthält, sowie Berichte über weite Seelsorgeeisen und ihre öffentliche Predigertätigkeit. Als Prophetin, deren Autorität direkt von Gott kommt, verkündete sie in ihren Werken himmlische Visionen und zeigte sich als Pionierin der Naturwissenschaften. Der Text über die Heilkundige stammt von der Autorin und Historikerin Barbara Beuys.

Neuer Erziehungsansatz

Die italienische Ärztin Maria Montessori sorgte zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit ihrem neuen Erziehungsansatz weltweit für Aufsehen, wie Ulrike Hammer, Schulleiterin und Mitbegründerin der Montessori-Grundschule Rotenburg (Wümme), in ihrem Text zur Ausstellung schreibt. Obwohl Frauen in Italien seit 1875 studieren durften, wurde Montessori von der Universität abgelehnt, da das Medizinstudium noch Männern vorbehalten war. Nach ihrem ersten Hochschulabschluss in Naturwissenschaften an der Universität Rom gelang es ihr schließlich doch, Medizin zu studieren – als eine der ersten fünf



Maria Montessori

Frauen in Italien. Anschließend beobachtete sie bei ihrer Arbeit mit geistig und körperlich eingeschränkten Kindern an der psychiatrischen Klinik in Rom, dass Kinder erstaunliche Veränderungen in ihrem Verhalten erlangten, wenn sich die Bedingungen der Umgebung veränderten und diese auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Kinder abgestimmt wurden.

Förderung von Kunst und Kultur

„Als Gesundheitsbetrieb versteht die CBT Gruppe ihr Engagement als aktiv gelebte Bürgerschaft. Diese umfasst sowohl die Fürsorge für unsere Patienten, unsere unternehmerische Verantwortung gegenüber der Gesellschaft als auch die Förderung von Kunst und Kultur. Mit den Projekten unserer CBT Kulturpraxis, wie dieser Ausstellung, wollen wir diese Anliegen verbinden“, erklärt PD Dr. med. Johannes Kruppenbacher. Ab dem 24.05.2021 wird die von Dr. André Körner kuratierte und von dem international ausgezeichneten Berliner Design Büro Lindhorst-Emmede gestaltete Ausstellung sechs Wochen lang auf dem Gelände der Universität Bonn ausgestellt. Im Rahmen der internationalen Tschechow-Woche ist „Mehr als Medizin?“ vom 9.07. bis 18.07.2021 Open Air im Literatur Salon Badenweiler und ab August bis Ende September 2021 ebenfalls Open Air im Weingut Kruppenbacher im rheinhessischen Jugenheim zu sehen. Führungen für Schulen und Universitäten sind in Planung. Informationen unter www.kultur-praxis.de



Hildegard von Bingen

Katja Möhrle

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060065479 ausgestellt am 14.05.2020 für Dr. med. Sabine Schrödel, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060053219 ausgestellt am 08.03.2018 für Dr. med. Andrea Jaeger-Leu, Gießen

Arztausweis-Nr. 060045964 ausgestellt am 07.12.2016 für Ha-Young Rhim, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060052943 ausgestellt am 26.02.2018 für Angelika Götz, Ulrichstein

Arztausweis-Nr. 060074822 ausgestellt am 15.03.2021 für Irina Henne, Trebur

Arztausweis-Nr. 060076438 ausgestellt am 15.04.2021 für Dr. med. Ioannis Simogiannis, Bad Nauheim

Arztausweis-Nr. 060045859 ausgestellt am 30.11.2016 für Dr. med. Astrid Schöne-Adibo, Nidda

Bücher



Daniel Schüpbach, Otto Dietmaier: Psychopharmaka in der Hausarztpraxis

Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
Stuttgart 2021, ISBN 9783804739468,
284 S., 18 farb. Abb., 78 farb. Tab.,
kartoniert, 34,80 €

Dr. med. Daniel Schüpbach, Facharzt für Psychiatrie und Psychiatrie, Chefarzt einer Psychiatrischen Klinik in Weinsberg, und Otto Dietmaier, leitender Pharmaziedirektor im Ruhestand, publizierten schon mehrere Fachwerke zum Thema Psychopharmakologie. Weiter entstanden Ratgeber für Pflegende und für Patienten. Das vorliegende Werk richtet sich jetzt explizit an Primärärzte. Auf 284 Seiten wird anhand der relevanten Psychiatrischen Syndrome die aktuelle Psychopharmakologie sehr detailliert dargestellt. Gleichzeitig finden sich viele Elemente eines Lehrbuchs der Psychiatrie.

Besonders gefällt dem Rezensenten die tabellarische Zusammenstellung von empfohlenem diagnostisch/therapeutischem Vorgehen in 13 „Faktenblättern“ mit kompakt zusammengefassten Informationen zum Meistern heikler Situationen in der Praxis, wie zum Beispiel das

Vorgehen bei akuter Suizidalität, zum Serotonin- oder malignen neuroleptischen Syndrom, zum Erregungszustand bei Manie, Stupor bei Schizophrenie, Delir, Übergewicht oder zur Problematik der Therapie mit Lithium.

Außerdem veranschaulichen die gut strukturierten exemplarischen Fallbeispiele das empfohlene klinische Vorgehen. Die Kapitel zu affektiven Störungen und Schizophrenie sind sehr detailliert und in dieser Form eher für den Spezialisten geeignet. Relativ ausführlich werden auch therapeutische Möglichkeiten bei Schlafstörungen besprochen. Zusammenfassend ist hier ein gutes Lehrbuch zur Psychopharmakologie in den „neuen Schlauch“ für den Hausarzt gepackt worden, der jedoch sicher punktuell wertvolle Informationen für seine praktische Tätigkeit erhalten kann.

Dr. med. Peter Zürner

Wir gedenken der Verstorbenen



Foto: © crimson – stock.adobe.com

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Kurzinformationen zur Berufsausbildung Medizinische/r Fachangestellte/r

Zum Beginn des neuen Ausbildungsjahres macht die Abteilung „Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte“ der Landesärztekammer Hessen auf wichtige Ausbildungsbestimmungen aufmerksam, zum Beispiel:

- Verbundausbildung
- Wichtige gesetzliche Bestimmungen, zum Beispiel Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) und Jugendarbeitsschutzuntersuchungen
- Probezeit
- Überbetriebliche Ausbildung
- Freistellungen (z. B. Prüfungen, Berufsschule)
- Ausbildungsmittel/Lehrmittel
- Berufskleidung
- Tarifverträge (z. B. Gehalts- und Manteltarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen, Betriebliche Altersvorsorge und Entgeltumwandlung)
- Berufsausbildungsvertrag

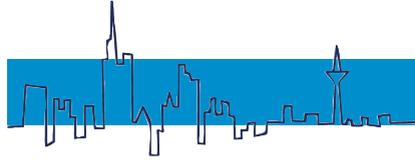
Diese Information „Kurzinformationen“ kann im Internet unter

www.laekh.de/fileadmin/user_upload/MFA/Berufsausbildung/Ausbildungsvertrag/Kurzinfo_Berufsausbildung_MFA.pdf abgerufen werden.

Externenprüfung

Der Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf gilt gerade heute als Mindestvoraussetzung für einen erfolgreichen Berufseinstieg und ein stabiles Beschäftigungsverhältnis. Ohne Ausbildungsabschluss gibt es kaum noch Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

Die Abteilung Ausbildungswesen macht deshalb darauf aufmerksam, dass nach § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz auch Kandidaten zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte zugelassen werden können, die keine Ausbildung im dualen System durchlaufen haben, aber im Aufgabengebiet einer Medizinischen Fachangestellten beschäftigt waren. Weitere Informationen zur „Externenprüfung“ können im Internet unter https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/MFA/Berufsausbildung/Pruefungen/Erwerb_Abschluss_MFA_Externenpruefung.pdf abgerufen werden.



Einladung
150. Bad Nauheimer Gespräch
08. Juli 2021, 19 Uhr,
Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstr. 152, Frankfurt am Main

Angebote und Erfolge zahnärztlicher Prävention in Kitas, Senioreneinrichtungen und zu Hause

Dr. med.-dent. Antje Köster-Schmidt



Foto: Monika Werneke

Im internationalen Vergleich ist die Zahngesundheit in Deutschland sehr gut. Die zahnmedizinische Prophylaxe für Kinder z.B. durch die Tätigkeit der Patenschaftszahnärzte und deren Teams in Kitas ist hier seit 1989 gesetzlich verankert. Aber auch im Seniorenalter kann durch Schulung von Pflegekräften und pflegenden Angehörigen viel Leid vermieden werden. Die Referentin informiert über diese Präventionskonzepte sowie die konkreten Angebote und Erfolge in Hessen – mit praktischer Demonstration der konkreten Hilfsmittel.

Frau Dr. Köster-Schmidt ist Mitglied im Vorstand der Landes Zahnärztekammer Hessen (LZKH) – und hier für die Bereiche Prophylaxe, Jugendzahnpflege, special care und Alterszahnheilkunde zuständig. Als Mitglied in verschiedenen Gremien auf Bundes- und Landesebene ist ihr Hauptanliegen die Verbesserung der zahnmedizinischen Prävention.

Die Veranstaltung ist öffentlich und kostenlos. Sie wurde von der LAEKH mit 3 Punkten zertifiziert, entspricht den Leitsätzen der BZÄK und der DGZMK und wird ohne Sponsoren durchgeführt. Interessenskonflikte der Veranstalter und der Referentin bestehen nicht. Um Anmeldung wird gebeten.

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Hanauer Landstr. 152

60314 Frankfurt a. M. (Ostend)

info@bad-nauheimer-gespraech.de

Telefon: (069) 76 63 50

Telefax: (069) 76 63 50

www.bad-nauheimer-gespraech.de



Bezirksärztekammer Gießen

Ehrungen MFA/Arzthelfer*innen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Goldenes Doktorjubiläum

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 Depfert, Gutachter- und Schlichtungsstelle

Versorgungswerk: Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg

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

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

Geschäftsführung: Jürgen Führer, 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 € 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: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,
E-Mail: hetmann@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:

Alexander Krauth, Tel.: +49 2234 7011-278,
E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Layout: Petra Möller

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

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln
Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)
IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEDED3

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 7, gültig ab 01.01.2021

Auflage Lt. IVW 1. Quartal 2021:
Druckauflage: 38.092 Ex.; Verbreitete Auflage: 37.851 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. Jahrgang

ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

Mit dem Einreichen eines Beitrags zur Veröffentlichung erklärt der Autor,
dass er über alle Rechte an dem Beitrag verfügt. Er überträgt das Recht, den
Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen, auf die
Redaktion des Hessischen Ärzteblatts. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner
gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlags-
rechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Bei-
trägen 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, Fotoko-
pien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Ver-
wertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Gren-
zen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeila-
gen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für
unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. über-
nimmt 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 be-
zeichnet sind.

Haftungsausschluss:

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allge-
meinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanlei-
tungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenstän-
diger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Be-
nutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation darge-
stellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern,
dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entspre-
chen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleis-
tung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publika-
tion dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden
materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnut-
zung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verur-
sacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches
oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
- Geschäftsstelle -

Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen auf der Grundlage des Bedarfsplans 2019 mit dem Arztstand 01.03.2021 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 29. April 2021 unter Zugrundelegung des Arztstandes 01.03.2021 im Rahmen eines Umlaufverfahrens folgende Beschlüsse gefasst:

- I. Es wird festgestellt, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in den Tabellen 1 bis 5 jeweils dargestellten Versorgungsebenen in den mit ÜV gekennzeichneten Planungsbereichen und Fachgruppen eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt.
- II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für diese Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.
- III. Bei den Planungsbereichen und Fachgruppen, in denen gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 26 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zulassungen erfolgen dürfen, ist die Anzahl der

freien Sitze in den Tabellen 1 bis 5 ausgewiesen.

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind bis zum 13.07.2021 an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapie, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt, zu senden.

Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,

- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit).

► siehe Anlage 1 bis 5

Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 29. April 2021 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte/ Psychotherapie diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten/ Psychotherapeuten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder dem für den Niederlassungsort zuständigen KVH-Beratungszentrum über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

Matthias Mann
Rechtsanwalt,

Vorsitzender des Landesausschusses
der Ärzte und Krankenkassen in Hessen

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung

Anlage 1

HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

PLANUNGSBEREICH	PLANUNGSBEREICH	Hausärzte	Hausärzte
Allendorf (Eder)/Battenberg	Hofgeismar	5,00	3,50
Alsfeld	Homberg (Efze)	3,00	3,00
Bad Arolsen	Hünfeld	2,50	ÜV
Bad Hersfeld	Idstein	2,00	6,00
Bad Homburg/Oberursel/Friedrichsdorf	Kassel-Nord	0,50	4,00
Bad Orb	Kassel-Stadt	ÜV	ÜV
Bad Schwalbach	Kassel-Süd	1,50	14,00
Bad Wildungen	Kirchhain	ÜV	2,00
Bebra/Rotenburg a.d.Fulda	Königstein/Kronberg/Schwalbach/ Bad Soden/Eschborn	2,00	2,00
Bensheim/Heppenheim	Korbach	3,00	4,50
Biedenkopf	Lampertheim/Viertheim	5,50	11,50
Borken (Hessen)	Lauterbach	6,50	6,00
Büdingen	Lich/Hungen/Reiskirchen	3,00	2,50
Butzbach	Limburg	1,00	7,50
Darmstadt	Marburg	5,50	ÜV
Dieburg/Groß-Umstadt	Meisungen	17,50	3,00
Eltville	Michelstadt	ÜV	2,50
Erbach	Neu-Isenburg/Dreieich/ Langen	4,50	14,00
Eschwege	Nidda	6,50	1,00
Frankenberg (Eder)	Offenbach	3,00	5,50
Frankfurt	Rüdesheim/Gaisenheim	10,00	ÜV
Friedberg/Bad Nauheim	Rüsselsheim	2,50	5,50
Fritzlar	Schlichtern	ÜV	1,50
Fulda	Schwalmsstadt	ÜV	4,50
Gelnhausen	Seigenstadt	ÜV	2,00
Giessen	Sontra	3,00	6,00
Gladenbach	Stadtilendorf	ÜV	2,00
Groß-Gerau	Taunusstein	11,00	ÜV
Grünberg/Laubach	Ussingen	0,00	1,00
Haiger/Dillenburg	Wächtersbach/Bad Soden-Salmünster	7,50	5,50
Hanau	Weilburg	27,50	1,50
Hattersheim/Hofheim/Keikheim	Wetzlar	1,50	ÜV
Herborn	Wiesbaden	1,50	ÜV
Heringen (Werra)	Wilzenhausen	ÜV	2,50
Hessisch Lichtenau	Wolfhagen	ÜV	1,00
Heusenstamm/Rödermark/Rodgau/Dietzenbach/Oberthausen	freie Arztitze gesamt	16,50	279,50
Hochheim/Fürsheim		0,50	

Beschluss Landesausschuss 29.04.2021
Arztbestand 01.03.2021

ÜV - Überversorgung

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

Versorgungsgrad unter 100 %

Drohende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGENGSEBENE

PLANUNGSBEREICH	Augenärzte	Chirurgen und Orthopäden	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte	Kinderärzte	Nervenärzte*	Urologen	Psychotherapeuten*	freie Arztstze gesamt
Darmstadt, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Frankfurt am Main, Stadt	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	2,5	ÜV	ÜV	ÜV	3,00
Offenbach am Main, Stadt	0,5	ÜV	0,5	ÜV	0,5	1,5	ÜV	ÜV	ÜV	3,00
Wiesbaden, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Kreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Landkreis Darmstadt-Dieburg	ÜV	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,5	2,00
Kreis Groß-Gerau	ÜV	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	1,0	ÜV	0,5	ÜV	2,00
Hochtaunuskreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Main-Kinzig-Kreis	0,5	1,0	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	4,5	ÜV	ÜV	6,00
Main-Taunus-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	2,5	ÜV	ÜV	2,50
Odenwaldkreis	2,5	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	1,0	ÜV	ÜV	0,5	4,50
Landkreis Offenbach	1,0	ÜV	ÜV	ÜV	0,5	1,5	5,5	ÜV	1,0	9,50
Rheingau-Taunus-Kreis	4,0	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	4,50
Wetteraukreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,5	0,5	ÜV	ÜV	2,00
Landkreis Gießen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,0	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	1,50
Kreis Limburg-Weilburg	ÜV	ÜV	ÜV	1,0	ÜV	0,5	1,0	ÜV	ÜV	2,50
Landkreis Marburg-Biedenkopf	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Vogelsbergkreis	3,5	ÜV	2,0	0,5	1,0	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	7,50
Kassel, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Stadt und Landkreis Fulda	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	0,50
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	ÜV	ÜV	ÜV	2,0	0,5	0,5	1,5	ÜV	1,0	5,50
Landkreis Kassel	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	2,5	ÜV	ÜV	2,50
Schwalim-Eder-Kreis	1,5	ÜV	1,0	2,0	1,5	5,5	1,5	ÜV	ÜV	13,00
Landkreis Waldeck-Frankenberg	1,0	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	2,5	ÜV	ÜV	4,00
Landkreis Werra-Meißner	ÜV	ÜV	ÜV	2,0	1,0	ÜV	3,0	1,5	ÜV	7,50
freie Arztstze gesamt	14,50	1,00	4,00	9,50	6,00	16,00	26,50	2,50	4,00	84,00

* siehe Quotenstze in Anlage 3

ÜV - Überversorgung

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

Versorgungsgrad unter 100 %

Drohende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE - Quotenplätze

PLANUNGSBEREICH	Nervenärzte				Psychotherapeuten			
	Nervenärzte ¹	Neurologen	Psychiater	freie Quotenplätze Nervenärzte	ÄPT ²	SOM ³	KJP	freie Quotenplätze Psychotherapeuten
Darmstadt, Stadt	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,50	0,00	1,50
Frankfurt am Main, Stadt	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00	4,00
Offenbach am Main, Stadt	0,00	0,50	0,00	0,50	1,50	0,00	0,00	1,50
Wiesbaden, Stadt	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,50	0,00	1,50
Kreis Bergstraße	0,00	0,00	1,00	1,00	0,50	0,00	0,00	0,50
Landkreis Darmstadt-Dieburg	0,00	0,00	1,00	1,00	0,0	0,0	0,0	0,00
Kreis Groß-Gerau	2,00	0,00	0,50	2,50	4,00	0,00	0,00	4,00
Hochtaunuskreis	0,00	0,00	0,50	0,50	0,00	1,50	0,00	1,50
Main-Kinzig-Kreis	0,0	0,0	0,0	0,00	6,50	0,00	0,00	6,50
Main-Taunus-Kreis	0,0	0,0	0,0	0,00	1,50	0,00	0,00	1,50
Odenwaldkreis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,00
Landkreis Offenbach	0,0	0,0	0,0	0,00	0,0	0,0	0,0	0,00
Rheingau-Taunus-Kreis	0,0	0,0	0,0	0,00	2,50	0,00	0,00	2,50
Weitraukreis	0,0	0,0	0,0	0,00	5,00	0,00	0,00	5,00
Landkreis Gießen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Lahn-Dill-Kreis	0,0	0,0	0,0	0,00	0,50	0,00	0,00	0,50
Kreis Limburg-Weilburg	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Landkreis Marburg-Biedenkopf	0,00	1,50	0,00	1,50	0,00	0,00	0,00	0,00
Vogelsbergkreis	0,00	0,50	0,00	0,50	1,00	0,00	0,00	1,00
Kassel, Stadt	1,50	0,00	0,00	1,50	0,00	0,00	0,00	0,00
Stadt und Landkreis Fulda	0,0	0,0	0,0	0,00	0,50	0,00	0,00	0,50
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	0,0	0,0	0,0	0,00	0,0	0,0	0,0	0,00
Landkreis Kassel	0,0	0,0	0,0	0,00	3,50	0,00	0,00	3,50
Schwalm-Eder-Kreis	0,0	0,0	0,0	0,00	2,00	0,00	0,00	2,00
Landkreis Waldeck-Frankenberg	0,0	0,0	0,0	0,00	3,00	0,00	0,00	3,00
Landkreis Werra-Meißner	0,0	0,0	0,0	0,00	2,00	0,00	0,00	2,00
freie Arztplätze gesamt	3,50	2,50	3,00	9,00	38,00	4,50	0,00	42,50

UV - Überversorgung
 Versorgungsgrad 100 bis 110 %
 Versorgungsgrad unter 100 %
 Drohende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

¹ Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie
² Ärztliche Psychotherapeuten mit Psychosomatikern
³ Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin

Anlage 4

Beschluss Landesausschuss 29.04.2021
Arztbodystand 01.03.2021

SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

PLANUNGSBEREICH	Anästhesisten	Fachinternisten*	Kinder- und Jugendpsychiater	Radiologen	freie Arztitze gesamt
Mittelhessen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Nordhessen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Osthessen	0,50	ÜV	3,00	ÜV	3,50
Rhein-Main	ÜV	ÜV	4,50	ÜV	4,50
Starkenburger	ÜV	ÜV	3,00	ÜV	3,00
freie Arztitze gesamt	0,50	0,00	10,50	0,00	11,00

* siehe Tabelle Quotensitze Anlage 4

PLANUNGSBEREICH	Maximalquoten ¹				freie Arztitze gesamt
	Rheumatologen	Kardiologen	Gastroenterologen	Pneumologen	
Mittelhessen	0,00	erreicht	1,50	erreicht	erreicht
Nordhessen	3,00	1,50	7,00	3,00	erreicht
Osthessen	0,50	1,00	3,00	1,00	5,50
Rhein-Main	0,00	erreicht	erreicht	6,00	25,00
Starkenburger	2,50	2,00	0,50	1,00	erreicht
freie Arztitze gesamt	6,00				

ÜV - Überversorgung

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

Versorgungsgrad unter 100 %

Drohende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

¹ Berücksichtigung festgelegter maximaler Versorgungsanteile im Nachbesetzungsverfahren. Es wird ausgewiesen, wie viele Quotenplätze bis zur Erfüllung der jeweiligen Quote bestehen. Diese Quotenplätze sind nicht als zusätzliche Niederlassungsmöglichkeit zu interpretieren.

Anlage 5

Beschluss Landesausschuss 29.04.2021
Arztbestand 01.03.2021

GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

PLANUNGSBEREICH	freie Arztstze gesamt	17,00
	Transfusionsmediziner	ÜV
	Strahlentherapeuten	ÜV
	Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner	12,50
	Pathologen	0,50
	Nuklearmediziner	3,00
	Neurochirurgen	ÜV
	Laborärzte	0,5
	Humangenetiker	0,5
	Hessen	

- ÜV - Überversorgung
- Versorgungsgrad 100 bis 110 %
- Versorgungsgrad unter 100 %
- Drohende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V