

# Hessisches Ärzteblatt

Online unter: [www.laekh.de](http://www.laekh.de) | 12 | 2021  
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 82. Jahrgang



## 125. Deutscher Ärztetag

Eindrücke hessischer  
Abgeordneter und Beobachter  
über Themenschwerpunkte,  
Forderungen und Beschlüsse

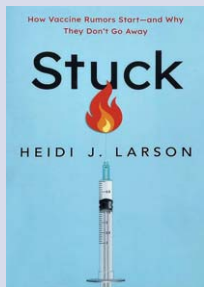
## Ansichten und Einsichten

Über das Schwerpunktthema  
„Klimaschutz ist Gesundheits-  
schutz“ auf dem 125. Deut-  
schen Ärztetag

## Psychische Folgen von Corona

Wie Kinder und Jugendliche  
die Krise bewältigen können –  
Runder Tisch der Landesärzte-  
kammer Hessen





**Heidi J. Larson**  
**Stuck: How Vaccine Rumors Start – and Why They Don't Go Away**

Oxford University Press 2020, ISBN 9780190077242, Hardcover, ca. 25 €, auch als E-Book und Audio-CD

### Wie Impfgerüchte entstehen und warum sie nicht weggehen:

Dieser Frage ist Heidi Larson, Professorin für Anthropologie und Direktorin des Vaccine Confidence Projekts an der London School of Hygiene & Tropical Medicine, nachgegangen. Das Skript für ihr Buch war im Januar 2020 fertig, kurz bevor die Corona-Epidemie bekannt wurde. Als Anthropologin haben sie und ihr Team in vielen Ländern überwiegend der sog. Dritten Welt analysiert, welche sozialen Hindernisse bei Impfprojekten auftreten und was die Ursachen hierfür sein könnten. Um Ihnen die Übersetzung einzelner Zitate zu ersparen, paraphasiere ich diese und gebe die Zitatstellen im Original an.

Das erste Kapitel handelt von Gerüchten, die als eine Art kollektiven Problemlösens und Mittel, Unsicherheit zu bewältigen, betrachtet werden – sei es bei einer neuen Impfung, dem Ausbruch einer unbekannteren Erkrankung, Kriegen, Naturkatastrophen oder Pandemien. Gerüchte und Desinformationen stehen oft im Vordergrund medialer Aufmerksamkeit. Sie können aber auch wichtige neue Informationen enthalten. Es gibt eine feine Abstufung zwischen absichtlich schädlichen Gerüchten und unsicheren, jedoch möglicherweise wertvollen Informationen. Vor allem autoritäre Staaten versuchen, Berichte zu kontrollieren, besonders bei Notfällen (XIV).

Ein Hauptthema ist die Beharrlichkeit von Gerüchten – was sie auslöst, wie sie sich verbreiten, wie sie „überwintern“, bis sie ein neues fruchtbares Gebiet finden, um wieder aufzutauchen. Gerüchte zu möglichen „Reinigungsbehandlungen“ oder Verschwörungstheorien wie diese, dass die 5G-Technologie Covid-19 verursache, sind nicht neu, aber finden neue Verbreitungswege. 2003 wurde die 3G-Technologie verdächtigt, SARS zu verbreiten; 2009 zirkulierten Gerüchte, dass 4G die Schweinegrippe verursache. In ähnlicher Weise wurden gefährliche Bleichmittel als Therapie für Autismus, Krebs und jetzt für Corona propagiert. Nicht respektiert zu werden, Misstrauen und das Gefühl, von Eliten kontrolliert zu werden, die kein Verständnis für gefühlte Nöte der Bevölkerung haben, können die Ablehnung von Impfungen verursachen. Diese trifft mit der Erfahrung zusammen, durch die Pandemiemaßnahmen des Staates kontrolliert zu werden (XV).

Die ersten Anti-Impfbewegungen kamen 1850 in England mit der Einführung einer verpflichtenden Pockenimpfung auf. In vielen Pamphleten wurde erklärt, dass diese unnatürlich sei und nicht Gottes Plan entspreche. Auch in den 1970er-Jahren verbreiteten Medien Gerüchte. So wurde 1974 in Großbritannien ein Artikel gestreut, wonach 36 Kinder neurologische Schäden als Folge einer DTP-Impfung erfahren hätten. Ein Medienhype und eine Organisation von Eltern impfgeschädigter Kinder befeuerten Ängste vor der Impfung und ließen die DTP-Impfung von 81 % im Jahr 1974 auf 31 % im Jahr 1980 absinken. Mit der Folge, dass

Keuchhusten wieder vermehrt auftrat: 1979 wurden 100.000 Keuchhustenfälle und 36 Todesfälle von Kindern verzeichnet.

Ausführlich beschreibt Larson Probleme bei Impfkampagnen vor allem in der sog. Dritten Welt. Da verknüpfte eine regionale Regierung in Pakistan die Polioimpfkampagne mit der Forderung nach besserer Versorgung mit Elektrizität und blockierte die Impfteams. Die Kritik verselbständigte sich und führte zur Tötung mehrerer Impfteams. Ähnliches geschah in Nigeria. Larson, die diese Ereignisse untersuchte, schlussfolgert: Der Boykott in Nigeria war nicht durch Fakten begründet, die auf Probleme mit dem Polioimpfstoff hinwiesen; vielmehr richtete sich der Widerstand gegen das, wofür die Impfung stand – globale Mächte, die die Kampagne gestalteten, und die nigerianische Regierung, die als Mitspieler der globalen Mächte gesehen wurde (XXVIII).

Folgende Faktoren gefährden die Impfkampagnen:

**Gerüchte** – Schlussfolgerung: Die Impfung selbst war nicht das Thema. Es ging um Selbstbestimmung, Würde/Respekt und Misstrauen (21).

**Würde und Misstrauen** – Schlussfolgerung: Wissenschaftler müssen darauf achten, Angst und Zurückhaltung nicht als Ignoranz zu behandeln. Elterliche Befürchtungen benötigen Empathie und keine Verurteilung (28).

**Risikowahrnehmung** – Die Einschätzung eines Risikos wird als Resultat einer vernünftigen, von Emotionen beeinflussten Abwägung betrachtet. Laut Risikospezialist Paul Slovic arbeiten diese beiden Systeme parallel und beeinflussen sich wechselseitig. Das Problem sei, dass Vertreter der formalen Risikoanalyse dazu neigten, emotionale Reaktionen als irrational abzutun. Die Unterstellung, dass Gefühle irrational seien, trage zu Entfremdung und Ärger auf das „System“ und wissenschaftliche Eliten bei (35).

**Emotionale Ansteckung** – Wie Emotionen und körperliche Symptome durch Angst und Stress ausgelöst werden, wurde jahrzehntelang untersucht. Neuerdings scheint dieses Phänomen – beschrieben als Mass Psychogenic Illness (MPI) – auch durch digitale Medien wie Facebook verbreitet zu werden. Larson stellt MPI an mehreren Beispielen dar. So sei die durch unterstellte Verbindungen von MPI-Symptomen und der HPV-Vakzine ausgelöste Panikursache für ein dramatisches Absinken der Impfrate in Kolumbien, Dänemark und Japan gewesen (95). Der MPI-Experte Bartholomew stellt fest: Wir scheinen einen Meilenstein in der Geschichte von MPI zu erleben, Hauptinstrumente der Verbreitung sind nun das Internet und die sozialen Medien (94).

**Die Kraft des Glaubens** – Der Glaube an die „Natur“ und natürliche Behandlungsweisen kann stark sein. Der wachsende Trend zu alternativen Gesundheitsvorstellungen von Naturheilverfahren bis zur Homöopathie wird Teil eines allgemeinen Lebensstils, der biologische und genetisch unveränderte Lebensmittel sowie ein vakzinfreies Aufziehen der Kinder einschließt (100).

Die Zuversicht, die Vertreter alternativer Ansätze verbreiten, ist beeindruckend: Gesunde Kinder sterben nicht an...; unsere Kinder sind gesund und haben ein starkes Immunsystem. Das Vertrauen in die Natur ist mächtig, fast religiös. Wenn Erkrankungen natürlich auftreten, ist es akzeptabler und verursacht weniger Schuld, als dies eine mögliche Impfnebenwirkung könnte (104). Heidi Larson legt mit ihrem Buch eine umfassende Studie vor, die erläutert, warum es schwer ist, Impfskeptiker rational zu überzeugen. Vertrauen in den Staat und Experten kann aus völlig anderen Gründen gestört und zerrüttet sein und führt zu mangelnder Impfabzeptanz. Das Lächerlichmachen und öffentliche Verurteilen von Impfskeptikern ist keine zielführende Maßnahme.

**Dr. med. Peter Zürner**

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

# In der Dauerschleife

**V**or einem Jahr habe ich für mein Weihnachtseditorial die Überschrift „Was für ein Jahr!“ gewählt. Das hätte ich eigentlich unverändert übernehmen können, wollte mich dann aber doch nicht selbst plagieren und habe daher lieber den Hinweis auf die Dauerschleife gewählt.

Inzwischen haben wir die zweite und die dritte Welle der Epidemie hinter uns gebracht und befinden uns mitten in der vierten Welle. Auch diese werden wir gemeinsam mit den anderen Gesundheitsberufen meistern, allerdings unter anderen Voraussetzungen. Hier nenne ich nur kurz das Stichwort „Pandemie der Ungeimpften“. Nicht nur Ärztinnen und Ärzte waren und sind durch die Pandemie erheblich belastet, sondern auch die Medizinischen Fachangestellten und vor allem die Pflegekräfte, hier insbesondere im Intensivbereich. Auch wenn mein Dank an dieser Stelle zu meinem größten Bedauern an der Arbeitssituation der Menschen im Gesundheitswesen akut nichts ändert, ist es mir ein inneres Bedürfnis, allen meinen tief empfundenen Dank auszusprechen.

Gerne würde ich auch den politisch Verantwortlichen danken, muss aber zugeben, dass mir das nicht ganz so leicht fällt. Natürlich weiß ich, dass auch die politische Kaste – Sie gestatten den Ausdruck – keinesfalls Däumchen dreht und zumeist Arbeitszeiten hat, die den Ansprüchen des Arbeitszeitgesetzes mit Sicherheit nicht genügen. Und dennoch kann ich leider nur konstatieren: Gut gemeint ist leider noch lange nicht gut gemacht.

Statt eines abgestimmten und planvollen, ja sogar vorausschauenden Handelns erleben wir immer wieder spontane Einfälle, erst hü, dann hott. So wurden die Impfzentren geschlossen, und nur wenige Wochen später ertönte der Ruf nach Wiedereröffnung. Kam die Zunahme der Coronainzidenz und damit leider auch die Zunahme schwer Erkrankter überraschend? Nein! Aber ganz offensichtlich gab es im Vorfeld keine Überlegungen für diesen Fall. Das ist auch nicht mit dem Bundestagswahlkampf zu entschuldigen, in dem das Thema Gesundheit ohnehin nur unter ferner liefen zu finden war. Ganz zu schweigen von der Kakophonie unterschiedlicher Vorschläge von *laissez faire* bis hin zum Lockdown für Ungeimpfte.

Viele sind berufen, aber nur wenige auserwählt.

Welcher Bürger soll eigentlich noch bei den Coronaregeln den Durchblick haben: 1G, 2G, 2G+, 3G+. Dagegen waren die alten Energielabel auf dem Kühlschrank mit der Unterscheidung zwischen G und A+++ ja noch direkt übersichtlich.

Ich bin persönlich übrigens zuversichtlich, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die mobilen Impfteams und die Krankenhäuser die Impfungen inklusive der Boosterimpfungen bewältigen können, auch wenn es natürlich angebracht wäre, das gesamte Prozedere zu vereinfachen. Wie viel Aufwand

muss für eine Coronaimpfung im Vergleich zu einer Influenzaimpfung betrieben werden? Der Unterschied ist auch für Laien mehr als offensichtlich. Und natürlich würden fertige Einmaldosen das Impfen erheblich erleichtern. Hier hoffe ich, dass den Impfstoffherstellern noch ein weiterer Innovationssprung gelingt. Davon abgesehen belegt die Coronaimpfung höchst beeindruckend, wie segensreich Impfungen sind. Das zeigen nicht zuletzt die Ergebnisse unserer Onlineumfrage bei unseren Mitgliedern (siehe Seite 671ff). Auch wenn ich mich wiederhole, bitte ich Sie alle, weiterhin zu versuchen, Impfzögerer und vielleicht sogar Impfgegner zu überzeugen.

Wenn es uns als ärztliche Gemeinschaft genau wie als Gesellschaft gelingt, die Zahl der geimpften Mitbürgerinnen und Mitbürger zu steigern, steigt auch die Chance für die vielen engagierten Beschäftigten in Kliniken, Praxen und Gesundheitsämtern, die vierte Welle ohne Burnout zu bewältigen.

Mit dieser Hoffnung wünsche ich Ihnen und Ihren Familien ein frohes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch in das neue Jahr. Frisch gestärkt kann es dann im neuen Jahr weitergehen. Auch 2022 wird Langeweile ein Fremdwort sein.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski  
Präsident



Foto: Paula Modersohn-Becker, Mädchenakt mit Blumenvasen, © Von der Heydt-Museum Wuppertal

## Parlando

Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang für Wunschzettel und Feiertagsgestaltung: Über eine Gaunergeschichte in New York, den Familienroman „Crossroads“ oder Liebespaare als Zeitzeugen bis zur Ausstellung der Malerin Paula Modersohn-Becker (Titelbild) in der Frankfurter Schirn.

678



Foto: © Christian Glawe-Griebel, hellwood.com

## 125. Deutscher Ärztetag

Nachdem der 124. Deutsche Ärztetag (DÄT) im Mai 2021 nur online stattgefunden hatte, wurde der 125. DÄT Anfang November 2021 hybrid veranstaltet. Die Eindrücke der hessischen Abgeordneten und Beobachter von Beschlüssen, Forderungen und Ablauf haben wir für Sie zusammengestellt.

659

<b>Editorial:</b> In der Dauerschleife .....	655
<b>Aus dem Präsidium:</b> Erst gefordert, dann allein gelassen... ..	658

## Ärzttekammer

Eindrücke hessischer Abgeordneter vom 125. Deutschen Ärztetag .....	659
Psychische Folgen von Corona: Wie Kinder und Jugendliche die Krise bewältigen können .....	669
SARS-CoV-2-Infektionen und Impfquoten unter hessischen Ärztinnen und Ärzten – Eine quantitative Online-Befragung der Landesärztekammer Hessen .....	671
Einblicke in meine Tätigkeit als Mobbingbeauftragte .....	674
Serie Teil VII: Die Listen der Delegiertenversammlung 2018–2023 stellen sich vor – Liste Älterer Ärzte .....	675
Neues zum eLogbuch/FAQs zum eLogbuch .....	684/685

<b>Ansichten und Einsichten:</b> Das Schwerpunktthema auf dem 125. DÄT: Klimaschutz ist Gesundheitsschutz .....	666
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

<b>50 Jahre Bad Nauheimer Gespräche:</b> „Das Alter als Aufgabe und Erfüllung“ – Festvortrag von Prof. Andreas Kruse ...	676
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

## Bekanntmachungen

■ <b>Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:</b> Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung .....	691
■ <b>Fort- und Weiterbildungen für MFA:</b> Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule .....	697
■ <b>Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen</b> .....	699

<b>Parlando:</b> Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang .....	678
------------------------------------------------------------------------	-----

**Titelbild:** Paula Modersohn-Becker, Selbstbildnis mit rotem Blütenkranz und Kette, 1906/07, Niedersächsisches Landesmuseum Hannover, Rut- und Klaus-Bahlsen-Stiftung, © Landesmuseum Hannover – ARTOTHEK. Ausstellung in der Schirn Kunsthalle Frankfurt bis 6. Februar 2022, siehe Parlando, Seite 678. ....



Die Initiative „Health for Future“ demonstrierte auf dem 125. Deutschen Ärztetag in Berlin. Foto: Manuel Maier



Foto: © Alinsa – stockadobe.com

### Klimaschutz ist Gesundheitsschutz

Nach langer Vorlaufzeit hat der deutsche Ärztetag das Klimathema aufgegriffen. Über die Beschlüsse und Anträge aus Hessen zum Klimaschutz berichtet Dr.med. Peter Zürner. Ergänzt wird dies mit einer persönlichen Einschätzung zu den einleitenden Worten und dem Hauptreferat.

666

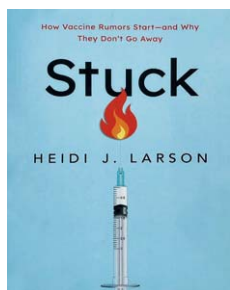
### Psychische Folgen von Corona bei Kindern

Der Lebensalltag von Kindern und Jugendlichen ist durch die Pandemie erschüttert worden. Wie können negative psychische Auswirkungen vorgebeugt und die psychische Resilienz trainiert werden? Diese und weitere Fragen wurden bei dem Runden Tisch der Landesärztekammer Hessen diskutiert.

669

<b>Ärztlicher Berufsalltag:</b> Das Forschungspraxennetz Allgemeinmedizin Frankfurt am Main (ForN) .....	690
<b>Medizingeschichte:</b> 175 Jahre Anästhesie .....	680
<b>Bundesärztekammer:</b> Die Einführung des E-Rezepts .....	683
<b>Pharmakotherapie:</b> Nichtorganische Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen .....	686
<b>Personalien</b> .....	700/701
Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber für PD Dr. med. Martin Graubner .....	679
Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein 95 Jahre .....	699
<b>Leserbriefe:</b> Kinderplanung darf nicht das Karriereende bedeuten .....	699
<b>Impressum</b> .....	703

#### Bücher



**Stuck:  
How Vaccine  
Rumors  
Start...**

Heidi J. Larson

S. 654

#### 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)



## Erst gefordert, dann allein gelassen...

Im Juni 2020 trat die neue Weiterbildungsordnung in Kraft. Hauptziel war es, die Weiterbildung für den Wandel in der Medizin mit progressiven, über Fachbereichsgrenzen hinausgehende Arbeitsformen flexibel zu gestalten. Soweit, kann festgestellt werden, funktioniert diese Transformation unter hohem Einsatz von Haupt- und Ehrenamt in der hessischen Kammer gut. Doch auf welche Schwierigkeiten unter den Arbeitsbedingungen der Coronapandemie die weiterzubildenden Kolleginnen und Kollegen treffen würden, war, wie so vieles, nicht absehbar. Vollkommen geänderte Dienstpläne, verschobene oder aufgehobene Rotationen, Personalausfälle und die vielen verschobenen und abgesagten planbaren Eingriffe. Hinzu kamen die durch das hohe Arbeitspensum entstandenen familiären Belastungen. Schwangere sahen sich plötzlich mit Berufsverboten konfrontiert – teilweise ohne Prüfung alternativer Tätigkeiten.

Im Kammerausschuss Ärztlicher Nachwuchs haben wir diese Themen diskutiert. Eine häufige Frage war, wie Ausfallzeiten mit den Vorgaben der Weiterbildungsordnung vereinbar sind. Hier besteht ein geringer Spielraum, dennoch wird sich die Weiterbildung und damit der Zeitpunkt der Facharztprüfung oftmals um Monate hinaus verzögern.

Es wird Zeit, den jungen Kolleginnen und Kollegen Gehör zu verschaffen, damit die reduzierte und verzögerte Weiterbildung nicht zu einem in den nächsten Jahren zusätzlichen Facharztmangel führt. Bereits jetzt schieben wir eine Bugwelle von noch nicht erlernten Kompetenzen vor uns her.

Glücklicherweise lässt sich durch das E-Logbuch leichter ein Überblick über den noch zu erfüllenden Plan und die hierfür benötigte Weiterbildungszeit erlangen. Doch als die frisch mit der Approbation ausgerüsteten, hoch motivierten Kolleginnen und Kollegen 2020 ihre Weiterbildung antraten, war vielen nicht klar, wie eine „gute Weiterbildung“ in Planung und Durchführung aussieht. Es wurde erst einmal gearbeitet – mit dem gebotenen Einsatz unter den krisenhaften Umständen in den Kliniken. Dass es mit Beginn des Berufslebens bereits so früh zu Überlastungssyndromen kommen kann, hätte sich so manche/so mancher auch nicht gedacht.



Foto: Katarina Ivanisevic

„Wir fordern, eine vernünftige Weiterbildung auch unter Pandemiebedingungen zu ermöglichen.“

Hochengagierte Weiterbildungsbefugte stießen unter den Bedingungen einer personellen Mangelverwaltung an ihre Grenzen. Vollkommen unverständlich erscheint in diesem Zusammenhang das derzeitige Verhalten von Arbeitgebern, in den Kliniken Weiterzubildende nach der Facharztprüfung nicht weiter zu beschäftigen oder Stellen für Weiterzubildende nicht neu zu besetzen.

Als Grund wird, wie so oft, die finanzielle Lage der Klinik angeführt. Doch diese kurzsichtige Handlungsweise ist insbesondere nicht nachvollziehbar, da die anstehenden Kompensationszahlungen in den Kliniken einen Ausgleich auf das Niveau von 2019 (bis max. –5 %) herstellen sollen.

Ich sehe den ärztlichen Nachwuchs als mehrfach benachteiligt, was hinsichtlich der Leistungen und der Leistungsbereitschaft in den Krisenzeiten der Pandemie als Ausdruck eines Mangels an Wertschätzung gesehen werden kann.

Wenn dann junge Kolleginnen und Kollegen in Marburg einen öffentlichen Brandbrief verfassen, um auf die desolate Personalsituation aufmerksam zu machen, zeigt sich die Eskalation einer bereits länger währenden Krise. Das Gefühl, Patientinnen und Patienten aufgrund anhaltender Überlastung nicht gerecht werden zu können und trotz wiederkehrender Beschwerden keine Verbesserungen wahrzunehmen, ist nachhaltig enttäuschend und frustrierend.

Im Kammerausschuss Ärztlicher Nachwuchs haben wir einen Appell verfasst, welchen ich auf dem Deutschen Ärztetag im November vortragen konnte. Darin fordern wir, eine vernünftige Weiterbildung auch unter Pandemiebedingungen zu ermöglichen.

Ich möchte alle Kolleginnen und Kollegen – unabhängig ob in Weiterbildung oder nicht – auffordern, beispielhafte Probleme in ihrem Arbeitsumfeld zu benennen und mitzuteilen. Nur so kann die öffentliche Wahrnehmung der auf die Coronapandemie folgenden Versorgungskrise geschärft werden.

**Dr. med. Lars Bodammer**

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

Wir wünschen Ihnen eine frohe Adventszeit, ein gesegnetes Weihnachtsfest und alles Gute für das Jahr 2022!  
Ihr Redaktionsteam





## Eindrücke hessischer Abgeordneter vom 125. Deutschen Ärztetag

Nachdem der 124. Deutsche Ärztetag (DÄT) im Mai 2021 nur online stattgefunden hatte, wurde der 125. DÄT am 1. und 2. November 2021 hybrid veranstaltet. Welche Eindrücke hatten die hessischen Abgeordneten? Die Antworten lesen Sie nachfolgend in gekürzter Fassung.

**Eröffnung: Welchen Eindruck hat die Diskussion zur Gesundheitspolitik sowie den Koalitionsverhandlungen nach der Bundestagswahl auf Sie gemacht? Sind die von der Bundesärztekammer (BÄK) erstellten Kernforderungen an ein gesundheitspolitisches Sofortprogramm der neuen Bundesregierung aus Ihrer Sicht zielführend bzw. ausreichend?**

**Dr. med. Barbara Jaeger:** Von der politischen Diskussion war ich enttäuscht, weil zurückhaltend argumentiert wurde. Ich hoffe, das war den laufenden Koalitionsverhandlungen geschuldet und repräsentiert nicht das (gesundheitspolitisch inhaltsleere) Programm der zukünftigen Regierung.

**Dr. med. Sabine Dominik:** Punkte wie der Ärztemangel, der fortschreitende Fachkräftemangel und die Folgen der Kommerzialisierung im Gesundheitswesen, der Reformbedarf im Öffentlichen Gesund-

heitsdienst (ÖGD), die Umsetzung der GOÄ-Novelle, eine sinnvolle patientenorientierte Digitalisierung sowie der notwendige Umbau der Krankenhauslandschaft wurden von BÄK-Präsident Reinhardt deutlich angesprochen. Die Gesundheitspolitik soll ein zentrales Handlungsfeld der neuen Bundesregierung werden und das Gesundheitswesen zukunfts- und krisenfest ausgestalten. Vertreter von SPD und FDP nahmen nicht teil, auch nicht virtuell. Karl-Josef Laumann (CDU) und Ursula Nonnemacher (Grüne) betonten die Notwendigkeit der Krankenhausplanung auf Landesebene und nicht zentral aus Berlin durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, der ihnen die „Luft zum Atmen“ nehme. Es sei aber schon einiges bei der sektorenübergreifenden Versorgung erreicht worden. Der eklatante Fachkräfte- und Ärztemangel wurde von den Fraktionen thematisiert, aber effektive Sofortmaßnahmen waren nicht erkennbar.

**Pierre E. Frevert:** Es ist schade, dass keine an den Koalitionsverhandlungen beteiligte Gesundheitspolitiker anwesend waren, die die Stoßrichtung künftiger Gesundheitspolitik hätten aufzeigen können. Die eingeladenen Gesundheitspolitiker/-innen Nonnemacher (Grüne), aus Brandenburg und selbst Ärztin, Claudia Bernhard (Linke) aus Bremen und der Noch-Gesundheitspolitiker Laumann (CDU) aus Nordrhein-Westfalen äußerten sich zwar zu Fragen des Pandemiemanagements und der Krankenhausfinanzierung sowie zum Ärztemangel, besonders in Brandenburg und Bremen, aber das Achten auf Zeitproportion und der Umstand, dass sich alle lediglich auf Fragen des Moderators Jürgen Zurheide (Deutschlandfunk) bezogen und wenig untereinander oder mit dem mitdiskutierenden Ärztekammerpräsidenten Reinhardt interagierten, nahm der Diskussion wie schon im Mai die nötige Schärfe und Prägnanz. Die Kernforderungen an ein gesundheitspolitisches Sofortprogramm wurden wegen der Koalitionsvereinbarungen schlicht ausgeblendet.



Foto: Katarina Ivanisevic

Dr. med. Barbara Jaeger (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte, LDÄÄ)

**Dr. med. Christof Stork:** Es war ja leider nur die dritte Reihe der Gesundheitspolitik (Länderminister\*innen) angetreten, davon zwei nur virtuell. Die 90 Minuten hätte man im Aussagekern auf 45 Minuten schrumpfen können. Man war weit entfernt vom Bekenntnis eines umfassenden Umstrukturierungsbedarfs. Die ethische und menschliche Not der Patienten und der Beschäftigten im Gesundheitssektor wurde nur in Allgemeinplätzen gestreift. Mein Eindruck ist, dass Politik und Gesundheitsverwaltung und vereinzelt auch im ärztlichen Bereich Tätige weiterhin dem Irrglauben, dass neoliberaler Markt die Bedürfnisse von Hilfebedürftigen, Kranken und Behinderten regeln könne, erliegen. Die letzten Konsequenzen – weg mit den DRG und den gewinnorientierten privaten Trägern – wurden so nicht gefordert.

**Dr. med. Wolf Andreas Fach:** Fachkräftemangel im pflegerischen und ärztlichen Bereich wurde von den Vertretern der Landesregierungen einhellig bestätigt und auch die Konsequenz nach der Forderung von mehr Studienplätzen. Eine Grundfinanzierung der Vorhaltekosten von Krankenhäusern mit Veränderungen des DRG-Systems solle den stationären Bereich zukunftsfest aufstellen. GBA-Vorgaben wurden als hinderlich für die Krankenhausplanung eingeschätzt. Die Sektorengrenzen ambulant-stationär sollen aufgelöst wer-



Foto: privat

Dr. med. Sabine Dominik (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen)



den – nur die Richtung fehlt, in der dies erfolgen soll.

**Dr. med. Christoph Claus:** Die Kernforderungen der BÄK sind angemessen. Ich bezweifle allerdings, dass sich die Ampel davon beeinflussen lässt.

**Dr. med. Lars Bodammer:** Die Dringlichkeit zum Handeln ist gegeben. Deshalb ist ein Sofortprogramm zur Verbesserung der Personalsituation in den Kliniken zielführend. Ob die Politik ausreichende Lösungen hierzu findet, ist fraglich. Der neuen Bundesregierung muss man die Chance geben, die guten Vorschläge der Ärzteschaft als Handlungsempfehlung zu nutzen.

**Dr. med. Peter Zürner:** Die BÄK hat in ihren Kernforderungen notwendige Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitssystems präzise und schlüssig dargestellt. Ein wichtiger Hinweis auch für die Akteure in den Koalitionsverhandlungen.

## Wie bewerten Sie die Rede des BÄK-Präsidenten Dr. med. Klaus Reinhardt?

**Dr. med. H. Christian Piper:** Freundlich, eloquent, zumeist schon vorbekannte Ziele: Nur mehr als 3.000 bis 5.000 Studienplätze können dem Ärztemangel wirklich abhelfen; der ÖGD braucht tiefgreifenden Strukturwandel und bessere Bezahlung, um die immer noch fehlenden Ärzte für die Aufgaben zu finden und zu halten; in der Pandemie viel besser aufklären für mehr Impfbereitschaft; mehr Schutz vor Gewalt gegenüber Ärz-

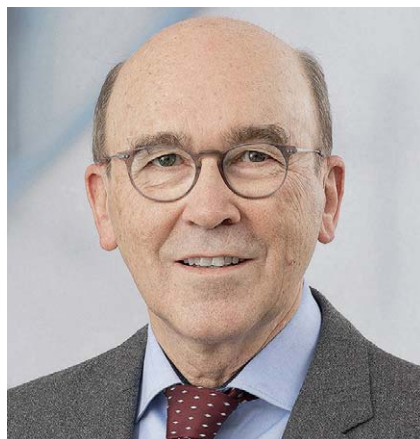


Foto: Katarina Ivanisevic

Dr. med. H. Christian Piper  
(Liste Marburger Bund)

ten und allen weiteren Tätigen im Medizinbetrieb; neue GOÄ endlich verabschiedet; verbesserte Krankenhausplanung; mehr Digitalisierung; mehr Geld der Länder für ausgebliebene Krankenhausinvestitionen; Zurückdrängen kommerzieller Träger von Kliniken – und last but not least: Klimaschutz ist Gesundheitsschutz.

Was im Setting fehlte: der neue Bundesgesundheitsminister als „Sparringspartner“ – der bisherige hat leider seine Ansage vom Mai nicht eingehalten, am nächsten DÄT erneut mit uns zu sprechen. Da wäre sachlich durchaus einige Kritik anzubringen gewesen.

**Dr. med. Michael Weidenfeld:** Aus der Rede des Präsidenten ist mir besonders hängen geblieben: Anforderung, aus der Pandemie zu lernen; Ärzte aus dem Ausland zu besorgen, ist nicht sinnvoll, weil sie in ihren Heimatländern dann fehlen; der ÖGD funktionierte nur gut wegen der außerordentlichen Arbeit der Akteure und muss weiter unterstützt werden. Reinhardt forderte, mehr Ärzte auszubilden. Besonders wichtig sei es auch, die Bevölkerung bezogen auf gesundheitliche Informationen weiter zu unterstützen. Hier könnte eine gemeinsame Behörde aus BÄK und Fachgesellschaften sowie dem Gesundheitswesen hilfreich sein. Der Erhalt des dualen Krankenkassensystems sei gut, die neue GOÄ sei fertig und die Politik soll diese jetzt umsetzen.

Es wird betont, dass die Ärzteschaft ein freier Beruf sei, weisungsunabhängig, und es verbiete sich jede Einflussnahme in die Patientenversorgung. MVZ sollen keine Marktbeherrschung erreichen und den kompletten Inhalt eines Fachs abbilden statt eines Teilbereichs. Das DRG-System ist auf Gewinn ausgerichtet und setzt die Ärzte unter Druck.

Digitalisierung muss einen Vorteil für Ärzte und Patienten haben. Bezogen auf die Gematik sollte eine Testung auf Praxistauglichkeit zunächst über ein Jahr erfolgen. Der digitale Ausbau in den Krankenhäusern ist damit ebenso gemeint. Es gibt ein Krankenhaus-Zukunftsgesetz. Eine Forderung wird formuliert, ein Praxis-Zukunftsgesetz bezogen auf die Digitalisierung zu etablieren.



Foto: privat

Dr. med. Michael Weidenfeld (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen)

**Frevort:** Die Rede des BÄK-Präsidenten war dem Klimagipfel angepasst, enthielt sie doch wichtige Forderungen zur Klimakrise aus ärztlicher Sicht, die sich in den Anträgen vom Vorstand niederschlugen und größtenteils von den Abgeordneten aufgenommen wurden, wobei die Verschärfung der Vorstandsforderung, das Gesundheitswesen nicht 2035, sondern bereits 2030 (!) klimaneutral zu gestalten, ein echter Erfolg der Abgeordneten nach kontrovers geführter Debatte war und ein echtes Signal, dass die Ärzteschaft die Klimakatastrophe ernst nimmt. Die Äußerungen zur stagnierenden GOÄ-Novellierung waren hingegen nicht neu und ersetzte für mich nicht die Frage nach einem zukunftsfähigen und solidarischen Gesundheitswesen, das nur in einer klugen und nachhaltigen Zusammenführung der beiden Systeme gefunden werden kann. Die eindeutige Kritik des Präsidenten an einer Digitalisierung, die die ärztliche Selbstverwaltung aushebelt und nur Sanktionen gegen Ärztinnen und Ärzte bei Nichtfunktionieren des ganzen Systems kennt, war überfällig. Dass sich die gesamten Abgeordneten hinter einen Antrag stellten, der genau wie die KV in Hessen fordert, die Sanktionierungen auszusetzen, war ermutigend. Das Thema Weiterbildung wurde durch die flächendeckende Einführung des eLogbuches dominiert, wobei ich mir gewünscht hätte, die vielen Schwierigkeiten, auf die Weiterbildungsbefugte im Niedergelassenenbereich stoßen, mehr in den Fokus zu nehmen. Auch die Verschiebung des TO-Punktes Suizidprävention habe ich als engagierter Arzt in





diesem Bereich bedauert, aber wegen des vollen Programms von 69 Anträgen auch verstanden. Insgesamt war der Präsident in seiner Diskussionsführung ausgesprochen souverän, wenn manchmal auch suggestiv – und seine Rede hat den Boden für eine lösungsorientierte Diskussion bereitet.

**Dominik:** Die Eröffnungsrede des BÄK-Präsidenten ging auch auf das Schwerpunktthema des Ärztetages ein, den Schutz der Gesundheit vor den Folgen des weltweiten Klimawandels. Die umfassende Rede sprach vielen von uns aus dem Herzen und hat mich beeindruckt.

**Zürner:** Eine außerordentlich gute Rede, in der alle relevanten Themen der Ärzteschaft schlüssig dargestellt wurden. Besonders wichtig sind mir folgende Punkte: Die Freiberuflichkeit aller Ärzte schützt Patienten davor, dass medizinische Maßnahmen primär unter ökonomischen Aspekten durchgeführt werden. Das DRG-System solle so geändert werden, dass kleine Häuser in der Region überlebensfähig sind, auch wenn sie ausschließlich der Grundversorgung dienen. Fort- und Weiterbildung der Ärzte muss bei der Personalplanung berücksichtigt werden und im Stellenplan abgebildet sein. Wir benötigen 4.000 neue Studienplätze (das wäre der Stand von 1989). Ambulant wie stationär wird Zeit für Patientenberatung und -betreuung auf Sonntagsreden hochgehalten, aber weiterhin nicht adäquat berücksichtigt und vergütet. Dabei macht gerade dies den Kern ärztlicher Tätigkeit aus. Bei der Digitalisierung geht Qualität vor Tempo, ein einjähriges Moratorium mit Modellversuchen kann eine effektive Implementierung vorbereiten helfen. Es kann nicht sein, dass Ärzte Strafe zahlen, wenn sie mit nicht funktionierenden Elementen arbeiten müssen, auf die sie keinen Einfluss haben. Hier ist ein gemeinsames Erarbeiten effektiver Strukturen nötig. Dann unterstützen Ärzte auch die Digitalisierung, sofern Patientendaten wirksam geschützt sind.

**Fach:** Der Präsident hat mit einer klugen und umfassenden Rede den aktuellen Stand und die Fehlentwicklungen in der Gesund-

heitspolitik aufgezeigt. Fachkräftemangel im Gesundheitswesen und fehlende Studienplätze, Reform des ÖGD, GOÄ-Novelle und Krankenhausreform wurden thematisiert. Die Betonung ärztlicher Kompetenz vor Ökonomisierung und fremdbestimmtem ärztlichen Handeln wurde von den Abgeordneten sehr begrüßt. Eine nationale Strategie für klimafreundliche Gesundheitsversorgung wurde eingefordert.

**Stork:** Kurz gesagt: zielführend, aber nicht ausreichend. So wie insbesondere der dringende Bedarf an der Veränderung der Zustände im Krankenhaus aufgeführt wurde, mangelte es immer noch an Klarheit in der Ursachenbenennung. Lediglich im ambulanten Bereich wurden klar Finanzinvestoren als Eigentümer abgelehnt. Die Abschaffung der DRG wurde nicht deutlich genug eingefordert. In Bezug auf die Bedeutung des Gesundheitswesens für den Klimaschutz wurde eine gute breite Plattform geschaffen. Leider schien das im medialen Echo unterzugehen.

**Jaeger:** Ich war positiv überrascht und kann mit den Eckpunkten nur übereinstimmen: Stärkung des ÖGD und Neuausrichtung/bessere Einflussmöglichkeiten des Robert Koch-Instituts (RKI) als Lehre aus der Pandemie-Bewältigung; Einführung der GOÄ ist von der Ärzteschaft vorbereitet und soll zeitnah durch die neue Regierung umgesetzt werden (seit 1982 echt nötig!); in der Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht nur Druck vermitteln, sondern diese mit Sachverstand vorantreiben und dabei



Foto: Katarina Ivanisevic

Dr. med. Peter Zürner (Liste: Fachärztinnen und Fachärzte Hessen)

den Datenschutz sichern; der ärztliche Beruf ist ein freier Beruf, d. h. die Ärzteschaft (egal ob selbstständig oder angestellt) darf keiner Anweisung von Nicht-ärzten unterworfen sein; Klimaschutz heißt Gesundheitsschutz und uns Ärzt\*innen kommt dabei eine besondere Verantwortung, eine wichtige Stimme in der Gesellschaft zu. Auch seinen Wunsch, dass es mit der zukünftigen Regierung wieder ein Miteinander und weniger blinden Aktionismus geben wird, möchte ich unterstreichen.

**Claus:** Reinhardt hat zurecht viel Zustimmung zu seiner Rede erhalten. Er hat die wichtigsten Themen angemessen gewichtet vorgetragen.

**Bodammer:** Die Abgeordneten des DÄT sind froh, wieder in persönlicher Begegnung die dringenden politischen Themen besprechen zu können und die Meinung der deutschen Ärztinnen und Ärzte wiederzugeben. Diese Stimmung hat der Präsident gut wiedergegeben.

**Wie beurteilen Sie das Schwerpunktthema „Klimaschutz ist Gesundheitsschutz“? Sind die Beschlüsse des DÄT in der Praxis umsetzbar und werden Verbesserungen nach sich ziehen?**

**Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, (BMedSci):** Das Wichtigste war, dass „Klimaschutz ist Gesundheitsschutz“ endlich Schwerpunktthema war und in fast allen Beiträgen engagiert und ernsthaft diskutiert wurde. Ob die vielen Beschlüsse umgesetzt werden, liegt meist nicht nur an den Abgeordneten oder auch an allen Ärztinnen oder Ärzten. Aber wo ein Wille ist, findet sich auch ein Weg.

**Stork:** Es wurden in den Leitträgen des Vorstands viele wichtige Themen angeschnitten und Forderungen gestellt. Von den Delegierten kam eine Flut von Anträgen mit sehr differenzierten Forderungen für verschiedenste Teilbereiche zur Abstimmung. Teilweise waren die Bekenntnisse nicht mutig genug (Vorstandsüberweisung), wenn es darum ging, gesundheitliche Einflüsse gebietsübergreifend zu anderen Problemfeldern (z. B. Landwirtschaft, Verkehr) aufzuzeigen.



Foto: Christof Mattes



Dr. med. Christof Stork (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte)

**Weidenfeld:** Die Entscheidungen des DÄT bezogen auf den Klimaschutz fand ich sehr bemerkenswert. Festgestellt wurde, dass Ärztinnen und Ärzte keine Entscheidung treffen wollen und auch keine medizinischen Maßnahmen vornehmen, welche aufgrund wirtschaftlicher Zielvorgaben erfolgen und dabei das Patientenwohl gefährden. Die Ärzteschaft lehnt alle Leistungs-, Finanz-, Ressourcen- und Verhaltensvorgaben ab, welche ärztlich verantwortungsvolles Handeln tangieren und die mit ihrem ärztlich ethischen Selbstverständnis unvereinbar sind. Wir haben festgestellt, dass der Klimawandel bereits ein immenses Problem der Gegenwart ist. Auch wir Mediziner sind selbst ein auslösender Faktor für den Klimawandel. Somit ergibt sich auch für uns die Verpflichtung, ärztliche Arbeit klimafreundlicher zu gestalten. In Deutschland gibt es bereits Leuchtturmprojekte, eine klimaneutrale Praxis zu schaffen. Hier fand ich die beiden Vorträge der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V. (KLUG) zur Gestaltung nachhaltiger Praxen sehr interessant. Unsere Verantwortung ist Verpflichtung zugleich – Klimaschutz ist Gesundheitsschutz. Interessant fand ich auch hier die Forderung, dass neben den Emissionen, die bei der Herstellung von Medizinprodukten und Arzneimitteln entstehen, auch die Umweltstandards für die Produktion derselben global gleichermaßen hohen Anforderungen genügen sollen. Die Firmen, die Praxen und Krankenhäuser mit Diagnostik-Materialien, Medikamenten, Medizinprodukten etc. versor-

gen, werden aufgefordert, Verpackungskonzepte und Materialien zu entwickeln, welche unter Beachtung von Hygiene, Infektionsschutz und Arbeitssicherheit Kriterien des Umweltschutzes verpflichtend umsetzen. Eine von den Abgeordneten der LÄKH eingebrachte Aufforderung an den Vorstand der BÄK, die Sinnhaftigkeit des Einsatzes von Einmalmaterialien in Diagnostik und Therapie unter den unterschiedlichsten Gesichtspunkten, insbesondere der Umwelt und des Klimaschutzes, aber auch des unterstellten Infektionsschutzes sowie unter Versicherungs- und Wirtschaftlichkeitsaspekten zu überprüfen, wurde in diesem Zusammenhang angenommen.

**Piper:** Exzellente Impulsvorträge und teilweise langes verbales Ringen um gute Beschlüsse. Letztlich kam eine starke Verpflichtung der Ärzteschaft heraus, im eigenen Rahmen der Kliniken und Praxen voranzugehen und zeitnah große Beiträge zum Klimaschutz vorbildhaft im Gesundheitswesen bis 2030 umzusetzen.

**Fach:** Zum einen wurde dem Klimaschutz berechtigterweise eine hohe Priorität eingeräumt. Es fehlte allerdings eine kritische Auseinandersetzung zur klimapolitischen Wirksamkeit der Beschlüsse. Vereinzelt wurden sehr kleinteilige Maßnahmen von fraglicher umweltpolitischer Relevanz beschlossen. Eine strukturierte Betrachtung und Abwägung von Einzelmaßnahmen bezüglich der klimapolitischen Effizienz und deren finanzieller Folgen für die Ärzteschaft erfolgte nicht.

**Jaeger:** Ich bin begeistert über die inhaltlich vielfältigen und fundierten Eingangsreferate (Darstellung der Kernpunkte von Planetary Health) und dass eine junge engagierte Ärztin, Sylvia Hartmann, die Einführung machen durfte (KLUG-gewählte Worte). Der Klimaresilienz-Ansatz von Prof. Dr. Dr. Sabine Gabrysch hat mir bestätigt, dass es besser ist, bei den Maßnahmen zum Klimaschutz auf den Nutzen als auf den Verzicht zu fokussieren. Denn Win-win-Lösungen geht man eher an und was dem Klima nutzt, nutzt auch unserer Gesundheit: Verkehr umstellen heißt weniger schädliche Emissionen und fördert Bewegung/Gesundheit; Erneuerbare

Energien fördern, statt 3,6 Mio. Tote aufgrund von Luftverschmutzung akzeptieren; Umstellung der Landwirtschaft bewirkt Naturschutz (Biodiversität fördern und Waldsterben aufhalten) und verbessert unsere gesunde Ernährung etc.; sie hat aus meiner Sicht auch noch mal darauf hingewiesen, dass eine Abkehr von ständigem Wachstum und Beschleunigung auch unserer seelischen Gesundheit gut tun wird. Beide Vortragende haben hingewiesen, dass es nicht nur darum geht, den eigenen ökologischen Fußabdruck zu überprüfen, sondern auch den Handabdruck – gemeinsam politischen Einfluss zu nehmen – zu ändern. Auch bei den beiden Vorstandsmitgliedern PD Dr. med. Peter Bobbert und Dr. med. Gerald Quitterer, die diesen TOP vorbereitet hatten, hatte ich den Eindruck, dass ihnen Klimaschutz und Gesundheit ein echtes Anliegen ist. Die anschließende Diskussion wurde sehr engagiert und vielfältig geführt. Einflussmöglichkeiten wurden aufgezeigt (Wegwerfprodukte und lange Lieferketten hinterfragen, Einfluss auf/über die Versorgungswerke und Ärztekammern ausüben, Vorbildfunktionen übernehmen, politisch aktiv werden (z. B. bei KLUG), Klinikträger mitnehmen, Personal und Klimamanager fordern etc.). Transformation braucht Zeit und muss verschiedene Menschen (Bildungsniveau, Aufklärung) mitnehmen. Vizepräsidentin Dr. med. Ellen Lundershausen hat die Hoffnung geäußert, dass alle Abgeordnete des DÄT als Klimabeauftragte der deutschen Ärzteschaft nach Hause fahren, denn wir müssen handeln. Mein Eindruck ist, dass ein Aufbruch von



Foto: Manuel Maier

Dr. med. Wolf Andreas Fach (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen)



Foto: Manuel Maier



Dr. med. Lars Bodammer (Liste Marburger Bund)

diesem DÄT ausgeht – ich wäre gerne vor Ort dabei gewesen!

**Bodammer:** Zurecht haben wir lange über den erforderlichen Beitrag des Gesundheitssektors zum Klimaschutz diskutiert. Es wurden viele gute und politisch wertvolle Anträge hierzu beschlossen, um entschlossener für Klimaschutz zu handeln.

**Dominik:** Viele ÄrztInnen, besonders aber auch junge ÄrztInnen, haben sich kompetent, mutig und beeindruckend engagiert zum Klimaschutz geäußert. Das Schwerpunktthema ist eine Notwendigkeit und ich würde mir wünschen, dass sich die Abgeordneten des 125. DÄT flächendeckend als Boten des Klimaschutzes verstehen. Inwieweit die zahlreichen Beschlüsse umsetzbar sind, wird sich zeigen. Steter Tropfen höhlt den Stein und so ist es wichtig, sich nicht von Ablehnung und Unverständnis des Klimaschutzes beeindrucken zu lassen. Wir alle werden intensive Überzeugungsarbeit leisten müssen, weil die Zeit drängt. Genauso wichtig ist die Implementierung einer Infrastruktur mit Zuständigkeiten und Verpflichtungen zum Klimaschutz mit vermehrt Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin im Gesundheitswesen, Kliniken und Praxen. Die kennzeichnende Einführung einer Klima-Ampel (rot, gelb, grün für umweltschädlich bis umweltverträglich) für Produkte, Methoden und Verfahren wäre hilfreich. Ich würde mir wünschen, dass der Grundsatz des Klimaschutzes im § 12 des SGB V ergänzt würde. Denn Leistungen müssen nicht nur ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und das Maß des Not-

wendigen nicht überschreiten, sondern in bestimmten Konstellationen, etwa beim Vergleich von gleichwertigen Methoden oder Leistungen, auch den Klimaschutz berücksichtigen. Klimaschutz muss auf Gesetzesebene, aber auch bei Beschlüssen des GBA und bei Nutzenbewertungen des IQWiG stattfinden. Ein Antrag hierzu wurde an den BÄK-Vorstand überwiesen.

**Claus:** Entgegen der mutmaßlich allgemeinen Wahrnehmung und angesichts 30 Jahren Vorarbeit bin ich enttäuscht. Dass die Ärzteschaft aufgrund ihres besonderen Vertrauensverhältnisses eine Vorbildfunktion sowie eine besondere Verantwortung hat und beides nutzen sollte, um den Kampf gegen die drohende Klimakatastrophe in die Fläche zu tragen, geht ebenso an der Realität des Alltags ärztlicher Tätigkeit vorbei wie die Mär von der Delegation statt Substitution (ohne ausreichende Zahlen von Pflegenden) oder die Predigt vom Tempolimit oder von der veganen Ernährungsweise, die gleich die „Volkskrankheiten“ noch eben miterleidigt, während sie die Erde rettet. Zielführender waren da schon die eher appellativ zu wertenden Forderungen an den Rest Deutschlands, dieses oder jenes zu tun, um die Bevölkerung im Kampf gegen die drohende Klimakatastrophe an das zu erinnern, was jeder Einzelne tun kann. Ich sehe die Lösung des Problems durchaus in der Verantwortung Deutschlands, als Vorbild für die Welt, aber weniger im Kampf gegen Übergewicht und Tomahawk-Steaks vom Gasgrill, sondern eher im Bereich der Hochtechnologie und Ingenieurskunst.

**Frevert:** Das Thema war schon lange gesetzt und pandemiebedingt zweimal verschoben worden. Dass ausgewiesene Expertinnen wie Prof. Gabrysch von der Charité oder die engagierte junge Ärztin und stellvertretende Vorsitzende der KLUG Sylvia Hartmann eingeladen waren, hat dem Ärztetag einen wissenschaftlich unbestrittenen Rahmen, aber auch Mut zu mehr ärztlichem Engagement in Sachen Klimaschutz vermittelt. Was die Umsetzbarkeit angeht, waren die Anträge für mich noch nicht zielführend genug. Aber es ist gut, wenn in Sachen Klimaschutz der Ärztetag einen Rahmen vorgibt, in wel-

chen die einzelnen Forderungen in den kommenden Monaten und Jahren – die Zeit drängt! – Punkt für Punkt umsetzungsreif abgearbeitet werden können. Wenn der DÄT die kommende Regierung nicht zu einem nationalen Hitzeplan bewegt und für entsprechende Investitionen in Krankenhäuser und Praxen sorgt, dann haben sich die Abgeordneten umsonst abgekämpft. Was unbedingt schnell wieder auf die Agenda gehört, ist die Frage der nachhaltigen Investitionen der Versorgungswerke (divestment), die eines der stärksten Instrumente ist, die CO<sub>2</sub>-Emissionen nicht nur im Gesundheitswesen effektiv zu reduzieren und dadurch langfris-

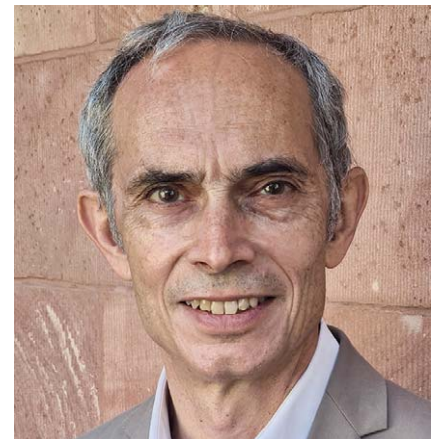


Foto: privat

Pierre E. Frevert (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte)

tig die Renten der nachfolgenden Generationen zu sichern. Mein Fazit: Das Schwerpunktthema war ein erster wichtiger Schritt, aber nun muss der Klimaschutz in den Landesärztekammern konkretisiert werden.

#### Welche (anderen) Themen und Beschlüsse des DÄT fanden Sie besonders wichtig?

**Fach:** Qualitätssicherung der Weiterbildung und Verzahnung von ambulanter und stationärer Weiterbildung sind konsentiert und bedürfen noch der Ausgestaltung.

**Dominik:** Besonders wichtig und aktuell ist das Thema Impfpflicht, zu dem ich mir keine abschließende Meinung bilden konnte. Wie können wir Bevölkerungsgruppen erreichen und „abholen“, die für eine präventive Medizin mit Vorsorgeuntersuchungen

und auch Impfungen nicht zugänglich sind? Was tun gegen irreführende Online-Chats zu medizinischen Themen in sozialen Medien? Vielleicht wäre dies ein Thema für zukünftige Ärztetage.

**Weidenfeld:** Der 125. DÄT fordert mit altem Nachdruck, Maßnahmen zur Gewaltprävention auszubauen und umfangreiche Kampagnen zu etablieren, um Gewalt gegen Hilfeleistende, Ärztinnen und Ärzte und medizinisches Personal zu verhindern. Der deutsche Ärztetag spricht sich für ein sofortiges allgemeines Tempolimit auf deutschen Autobahnen, Bundesstraßen sowie auf Land- und Ortsstraßen aus.

**Stork:** Das Thema Einforderung einer gesetzlich verankerten Suizidprävention ist sehr wichtig. Aufgrund des zurzeit stockenden Gesetzgebungsprozesses zur Suizidbeihilfe wurde dies aber auf den nächsten DÄT vertagt. Dort und auch schon vorher auf Ebene der Fachgremien der BÄK muss dies vehement vertreten werden, um der ärztlichen Aufgabe der Bewahrung von Gesundheit und Leben in diesem Zusammenhang ein starkes Standbein zu verschaffen.

**Claus:** Nun ja, von dem, was geplant war, haben wir ja nicht alles besprechen können, vor allem weil beim – verstehen Sie mich bitte nicht falsch – wichtigen Hauptthema trotz Redezeitbegrenzung ein gerüttelt Maß an Redundanzen zu finden war. Vielleicht hätten wir die Abstimmungszettel faxen sollen. Beeindruckt haben mich der letzte Redner am Montagabend (über die Anträge zu Top 3 werden wir erst später abstimmen können) und die beiden ersten Rednerinnen am Dienstagmorgen (leidenschaftlich zum Klimaschutz). Vielleicht ist die Welt ja doch noch zu retten.

**Fervert:** Neben dem Klimaschutz waren die klaren Statements gegen die ausufernde Kommerzialisierung zuungunsten der Patientenversorgung das wichtigste Thema. Im Grunde entspricht die rücksichtslose Ausbeutung der ärztlichen und pflegerischen Kraft zur kurzfristigen Profitmaximierung, die das Gemeinwohlinteresse verdrängt, der rücksichtslosen Ausbeutung des Planeten, die Mensch und Natur den

Lebensraum raubt. Wenn endlich auch gesetzgeberisch geregelt werden kann, dass Entscheidungen im Gesundheitswesen ärztlicher und nicht betriebswirtschaftlicher Logik folgen müssen und dass das Verhalten von Versorgungsstrukturen gerade in Zeiten von zunehmenden Klimakatastrophen und Pandemien unabdingbar für das Gemeinwohl ist, wäre dies ein Erfolg.

**Bodammer:** Kliniken werden aufgefordert, auf ein klimaneutrales Wirtschaften hinzuarbeiten. Die Politik muss sie hier organisatorisch, per Gesetzgebung und finanziell unterstützen.

**Zürner:** Im Sachstandsbericht Weiterbildung wurde der Prozess sehr ansprechend dargestellt. Die dynamische Entwicklung und hohe Akzeptanz des E-Logbuchs ist beeindruckend. Mehrere Teilnehmer wiesen darauf hin, dass in vielen Kliniken eine ordnungsgemäße Weiterbildung nicht gesichert ist und junge Kolleg/innen Brandbriefe schreiben. Da die Hemmschwelle, an die Öffentlichkeit zu gehen, sehr hoch ist, scheint der aktuelle Zustand unhaltbar zu sein. Da helfe auch das beste E-Logbuch nichts. Ein Antrag zur Covid-Impfpflicht wurde an den Vorstand überwiesen. Hier ist eine weitere Meinungsbildung erforderlich. Bemerkenswert finde ich den verabschiedeten Antrag, eine Parität in der ärztlichen Selbstverwaltung gesetzlich festzuschreiben.

### Welche Erwartungen setzen Sie in den neugewählten Vizepräsidenten der BÄK?

**Dominik:** Ich erhoffe mir, dass Dr. Günther Matheis als Klinikarzt gemeinsam mit den ambulant tätigen Ärzten Themen wie die Klinik-Finanzreform und GOÄ-Reform effektiv voranbringt.

**Zürner:** Günther Matheis ist ein exzellenter Vertreter der angestellten Ärzte, ein erfahrener Teamplayer und herausgehobenes Gesicht der verfassten Ärzteschaft.

**Fervert:** Die Hoffnung ist, dass der neu gewählte Vizepräsident sich engagiert zeigt, die Anliegen der Ärzteschaft zu vertreten, und hilft, Klimaschutz als ein Anliegen des Gesundheitsschutzes in der Ärztekammer



Foto: Carolina Ramirez

Dr. med. Christoph Claus (Liste Die Hausärzte)

zu etablieren, was zugunsten von Forschung, Prävention und Versorgung als ärztliche Aufgabe gesehen werden sollte.

**Stork:** Dass er sich deutlich und klar für die Abschaffung der DRG, für eine Veränderung der Bedarfsplanung (Entkopplung von reiner Länderpolitik) im Krankenhausbereich, für eine Abschaffung bestimmter privatwirtschaftlicher Eigentumsformen im Klinikbereich einsetzt. Außerdem müssten verpflichtende Strukturen geschaffen werden, welche die Verflechtungen von Entscheidungsträgern in Kammern, Kliniken und Praxen mit den Wirtschaftsakteuren transparent machen. Nur so kann ärztliche Glaubwürdigkeit Gewicht und Stimme erhalten in den Forderungen an Politik und Gesellschaft.

**Jaeger:** Keine besonderen. Vielleicht haben wir einen besseren Draht zur BÄK durch die räumliche Nähe.

**Bodammer:** Ich erwarte einen verstärkten Einsatz für die jungen Kolleginnen und Kollegen, damit eine vernünftige Weiterbildung auch unter Pandemiebedingungen stattfinden kann.

**Piper:** Kollege Matheis ist ein hochengagierter Pragmatiker, der in seinem Bundesland als Präsident viele Ideen und Ansätze bewegt. Und das, ohne sich in den meist lähmenden Grabenkämpfen wie ambulant oder stationär zu verlieren. Sicherlich ein Gewinn für den engeren Vorstand der BÄK, mit überzeugendem Zuspruch im Wahlergebnis.





**Fach:** Die verstorbene Vizepräsidentin Dr. Heidrun Gitter wird schmerzlichst vermisst und ihr Nachfolger Herr Kollege Dr. Matheis wird sich als „alter Hase“ nahtlos in die breit aufgestellte Führungsstruktur der BÄK einreihen.

## Der 125. DÄT fand hybrid – online wie vor Ort in Berlin – statt. Wie ist Ihre Erfahrung mit dieser Veranstaltungsform?

**Stork:** Da ich anwesend war, kann ich nur für diesen Teil sprechen. Dr. Reinhardt hat mit ruhiger und humorvoller Souveränität trotz aller digitalen Probleme mit dem Abstimmungssystem und dem Netzwerk durch die Versammlung geführt – wirklich gut. Beim nächsten DÄT hoffe ich auf mehr Glück mit dem EDV-Dienstleister und auf ein funktionierendes digitales Abstimmungswerkzeug. Die Antragsverarbeitung über das Online-Portal erfordert mehr Disziplin und technische Fertigkeiten. Es lohnt sich aber im Hinblick auf den schnelleren Zugriff auf alle relevanten Themen und Schriftstücke.

**Piper:** Nach überwundenen technischen Hürden mit dem WLAN am ersten Tag lief alles sachlich und kommunikativ rund und gut. Gleichwohl: Postpandemisch wünschen zweifellos alle, Demokratie wieder frei im persönlichen Miteinander gestalten und im direkten Gegenüber ausleben zu können!

**Frevert:** Von dem Versagen der Technik abgesehen – ich war als Ersatzabgeordneter am ersten Tag zwei Stunden von wichtigen Diskussionen abgeschnitten, weil die Live-Übertragung eingefroren war, und am zweiten Tag, als ich Abgeordneter war, lief die elektronische Abstimmung nicht und musste durch Handzeichen ersetzt werden – halte ich die Hybridversion für überzeugend und machbar. Die Präsenzveranstaltung würde ich dennoch bevorzugen, weil ich mit den hessischen Kolleginnen und Kollegen jenseits meiner Fraktion besser ins Gespräch gekommen bin und andere Abgeordnete kennenlernen durfte, die überzeugende Reden und Anträge vorgebracht haben.

**Jaeger:** Als reine Beobachterin waren die technischen Mängel noch zu ertragen,

aber die Probleme vor Ort zeigen, dass wir noch weit entfernt von einer guten Digitalisierung in Deutschland sind. Mir fehlte die Atmosphäre und der Austausch am Rand des DÄT. Trotzdem möchte ich die Hybrid-Veranstaltung weiterentwickelt sehen, da es eine Möglichkeit ist, aktiv etwas für den Klimaschutz zu tun und an Reisekosten zu sparen.

**Fach:** Sowohl der Online-Ärztetag auch der Ärztetag als Hybrid-Veranstaltung sind allenfalls Hilfsmittel. Erforderliche Diskussionen sowie Meinungsfindungen im Gesundheitssystem sind komplex. Online-/Hybridveranstaltungen können, insbesondere bei sensiblen Themen, nicht die erforderliche Breite und Tiefe der Diskussion abbilden, die für fundierte Entscheidungen erforderlich sind. Manchmal hilft nur das direkte Arzt-Patienten-Gespräch.

**Dominik:** Der Ärztetag ist eine Veranstaltung des intensiven Austausches zwischen Ärzten zu berufspolitischen Themen im Gesundheitswesen. Diskutiert wird vom Podium, aber auch am Plenarsaal und während der Pausen. Virtuell teilnehmende KollegInnen kommen bei der Diskussion und Meinungsbildung teilweise zu kurz. Intermittierend halte ich eine digitale Teilnahme aber für eine gute und auch umweltschonende Alternative.

**Seibert-Alves:** Leider sehr ernüchternd. Viele Abgeordnete kamen nicht ins WLAN-Netz. Mir selbst war nur ein Zugang über den Hotspot meines Handys möglich. Manche Abgeordnete „schafften“ es bei einer Probeabstimmung bis zu viermal abzustimmen. Ob im Ernstfall dann alle 4 Stimmen gezählt hätten? Die notwendige Umstellung am zweiten Tag auf Stimmkarten im Saal und online für die wenigen Abgeordneten, die nicht vor Ort waren, führte zur zumindest theoretischen Möglichkeit der Abgeordneten vor Ort per Stimmkarte und zusätzlich online abzustimmen – hoher zusätzlicher „Kontrollbedarf“. Mein persönliches Fazit: Der Ärztetag ist (meist, grundsätzlich und überhaupt) nur einmal im Jahr – und dann muss es auch möglich sein, 250 motivierte Ärztinnen und Ärzte an einem physischen Ort zusammenzubringen!

**Claus:** Ja, hybrid. Ist besser für's Klima: Von den ca. 220 Präsenzteilnehmern mussten die aus Baden-Württemberg und Bayern eingeflogen werden, die restlichen ca. 30 Online-Teilnehmer haben acht Stunden/d auf den Bildschirm geglotzt und Pausenmusik erduldet. Und online hat dann irgendwann auch das digitale Abstimmungswerkzeug funktioniert. In der Halle in Berlin (okay, nach der Bundestagswahl hätte man das ahnen können) stimmte man mit der Hand ab, unter Inkaufnahme entsprechender Fransen um den Mund der Sitzungsleitung. Schade, dass Menschen, die südlich von Hannover wohnen, nächstes Jahr auch nur hybrid auf dem 126. Ärztetag dabei sein können. Weil das besser ist für's Klima. Oder die



Foto: Marburger Bund

Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci (Liste Marburger Bund)

nehmen gleich DÄT plus vier Tage frei und fahren mit dem E-Lastenrad, dann setzen wir auch ein Zeichen Richtung Russland und China.

**Zürner:** Hier zeigen sich die Tücken der Technik. Am gesamten ersten Tag gab es im Saal kein funktionierendes WLAN. Die souveräne Versammlungsleitung des Präsidenten hat den Schaden minimiert.

**Bodammer:** Die persönliche Begegnung ist unheimlich wichtig – vor allem auch für die Beschlüsse zum Klimawandel. Dennoch sollten wir alle Sitzungen, die nicht die persönliche Begegnung brauchen, per Videokonferenz abhalten.

**Zusammenstellung: Maren Siepmann**



### Das Schwerpunktthema auf dem 125. Deutschen Ärztetag:

# Klimaschutz ist Gesundheitsschutz

Dr. med. Peter Zürner

Foto: © Valmedia – stock.adobe.com  
Nach langer Vorlaufzeit hat der deutsche Ärztetag das Klimathema aufgegriffen, gleichzeitig mit dem Weltklimakongress in Glasgow. Dies führte dazu, dass der Ärztetag in den Medien kaum vorkam und die Außenwirkung recht bescheiden blieb. Der inhaltliche Input des Vorstandes findet sich im Antrag zu diesem Thema wieder:

„In der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) ist die Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte verankert, sich für die Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung sowie für die Erhaltung der für die Gesundheit der Menschen bedeutenden natürlichen Lebensgrundlagen einzusetzen. Aus dieser Verantwortung heraus begreift es der 125. Deutsche Ärztetag 2021 als ärztliche Pflicht und als wichtiges ärztliches Anliegen jetzt die Auswirkungen des Klimawandels klar zu benennen, die gesundheitliche Bedrohung durch den Klimawandel aufzuzeigen, Gegenmaßnahmen einzufordern und mit dazu beizutragen, dass sich das Gesundheitssystem auf die Bewältigung der Folgen des Klimawandels vorbereitet und bei jeglichem Handeln zum Wohle der Gesundheit klimaschädliche Auswirkungen vermeidet.

Der Klimawandel und die zunehmende Überschreitung der planetaren Grenzen stellen weltweit eine enorme Bedrohung für die Gesundheit in diesem Jahrhundert dar. So hat es die Zeitschrift ‚The Lancet‘ im Jahr 2009 in ihrem ersten umfassenden Bericht zum Zusammenhang von Klimawandel und Gesundheit formuliert, so bestätigen es Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Weltärztebund (WMA) mit der Declaration of Delhi on Health and Climate Change. Thermische Belastungen, Extremwetterereignisse, Erkrankungen durch neu auftretende Erreger und Vektoren, Luftverschmutzung, zunehmende Pollenbelastungen durch eine verlängerte saisonale Dauer des Pollenfluges sowie weitere Faktoren werden in den regio-

nen Klimaprognosen als besorgniserregende und zunehmend gesundheitsgefährdende Risiken für Deutschland beschrieben.

Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 stellt fest, dass der Klimawandel nicht nur ein Problem der Zukunft, sondern bereits ein immenses Problem der Gegenwart ist. Anlässlich der UN-Klimakonferenz 2021 in Glasgow (COP26) weist der Deutsche Ärztetag nachdringlich auf folgende Punkte hin:

Gesundheitsschädigende Auswirkungen durch den Gesundheitssektor, dessen Handeln auf den Erhalt und das Wohl menschlichen Seins ausgerichtet sein soll, sind nicht hinnehmbar. Es bedarf Sofortmaßnahmen und einer geplanten Adaptation unter begleitender Forschung, um die Gesundheitseinrichtungen auf die Folgen des Klimawandels vorzubereiten.“ Diesen angenommenen Antrag hat das Präsidium der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) übernommen und bringt ihn in die nächste Delegiertenversammlung am 27. November 2021 ein.

### Forderungen der WHO als Beschluss übernommen

Weiter wurden beim Ärztetag die Forderungen der WHO zum Thema „Klima“ als Beschluss verabschiedet:

- 1) Commit to a healthy recovery.
- 2) Our health is not negotiable.
- 3) Harness the health benefits of climate action.
- 4) Build health resilience to climate risks.
- 5) Create energy systems that protect and improve climate and health.
- 6) Reimagine urban environments, transport, and mobility.
- 7) Protect and restore nature as the foundation of our health.
- 8) Promote healthy, sustainable, and resilient food systems.
- 9) Finance a healthier, fairer, and greener future to save lives.

10) Listen to the health community and prescribe urgent climate action.

(Quelle: Ärztetags-Drucksache Nr. II-14)  
Weiter wurde ein Antrag des Vorstandes zum Thema „Hitzeperioden – ein zunehmendes Gesundheitsrisiko“ verabschiedet: „Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 sieht Bund, Länder und Kommunen sowie die Einrichtungen des Gesundheitswesens in der Pflicht, umgehend die Maßnahmen zur Gefahrenabwehr bei Hitzeperioden zu intensivieren und fordert die Bereitstellung der für den Aufbau resilienter Strukturen notwendigen Finanzmittel.

Erforderlich sind unter anderem eine deutliche Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), aber auch das Mitdenken von klimabedingten Gesundheitsaspekten für eine naturnahe, nachhaltige Städteplanung, um sogenannten urbanen Hitzeinseln entgegenzuwirken. Der Anschluss der Gesundheitseinrichtungen an das Frühwarnsystem des Deutschen Wetterdienstes, die strukturelle und organisatorische Vorbereitung auf Hitzeperioden (Hitzeaktionspläne), die Gebäudeanpassung mit Raumtemperaturüberwachung und das Schaffen kühler Aufenthalts- und Versorgungsbereiche, die Kooperation mit den Rettungsdiensten sowie kommunale Hitzeaktionsmaßnahmen sind weitere wesentliche Elemente zur Abwendung schwerwiegender gesundheitlicher Folgen von Hitzeperioden. (...) Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 empfiehlt ferner, die Thematik der gesundheitlichen Folgen von Hitze stärker in die Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Gesundheitsberufe zu integrieren.“

Schließlich wird Klimaneutralität bis 2030 für den deutsche Gesundheitssektor gefordert. Der Vorstand hatte das Jahr 2035 vorgeschlagen: „Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 appelliert an alle Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, die notwendigen Maßnahmen zum Erreichen der Klimaneutralität des Gesundheitswesens bis zum Jahr 2030 zielstrebig, konsequent und zeitnah in Angriff zu nehmen. Die Initiierung



der hierfür erforderlichen rechtlichen Rahmenbedingungen, die Benennung von Klimabeauftragten und die Verabschiedung von Klimaschutzplänen in allen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens stellen zwingende erste Schritte dar.“

Auch die Bundesärztekammer will bis 2030 klimaneutral werden. Die Kosten tragen die Landesärztekammern: „Der 125. Deutsche Ärztetag unterstützt die in der Erklärung ‚Klimaneutrale Bundesärztekammer bis zum Jahr 2030‘ des Vorstands der Bundesärztekammer vom 20.08.2021 (Anlage) dargelegte Zielsetzung auch im Wissen um hieraus möglicherweise resultierende Konsequenzen für die Arbeitsweise der Bundesärztekammer sowie die finanziellen Auswirkungen für die Landesärztekammern. Finanzrelevante Umsetzungsschritte werden dem Deutschen Ärztetag zur Beschlussfassung vorgelegt.“

### Anträge aus Hessen

Ein weiterer, meines Erachtens wichtiger Vorschlag aus Hessen wurde an den Vorstand überwiesen: „Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 fordert den Gesetzgeber auf, das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) um den Grundsatz des Klimaschutzes zu ergänzen. Begründung: Auszug aus § 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot:

„(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Wir verlangen die Berücksichtigung der Klimaneutralität. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) um den Grundsatz des Klimaschutzes zu ergänzen.“

Der hessische Antrag, Klimaschutzbeauftragte in den Krankenhäusern zu etablieren, wurde angenommen:

„Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die Klinikbetreiber auf, Klimaschutzkonzepte zur Reduktion von Energieverbrauch, Material, Abfall und weiteren Ressourcen zu entwickeln. Hierzu ist es für jeden Krankenhaussträger nötig, seine verbrauchsintensiven Prozesse zu analysieren und Verbesserungen umzusetzen. Ziel muss es sein,

den CO<sub>2</sub>-Ausstoß der Gesundheitseinrichtungen in Deutschlands Krankenhäusern deutlich zu reduzieren. Zur Umsetzung bedarf es einer dauerhaften personellen Besetzung durch Klimaschutzbeauftragte in den Krankenhäusern. Begründung: Viele Investitionen in den Klimaschutz rechnen sich auch betriebswirtschaftlich, und in Deutschland trägt die Gesundheitswirtschaft zu etwa fünf Prozent zum CO<sub>2</sub>-Ausstoß bei.“

Ein weiterer hessischer Antrag:

„Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, die Sinnhaftigkeit des Einsatzes von Einmalmaterial in Diagnostik und Therapie unter den unterschiedlichsten Gesichtspunkten, insbesondere des Umwelt- und Klimaschutzes, aber auch des unterstellten Infektionsschutzes sowie unter Versicherungs- und Wirtschaftlichkeitsaspekten zu überprüfen.“

Ein vergleichbarer Antrag für Praxen kam aus Berlin und Brandenburg: „Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, Konzepte für klimaneutrale Praxen zu entwickeln und entsprechende Beratungsangebote mit Berücksichtigung von Fördermaßnahmen zu entwickeln.“

Auch die Bundesregierung wird wiederholt aufgefordert: „Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die Bundesregierung auf, Medizinproduktehersteller zur Entwicklung und Produktion wiederverwendbarer Medizinprodukte zu verpflichten, deren Aufbereitung den notwendigen hygienischen Standards gerecht wird.“

Es gibt auch Beschlüsse, in denen wir nicht an andere appellieren, sondern an unsere eigene Arbeit denken. So die Anästhesisten: „Die Emission und Verwendung von klimawirksamen Narkosegasen müssen reduziert werden. Hierzu können folgende Vorgaben wirksam sein: konsequente Nutzung von Minimal-Flow bei Anästhesien, Bevorzugung von totalen intravenösen Anästhesien und Regionalanästhesien, soweit medizinisch angemessen, strenge Indikationsstellung bei der Verwendung von Desfluran, Vermeidung von Lachgas, wenn medizinisch nicht unabdingbar, Verwendung und Weiterentwicklung von Recycling-/Scavenger-Systemen für Narkosegas.“

### Nachhaltigkeitsrichtlinien für die Kapitalanlage

Auch die Versorgungswerke der Ärzteschaft werden aufgefordert, einen Beitrag zu leisten: „Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die ärztlichen Versorgungswerke auf, sich Nachhaltigkeitsrichtlinien für die Kapitalanlage zu geben und diese bei der Anlage der Versicherungsgelder konsequent zu berücksichtigen. Die Kapitalanlagerichtlinien sollen alle Assetklassen umfassen und damit auch konkrete Vorgehensweisen für die illiquiden Anlageklassen, wie Immobilien und Alternatives, enthalten. Für die liquiden Anlageformen (Aktien, Renten) soll ein nachhaltiges Investment erfolgen, welches die Investition in CO<sub>2</sub>-intensive Geschäftsmodelle ausschließt. Begründung: Die ärztlichen Versorgungswerke verwalten in ihren Deckungsstöcken mehr als 100 Milliarden Euro. Dieses Geld kann den derzeit anlaufenden Transformationsprozess zu mehr Klimaschutz und Nachhaltigkeit unterstützen (siehe auch ‚Shifting the Trillions‘, aktueller Bericht des Sustainable-Finance-Beirats an die Bundesregierung)...“

Weiter spricht sich der Vorstand für eine gesunde und nachhaltige Ernährung aus: „Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 appelliert an alle Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialwesen und in der Politik, evidenzbasierte Maßnahmen für die Förderung gesunder und nachhaltiger Ernährungsmuster im Sinne der ‚Planetary Health Diet‘ zu fördern und umzusetzen. Die Ernährung ist die beste Möglichkeit, um mit einem einzigen Hebel sowohl die Gesundheit als auch die Umwelt nachhaltig zu stabilisieren.“

Neben der flächendeckenden Umsetzung der Qualitätsstandards für die Gemeinschaftsverpflegung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) stellen die Verbesserung der Ernährungskompetenz der Bevölkerung und insbesondere auch der Gesundheitsberufe wichtige Maßnahmen dar.“

### Beim Reisen ans Klima denken

Die Reisekosten der verfassten Ärzteschaft sollen auch auf Klimafreundlichkeit überprüft werden:

„Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, eine

Neuordnung der Reisekostenbestimmung mit der besonderen Unterstützung CO<sub>2</sub>-armer Verkehrsmittel zu prüfen und eine Arbeitsgruppe zur Erarbeitung geeigneter Empfehlungen einzusetzen. Begründung: Aufgrund der hohen Reisetätigkeit der Angehörigen der Ärztekammern ist die Neuausrichtung der Reisekostenbestimmung ein wichtiger Bestandteil auf dem Weg zu einer Reduktion der Treibhausgasemissionen der Einrichtungen der ärztlichen Selbstverwaltung. Ziel der Neuausrichtung ist eine Bevorzugung der Reisekostenerstattung bei Nutzung öffentlicher oder anderer CO<sub>2</sub>-armer Verkehrsmittel (z. B. Fahrrad), wohingegen Verkehrsmittel mit hoher CO<sub>2</sub>-Emission wie z. B. Flugreisen auf Kurzstrecken vermindert genutzt werden sollten bzw. die Emissionen durch Ausgleichszahlungen kompensiert werden sollten.

Wegen der Komplexität der Fragestellung ist es ratsam, diese Frage in der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern zu beraten, bevor dem Vorstand der Bundesärztekammer ein Beschlussantrag vorgelegt werden kann. Aufgrund der in allen Gremien gleichen Problematik kann dieser Vorschlag möglicherweise als Blaupause bzw. Handlungsempfehlung für die Anwendung in den Ärztekammern dienen.“

Die Delegierten der Flächenländer südlich von Berlin wiesen darauf hin, dass es für sie dann schwer wird, an einem Tag nach Berlin zu reisen und zurück.

Der Deutsche Ärztetag hat sich auch um die gesunde und vegetarische Ernährung der verfassten Ärzteschaft gekümmert:

„Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die Bundesärztekammer dazu auf, bei zukünftigen Veranstaltungen regionale und vegetarische Verpflegung anzubieten, um so ihre Rolle als verantwortungsvolles Vorbild für die Landesärztekammern und andere öffentliche Einrichtungen wahrzunehmen.“ Weiter soll ein Klimabeauftragter der Bundesärztekammer ernannt werden und ein jährlicher Klimabericht vorgelegt werden.

### Aufgaben für die Politik

Neben diesen Beschlüssen gab es einige rein politische Beschlüsse, die das Mandat der verfassten Ärzteschaft eindeutig überschreiten.

Zum Beispiel:

- Die Forderung für ein Tempolimit auf deutschen Autobahnen.
- Die Forderungen, umweltschädliche Subventionen abzubauen.
- Das Statement: Atomkraft stellt keine geeignete Alternative zu fossilen Energieträgern dar.

### Persönliche Reflexionen

Zuletzt noch ein Kommentar zu den einleitenden Worten und dem Hauptreferat: Viele unserer Delegierten waren positiv beeindruckt von dem Engagement der Referenten und deren Begeisterung für das Thema Klimaschutz.

Mit etwas Abstand vom Deutschen Ärztetag und altersbedingter Reflexion stellt sich für mich mehr und mehr die Frage, was jetzt die Aufgabe der Ärzteschaft sein kann und muss, um einen Klimawandel zu begrenzen. Unabhängig vom Einfluss der Bundesrepublik Deutschland auf den Klimawandel und Anpassungen des Wirtschaftsstandortes gibt es eine auffällige Diskrepanz zwischen den wohlbekanntem und wohlfeilen Forderungen des Deutschen Ärztetages und der konkreten Umsetzung.

Ich habe erhebliche Probleme damit, dass der Deutsche Ärztetag Forderungen an andere stellt, ohne deutlich zu machen, wo und wie wir das bei uns selber umsetzen können. Dazu haben auch alle Referate und Grußworte nichts beigetragen. Besonders problematisch sind für mich die großen Worte während des Deutschen Ärztetages wie:

„Heute ist ein historischer Tag“; „Wir brauchen Lebensräume, Menschen gesund zu erhalten“; „Setzen Sie sich ein für eine gesunde Zukunft“; „Gesunde Menschen gibt es nur in einem gesunden Planeten“ etc.

Und bei Prof. Dr. Dr. med. Sabine Gabrysch bei einem insgesamt sehr guten allgemeinen Übersichtsvortrag: „Alles hängt zusammen wie bei einem Organismus“; „Die Covid-19-Pandemie ist ein Symptom der planetaren Krise“; „Die Krise ist ein Notfall“; „Vieles funktioniert im Körper und in der Natur nicht linear“; „Es kann ablaufen wie bei einem Multiorganversagen“; „Eine Verkehrswende hin zu Fahrrad und zu Fuß ist gut für Umwelt und Gesundheit“; „Übergewicht, Diabetes und

Demenz können so reduziert werden“; Eine Entschleunigung der Bewegung ist auch gut gegen Burnout“; „Für eine gesündere und gerechtere Welt“; „Es geht nicht um Fakten, es geht um Macht“; „Wir müssen ins Handeln kommen, die eine Dynamik entfachen, wie eine Infektion und auch exponentiell; Das gibt mir Mut“; „Wir sind Teil der Natur. Wir stehen jetzt am Abgrund. Weiter so wäre tödlich“...

Wenn ich auch einmal davon absehen will, welchen Schaden vor 100 Jahren biologische Theorien in der Medizin und Gesellschaft angerichtet haben, so beunruhigen mich diese Argumentationsketten in einem wissenschaftlichen Vortrag vor dem Deutschen Ärztetag. Da überwiegt doch das Bewegtsein.

Diese Stimmung war auch bei der anschließenden Diskussion zu spüren. Einer abwägenden und kritischen Reflexion wurde kein Raum gelassen. Einzelne zaghafte Stimmen mit Anflug von Kritik wurde sofort persönlich diffamiert.

So wurde auf eine Diskussion darüber, was die Ärzteschaft selbst und bei sich konkret unternehmen kann, nahezu verzichtet. Und dafür die Welt gerettet.

In unserer Landesärztekammer Hessen sind wir in einer Arbeitsgemeinschaft dabei, konkret zusammenzustellen, was wir in unserem Bereich gestalten können und realistischere auch umsetzen können werden. Wir werden dies der nächsten Delegiertenversammlung vorlegen.

Auch bei aller Klima-Bewegtheit sollten wir, wie bei jeder ärztlichen Entscheidung, ernsthaft Nutzen und Risiken abwägen. Das haben wir gelernt und jetzt müssen wir es auch für das Klima und für uns anwenden. Sollten Sie sich über diese Bemerkungen ärgern, so bitte ich Sie, dies mir zu verzeihen.

**Dr. med.  
Peter Zürner**

Präsidiumsmitglied  
der  
Landesärztekammer  
Hessen



Foto: Katarina Ivanisevic

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



# Psychische Folgen von Corona: Wie Kinder und Jugendliche die Krise bewältigen können

## Runder Tisch der Landesärztekammer Hessen

Foto: Katja Kölsch



Dr. med. Peter Zürner, Präsidiumsmitglied der LÄKH, und Katja Möhrle, Leiterin der Stabsstelle Medien, hatten, zum Runden Tisch eingeladen.

Die Corona-Pandemie war und ist eine Zäsur in unser aller Leben. Tausende Menschen sind in den vergangenen (über) ein- einhalb Jahren erkrankt, viele haben Corona nicht überlebt, andere leiden langfristig körperlich und seelisch unter den Folgen einer Infektion mit dem Virus.

Auch das Leben und der Alltag von Kindern und Jugendlichen ist durch die Pandemie erheblich erschüttert worden. Ein großer Teil der sozialen Kontaktmöglichkeiten ist durch Beschränkungen weggebrochen. Kita oder Schule waren monatelang geschlossen, der Unterricht fand weitgehend online statt. Der Besuch von Sportvereinen oder Clubbesuche waren nicht möglich. Hinzu kamen und kommen bei Kindern und Jugendlichen Zukunfts-sorgen sowie die Angst, sich selbst und Ältere – z. B. Großeltern – anzustecken. Mit diesen Worten leitete Dr. med. Peter Zürner, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), den Runden Tisch „Psychische Folgen von Corona: Wie Kinder und Jugendliche die Krise bewältigen können“ ein, der Anfang Oktober in Frankfurt stattfand.

Mit welchen psychischen Folgen haben Kinder und Jugendliche zu kämpfen? Wie können Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeitende von Sozialdiensten, Lehrerinnen und Lehrer sowie Eltern sie am besten unterstützen? Wie können negative psychische Auswirkungen vorgebeugt und die psychische Resilienz trainiert werden? Und wie können staatliche Angebote und För-

derprogramme gezielt dabei helfen? Diese und weitere Fragen diskutierten Expertinnen und Experten gemeinsam mit zahlreichen Journalistinnen und Journalisten.

### Alarmzeichen für Eltern

Kinder, die morgens nicht mehr aus dem Bett kommen, sich weigern aufzustehen oder die Schule verweigern, die sich sozial zurückziehen oder nur noch online sind – Alarmzeichen, auf die Eltern reagierten sollten, wie Dr. med. Ralf Karlheinz Dieter Moebus, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt in Bad Homburg, erläuterte. Während in der Anfangsphase der Corona-Pandemie die Kinder und Jugendlichen in den Praxen vor allem verängstigt waren und sich viele Sorgen, auch um ihre Angehörigen, machten, dominieren mittlerweile psychosomatische Störungen und Schmerzsymptome. „Bei den Kindern zeigt sich dies in Niedergeschlagenheit, manche fallen aber auch durch unangemessenes, unangepasstes Verhalten auf“, so Moebus. Er bestätigte die Ergebnisse der COPSYP-Studie (Corona und Psyche, durchgeführt von Forschenden des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE)) von Februar 2021, wonach sich die Lebensqualität und die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Verlauf der Corona-Pandemie weiter verschlechtert haben. So litt fast jedes dritte Kind ein knappes Jahr nach Beginn der Pandemie unter psy-

chischen Auffälligkeiten. Ob die Betreuung durch einen niedergelassenen Kinder- und Jugendmediziner genüge, ergebe sich im Verlauf. Insbesondere wenn Symptome wie Suizidalität auftreten, sollte der Wechsel von der ambulanten zur stationären Versorgung folgen. Psychische oder gar psychiatrische Störungen haben in der Regel aber nicht nur eine Ursache, erklärte Dr. med. Martina Pitzer, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Klinikdirektorin an der Vitos Klinik Rheinhöhe in Eltville. Die Corona-Pandemie als alleinigen Auslöser zu sehen, sei daher ein Trugschluss. Dennoch verzeichne sie eine Zunahme von ausgeprägteren depressiven Symptomen mit teilweise höherem Schweregrad. „Notaufnahmen mit suizidalen Krisen oder auch nach Suizidversuchen kommen häufiger vor.“ Auch dauere eine Krisenintervention häufig länger, die Symptome seien stärker ausgeprägt. Essstörungen hätten deutlich zugenommen gegenüber Nicht-Coronazeiten. Die Krankheitsbilder und die Behandlungsansätze sind jedoch nicht neu. „Als Team behandeln wir mit verschiedenen therapeutischen Ansätzen, und besonders wichtig ist der Einbezug von Familie und Bezugspersonen“, so Pitzer.



Foto: Katja Kölsch

Volkmar Heitmann, Vorstandsvorsitzender des Landeselternbeirats Hessen





Foto: privat

Dr. med. Ralf Karlheinz Dieter Moebus, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt, Bad Homburg

„Kinder brauchen das Gefühl von Normalität, von Struktur und Routine, von geordneten Verhältnissen“, bestätigte Daniel Schröder, Regionalleiter des Kinderprojektes „Die Arche“, Frankfurt a. M., die sich insbesondere um Kinder aus sozial schwachen Milieus bemühen. Während die Arche vor allem die Situation aus Sicht der Kinder selbst erlebt, ergänzte Volkmar Heitmann, Vorstandsvorsitzender des Landeselternbeirats Hessen, die Elternperspektive: „Viele Eltern und Kinder haben sehr unter der Pandemie gelitten. Es gibt aber auch positive Rückmeldungen, z. B. über den Wechselunterricht in kleinen Klassen. Dies sei allerdings sehr abhängig vom jeweiligen Engagement der Lehrkräfte und Schulen. „Viele Lehrkräfte haben das ganz toll gemacht und neue Strukturen geschaffen, andere nicht.“

## Risiko- und Schutzfaktoren

Wie im Brennglas – die Pandemie hat die verschiedenen Probleme, die bereits vorher bestanden, nochmals besonders deutlich gemacht. Darin waren sich die Expertinnen und Experten einig. Im schulischen Kontext fehle es insbesondere an qualifizierter Schulsozialarbeit. „Wenn Eltern im Homeoffice arbeiten mussten und gleichzeitig die Kinder zuhause sind, kann das eine große Belastung sein. Da macht es einen großen Unterschied, ob man in beengten Wohnverhältnissen ohne Balkon und Garten lebt“, bekräftigten die Expertinnen und Experten. „Die psychosozialen Belastungen wurden durch Corona verstärkt, und wenn dann die psychosozialen

Ressourcen in den Familien eher gering sind, führte dies ganz klar zu Verschärfungen“, so Pitzer. Elementar sei dies für diejenigen, die bereits vor der Pandemie entsprechende Risikofaktoren aufweisen. Während auf der einen Seite das Kumulieren von Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit psychischer Störungen steigere, gebe es auf der anderen Seite aber auch Schutzfaktoren. Dazu gehören emotional stabile Beziehungen, Ansprechpartner, Selbstwirksamkeit. „Das sind Dinge, die in einer ‚normal guten‘ Familie existieren, Ressourcen, um mit schwierigen Situationen besser fertig zu werden.“

Den Leidensdruck der Kinder mindern und den Aufbau von Ressourcen stärken – das ist auch der Ansatzpunkt der Arche. „Wir arbeiten mit über 300 Familien in Frankfurt und merken, dass die Corona-Pandemie den Druck auf sehr viele Familien erhöht hat.“ Die Arche versucht, diese Folgen aufzufangen und den Kindern einen Schutzraum außerhalb der Familien zu geben, wo sie wertgeschätzt werden, Essensangebote bekommen und Unterstützung bei den Hausaufgaben – oder einfach gemeinsam spielen. Extreme Not sei insbesondere bei schulischen Themen entstanden. Sprachen wurden verlernt ebenso wie die Grundrechenarten bei den Grundschulern.

Nicht nur fehlender Präsenzunterricht – auch das Tragen von Masken hat einen Einfluss auf das Lernen der Kinder und Jugendlichen. Die Einschränkung durch Masken sei insbesondere in den ersten beiden Schuljahren sehr hoch, bestätigte Moebus, da vieles über Mimik und Gestik, gerade auch in der Sprach- und Schriftführung erlernt werde. Heitmann kritisierte in diesem Zusammenhang, dass es keine flächendeckende Ausstattung der Schulen mit Raumluftreinigungsgeräten gebe, wodurch sich das Problem mit den Masken auf diese Weise hätte lösen können. Auch er sieht die Belastung des Tragens von Masken besonders an den Grundschulen. Die Schulen würden jedoch mit der Problematik von der Politik alleingelassen, was zu uneinheitlichen Regelungen führe: „Es erschließt sich den Kindern nicht, und uns Erwachsenen übrigens auch nicht. Das führt dazu, dass die Akzeptanz weiter sinkt. Es braucht mutige Entscheidungen, um für die Kinder

wieder zu einer gewissen Normalität zu kommen“, forderte Schröder.

## Mutige Entscheidungen gefordert

Welche Lehren kann man nun aus der Pandemie ziehen? Was kann perspektivisch getan werden, um Kinder besser zu unterstützen? – fragte Katja Möhrle, Leiterin der Stabsstelle Medien und Moderatorin des Runden Tisches, in die Runde.

Die Probleme bei den Kindern und Jugendlichen seien nicht neu entstanden, sondern durch die Pandemie verstärkt worden. Der Brennglaseffekt habe die Versorgungslücken aufgezeigt. Die Experten fordern daher: mehr Schulsozialarbeit, ein verbesserter Zugang zu psychotherapeutischen und kinderpsychiatrischen Angeboten. „Um die Defizite aus der Coronazeit aufzuarbeiten, brauchen wir wesentlich mehr Lehrkräfte, deutlich mehr Schulsozialarbeit, ebenso wie Räume, um kleinere Klassen zu ermöglichen“, resümierte Heitmann. Auch das Stichwort Digitalisierung und überhaupt vernünftige Konzepte, um Distanzunterricht zu ermöglichen, nannte er. Neben diesen „harten“ Faktoren verwies er außerdem auf das soziale Miteinander: „Wir als Eltern haben weniger Bedenken, dass es an Lehrstoff mangelt. Das soziale Lernen ist unter die Räder gekommen, es muss wieder mehr Sport angeboten werden. Soziale Kompetenzen, der kluge Umgang mit sich selbst muss gefördert werden.“ Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen haben immer in irgendeiner Form mit der Schule zu



Foto: Vitos Rheingau

Dr. med. Martina Pitzer, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Klinikdirektorin an der Vitos Klinik Rheinhöhe, Eltville



Bildschirmfoto aus Zoom, Bearbeitung Katja Kölsch



Daniel Schröder, Regionalleiter des Kinderprojektes „Die Arche“, Frankfurt am Main

tun, erklärte Pitzer: „Entweder wirken sie sich auf das Lernverhalten in der Schule aus oder resultieren aus den schulischen Gegebenheiten, Lernanforderungen, sozialen Anforderungen, und tragen so zur Aufrechterhaltung oder zum Entstehen der psychischen Erkrankung bei.“ Damit die Schere hier nicht weiter auseinandergehe, sei es wichtig, nicht mit Nachdruck verlorenen Lernstoff einfach nur aufzuholen. „Wir müssen darauf achten, die Kinder und Jugendlichen, die aufgrund mangelnder Ressourcen und psychischer Belastung nicht so gut vorangekommen sind, jetzt mitzunehmen.“ Eine grundlegende Überarbeitung des Lehrplans sieht auch Moe-

bus als erforderlich. Es fehle aber auch einfach an gut ausgebildetem Personal. „Das liegt nicht am mangelnden Geld, sondern weil wir keine Perspektiven bieten. Die Arbeitsbedingungen für die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in den Kliniken sind schlecht, wir haben zu wenig Ärzte allgemein, wir haben von allem zu wenig.“ „Wir brauchen den Mut, dass die Politik sagt: Wir haben gesehen, da lief nicht alles gut, jetzt werden wir es nicht nur mit Geld neu machen, sondern den Kindern in den Schulen ein gutes Lernumfeld geben“, fasst Schröder zusammen. Ein Wunsch, der hoffentlich Gehör finden wird.

**Maren Siepmann**

## Dr. med. Günther Matheis neuer Vize-Präsident der Bundesärztekammer

Neuer Vize-Präsident der Bundesärztekammer ist Dr. med. Günther Matheis (Foto). Der 125. Deutsche Ärztetag wählte den 63-Jährigen mit 157 von 222 gültigen Stimmen zum Nachfolger von Dr. med. Heidrun Gitter, die im vergangenen März nach schwerer Krankheit verstorben ist. Matheis betonte, während seiner Amtszeit Themen für die gesamte Ärzteschaft landes- und bundesweit in den Blick nehmen und sich für ein zukunftsfähiges und krisenfestes Gesundheitswesen einsetzen zu wollen.



Foto: Engelmoehr

Der Facharzt für Thoraxchirurgie arbeitet seit 2006 als Sektionsleiter Thoraxchirurgie am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Trier. Matheis ist seit 2016 Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und gehört seitdem dem Vorstand der Bundesärztekammer an. Dort engagiert er sich unter anderem als Vorsitzender der Ständigen Konferenz „Fortbildung“ sowie als Beauftragter der Bundesärztekammer für die bundesweiten Transplantationsgremien und als Beauftragter für Menschen mit Behinderung. (red)



# SARS-CoV-2-Infektionen und Impfquoten unter hessischen Ärztinnen und Ärzten

## Eine quantitative Online-Befragung der Landesärztekammer Hessen

Dr. sc. hum. Dipl.-Soz. Iris Natanzon, Sabine Goldschmidt, Nina Walter, Silke Nahlinger, Dr. med. Edgar Pinkowski

Dieser Artikel ist zuerst im Deutschen Ärzteblatt erschienen, Dtsch Arztebl 2021; 118 (42): A 1916–8.

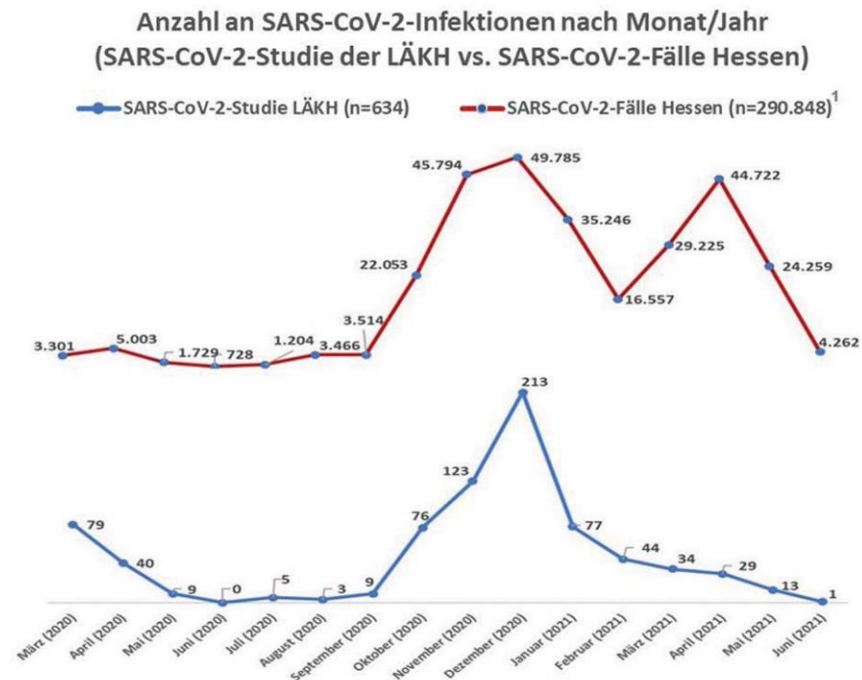
Mindestens 91.100 der gemeldeten SARS-CoV-2-Infektionen betrafen laut Robert Koch-Institut im Juni 2021 Beschäftigte in deutschen Gesundheitseinrichtungen [1]. Zu diesem Zeitpunkt waren in Deutschland bereits 3,7 Millionen Menschen mit SARS-CoV-2 infiziert, was einem Anteil von 4,5 % an der Gesamtbevölkerung entspricht.

Offizielle Angaben zur Anzahl infizierter Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sowie deren SARS-CoV-2-Impfstatus sind nicht bekannt. Da ihr Beruf eine erhöhte Infektionsgefahr mit sich bringt und sie die medizinische Versorgung gewährleisten müssen, erscheint es jedoch wichtig, Zahlen zum Infektionsverlauf sowie die Impfquote in der Ärzteschaft zu evaluieren.

### Erste Daten aus Hessen

Für Hessen liegt jetzt eine solche Erhebung vor. Im Rahmen einer quantitativen Online-Befragung wurden im Juli 2021 alle 31 019 berufstätigen Ärztinnen und Ärzte im Bundesland angeschrieben, um Informationen über die Anzahl an SARS-CoV-2-Infektionen, Infektionszeitpunkt und -ort sowie die Impfquote zu erhalten. Innerhalb einer Frist von zwei Wochen antworteten 23 %. Ausgewertet wurden die Antworten von 6.766 berufstätigen Teilnehmenden. Darunter waren Frauen mit 56 % in der Mehrzahl, 45 % kamen aus dem ambulanten und 41 % aus dem stationären Bereich. Bei den Fachgebieten waren Ärztinnen und Ärzte aus der Inneren Medizin oder Allgemeinmedizin mit jeweils 18 % am häufigsten vertreten, gefolgt von Chirurginnen und Chirurgen mit 10 %.

Gut 800 Befragte (12 %) gaben im Juli an, nachweislich mit SARS-CoV-2 infiziert ge-



<sup>1</sup> Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. <https://soziales.hessen.de/gesundheits/corona-in-hessen/taegliche-uebersicht-der-bestaetigten-sars-cov-2-faelle/bulletin-archiv> (Zugriff am 27. August 2021)

wesen zu sein. Zum gleichen Zeitpunkt hatten sich hingegen 7,8 % der hessischen und nur 4,5 % der deutschen Bevölkerung infiziert [2]. Damit lag der Anteil an Covid-19-infizierten Ärztinnen und Ärzten circa 50 % über der hessischen Bevölkerung und war fast dreimal so hoch wie in der deutschen Gesamtbevölkerung. Mit 16 % verzeichnete der stationäre Bereich den höchsten Anteil an Covid-19-Erkrankungen unter der Ärzteschaft in Hessen. Die Zahlen decken sich mit einem Trend, den Daten der Berufsgenossenschaft für das Gesundheitswesen und die Wohlfahrtspflege (BGW) widerspiegeln: Auf je 1.000 Vollzeitbeschäftigte im Gesundheitswesen zählte die BGW bis Ende Oktober 2020 7,2 meldepflichtige SARS-CoV-2-Infektionen in Krankenhäusern und Kliniken, 3,5 Infektionen in der stationären Pflege und 1,4 Fälle in ambulanten Arztpraxen [3].

Das Durchschnittsalter der infizierten Ärztinnen und Ärzte lag bei 45,6 Jahren. Dabei wies die Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen mit 18 % den höchsten Anteil an SARS-CoV-2-Infektionen auf und die Gruppe der 50- bis 59-Jährigen mit 9 % den geringsten Anteil unter den jeweiligen Altersgruppen. Beim Vergleich der Fachgebietsgruppen waren mit 17 % die meisten SARS-CoV-2-Infektionen im Gebiet Innere Medizin zu beobachten, gefolgt von jeweils 14 % in den Fachgebieten Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Chirurgie (Tabelle 2, nur online). Ein Großteil, 75 %, der Teilnehmenden infizierte sich im beruflichen und 25 % im privaten Umfeld. Bei einer beruflich bedingten Infektion meldete fast jeder Zweite die Infektion der Unfallversicherung. Davon wurden 63 % als Berufskrankheit anerkannt. Deutlich darüber lag die Anerkennungsquote auf Bundesebene. Das



geht aus einer Sondererhebung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) hervor: Von den im Jahr 2020 angezeigten 30.329 Verdachtsfällen auf eine beruflich erworbene Covid-19-Erkrankung hatte die DGUV fast 80 % noch im selben Jahr als Berufskrankheit anerkannt [4].

### Hohe Impfquote

Die Frage nach einer vollständigen Impfung bestätigten 6.132 Ärztinnen und Ärzte, was einer Impfquote von 93 % in der hessischen Ärzteschaft entsprechen würde. Zwar gibt es keine vergleichbaren offiziellen Zahlen zur Impfquote von Personen im Gesundheitswesen aus anderen Ländern. Eine systematische Literaturrecherche vor dem weltweiten Impfbeginn ergab jedoch, dass die Impfakzeptanz unter den Beschäftigten im Gesundheitssektor zwischen 27 % und 77 % variierte [5]. Auch die kürzlich publizierte VOICE-Studie bescheinigte Ärztinnen und Ärzten in Deutschland eine Impfbereitschaft von 76,6 %, Medizinisch-technischen Angestellten und Pflegekräften hingegen nur 58,6 beziehungsweise 56,9 % [6]. Die Online-Befragung von 6.217 Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen hatte allerdings schon zwischen November 2020 und Januar 2021 stattgefunden.

Die hessische Impfquote bei Ärztinnen und Ärzten wäre somit relativ hoch. Sie könnte aber auch systematisch in sozial erwünschter Richtung verzerrt sein. Denn es ist nicht auszuschließen, dass eher geimpfte Ärztinnen und Ärzte die Frage nach der Impfung beantwortet haben. Zudem wurde der Impfzeitpunkt nicht abgefragt. Eine Aussage darüber, ob die Infektion vor oder nach der Impfung erfolgte, ist daher nicht möglich.

Bezogen auf die Altersgruppen verzeichneten die über 70-Jährigen mit 89 % sowie die unter 30-Jährigen mit 91 % die geringste Impfbeteiligung. Die weiblichen Befragten waren zu 92 % geimpft. Bei den männlichen Befragten lag der Anteil mit 95 % etwas höher. Zwischen dem ambulanten und stationären Bereich waren mit 94 % und 93 % kaum Unterschiede zu erkennen. Auch die Fachgebiete lagen nah beieinander: 93 % der Befragten im Gebiet Innere Medizin gaben an, vollständig geimpft zu sein. In der Allgemeinmedizin sowie der

Frauenheilkunde und Geburtshilfe lag der Impfanteil mit 91 beziehungsweise 89 % etwas niedriger (Tabelle 3, nur online).

Ein interessanter Zusammenhang konnte beim zeitlichen Verlauf der Infektionszahlen der Ärzteschaft verglichen mit der Bevölkerung in Hessen beobachtet werden (Grafik). Bis Februar 2021 verliefen beide Kurven parallel mit einem Peak im Dezember 2020. Während die Infektionsfälle der Ärztinnen und Ärzte ab Januar 2021 stetig abnahmen, stieg die Anzahl an Neuinfektionen in Hessen von Februar bis April 2021 jedoch erneut an.

### Impfung verhinderte dritte Welle

Die Erklärung für die getrennten Kurvenverläufe gibt der AOK-Pflegereport 2021 [7]. In einer Studie hatten Forschende den Krankenstand des Pflegepersonals in der Pandemie untersucht und kamen zu dem Ergebnis, dass SARS-CoV-2-Infektionen seit März 2021 trotz der dritten Infektionswelle in den Berufsgruppen deutlich zurückgegangen seien. Die Autoren der Studie führten das auf den Impffortschritt zurück. Die hohe Impfquote von 93 % unter der Ärzteschaft in der vorliegenden Studie sowie die parallel sinkenden Infektionszahlen unter den hessischen Ärztinnen und Ärzten lassen vermuten, dass die Impfung trotz steigender Infektionszahlen in Hessen sowie in der deutschen Gesamtbevölkerung ihre Wirkung gezeigt hat.

Ebenso unbekannt wie die Impfquoten in der Ärzteschaft sind in Deutschland aktuelle Daten zur Anzahl an Long-Covid-Fällen. In der Online-Befragung gab etwa jeder Dritte der erkrankten hessischen Ärzteschaft an, unter Long-Covid-Symptomen zu leiden – unter Symptomen, die auch noch vier Wochen nach der SARS-CoV-2-Infektion vorlagen [8]. Weit höher lagen die Betroffenzahlen hingegen in einer chinesischen Studie zu Long Covid. Hier hatten 76 % der Covid-19-Patientinnen und -Patienten sechs Monate nach Symptombeginn mindestens ein Symptom [9]. Die hessischen Daten konnten für Long-Covid-Symptome zudem zeigen: Der Anteil weiblicher Erkrankter lag mit 36 % deutlich höher als der männlicher Erkrankter mit 28 %. Der höhere weibliche Anteil deckt sich mit Ergebnissen aus internationalen Studien, die belegen, dass mehr Frauen unter Long-Covid leiden als Männer [9, 10]. Hier könnte jedoch auch soziale Erwünschtheit eine Rolle spielen: Männer empfinden ihren Gesundheitszustand in Erhebungen prinzipiell besser als Frauen [11].

Deutlich häufiger als Long-Covid-Symptome traten Krankheitssymptome auf. Von den 800 der infizierten Ärztinnen und Ärzte litten 90 % unter Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Kopf- oder etwa Gliederschmerzen. Die meisten Symptome meldeten die 40- bis 49-Jährigen mit 91 % unter den jeweiligen Alters-

Tab. 1: SARS-CoV-2-Infektionen nach Fachgebieten (Top 10), LÄK Hessen

Fachgebiet (n = 3.650)	Infektionen nach Fachgebiet	
	n	%
Gebiet Innere Medizin (n = 907)	155	17 %
Allgemeinmedizin (n = 866)	121	14 %
Kinder- und Jugendmedizin (n = 228)	31	14 %
Gebiet Chirurgie (n = 515)	72	14 %
Neurologie (n = 181)	22	12 %
Anästhesiologie (n = 392)	43	11 %
Augenheilkunde (n = 73)	8	11 %
Psychiatrie und Psychotherapie (n = 299)	27	9 %
Urologie (n = 99)	9	9 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten (n = 90)	7	8 %

gruppen. Bei 78 % der infizierten Ärztinnen und Ärzte traten die Symptome vor dem Virusnachweis auf, bei 17 % erst nach der Diagnostik. Während der Covid-19-Erkrankung befanden sich 97 % in häuslicher Umgebung. 7 % gaben eine stationäre und 1 % eine intensivmedizinische Versorgung an. Mehrfachnennungen waren möglich. Im Rahmen der intensivmedizinischen Betreuung war bei fünf Betroffenen eine Beatmung von weniger als acht Ta-

gen notwendig, in einem Fall waren es jedoch 65 Tage. Im Durchschnitt waren die an Covid-19-Erkrankten 4,2 Wochen arbeitsunfähig.

Einschränkend muss angemerkt werden, dass die Daten rein deskriptiv ausgewertet wurden und keine statistisch signifikanten Aussagen enthalten. Aufgrund ähnlicher Strukturen der Rückläufer hinsichtlich der Merkmale wie dem Durchschnittsalter im Vergleich zur Grundgesamtheit waren die

Daten jedoch repräsentativ. Zukünftig sollten auch auf Bundesebene Impfquoten und Infektionszahlen in der Ärzteschaft oder gar im Gesundheitswesen erhoben werden.

**Dr. sc. hum. Dipl.-Soz. Iris Natanzon<sup>1</sup>**  
**Sabine Goldschmidt<sup>2</sup>**  
**Nina Walter<sup>1</sup>**  
**Silke Nahlinger<sup>1</sup>**  
**Dr. med. Edgar Pinkowski<sup>3</sup>**

**Tab. 2: SARS-CoV-2-Infektionsort nach Fachgebiet, Landesärztekammer Hessen versus SARS-CoV-2-Fälle Hessen**

Fachgebiet (n = 414)	Gesamtzahl	Infektionsort			
		im beruflichen Umfeld		im privaten Umfeld	
	n	n	%	n	%
Gebiet Innere Medizin	125	113	90 %	12	10 %
Allgemeinmedizin	75	61	81 %	14	19 %
Gebiet Chirurgie	50	43	86 %	7	14 %
Anästhesiologie	31	25	81 %	6	19 %
Kinder- und Jugendmedizin	25	14	56 %	11	44 %
Psychiatrie und Psychotherapie	21	10	48 %	11	52 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17	8	47 %	9	53 %
Neurologie	15	9	60 %	6	40 %
Sonstige Angaben (u. a. Zusatz-Weiterbildung)	12	9	75 %	3	25 %
Radiologie	7	5	71 %	2	29 %
Urologie	6	5	83 %	1	17 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	5	3	60 %	2	40 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5	2	40 %	3	60 %
Arbeitsmedizin	4	1	25 %	3	75 %
Augenheilkunde	4	4	100 %	0	0 %
Öffentliches Gesundheitswesen	3	2	67 %	1	33 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	1	0	0 %	1	100 %
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	1	1	100 %	0	0 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1	1	100 %	0	0 %
Neurochirurgie	1	1	100 %	0	0 %
Nuklearmedizin	1	0	0 %	1	100 %
Pathologie	1	0	0 %	1	100 %
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	1	0	0 %	1	100 %
Rechtsmedizin	1	1	100 %	0	0 %
Transfusionsmedizin	1	0	0 %	1	100 %



<sup>1</sup> Stabsstelle Qualitätssicherung  
und Gesundheitssystemanalyse  
<sup>2</sup> Präsidentsreferat  
<sup>3</sup> Präsident  
alle: Landesärztkammer Hessen  
E-Mail: qs@laekh.de

Die Literaturhinweise und die Tabellen  
2 & 3 finden sich auf unserer Website  
www.laekh.de unter der Rubrik „Hes-  
sisches Ärzteblatt“, Online-Ausgabe  
12/2021.

**Tab. 3: Coronaimpfquote nach Fachgebiet**

Fachgebiet (n = 4.857)	Gesamtzahl	Infektionsort			
		im beruflichen Umfeld		im privaten Umfeld	
	n	n	%	n	%
Gebiet Innere Medizin	898	835	93 %	63	7 %
Allgemeinmedizin	853	777	91 %	76	9 %
Gebiet Chirurgie	505	472	94 %	33	6 %
Anästhesiologie	389	367	94 %	22	6 %
Psychiatrie und Psychotherapie	293	281	96 %	12	4 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	284	253	89 %	31	11 %
Kinder- und Jugendmedizin	223	211	95 %	12	5 %
Sonstige Angaben (u. a. Zusatz-Weiterbildung)	214	195	91 %	19	9 %
Neurologie	181	169	93 %	12	7 %
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	129	121	94 %	8	6 %
Radiologie	129	120	93 %	9	7 %
Arbeitsmedizin	107	104	97 %	3	3 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	99	93	94 %	6	6 %
Urologie	99	96	97 %	3	3 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	88	84	96 %	4	4 %
Augenheilkunde	71	65	92 %	6	8 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	53	48	91 %	5	9 %
Öffentliches Gesundheitswesen	50	47	94 %	3	6 %
Physikalische Medizin und Rehabilitative Medizin	36	30	83 %	6	17 %
Pharmakologie	25	24	96 %	1	4 %
Pathologie	23	20	87 %	3	13 %
Sonstige Fachgebiete (n < 10)	23	22	96 %	1	4 %
Laboratoriumsmedizin	22	21	96 %	1	4 %
Strahlentherapie	15	14	93 %	1	7 %
Neurochirurgie	14	13	93 %	1	7 %
Nuklearmedizin	12	12	100 %	0	0 %
Hygiene- und Umweltmedizin	11	11	100 %	0	0 %
Transfusionsmedizin	11	9	82 %	2	18 %





Literatur zum Artikel:

# SARS-CoV-2-Infektionen und Impfquoten unter hessischen Ärztinnen und Ärzten

## Eine quantitative Online-Befragung der Landesärztekammer Hessen

von Dr. sc. hum. Dipl.-Soz. Iris Natanzon, Sabine Goldschmidt, Nina Walter, Silke Nahlinger und Dr. med. Edgar Pinkowski

- [1] Robert Koch-Institut: Täglicher Lagebericht vom 26.06.2021. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Jun\\_2021/Archiv\\_Juni\\_2021.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Jun_2021/Archiv_Juni_2021.html) (Zugriff am 24. August 2021).
- [2] Covid-19 Fallzahlen, Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen Hessisches Ministerium für Soziales und Integration Bulletin; Stand 17.07.2021. <https://soziales.hessen.de/gesundheit/corona-in-hessen/taegliche-uebersicht-der-bestaetigten-sars-cov-2-faelle/bulletin-archiv/juli-2021> (Zugriff am 27. August 2021)
- [3] Ärzte und Pfleger auf dem Krankenbett. Spektrum; 2021. <https://www.spektrum.de/news/aerzte-und-pfleger-auf-dem-krankenbett/1799309> (last accessed on 27 August 2021)
- [4] Wallenfels M: Rasante Zunahme bei Covid-19 als Berufskrankheit, Ärztezeitung; 2021. <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Rasante-Zunahme-bei-Covid-19-als-Berufs-krankheit-421729.html> (Zugriff am 27. August 2021)
- [5] Li M, Luo Y, Watson R, et al. Healthcare workers' (HCWs) attitudes and related factors towards Covid-19 vaccination: a rapid systematic review. Postgrad Med J Epub 2021; 140195
- [6] Schug C, Erim Y, Geiser F et al.: Bereitschaft zur Covid-19-Impfung unter Beschäftigten im Gesundheitswesen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 2021. DOI:10.1007/s00103-021-03418-6.
- [7] Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, et al. AOK Pflegereport 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarf und Angebotsstrukturen. Springer Verlag 2021
- [8] Greenhalgh, T., Knight, M., Court, et al. Management of post-acute Covid-19 in primary care. BMJ 2021, 370:m3026. DOI: 10.1136/bmj.m3026
- [9] Huang, C, Huang, L, Wang, et al.: (2021). 6-month consequences of Covid-19 patients discharged from hospital: a cohort study. Lancet 2021, 397, 220–232. DOI: doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8
- [10] Mandal S, Joseph Barnett J, Brill SE. et. al.: Long-Covid': a cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker and imaging abnormalities following hospitalisation for Covid-19. Thorax 2021;76:396–398
- [11] „Long Covid“ und seine Unbekannten, Science ORF; 2021. <https://science.orf.at/stories/3208010/> (last accessed on 27 August 2021)



## Einblicke in meine Tätigkeit als Mobbingbeauftragte

Im März 2020 übernahm ich für die Landesärztkammer Hessen das Amt der Mobbingbeauftragten.

Um eine bessere Einordnung meiner Möglichkeiten zu bieten, schildere ich in diesem Artikel, welche Unterstützung ich innerhalb dieses Amtes bieten kann, aber auch, wo meine Grenzen liegen.

In aller Regel nehme ich telefonisch Kontakt mit den betroffenen Personen auf – sofern mir entsprechende Kontaktdaten zur Verfügung gestellt werden. Ich definiere gemeinsam mit den Anrufenden, ob sie ihre persönlichen Grenzen überschritten sehen und ob sie etwas gegen diese Situation unternehmen wollen. Denn eine relevante Änderung der belastenden Situation ist nur zu erwarten, wenn der oder die Anrufende bereit ist, aktiv die Lösung des Problems anzugehen.

Nach einer ersten telefonischen „Bestandsaufnahme“, in der ich mir die bestehenden Konflikte schildern lasse, bespreche ich mit den Anrufenden, welche Möglichkeiten der Unterstützung ich in diesem konkreten Fall anbieten kann – aber auch,

welche Erwartungen ich nicht erfüllen kann. Auf die Einhaltung der Schweigepflicht können sie sich hierbei jederzeit verlassen.

Den Hauptteil meiner Tätigkeit verbringe ich damit, mit den Anrufenden mögliche Auswege zu besprechen. Meist gibt es drei Lösungsstrategien, die sich anbieten:

- 1) **Ausweg: Akzeptieren** „...bleiben und nichts unternehmen...“ – Das ist meist keine befriedigende Lösung, denn die Anrufer melden sich ja, weil sie eben unter der Situation leiden.
- 2) **Ausweg: Klären** „...in die persönliche Auseinandersetzung gehen...“ – Diese Möglichkeit ist nur dann erfolgversprechend, wenn der/die Anrufende bereit ist, sich aktiv mit dem Mobber auseinanderzusetzen.
- 3) **Ausweg: Gehen** „...die Entscheidung treffen, den jetzigen Arbeitsplatz zu verlassen...“

Dies ist eine abstrakte Darstellung, da jeder dieser Auswege zahlreiche Optionen der Umsetzung bietet. Dennoch läuft die Lösung des Mobbing-Problems meist auf



Foto: Marburger Bund

Neutraler Ansprechpartner für von Mobbing betroffene Ärztinnen und Ärzte: Yvonne Jäger, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie.

diese drei Auswege hinaus. Dabei sind auch Kombinationen denkbar, indem man z. B. zunächst versucht, das Mobbing-Problem zu akzeptieren und die Angriffe ins Leere laufen zu lassen. Wenn dies nicht funktioniert, kann man verstärkt die Auseinandersetzung suchen. Sollte die Situation dauerhaft unbefriedigend bleiben, ist das Verlassen des Arbeitsplatzes häufig eine Option.

Wenn es die Anrufenden wünschen, erarbeite ich mit ihnen einige Möglichkeiten, wie man sich bei Mobbing-Attacken verhalten kann. Meist läuft dies auf einige grundlegenden Verhaltensregeln hinaus, wie „klaren Kopf“ behalten, sich in Selbstbeherrschung üben, sich nicht provozieren lassen, sich absichern (z. B. durch Notieren von Zeugen oder Führen eines Tagescalenders), aber auch prüfen, ob die Kritik –oder zumindest ein Teil davon – gerechtfertigt ist.

Ich biete in Einzelfällen an, dass ich mit den Anrufenden bespreche, wie man Mobbing-Angriffe geschickt abwehren und eine persönliche Strategie gegen Mobbing entwickeln kann. Möglichkeiten, die man gut im Vorfeld üben kann, sind z. B.:

- Möglichst einsilbig antworten (mit einem unbeteiligten „Ja“ oder „Nein“, einem „Ok“ oder ganz einfach mit „Das ist nicht wahr“; nicht der Versuchung nachgeben, sich weiter zu erklären,

### Was ist Mobbing am Arbeitsplatz?

Man kann von Mobbing am Arbeitsplatz sprechen, wenn man sich im Konflikt mit Kollegen oder Vorgesetzten befindet und über einen längeren Zeitraum hinweg systematisch auf abwertende, respektlose oder schikanierende Art und Weise behandelt wird. Zu typischen Mobbinghandlungen gehören Demütigungen, Verbreitung falscher Tatsachenbehauptungen, Zuweisung sinnloser Aufgaben, Gewaltandrohung, soziale Isolation oder eine fortgesetzte, unangemessene Kritik an einer Person oder ihrem Tun.

Es ist jedoch nicht vordringlich, „Mobbing“ zu definieren. Wenn man das Gefühl hat, dass seine persönlichen Grenzen überschritten werden und man dies nicht tolerieren möchte, sollte man aktiv werden. Je früher man sich effektiv zur Wehr setzt, desto einfacher kann man die Situation unter Kontrolle bekommen.

Mobbing wirkt sich in erster Linie auf das Opfer aus. Jedoch können alle Konflikt-Beteiligten leiden und letztendlich über das Mobbing krank werden. Das Betriebsklima kann vergiftet werden. Mitarbeiter „suchen das Weite“. Der volkswirtschaftliche Schaden, der jährlich durch Mobbing verursacht wird, ist hoch.

Um die Mobbingbeauftragte Yvonne Jäger zu kontaktieren, wenden Sie sich bitte an die Rechtsabteilung.

Kontakt:  
Sabine Schmitz  
Fon: 069 97672-113  
E-Mail: rechtsabteilung@laekh.de

Karin Eckert  
Fon: 069 97672-163  
E-Mail: rechtsabteilung@laekh.de



wenn die Kritik nur dazu dient, zu provozieren).

- Kommunizieren, dass die ungerechtfertigte Kritik nicht in Ordnung ist: „Ihre Kritik ist nicht gerechtfertigt. Aber ich kann es akzeptieren, dass Sie eine falsche Wahrnehmung von mir haben.“
- Ansprechen, dass das Verhalten des Mobbers inakzeptabel ist: „Sie Verhalten sich mir gegenüber auf eine nicht akzeptable Art und Weise und ich bin nicht bereit, ein solches Gespräch fort-

zuführen“; „Ich bin nicht überempfindlich, aber ich kann es akzeptieren, dass Sie eine falsche Wahrnehmung von mir haben.“

Zusammenfassend verstehe ich meine Aufgabe als Mobbingbeauftragte darin, dass ich den Anrufenden als beratende Stelle zur Seite stehe, zuhöre und beim Finden von Lösungsmöglichkeiten und Erarbeiten von möglichen Auswegen eine „Anschubhilfe“ gebe.

Eine Rechtsberatung oder eine psychotherapeutische Behandlung kann ich dagegen nicht anbieten.

**Yvonne Jäger**

Mobbingbeauftragte  
der Landesärztekammer Hessen

Um die Mobbingbeauftragte zu kontaktieren, wenden Sie sich bitte an die Rechtsabteilung, Fon: 069 97672-113 oder -163, E-Mail: [rechtsabteilung@laekh.de](mailto:rechtsabteilung@laekh.de).

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

### Liste Älterer Ärzte

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

Die Delegiertenversammlung der hessischen Landesärztekammer ist das „Parlament“, welches je nach Interessenlage alle hessischen Ärztinnen und Ärzte vertritt. Wenn auch immer wieder bestritten, folgt die Zusammensetzung der Kammer den Usancen des politischen Parlamentarismus. Die gebildeten Interessengruppen vertreten die Intentionen der jeweiligen „Fachverbände“ oder „Ärzte-Gewerkschaften“ (zum Beispiel Marburger Bund). Hier wird auch bei entsprechenden Beschlüssen und Abstimmungen ein durchaus fraktionsähnliches Verhalten beobachtet. Dieser Modus wurde und wird teilweise konsequent verfolgt, teilweise auch kritisiert.

Die „Liste Älterer Ärzte“ entstand Anfang 1950, um die Interessen aller hessischen Ärztinnen und Ärzte zu vertreten als Alternative zu Gruppenlisten wie Allgemeinärzte oder Fachärzte, da es nur ein „gemeinsames Interesse“ geben kann.

Der Begriff „Älterer“ wurde leider gewählt als Synonym für „Erfahrener Ärzte“. Wir meinen, über genügend Erfah-

rung zu verfügen, um zunehmend problematische Entwicklungen, zum Beispiel in der Weiterbildungsordnung, überbordende zusätzliche Qualifizierungen und fatale Entwicklungen in der Informationstechnologie kritisch kommentieren zu können. Wir versuchen nur, unsere durchaus fundierten Erfahrungen in die allgemeine Diskussion zum Nutzen aller Ärztinnen und Ärzte zu integrieren.

Wir sehen mit Besorgnis die Belastungen, denen insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte immer mehr ausgesetzt werden – zum Beispiel die Entwicklung weg von der „Praxis Medizin“ hin zur „Verwaltungsmedizin“.

Wir kümmern und klagen gegen die immer noch unbefriedigende Situation der hessischen Vertragsärztinnen und -ärzte, die als einzige in der Bundesrepublik Deutschland dem unbefriedigenden System der Kombination aus „Rente und EHV“ (Erweiterte Honorarverteilung) unterworfen sind, mit der Willkür der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), die Gerichtsentscheidungen umgeht.

Zusammenfassend wollen wir ein Korrektiv in einem festgefahrenen System der Meinungsverteilung bilden zum Nutzen aller Ärztinnen und Ärzte mit zunehmendem Interesse an unserer engagierten Kammerarbeit.

Zurückblickend war die „Liste Älterer Ärzte“ in den vergangenen 30 Jahren im-



Foto: Katarina Ivanisevic

Dr. med. Jürgen Glatzel vertritt die Liste Älterer Ärzte im Präsidium der Landesärztekammer Hessen.

mer aktiv im Präsidium, im Finanzausschuss, in allen Gremien der Landesärztekammer engagiert. An große Namen verbunden mit der Landesärztekammer will ich erinnern wie Klaus Uffelmann, Siegmund Kalinski, Norbert Löschorner oder Gabriel Nick – sie stehen alle als Synonym für erfolgreiche Arbeit zum Nutzen aller Ärztinnen und Ärzte in Hessen.

Meine Wenigkeit (Dr. Glatzel) steht in der 3. Legislatur durchgehend in Präsidiumsverantwortung.

**Für die Liste Älterer Ärzte:**

**Dr. med. Jürgen Glatzel**

E-Mail: [juergen.glatzel@orthopaeden-bensheim.de](mailto:juergen.glatzel@orthopaeden-bensheim.de)

**Prof. Dr. med. Frank-Lothar Welter**



# 50 Jahre Bad Nauheimer Gespräche

## „Das Alter als Aufgabe und Erfüllung“ – ein Festvortrag von Prof. Andreas Kruse

Das 151. Bad Nauheimer Gespräch eröffnete mit einem Festakt: Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Dietrich, die die Bad Nauheimer Gespräche (BNG) zwei Jahrzehnte lang organisiert und moderiert hatte, wurde für ihren Einsatz geehrt. „Sie ist die Repräsentantin der BNG“, würdigte Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (Vorstandsvorsitzender der BNG und Altpräsident der Landesärztekammer Hessen) die ehemalige Leiterin der Chirurgischen Abteilung des Frankfurter Krankenhauses Sachsenhausen. Seit der Gründung 1970 habe sie den BNG begleitet: erst als Teilnehmerin, später „als versierte und kompetente Referentin“ und von 2000 bis 2020 als 1. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied.

Die Dankesworte des Präsidenten der LÄKH Dr. med. Edgar Pinkowski, der krankheitsbedingt fernbleiben musste, überbrachte Präsidiumsmitglied Dr. med. Jürgen Glatzel. Er nahm Bezug auf die Auszeichnungen, die Hasselblatt-Dietrich zuteil geworden sind: u. a. das Bundesverdienstkreuz, der Hessische Verdienstorden, die Ehrenplakette der LÄKH in Gold und die Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft. Es sei ihrem Gespür für gesellschaftlich relevante Fragestellungen zu verdanken, dass die BNG bis heute eine breite Themenpalette abdecken: von medizinischer Sterbebegleitung über therapeutisches Klonen bis hin zu gesunder Ernährung. Die Vizepräsidentin der LÄKH Monika Buchalik betonte den Vorbildcharakter von Hasselblatt-Dietrichs Wirken.

Als eine der wenigen Ärztinnen ihrer Generation, die sich neben dem Beruf in ärztlichen Verbänden und Körperschaften – u. a. als Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, als Präsidiumsmitglied der LÄKH oder als Stellv. Bundesvorsitzende des Hartmannbundes – ehrenamtlich engagiert hat, ist die Frankfurterin Wegbereiterin für Frauen in der Medizin.

Hier ergriff die Geehrte das Wort: Sie sei erfreut, könne den Dank jedoch nicht alleine annehmen. Erst die ständige Unterstützung – u. a. von den ehemaligen Präsidenten der LÄKH Dr. med. Alfred Möhrle, Dr. med. Ursula Stüwe und Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, aber auch von der Zahnärztekammer Hessen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZVH) in Gestalt ihrer Sprecher Jörg Pompetzki bzw. Dr. Veit Justus Rollmann, von der Leiterin der LÄKH-Stabsstelle Medien Katja Möhrle sowie von der langjährigen Büroleiterin Sigrid Sterz – hätte die BNG zu der Veranstaltungsreihe geformt, die sie heute seien. Durch die BNG habe sie Herzensthemen verwirklichen können: etwa Patientenrechte oder Ethik in der Medizin. Hasselblatt-Dietrich beendete ihre Dankesrede mit Grüßen an ihre Nachfolgerin, die ehemalige Stellv. Leiterin des Frankfurter Gesundheitsamtes Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, die die Organisation der BNG 2020 übernommen hatte.

Die Ehrung erfolgte in (analoger wie digitaler) Anwesenheit zahlreicher geladener Gäste: Prof. Dr. Mona Abdel Tawab (Beisitzerin Landesapothekerkammer), Dr. Michael Frank und Dr. Wolfgang Klenner (Präsident und Vizepräsident Landes Zahnärztekammer), Dr. jur. Karin Hahne (Präsidentin Verband Freier Berufe in Hessen), Dr. med. Andreas Knollmeyer (Direktor für Health Policy Sanofi-Aventis Deutschland GmbH), Stephan Allroggen und Dr. med. Niklas Mangold (Vorstandsvorsitzender und Stv. Vorstandsvorsitzender KZVH), Bernd Posdich (Direktor Apobank und Schatzmeister der BNG) sowie Stefan Sydow (Leiter der Abteilung Gesundheit, Hessische Ministerium für Soziales und Integration).

### Die Potenziale des Alters

„...Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne/Der uns beschützt und der uns hilft, zu leben“: Mit zahlreichen Zitaten aus Literatur (wie Hermann Hesses Gedicht „Stufen“), Philosophie und Musik lieferte der Referent des Abends – der Psychologe und Gerontologe Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse, der neben Psychologie auch Philosophie und Musik studiert hatte – ein Gesamtbild des Alters als ein großes Potenzial. Das Alter, so der Ordinarius und Direktor des Instituts für Gerontologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, sei eine weitere Lebensstufe, die ihre eigenen Herausforderungen berge, an deren Überwindung man seelischgeistig wachsen könne. Der international renommierte Gerontologe, der u. a. die Vereinten Nationen und die Bundesregierung beraten hat, Mitglied des Deutschen Ethikrates sowie Träger des Bundesverdienstkreuzes ist, nutzte den Abend, um das Alter in einer positiv-lebensbejahenden Perspektive erstrahlen zu lassen: als Potenzial für Kreativität und gesellschaftliches Engagement durch den Dienst an jüngeren Menschen.

### Rückblick und eine neue Aufgabe

Die seelischen Entwicklungsprozesse erwachsen aus dem Rückblick am Lebensabend, aus der persönlichen Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben und der eigenen Endlichkeit, sowie aus der daraus entstehenden Suche nach einer neuen Lebensaufgabe in Form der Weitergabe von Wissen an Jüngere. Hier zitierte Kruse den Wiener Psychologen Viktor Frankl. Dieser hatte in „Der Wille zum Sinn“ (1972) postuliert, Sinn erhalte das menschliche Leben in dem Maße, in dem wir „das Leben in den Dienst von etwas stellen, das man nicht selbst ist“, das also außerhalb unserer selbst liegt und den Dienst am Anderen ausmacht. Als Beispiel für das Ineinandergreifen von Rückblick und sozialem Engagement nannte Kruse seine Studien zu Holocaustüberlebenden. Die oftmals un-



alle Fotos: Manuel Maier

Prof. Andreas Kruse trug Bachs Werke selbst vor.

terdrückten Traumata werden im hohen Alter reaktiviert – doch diese Wiederkehr des Schreckens bringe die Überlebenden auch dazu, sich um die junge Generation zu sorgen und sie, etwa durch Vorträge an Schulen, aufzuklären und zu warnen.

### Generativität: Voneinander lernen

In dem Maße, in dem die Hochbetagten (ab 80 Lebensjahren) von dem Austausch mit den Jüngeren profitieren, können auch die Jungen von den Alten lernen: neben der Weitergabe konkreten Wissens insbesondere Resilienz durch den Umgang mit Grenzsituationen und der eigenen physischen Verletzlichkeit.

Die heilsame Wirkung intergenerationaler Beziehungen für alle Beteiligten veranschaulichte Kruse am Beispiel eines von ihm mitveranstalteten Flüchtlingskongresses in Heidelberg 2015. Dort wurden junge Flüchtlinge mit älteren Bürgerinnen und Bürgern zusammengebracht, um von diesen in die neue deutsche Lebensrealität eingeführt zu werden. Die entstandenen Kontakte wurden wissenschaftlich begleitet und als für alle Beteiligten überaus erfolgreich eingestuft. Die zeitgenössische (Palliativ-)Medizin müsse dieses Potenzial sehen und fördern – statt die alten Menschen auf ihre Gebrechlichkeit („Frailty“) zu reduzieren. „Wenn wir Menschen auf sich selbst zurückwerfen und ihnen die Möglichkeit nehmen, eigene Erfahrungen produktiv weiterzugeben“, mahnte Kruse, „verharren sie in eigener Pflegebedürftigkeit und Hinfälligkeit. Dabei ist Hinfälligkeit auch bei chronischen Erkrankungen wie Arthritis oder Diabetes Mellitus Typ 2 nie nur physischen Prozessen geschuldet.“ Kruse zitierte in diesem Zusammenhang Camus' „Mythos des Sisyphos“: Die Tage gleichen sich, das Leben erscheint als ein einziger Leerlauf. Erst die Verantwortung für andere, die Camus in Anlehnung an Heidegger „Sorge“ nennt, hilft dabei, auch für sich selbst aktiv zu werden. So brauche auch ein jeder ältere Mensch eine sinnerfüllte Lebensaufgabe – ganz egal ob groß oder klein. Das Alter aus dieser Perspektive betrachten zu lernen, sei eine große gesamtgesellschaftliche Aufgabe und umfasse Kultur wie Politik.



Die Geehrte und die Festredner (von links): Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Dr. med. Jürgen Glatzel, Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Dietrich, Monika Buchalik, Prof. Dr. med. Ursel Heudorf und Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse.

### Psychische Qualitäten des Alters

Die Potenziale des hohen Alters fasste Kruse anschaulich zu vier Punkten zusammen: **Introversio mit Introspektion:** Im hohen Alter vertiefen sich Menschen im Lebensrückblick in sich selbst und erlangen dadurch ein besseres Verständnis für psychische Prozesse. Dies führt zum Nachdenken über das Leben an sich. Hieraus erwachsen auch der ehrenamtliche Dienst an der Gesellschaft und die Bedeutung intergenerativer Beziehungen, die es nun gesamtgesellschaftlich zu integrieren und fruchtbar zu machen gilt.

**Sorge:** In Anlehnung an Camus' „Sisyphos“ führt erst die Sorge um andere dazu, Verantwortung in der Gesellschaft zu übernehmen und eine sinnerfüllte Aufgabe im Leben zu suchen.

**Offenheit:** Eine nicht zu unterschätzende Aufgabe im hohen Alter ist es, sich die Offenheit und Lebensneugier zu bewahren.

**Möglichkeit der Wissensweitergabe** (ob Fach- oder generelles Lebenswissen)

Im Gegensatz zu diesen Chancen der geistigen Entwicklung bis ans Lebensende schilderte Kruse die Ängste, die in unseren heutigen Gesellschaften viele ältere Menschen umtreiben: die Angst vor Altersarmut, vor Krankheit und vor Vereinsamung. Es sei daher die große Aufgabe unserer Gesellschaft im Allgemeinen wie der (Palliativ-)Medizin im Besonderen, ältere Patienten zu motivieren, sich eine Aufgabe zu suchen und sich dadurch weiterhin nützlich zu fühlen.

Den jüdischen Philosophen und, wie man heute sagen würde, Allgemeinarzt Mai-

monides, der im 12. Jahrhundert die moderne medizinische Anthropologie begründete und die Gesunderhaltung in die drei Schritte Prävention/Prophylaxe, Therapie und therapeutische Begleitung bzw. Pflege bei chronischen Erkrankungen unterteilte, zitierte Kruse als das Vorbild des guten geriatrisch tätigen Arztes. Einen guten Arzt definierte Mosche ben Maimon selbst als jemanden, der mit dem Patienten etwas Geistiges teilt, mit ihm in einem (Zeit-)Punkt geistig übereinstimmt. Durch das darauf gründende Vertrauen gelingt es dem guten Arzt, seine Patienten durch chronische Krankheiten zu führen und bis zum Lebensende zu begleiten.

### J. S. Bach: Realisiertes Potenzial

Das große Beispiel für Produktivität und Kreativität bis ins hohe Lebensalter hinein ist für Kruse Johann Sebastian Bach. Dessen Alterswerk, dem Kruse ein eigenes Buch<sup>1</sup> gewidmet hat, gilt dem Altersforscher als besonders kreativ und radikal. Im Laufe des Abends unterbrach Kruse immer wieder seinen Vortrag, um Bachs Choräle am bereitstehenden Flügel vorzutragen. So entstand ein Gesamtkunstwerk, das Psychologie geschickt mit Musik, Philosophie und Lyrik verband und mit allen Sinnen begreifbar machte, dass die menschliche Seele über bloße Kognition hinausgeht und auch in hohem Lebensalter selbst bei demenziellen Erkrankungen angesprochen werden kann – gleichermaßen Rat und Warnung an die (Palliativ-)Medizin.

Alla Soumm

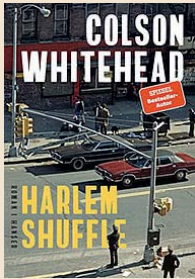
<sup>1</sup> Andreas Kruse: Die Grenzgänge des Johann Sebastian Bach. Psychologische Einblicke. 2. Aufl., Heidelberg: Springer, 2014.



# Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang

## ...für Wunschzettel und Feiertagsgestaltung

### Bücher



#### Gaunergeschichte in New York

Ein Lächeln, das so falsch ist wie die Zwanziger in den Gesäßtaschen.

Steuerberater, die mit Schlupflöchern prahlen, oder ein imposanter Tank,

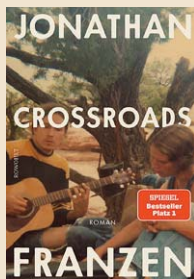
der auf zierlichen Füßen „zehenspitzt“: Mit einer zwischen Lässigkeit und augenzwinkerndem Humor changierenden Sprache versetzt Colson Whiteheads neuer Roman „Harlem Shuffle“ – Familienerzählung und Ganovenstück in einem – in das schillernde schwarze Harlem der 1960er-Jahre. Ebenso schwungvoll wie schonungslos schildert der zweifache Pulitzer-Preisträger, wie sein in einfachsten Verhältnissen großgewordener Romanheld Ray Carney versucht, ehrlich aufzusteigen und doch immer wieder auf die schiefe Bahn gerät. Ein spannend geschriebenes literarisches und gesellschaftliches Portrait New Yorks.

Colson Whitehead: *Harlem Shuffle*  
Übersetzt von Nikolaus Stingl  
Hanser Verlag 2021, 381 Seiten, 25 €



#### Am Scheideweg zur Freiheit

Noch ein Werk eines US-amerikanischen Autors. Als „spirituelles Gegenstück“ zu seinem 2001 erschienenen Roman „Die Korrekturen“, der den National Book Award gewann, bezeichnet die Neue Zürcher Zeitung Jonathan Franzens Familienroman „Crossroads“: Auftakt einer Trilogie über drei Generationen aus dem Mittleren Westen und virtuos in der Tradition der Great American Novel geschrieben. In der US-Gesellschaft der 1970er-Jahre kreisen die Hauptfiguren – fünf Mitglieder der Familie Hildebrandt – um Fragen von Identität, Moral, Lügen



und Rivalität. Alle stehen am persönlichen Scheideweg und suchen eine Freiheit, die von den anderen durchkreuzt zu werden droht.

Jonathan Franzen: *Crossroads*  
Übersetzt von Bettina Abarbanell  
Rowohlt Verlag 2021, 832 Seiten, 28 €

#### Liebespaare als Zeitzeugen

Als Lektüre an den Feiertagen empfiehlt sich auch Florian Illies' Buch „Liebe in Zeiten des Hasses“, in dem er die späten zwanziger und frühen dreißiger Jahre des 20. Jahrhunderts durch die Augen großer Liebespaare betrachtet und neu erzählt. Atemlos wie Filmsequenzen kommen die



Geschichten daher. Man schaut Jean-Paul Sartre und Simone de Beauvoir beim Käsekuchen-Essen in Berlin zu, ist dabei, wenn Walter Benjamin auf Ibiza nach Liebe sucht und Haschisch findet, oder wird Zeuge, wie F. Scott und Zelda Fitzgerald an der Côte d'Azur ihre Ehe aufs Spiel setzen. Spielarten der Liebe, die Leidenschaft, Freiheitsdurst, aber auch Ungewissheit spiegeln. Parallel spitzt sich die politische Lage zu und die Kultur erlebt nach ihrem Höhenflug den Absturz.

Florian Illies: *Liebe in Zeiten des Hasses*  
S. Fischer 2021, 432 Seiten, 24 €

#### Ausstellung

##### Paula Modersohn-Becker

Zeitgenossen fiel der Zugang zu ihrem Werk schwer. Reduziert und radikal anders als die Arbeiten der Künstler ihrer Epoche muten die Gemälde und Zeichnungen Paula Modersohn-Beckers (1876–1907) an. Während der Malerin zeit lebens äußere Anerkennung und Erfolg verwehrt blieben, wurden bereits wenige Jahre nach ihrem frühen Tod Wanderausstellungen durch mehrere



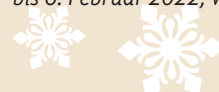
Paula Modersohn-Becker, Mädchenakt mit Blumenvasen, 1906/1907, Öltempera auf Leinwand, 47,5 x 52 cm, Von der Heydt-Museum, Wuppertal

deutsche Museen organisiert. Längst gilt sie als eine der bedeutendsten Vertreterinnen der klassischen Moderne.

Mit rund 120 Gemälden und Zeichnungen aus allen Schaffensphasen widmet sich die Frankfurter Kunsthalle Schirn dem Gesamtwerk Modersohn-Beckers in einer umfassenden Retrospektive. Ihre eigenständige künstlerische Entwicklung, der außergewöhnliche Malduktus und die früh einsetzende, anhaltende Rezeption stehen im Zentrum der Präsentation.

Einen besonderen Schwerpunkt im Repertoire der Künstlerin stellen Portraits und Selbstportraits mit flächigen, oft derben Gesichtern dar. Weitere zentrale Werkkomplexe sind Kinderbildnisse, Darstellungen von Mutter mit Kind, Bäuerinnen und Bauern, Akte, Landschaften in Worswede und Paris sowie Stillleben. Die Retrospektive zeigt, wie sich Modersohn-Becker über gesellschaftliche und künstlerische Konventionen ihrer Zeit hinwegsetzte und in ihrem Werk zentrale Tendenzen der Moderne vorwegnahm.

Schirn Kunsthalle Frankfurt, Ausstellung bis 6. Februar 2022, [www.schirn.de](http://www.schirn.de)



Katja Möhrle



## Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber für PD Dr. med. Martin Graubner

Für seine herausragenden Leistungen hat Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Vorsitzende des Vorstandes der Carl-Oelexmann-Schule (COS) und Delegierte der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), in Vertretung von Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski die Ehrenplakette der LÄKH in Silber kürzlich an PD Dr. med. Martin Graubner überreicht. Der Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie sowie Zusatzbezeichnung Palliativmedizin habe „durch sein Engagement nicht zuletzt Grund- und Meilensteine für die Fortbildung von Arzthelferinnen und Medizinischen Fachangestellten im Bereich Onkologie in Hessen und über die Landesgrenzen hinaus“ gesetzt, erklärte Henneberg. Graubner, 1946 in Hildesheim geboren, absolvierte das Studium der Medizin an

der Justus-Liebig-Universität Gießen. Nach Promotion, Erhalt der Approbation sowie einem Stipendium der Studienstiftung des Deutschen Volkes am MRC Leukaemia Unit des Hammersmith Hospitals London setzte Graubner die Weiterbildung am Zentrum für Innere Medizin der Universität Gießen fort. Nach der Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin, Teilgebietsbezeichnung Hämatologie, und seiner Habilitation war Graubner bis 2011 Chefarzt der Inneren Abteilung am Kreiskrankenhaus Schotten. Hier baute er u. a. eine interdisziplinäre Einrichtung für Palliativmedizin am Gesundheitszentrum Wetterau mit auf. Daneben war Graubner u. a. stellvertretender Vorsitzender des Onkologischen Arbeitskreises Mittelhessen (OAM), auch gehörte er der Ständigen Konferenz



Foto: Katja Kölsch

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg (links) und PD Dr. med. Martin Graubner.

„Palliativmedizin“ der LÄKH als Mitglied an. In der COS ist Graubner seit 1994 in allen Lehrgängen der Onkologie als Dozent tätig. 2011 übernahm er die ehrenamtliche Seminarleitung für die Onkologie, die er Ende 2021 auf eigenen Wunsch niederlegen wird.

Für seinen unermüdlichen Einsatz und großes Engagement wurde Graubner bereits 2011 mit der Ehrenplatte der LÄKH ausgezeichnet. (red)

# 175 Jahre Anästhesie

## Ether Day 16. Oktober 1846: Offizielles Geburtsdatum der modernen Anästhesie

Prof. Dr. theol. Kurt W. Schmidt

Der Beitrag ist in leicht veränderter Form vorab erschienen in der Reihe „Impulse“ der Evangelischen Akademie Frankfurt, abrufbar im Internet unter: [www.evangelische-akademie.de/aktuelles/impulse/](http://www.evangelische-akademie.de/aktuelles/impulse/).

Angesichts dieses Jubiläums müssten alle auf die Knie fallen: Könige, Bettler, Anwälte, Bäuerinnen, Studenten, Schwangere, Minister, Handwerkerinnen, Junge und Alte. Kaum etwas ist vergleichbar mit dieser Errungenschaft, der wir am 16. Oktober gedacht haben: 175 Jahre Anästhesie! „Nach 1846 veränderte sich nicht nur die Medizin, sondern das ganze menschliche Leben.“ [1, S. 93]

Körperliche Schmerzen waren über Jahrtausende ein Problem der Menschheit. So markieren die Ereignisse in den USA im Herbst 1846 einen epochalen Einschnitt: Der Bostoner Zahnarzt William Thomas Green Morton (1819–1868) ließ im Massachusetts General Hospital einen Patienten Ätherdämpfe einatmen, was den Patienten so stark betäubte, dass ihm John C. Warren, Chefarzt der Chirurgie, in einer schmerzfreien Operation einen Tumor am Hals entfernen konnte.

Es ist zwar nicht der erste Eingriff unter Betäubung, doch zum einen war es die erste öffentlich durchgeführte, größere schmerzfreie Operation mittels einer Äthernarkose und zum anderen hatte keines der bisher angewandten Mittel (wie Alkohol oder Lachgas) eine derart überzeugende Wirkung. Der 16. Oktober 1846 gilt seither als „Geburtsstunde der Anästhesie“ (Ether Day) [2].

Der amerikanische Künstler Robert Hinckley hat dieses Ereignis in seinem berühmten Gemälde festgehalten [3]. Die Szene zeigt, wie Warren, Chefarzt der Chirurgie und Gründer des Massachusetts General Hospitals, am Hals des betäubten Patienten Edward G. Abbott den Einschnitt vor-

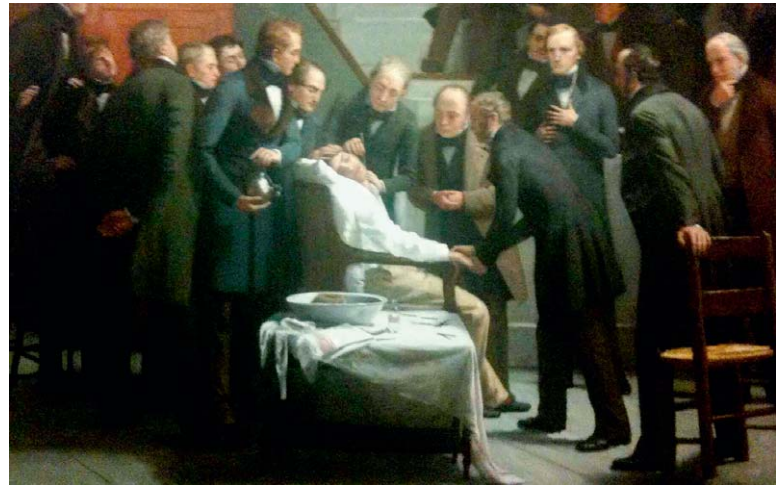
nimmt, unterstützt von dem Zahnarzt William Morton als Anästhesisten, der links neben dem Patienten steht mit dem Narkosegerät

in der Hand. Elf weitere Ärzte und Medizinstudenten umringen sie und beobachten aufmerksam die Prozedur; die weiteren Plätze des Hörsaals sind gut gefüllt und wir als Bildbetrachter werden zwar einerseits auf Distanz gehalten, doch durch das weiße Gewand wird unser Blick direkt auf den Patienten gelenkt, der uns bewusstlos seinen Kopf entgegenstreckt.

Das Bild zählt zu den berühmtesten Darstellungen eines medizinhistorischen Ereignisses überhaupt. Es wirkt wie eine Fotografie, wobei verblüffend ist, dass der Künstler Robert Hinckley erst fünf Jahre nach dem Ereignis geboren wurde. Mehr als 30 Jahre waren bereits vergangen, als Hinckley mit der Arbeit an diesem Gemälde begann, und es sollte elf weitere Jahre dauern, bis er es fertiggestellt hatte.

Unzählige Berichte wird er durchgegangen sein, um zu rekonstruieren, wer alles an diesem historischen Ereignis beteiligt war. Die Bostoner Anästhesisten um Dr. Desai gingen in ihrem Forschungsbeitrag aus dem Jahr 2007 jedoch davon aus, dass Hinckley selbst wohl niemanden mehr getroffen hatte, der bei dem Eingriff persönlich anwesend gewesen war [4].

Wie bahnbrechend dieses Ereignis gewesen ist, zeigen auch die vielen Nacherzählungen und Hinweise auf die teilweise tragisch-kuriosen Vorgeschichten und dramatischen Folgen dieser Äthernarkose, wie sie beispielsweise der britische Medizinhistoriker Roy Porter ausführlich dargestellt hat [5]. Seine Berichte über den Ablauf vor Einführung der Äthernarkose sind – man kann es nicht anders sagen – schaurig. Operationen und Amputationen



Robert Hinckley, Ether Day or The First Operation with Ether.

ohne wirkungsvolle Schmerzmittel: Mit Recht nennt die britische Medizinhistorikerin Lindsey Fitzharris die Zeit vor Einführung der Narkose den „Horror der frühen Medizin“. Wer gezwungen war, sich unters Messer zu legen, musste unvorstellbare Qualen erleiden [6]. Fast jeder Patient verstarb an einer Sepsis, denn der Sinn für Hygiene im Operationsaal fehlte, die Zusammenhänge mit Wundinfektionen waren noch weitgehend unbekannt. Kein Wunder, dass die Zahl der Operationen gering war.

„Bis Mitte des 19. Jahrhunderts gehört der grelle Aufschrei des Patienten zu jeder Operation dazu. Ohne Betäubung ist der Hauteinschnitt mit furchtbaren Schmerzen verbunden. Ruhig wird es im Operationsaal allenfalls, wenn der Behandelte in Ohnmacht fällt oder im Schock stirbt – was nicht selten passiert. Nicht wenige Kranke ziehen einen langsamen Tod einer qualvollen Operation vor.“ [7]

Von den wenigen Patienten, die sich im Operationsaal einfanden, wird berichtet, dass es sich einige in letzter Minute noch anders überlegten, von der Trage sprangen und versuchten zu flüchten. Da konnte es schon vorkommen, dass der Chirurg selbst hinterherlief, um den Patienten wieder „einzufangen“.

Vor diesem Hintergrund ist zu verstehen, wieso der britische Arzt Thomas Percival in seinem im Jahr 1803 erschienenen Handbuch „Medizinische Ethik“, das als Begründung der neuzeitlichen Medizinethik gilt und den Begriff prägte, mit Nachdruck darauf hinwies, dass unbedingt darauf geachtet werden müsse, wenn im Kranken-

Foto: mauritius images/Art Collection 3/Alamy

haus am gleichen Tag mehrere Operationen stattfänden, der Patient nicht durch Hinweise auf das Leiden seiner „Vorgänger“ und Mitpatienten beunruhigt werde dürfe. „Der Arzt soll seine Schürze wechseln, wenn diese beschmiert ist, und der Tisch mit den Instrumenten soll frei sein von Blut(flecken), und allem, was Schrecken hervorrufen („excite terror“) könnte“ [8].

Dass sich Thomas Percivals „Medizinische Ethik“ an Ärzte und (!) Chirurgen wendete (Physicians and Surgeons), weist darauf hin, dass wir es im Jahr 1803 noch mit zwei getrennten Berufsgruppen zu tun hatten. Während Ärzte zur gesellschaftlichen Elite gehörten, mehr mit dem Kopf als mit den Händen arbeiteten, waren Chirurgen jahrhundertlang dem griechischen Wortsinn nach „Handwerker“ (vom Griechischen cheir = Hand und ourgos = Werk).

Wie Fitzharris eindrücklich schildert, gehörte die Chirurgie nicht zu den Lehrfächern an der Universität. Bis ins 19. Jahrhundert hinein hatten viele Chirurgen nie eine Universität von innen gesehen; manche waren sogar Analphabeten. Um ihr Fach zu erlernen, gingen sie bei einem Wundarzt in die Lehre. Erst im Jahr 1815 wurde in Großbritannien ein einheitliches medizinisches Ausbildungssystem für Ärzte und Chirurgen eingeführt. Von da an entwickelte sich der Chirurg vom – mehr oder weniger – schlecht ausgebildeten Handwerker zum modernen Facharzt. Doch bis dahin mussten noch zwei entscheidende Hürden genommen werden: die Möglichkeit, schmerzfrei zu operieren, und die Lösung des Sepsisproblems, auf das wir später noch kurz zurückkommen. Äther war zwar bereits seit dem Jahr 1275 bekannt, doch seine betäubende Wirkung entdeckte erst der deutsche Arzt Valerius Cordus, als er im Jahr 1540 Diethylether herstellte. Sein Zeitgenosse Paracelsus führte Versuche mit Hühnern durch, die einschlieften, nachdem sie das Mittel getrunken hatten, um kurze Zeit später wieder unbeschadet aufzuwachen. Daraus folgerte er, eine Substanz zur Verfügung zu haben, die alle Leiden reduziert, ohne irgendeinen Schaden hervorzurufen [6].

Die Beobachtung war zwar da, aber bis das Mittel am Menschen hilfreich angewendet wurde, sollten weitere 300 Jahre

vergehen. Zwischenzeitlich wurden auch andere betäubende Mittel – wie Lachgas – bekannt, und fairerweise muss hier auch der Zahnarzt Horace Wells (1815–1848) genannt werden, der bereits ein Jahr zuvor in Boston ebenfalls mit dem berühmten Chirurgen John Warren seine Methode der Anästhesie öffentlich vorstellen wollte. Doch der Versuch misslang. Vermutlich war die Dosierung des Gases zu gering oder das Gas unrein. Wells wurde als Scharlatan ausgepiffen und nahm sich drei Jahre später, kurz nach seinem 33. Geburtstag, auf tragische Weise das Leben, wobei er sich vorher mit Chloroform betäubte.

Obskure Methoden, wie der Mesmerismus und das damit verbundene Hypnoseverfahren, wurden angepriesen, doch die meisten Ärzte blieben skeptisch, vor allem nachdem in Großbritannien dem Arzt John Elliotson Betrug nachgewiesen werden konnte. Öffentlichkeit und Ärzteschaft waren deshalb sehr kritisch, als der prominente Londoner Arzt Robert Liston die amerikanische Narkose-Methode („Yankee-Trick“), von der ihm Wundersames berichtet wurde, wenige Wochen später im Operationssaal des University College von London anwenden wollte. Liston galt als begnadeter Operateur, extrem flink („das schnellste Messer im West End“). Ob er einem Assistenten bei einer Operation unglücklicherweise drei Finger abtrennte, ist jedoch nicht sicher belegt [6]. Was kurz zuvor in Boston/USA der Fachwelt vorgestellt worden war, wandte Robert Liston nun am 21. Dezember 1846 in London an: Unter einer Äthernarkose amputierte er einem Patienten das Bein. Der betäubte Patient verhielt sich dabei völlig ruhig und soll keinen Laut von sich gegeben haben.

In der Folgezeit strömten Chirurgen und prominente Persönlichkeiten in die Operationssäle, um sich von den Wunderwirkungen des Äthers zu überzeugen. Der Begriff der „Ätherisierung“ wurde geprägt und der Gewinn für die Chirurgie gefeiert. „Das Zeitalter der Qualen neigte sich dem Ende zu“ [6].

Die Narkose setzte sich durch, aber Äther reizte die Lungen und führte zu Erbrechen. So wurde die Äthernarkose bald durch das erst kürzlich entdeckte Chloroform verdrängt. Entscheidend für den all-

gemeinen Durchbruch war, dass der Arzt John Snow am 7. April 1853 Königin Victoria während der Geburt ihres Sohnes Prinz Leopold Chloroform verabreichte, was die Königin als überaus angenehm empfand [5]. Doch es folgten Proteste, sowohl aus ärztlicher wie aus religiöser Sicht. Das medizinische Fachjournal *Lancet* hielt es für unverantwortlich, bei einer normalen Geburt Chloroform zu verabreichen; die religiöse Kritik bezog sich auf die Schöpfungsgeschichte, nach der die Frau als Strafe für den Sündenfall von nun an unter Schmerzen gebären sollte und zusammen mit Adam aus dem Paradies vertrieben wurde.

## Theologischer Exkurs

Das wirft die interessante Frage auf: Darf aus theologischer Sicht überhaupt so „radikal“ gegen Schmerzen vorgegangen werden, auch gegen Geburtsschmerzen, wenn dies doch als Strafe Gottes in der Schöpfungsgeschichte genannt wird? „Ich will dir viel Mühsal schaffen, wenn du schwanger bist, und unter Schmerzen sollst du deine Kinder gebären“ (1. Mose 3, 16). In ihrem lesenswerten „Tagebuch der Menschheit“ sind der Evolutionsbiologe Carel van Schaik und der Historiker und Literaturwissenschaftler Kai Michel der Frage nachgegangen, was uns die Bibel über unsere Evolution verrät [9]. Im Kapitel über Adam und Eva fassen sie die derzeitigen religionswissenschaftlichen Erkenntnisse zusammen: Die Bibel ist kein Buch von einem (göttlichen) Autor, sondern eine beeindruckende Zusammenstellung menschlicher Erfahrungsberichte, Mythen und Erzählungen. Ein kulturelles Gedächtnis.

So ist gerade die Schöpfungsgeschichte ein Beleg dafür, wie der Mensch dem „Kohärenzzwang“ unterliegt, den Ereignissen, die ihm widerfahren, einen Sinn abzugewinnen. Beschwerden während der Schwangerschaft und Schmerzen bei der Geburt konnten von ihm nicht als „normales Widerfahrnis“ verstanden werden, wie etwa jener Schmerz, der sich nach einem Sturz vom Baum einstellt, sondern Geburtsschmerzen waren unheimlich und unverständlich – und damit extrem erklärungsbedürftig. Den realen Hintergrund bildet wohl der kulturelle Einschnitt, der



mit dem Beginn des Sesshaftwerdens verbunden ist: Als Jäger und Sammler lebten die Menschen „im Paradies“ des Zweistromlandes mit einer reich gedeckten Tafel an Wildtieren und Vegetation als Nahrung; mit der Sesshaftwerdung kam es zu bisher ungekannten Beschwerden des Lebens, wie dem Ackerbau: „Mit Mühsal sollst du dich von ihm nähren dein Leben lang. Dornen und Disteln soll er dir tragen, und du sollst das Kraut auf dem Felde essen. Im Schweiß deines Angesichts sollst du dein Brot essen.“ (1. Mose 3, 17b-19) Das neue Leben als sesshafte Ackerbauern muss sich als Fluch erwiesen haben, das Leben der Vorfahren als Jäger und Sammler musste als vergleichsweise paradiesischer Zustand erschienen sein. Das alles bedurfte einer Erklärung.

Lassen wir an dieser Stelle dahingestellt, in welchem Umfang sich die Schmerzen der Geburt auf die veränderten Lebensbedingungen durch das Sesshaftwerden zurückführen lassen und Frauen das Gebären in den Frühzeiten der Menschheit leichter fiel oder welche wichtige Funktionen Schmerzen aus medizinischer Sicht hatten (und haben). Entscheidend ist, dass sich die starken Geburtsschmerzen für die Menschen der damaligen Zeit nicht von alleine erklärten und eine lebensbedrohliche Gefahr signalisierten, gegen die nichts unternommen werden konnte. Der positive Effekt der biblischen Geschichte war nun, dass sie beruhigte, indem sie eine Erklärung bot und versicherte: Die Geburtsschmerzen sind normal, jede Frau muss sie durchleiden – als Strafe für Evas Verfehlung im Paradies. Auf diese Weise wurde zwar die Qual nicht gelindert, aber die Panik vor etwas Unerklärlichem und Lebensbedrohlichem reduziert – und das erleichterte letztlich die Geburt [9, S. 75].

Die Kirchengeschichte ist durchzogen von einer breiten Auseinandersetzung um das Ertragen der Schmerzen, um spirituell daran zu wachsen [10], und die Erlaubnis, Schmerzen zu behandeln. Über viele Jahrhunderte wurde versucht, religiöse Hilfe anzubieten, um Schmerzen erträglicher zu machen. Die Aufmerksamkeit wurde dabei u. a. auf religiöse Bilder und Darstellungen gelenkt (etwa den leidenden Christus) und der Schmerz dadurch in einen religiös-sinnhaften Kontext gestellt,

wo medizinische und pharmakologische Hilfe noch nicht vorhanden war. Mit der Entwicklung effektiver Schmerzbehandlung wird nun der Arzt zum „schmerzkundigen Experten“ [11] und sprechen sich auch die Kirchen für deren Anwendung aus. Aus dem Beispiel Christi, der am Kreuz den schmerzlindernden Schwamm mit Myrrhe und Wein zurückwies, dürfe zum einen nicht allgemein gefolgert werden, dass Christen die Annahme schmerzlindernder Mittel untersagt sei. Zum anderen dürften, wenn keine religiöse oder moralische Verpflichtung entgegenstände, Betäubungsmittel eingesetzt werden; sie dürften sogar den Sterbenden maßvoll verabreicht werden, um deren Schmerzen zu lindern, wenn diese eingewilligt hätten. Dabei dürfe – als unbeabsichtigte Nebenwirkung – auch eine Verkürzung der Lebenszeit in Kauf genommen werden, wenn das vorrangige Ziel der Maßnahme und die Intention des Arztes die Linderung des Schmerzes sei. Papst Pius XII. hatte dieses „Prinzip des doppelten Effekts“ auch in seiner Ansprache vor der Italienischen Gesellschaft für Anästhesiologie im Jahr 1957 dargelegt.

### Ein neues Zeitalter

Doch noch einmal zurück zum Ausgangspunkt im Jahr 1846: Die Möglichkeit der Schmerzlinderung und der Narkose führt die Chirurgie in ein neues Zeitalter. Es kommt zu einem erheblichen Anstieg an Operationen, allerdings steigt gleichzeitig die Todesrate. Wieso das? Zwar konnten die Patienten schmerzfrei operiert werden, doch das Problem der Wundinfektion hatte man noch nicht im Griff, es war den Ärzten noch nicht einmal bewusst. Es wurde operiert, ohne sich die Hände zu waschen, ohne Mundschutz, saubere Kleidung, desinfizierte Geräte. Und so sollte es noch zwanzig weitere Jahre dauern, bis die zweite bahnbrechende Entwicklung das Zeitalter der Chirurgie eröffnete: Auf Grundlage der Erkenntnisse von Louis Pasteur entwickelte Joseph Lister (1827–1912), Professor für Chirurgie in Glasgow, eine antiseptische Vorgehensweise und zeigte, wie Patienten behandelt werden konnten, ohne in der Folgezeit an einer Sepsis zu versterben. Doch seine Vorgehensweise war noch nicht konse-

quent. Er selbst operierte noch in Straßenkleidung. Erst nach und nach wurden Operationskittel, Mundschutz und Gummihandschuhe in der Chirurgie eingeführt.

Neue Erkenntnisse brauchen Zeit, um sich durchzusetzen. Es ist nicht leicht, von lieb gewordenen Traditionen Abschied zu nehmen. Ein aktuelles Beispiel ist der Ritus des Händeschüttelns zur Begrüßung. Die Corona-Pandemie hat verdeutlicht, wie infektionsträchtig Nähe und direkter Körperkontakt sind. Woher auch immer der Ritus des Händeschüttelns seinen kulturellen Ursprung haben mag [12] – ob dadurch gezeigt werden sollte, dass man unbewaffnet ist und in Frieden kommt – aus den Erfahrungen der Pandemie können wir weitere Lehren ziehen. Warum nicht auch künftig auf das Händeschütteln als Begrüßungsritual weitestgehend verzichten?

**Prof. Dr. theol.**

**Kurt W. Schmidt**

Zentrum für Ethik in  
der Medizin  
am Agaplesion Mar-  
kus Krankenhaus  
Wilhelm-Epstein-Str.  
4, Frankfurt/M.



Foto: © Zentrum für Ethik

E-Mail: kurt.schmidt@ekhn.de

**Zum Autor:** Prof. Dr. theol. Kurt W. Schmidt (Foto) leitet seit 1996 das Zentrum für Ethik in der Medizin am Agaplesion Markus Krankenhaus in Frankfurt/M. und ist Vorsitzender des Ethik-Komitees der Frankfurter Diakonie Kliniken. Er ist Honorarprofessor am Fachbereich Rechtswissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen und nebenamtlicher Studienleiter für Medizin & Ethik an der Evangelischen Akademie Frankfurt. Bei der Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., die sich im September 2022 in Frankfurt mit „Medizin- und Pflegeethik in den Medien“ beschäftigen wird, ist er Tagungspräsident.

Die Literaturhinweise finden sich auf unserer Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

## Literatur zum Artikel:

# 175 Jahre Anästhesie

## Ether Day 16. Oktober 1846: Offizielles Geburtsdatum der modernen Anästhesie

von Prof. Dr. theol. Kurt W. Schmidt

- [1] Morris, D.H. Geschichte des Schmerzes. Suhrkamp, Frankfurt/M. (1996)
- [2] Lewandowski, K., Kretschmer, B., Schmidt, K.W. 175 Jahre Anästhesie und Narkose – Auf dem Weg zu einem „Menschenrecht auf Ohnmacht“. *Anaesthesist* 70, 811–831 (2021)
- [3] Petermann, H., Böhler, H., Witte, W. Von der Äthernarkose zur „grünen“ Anästhesie. *Anaesthesist* 70, 832–842 (2021)
- [4] Desai, S.P., Desai, M.S., Maddi, R., Battit, G.E. A Tale of Two Paintings. Depictions of the First Public Demonstration of Ether Anesthesia'. *Anesthesiology* 106, 1046–1050 (2007)
- [5] Porter, R. Die Kunst des Heilens. Springer, Berlin/Heidelberg (2007)
- [6] Fitzharris, L. Der Horror der frühen Medizin. Suhrkamp, Berlin (2019)
- [7] 16. Oktober 1846 – Erste größere Operation mit Äthernarkose. <https://www1.wdr.de/stichtag/stichtag-operation-aethernarkose-100.html> zuletzt aufgerufen 31.10.2021
- [8] Percival, T. Medical Ethics, Chap I, XXV. S. Russell, London (1803). <https://archive.org/details/b2152113x> zuletzt aufgerufen 06.11.2021
- [9] Schaik, C.v., Michel, K. Das Tagebuch der Menschheit. Rowohlt, Reinbek (2016)
- [10] Nyberg, O. Women in pain: how narratives of pain and sacrifice complicate the debate over the Catholic provision of obstetrical care. *Med Humanit* 47, 302–310 (2021)
- [11] Albrecht, C. Ethische Aspekte des Schmerzes. *Wege zum Menschen* 63, 69–82 (2011)
- [12] Scott, A. One Kiss or Two? The Art and Science of Saying Hallo. Abrams Press, New York (2018)

# Die Einführung des E-Rezepts

Das elektronische Rezept (E-Rezept) dürfte schon bald zu den am meisten genutzten Anwendungen in der Telematikinfrastruktur zählen. Es löste im Laufe dieses Jahres nach und nach das altbekannte rosa Papierrezept (Muster 16) ab. Ab Januar 2022 sollte ursprünglich die Nutzung des E-Rezepts zur Verordnung verschreibungspflichtiger Arzneimittel und Rezepturen für alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verpflichtend sein. Auch Entlassrezepte in Krankenhäusern sollten ab diesem Zeitpunkt als E-Rezept ausgestellt werden.

## KBV verkündet neue Regelungen zum Einführungszeitpunkt

Sowohl für die Einführung des E-Rezepts als auch für die Einführung der im Hessischen Ärzteblatt 11/2021 (S. 628) bereits vorgestellten elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) verzögern sich die Einführungszeitpunkte. Zur Sicherstellung der Versorgung hat der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in einer Richtlinie festgelegt, dass Krankschreibungen und Rezepte auch noch im neuen Jahr in Papierform ausgestellt werden können. Damit soll erreicht werden, dass der Praxisbetrieb zu Jahresbeginn reibungslos läuft und die Patienten wie gewohnt versorgt werden können. Die Regelung gilt bis 30. Juni 2022.

## Welche Komponenten werden benötigt und wie ist der Prozess?

Um ein E-Rezept ausstellen zu können, benötigen Ärztinnen und Ärzte einen elektronischen Arztausweis (eHBA) der Generation 2, mit dem sie eine sogenannte qualifizierte elektronische Signatur (QES) erstellen können. Die QES ist der eigenhändigen Unterschrift rechtlich gleichgestellt. Auch ist eine Anpassung (Update) des Praxisverwaltungssystems notwendig. Für die Nutzung der sogenannten Komfortsignatur ist ein Update des Konnektors erforderlich.



Für die Nutzung des E-Rezeptes und die Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) hat die KVB jetzt eine Übergangsregelung bis 30. Juni 2022 festgelegt.

Das E-Rezept wird über das Praxis-IT-System ausgefüllt und mittels eHBA digital unterschrieben. Bei einem Ausfall der Infrastruktur oder einzelner Komponenten kann als Ersatzverfahren weiterhin das Papierrezept genutzt werden.

Ein E-Rezept kann eine Fertigarzneimittel- bzw. Wirkstoffverordnung, eine Rezeptur oder eine per Freitextfeld beschriebene Verordnung enthalten. Inhaltlich sind die Angaben identisch mit dem Papierrezept. Bis zu drei Arzneimittel (Rezeptcodes) lassen sich in einem Sammelcode zusammenfassen.

Aus dem Praxissystem wird das E-Rezept über die Telematikinfrastruktur an einen gesicherten E-Rezept-Server – einen sogenannten Fachdienst – übermittelt. In dem Fachdienst werden alle E-Rezepte verschlüsselt abgelegt. Von dort aus werden die Verordnungen schließlich in die E-Rezept-App des Patienten und in die Apothekensysteme heruntergeladen.

Alternativ zum E-Rezept auf dem Smartphone können Patienten – wenn sie es wünschen – einen Papierausdruck in der Arztpraxis erhalten und in der Apotheke vorlegen. Der Papierausdruck des Rezepts ist mit einem 2D-Barcode und Informationen zu den verschriebenen Arzneimitteln versehen. In diesem Fall benötigt die Praxis einen Drucker, der mindestens eine Auflösung von 450 dpi drucken kann.

Alle Schritte zur Vorbereitung des Rezeptes vor allem, wenn es sich um ein Wiederholungsrezept handelt, einschließlich des Ausdrucks, falls der Versicherte das wünscht, können von Praxisangestellten vorgenommen werden.

## Einlösen des E-Rezepts in der (Versand)Apotheke

Nutzen Patientinnen und Patienten die E-Rezept-App über ihr Smartphone, können sie das E-Rezept vom E-Rezept-Server in ihre App laden. Für das Einlösen gibt es zwei Möglichkeiten:

- Das E-Rezept wird persönlich in einer Vor-Ort-Apotheke vorgezeigt.
- Die Patienten wählen eine Apotheke per Smartphone aus und senden das E-Rezept an diese Apotheke. Dabei kann es sich auch um eine Versandapotheke handeln.

Über die E-Rezept-App können Patientinnen und Patienten zudem bereits eingelöste Rezepte und Protokolldaten einsehen. Bezüglich der Dauer der Einlösbarkeit des E-Rezepts gelten die gleichen Regelungen wie beim Papierrezept.

Informationen zu dispensierten Arzneimitteln sollen für Patientinnen und Patienten zukünftig ebenfalls in einer Arzneimittelliste abgelegt werden. Diese dient als Grundlage für Informationen des elektronischen Medikationsplans und kann in der elektronischen Patientenakte abgelegt werden. Wurde ein E-Rezept eingelöst, wird es nach 100 Tagen automatisch vom E-Rezept-Server (Fachdienst) gelöscht.

Die Abrechnung des E-Rezepts erfolgt für gesetzlich Versicherte wie bisher über das Apothekenrechenzentrum (ARZ). Nach der Abgabe des Arzneimittels erhält die Apotheke eine Bestätigung vom Fachdienst in der Telematikinfrastruktur und kann damit die Abrechnung des E-Rezepts gegenüber der jeweiligen Krankenkasse vornehmen.

Quelle: BÄK & KBV





## Neues zum eLogbuch

Seit dem 1. Januar 2021 ist gemäß der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) 2020 das eLogbuch in Hessen als verbindliches Instrument für die Dokumentation der Ärztlichen Weiterbildung vorgeschrieben. In der Ausgabe 02/2021 haben wir im Hessischen Ärzteblatt die Idee und die Grundfunktionen des eLogbuches erläutert und den Registrierungs- und Anmeldeprozess im Mitgliederportal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) dargestellt. Nachdem das eLogbuch seit nun fast einem Jahr im Einsatz ist, ist es an der Zeit, ein erstes Resümee zu ziehen. Insbesondere gibt es eine Reihe von Fragen, die uns immer wieder von den Anwendern gestellt werden. Die Antworten auf die häufigsten Fragen finden Sie in den FAQs zum eLogbuch auf der nächsten Seite.

### Zahlen und Fakten

Aktuell sind ca. 1.800 hessische Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) sowie ca. 550 hessische Befugte im eLogbuch als Benutzer registriert. Insgesamt existieren ca. 1.750 Logbücher. Bei 35 Anträgen auf Anerkennung einer Bezeichnung wurde bereits eine eLogbuch-Dokumentation zur Prüfung durch die Landesärztekammer Hessen vorgelegt.

### Die eLogbuch-Dokumentation

Die WBO 2020 verlangt die vollständige Dokumentation der erworbenen Kompetenzen im eLogbuch. Dabei dient die eLogbuch-Dokumentation ausschließlich als inhaltlicher Nachweis zur Weiterbildung gemäß WBO 2020. Zusätzlich müssen wie bisher Zeugnisse, Arbeitsverträge und ggf. OP-Verzeichnisse bzw. Kursbescheinigungen gemeinsam mit einem vollständig ausgefüllten Antragsformular eingereicht werden. Diese Dokumente sind derzeit noch in Papierform vorzulegen und können nicht über den Dokumentenbereich der eLogbuch-Anwendung hochgeladen und eingereicht werden.

Schließen Sie Ihre Weiterbildung im Rahmen der Übergangsfrist nach der Weiterbildungsordnung 2005 ab, dokumentieren Sie nach der alten Systematik nur auf Papier. Sie benötigen das eLogbuch dann nicht.

Haben Sie Ihre Weiterbildung nach der WBO 2005 begonnen und möchten Sie die Prüfung nach der neuen WBO 2020 ablegen, müssen alle Kompetenzen im eLogbuch nachdokumentiert werden. Dabei ist zu beachten, dass durch den Umstieg auf die neue WBO 2020 Zeiten oder Inhalte fehlen können. Um Detailfragen zu klären, wenden Sie sich beim Umstieg auf die neue WBO 2020 bitte an die zuständige Sachbearbeiterin der Weiterbildungsabteilung der LÄKH.

Wichtig ist, dass die Hoheit über ein Logbuch bei der Ärztin bzw. dem Arzt in Weiterbildung liegt. Allerdings empfiehlt es sich, dass das Ausfüllen des Logbuches in Zusammenarbeit mit dem Befugten geschieht, am besten gemeinsam. Der Charakter eines Logbuches bedingt, dass bereits enthaltene Einträge nicht gelöscht werden können, sondern nur als ungültig markiert werden. Dies bedeutet, dass man sich sorgfältig Gedanken machen sollte, welche Informationen man dort einträgt, da sie später für alle sichtbar sind, denen das Logbuch freigegeben wird.

### Weiterentwicklung

Die eLogbuch-Anwendung wird kontinuierlich weiterentwickelt. Nach dem Start des eLogbuches gab es zahlreiche Rückmeldungen, zum einen von den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung und ihren Befugten, aber auch von den Ärztekammern selbst. Diese Rückmeldungen werden zentral bei der Bundesärztekammer (BÄK) gesammelt, bewertet und priorisiert, so dass eine sinnvolle Weiterentwicklung der Anwendung erfolgen kann. Beispielsweise wurde ein Schnellerfassungsmodus implementiert, mit dem es Befugten möglich ist, umfangreiche Kompetenzbestätigungen in kurzer Zeit durchzuführen. Auch verfügen ÄiW nun über die Möglichkeit, farblich hervorgehoben, bundeslandübergreifend Unterschiede verschiedener WBO zu ihrem Weiterbildungsgang zu sehen.

Neu ist ebenfalls, dass die Befugte direkt Kompetenzen bestätigen kann, auch ohne, dass es zuvor eine Anfrage durch den Arzt in Weiterbildung gegeben hat. Ebenso ist nun eine Archivfunktion implementiert, so dass die Befugten auch nach Rückgabe eines Logbuches auf Kompe-

tenzbestätigungen zugreifen können, die sie selbst erstellt haben.

Zukünftig soll es die Möglichkeit geben, auch aus Krankenhausinformationssystemen und Apps Informationen in das eLogbuch einzutragen. Daneben wird es einen Befugniskatalog geben, der von den Ärztekammern bereitgestellt wird. Dieser ermöglicht dann die Auswahl des Befugten aus einer Datenbank anstelle des mühsamen Suchens und Eingebens eines Benutzernamens.

Zur weiteren Verbesserung der eLogbuch-Anwendung startet die LÄKH gegen Ende des Jahres eine Usability- (Benutzbarkeits)-Umfrage zunächst bei den ÄiW. Aus den Ergebnissen der Umfrage sollen Maßnahmen abgeleitet werden, um die Bedienbarkeit des eLogbuches zu verbessern. Hessen führt dies stellvertretend für die anderen Ärztekammern durch, da die LÄKH als einzige Ärztekammer durch ihr Weiterbildungsregister gezielt alle ÄiW anschreiben kann. Wir freuen uns über eine rege Beteiligung.

### Weiterführende Informationen

Bei Fragen zur eLogbuch-Anwendung wenden Sie sich bitte an den Support der BÄK bzw. nutzen Sie deren ausführliche FAQ-Seite. Kurzlink:

<https://tinyurl.com/eyu4wzk/>. Der QR-Code führt direkt dorthin.



QR-Code zur BÄK-Webseite

Bei Fragen zur Nutzung des eLogbuches wenden Sie sich bitte per E-Mail über [elogbuch@laekh.de](mailto:elogbuch@laekh.de) an die Weiterbildungsabteilung der LÄKH, bzw. nutzen Sie die FAQ-Seite der LÄKH. Bei inhaltlichen Fragen zur Weiterbildung wenden Sie sich bitte an die zuständige Sachbearbeiterin der Weiterbildungsabteilung der LÄKH, deren Kontaktdaten Sie auf [www.laekh.de](http://www.laekh.de) finden.

Die BÄK hat zusätzlich auf der Internetplattform Youtube ein Erklärvideo zum eLogbuch erstellt, das Sie über den Link <https://youtu.be/Mo8jQmL87II/> oder den QR-Code abrufen können.



QR-Code zum BÄK-Erklärvideo

## FAQs zum eLogbuch

### Die häufigsten Fragen der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW)

#### 1. Wie registriere ich mich in der eLogbuch-Anwendung?

Über das Portal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH). Eine Anleitung zur Registrierung in der eLogbuch-Anwendung finden Sie auf der Website der Landesärztekammer Hessen <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/fort-und-weiterbildung/weiterbildung/elogbuch/> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/v9ncx72h/>. Der QR-Code führt direkt dorthin.



Voraussetzung für die Registrierung in der eLogbuch-Anwendung ist ein uneingeschränkter Portalzugang. Falls dieser nicht vorhanden ist, wenden Sie sich bitte an die Servicestelle Portal (Fon: 0561 9131833 – E-Mail: [portal@laekh.de](mailto:portal@laekh.de))

#### 2. Wie erhalte ich den Benutzernamen meiner/meines Weiterbildungsbefugten (WBB)?

Den Benutzernamen erhalten Sie von Ihren Weiterbildern. Der Name beginnt in Hessen immer mit WBB-060-...

#### 3. Wo trage ich den Benutzernamen des WBB für die Freigabe ein?

Sie müssen einen Weiterbildungsabschnitt unter „Weiterbildungsabschnitte“ eintragen. Ist der Eintrag vorgenommen, erscheint eine Zeile darunter rechts ein Feld „Weiterbildungsbefugten hinzufügen“. Klicken Sie auf dieses Feld, erscheint die Möglichkeit, einen Benutzernamen einzutragen. Sobald der Benutzername korrekt eingetragen und mit dem Haken rechts gespeichert wurde, erscheint die Meldung „...wurde ohne Prüfung der Befugnis hinzugefügt“. Bei Erscheinen der Meldung „...ist unbekannt“ haben Sie einen ungültigen Benutzernamen eingetragen.

#### 4. Wie funktioniert die Freigabe an die/den WBB?

Unter dem Punkt „Status und Verlauf“ sehen Sie rechts neben dem Feld „Schnellerfassung beginnen“ das Feld „Logbuch freigeben“. Durch Klicken auf dieses Feld werden Sie auf eine separate Seite „Freigabe des Logbuchs...“ weitergeleitet. Hier können

Sie durch Klicken auf das Feld „Freigeben“ das Logbuch an den gewünschten Empfänger (Weiterbildungsbefugte oder Ärztekammer) freigeben.

#### 5. Wie trage ich erworbene Kompetenzen und Fallzahlen ein?

Unter den Kompetenzen (Methoden-, Handlungskompetenz) klicken Sie auf den mittig zu sehenden Pfeil. Dann können Sie bei den jeweils erscheinenden Kompetenzen unter „Bewertungsanfrage hinzufügen“ die dort zu sehenden Felder anklicken. Mit dem Haken rechts bestätigen/speichern Sie Ihren Eintrag. Bei den Handlungskompetenzen gehen Sie genauso vor, allerdings können Sie hier zusätzlich (falls erforderlich) das Feld „Bestätigungsanfrage mit Anzahl hinzufügen“ anklicken und die Anzahl mit dem Datum/Zeitraum des Fallzahlerwerbs eintragen. Auch hier bestätigen/speichern Sie wieder mit dem Pfeil rechts den Eintrag.

#### 6. Warum sieht mein/e WBB meine Einträge und Anfragen nicht?

Sie haben das Logbuch zuerst an den Befugten freigegeben und dann erst die Einträge/Bestätigungsanfragen vorgenommen. Die Freigabe des Logbuchs ist eine „Momentaufnahme“ und gibt nur den Stand der Einträge zum Zeitpunkt der Freigabe wieder. Daher müssen Sie zuerst alle Eintragungen vornehmen und Ihre Bestätigungsanfragen speichern. Danach geben Sie Ihr Logbuch an Ihren Weiterbilder frei.

### Die häufigsten Fragen der Weiterbildungsbefugten (WBB)

#### 1. Wie erhalte ich mein eLogbuch-Passwort als WBB?

Über das Portal der Landesärztekammer Hessen können Sie sich in der eLogbuch-Anwendung registrieren. Eine Anleitung zur Registrierung ist auf der Website der LÄKH zu finden. Nach der Registrierung sehen Sie Ihren Benutzernamen, der Ihnen von der Anwendung automatisch vergeben wurde, in der blau hinterlegten Schaltfläche „Zum eLogbuch als WBB-060-...“ Zusätzlich finden Sie den Benutzernamen in der eLogbuch-Anwendung in Ihren persönlichen Einstellungen.

Dazu klicken Sie oben rechts den Avatar neben Ihrem Namen an.

#### 2. Wo kann ich Freigaben für mich sehen?

In der eLogbuch-Anwendung in der Übersicht „Freigaben für mich“.

#### 3. Wie bestätige ich Kompetenzen und Fallzahlen?

Unter den Methoden- und Handlungskompetenzen erscheinen farblich markierte Balken an der linken Seite. Hier erkennen Sie, für welche Kompetenzen Bestätigungsanfragen für Sie vorliegen. Durch die Aktivierung des Schnellerfassungsmodus, den Sie unter „Status und Verlauf“ sehen, können Sie direkt durch Anklicken der Bestätigungsfelder Haken zur Bestätigung setzen. Bei den Handlungskompetenzen können Sie, wenn Fallzahlen bestätigt werden müssen, den mittigen Pfeil unter der jeweiligen Kompetenz betätigen. Hier sehen Sie, welche Anzahl die/der ÄiW bestätigt haben möchte. Durch Klicken auf das Feld „Bestätigung mit Anzahl hinzufügen“ können Sie die erfüllte Anzahl mit dem Datum/Zeitraum eintragen. Klicken Sie rechts auf den Haken und speichern Sie damit den Eintrag.

#### 4. Warum sieht die/der ÄiW meine Bestätigungen nicht?

Eventuell haben Sie den Bestätigungshaken in der Zeile „Bestätigung mit Anzahl hinzufügen“ nicht angeklickt oder Sie haben nach einem mehrmaligen Frei- und Zurückgeben-Vorgang das Logbuch noch nicht wieder zurückgegeben. Der Moment der Frei- und Zurückgabe des Logbuchs gibt nur den Stand der Einträge zum Zeitpunkt der Frei- und Zurückgabe wieder.

#### 5. Wie gehe ich bei der Eintragung für das jährliche Weiterbildungsgespräch vor?

Wenn Sie eine Bestätigungsanfrage für ein stattgefundenes Weiterbildungsgespräch bekommen, klicken Sie unter „Weiterbildungsgespräche“ auf den mittigen Pfeil. In der Zeile darunter erscheint rechts „Bestätigung hinzufügen“. Dort können Sie das Gespräch kommentieren und rechts mit dem Haken bestätigen.

# Nichtorganische Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen

PD Dr. med. Martina Pitzer, Eltville

Der Artikel ist ein Nachdruck aus „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, vorab online 18. Januar 2021, kostenfrei abrufbar unter: [www.akdae.de](http://www.akdae.de).

## Zusammenfassung

Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter führen häufig zur Vorstellung in der ärztlichen Praxis. Der Artikel gibt zunächst eine kurze Übersicht über die Physiologie des normalen Schlafs und seine entwicklungspezifischen Veränderungen. Die unterschiedlichen Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter umfassen eine Reihe von Störungsbildern mit unterschiedlicher Erscheinungsform und Ätiologie. Im Folgenden werden die häufigsten nichtorganischen Schlafstörungen dargestellt, die in dieser Patientengruppe auftreten. Es werden diagnostische und therapeutische Maßnahmen dargestellt und nach einer Kurzcharakteristik der Störungsbilder spezifische therapeutische Interventionen, die primär nicht-pharmakologisch sind.

## Physiologie des Schlafs

Während des gesamten Schlafs wiederholen sich fortlaufend ca. 80- bis 100-minütige Schlafzyklen, in denen jeweils REM- (Rapid-Eye-Movement) und Non-REM(NREM)-Schlafphasen aufeinander folgen. Der REM-Schlaf oder aktiver Schlaf nimmt bei Erwachsenen etwa 20–25 % der Gesamtschlafzeit ein. Er ist charakterisiert durch rasche Augenbewegungen, die dieser Schlafphase ihren Namen gaben. Die Gehirnaktivität drückt sich u. a. im Traumerleben aus, ein Ausagieren der Traum Inhalte wird jedoch durch den erschlafften Muskeltonus verhindert. Im NREM-Schlaf unterscheidet man verschiedene Stadien. Auf das Schlafstadium 1 (Schlaf-Wach-Übergang) entfallen ca. 5 % der Schlafzeit. Etwa 50 % der Gesamtschlafzeit wird vom Schlafstadium 2, dem leichten Schlaf, eingenommen. Der

Tiefschlaf umfasst die Schlafstadien 3 und 4, die sich nur graduell und in der Verteilung langsamer EEG-Wellen unterscheiden („slow-wave sleep“). Sein Anteil an der Gesamtschlafzeit beträgt 10–20 % und nimmt gegen Morgen zugunsten des REM-Schlafs ab.

Im Zuge der Gehirnreifung ist eine entwicklungsabhängige Veränderung sowohl der Gesamtschlafdauer als auch der Schlafarchitektur zu beobachten. Neugeborene besitzen noch keinen stabilen, an den 24-Stunden-Zyklus angepassten Schlaf-Wach-Rhythmus. Ihr NREM-Schlaf besteht überwiegend aus Schlafstadium 1, REM-Schlaf nimmt ca. 50–80 % der Schlafzeit ein, und die zyklische Abfolge der Schlafstadien ist wesentlich häufiger als beim Erwachsenen (alle 30–70 Minuten). In den ersten Lebensmonaten erfolgt die Entwicklung der typischen Schlafstadien. Die circadiane Rhythmik der Schlaf-Wach-Abfolgen entsteht im Laufe des ersten Lebensjahres durch das Zusammenspiel biologischer Reifungsvorgänge mit externen Rhythmusgebern (Hell-Dunkel-Phasen, Schlafhygiene). Mit ca. zwei Jahren ist der Anteil des REM-Schlafs auf ca. 25 % der Gesamtschlafzeit zurückgegangen und ein regulärer Schlaf-Wach-Rhythmus etabliert [1].

Die Gesamtschlafdauer pro Tag variiert interindividuell zum Teil erheblich. Empfehlungen zum altersabhängigen Schlafbedarf basieren überwiegend auf Expertenmeinungen und variieren ebenfalls innerhalb der im folgenden angegebenen Spannweiten [2]:

- Neugeborene: ca. 12–20 Stunden
- Kleinkinder: ca. 12–14 Stunden
- Vorschulkinder: ca. 11–13 Stunden
- Schulkinder: ca. 9,5–11 Stunden
- Jugendliche: ca. 8–10 Stunden

## Nichtorganische Schlafstörungen

Die sogenannten nichtorganischen Schlafstörungen werden von den organisch bedingten Schlafstörungen wie z. B. ob-

struktive Schlafapnoe bei adenotonsillärer Hyperplasie oder Narkolepsie abgegrenzt. Man unterscheidet dabei Dyssomnien und Parasomnien.

Dyssomnien sind Störungen von Dauer, Qualität oder Zeitpunkt des Schlafes. Hierzu gehören Insomnien als Ein- und Durchschlafstörungen bzw. nicht erholsamer Schlaf, Hypersomnien mit übermäßiger Schlafdauer/Müdigkeit und die circadiane Rhythmusstörung mit nicht an die Umgebung (Tag-Nacht-Zyklus, soziale Taktgeber) angepassten Schlafphasen. Dyssomnien können auch als Symptom anderer psychischer oder körperlicher Erkrankungen auftreten bzw. psychische und/oder körperliche Faktoren können die Schlafstörung beeinflussen.

Parasomnien sind abnorme Episoden von Verhaltensmustern oder physiologischen Ereignissen während des Schlafs oder des Schlaf-Wach-Übergangs wie beispielsweise nächtliches Zähneknirschen (Bruxismus), Schlafwandeln und Pavor nocturnus sowie Alpträume. Die Häufigkeit aller Schlafstörungen zusammengenommen liegt im Kindes- und Jugendalter zwischen 25–40 % [3]. Die häufigsten Dyssomnien sind im Kindesalter Insomnien, in der Adoleszenz Insomnie und circadiane Rhythmusstörungen. Das Häufigkeitsmaximum der Parasomnien liegt in der Kindheit, nach der Pubertät treten sie nur noch selten auf. In einer deutschen repräsentativen Kohorte von Schulanfängern fanden sich Ein- und/oder Durchschlafstörungen bei ca. 15 %, Alpträume bei ca. 14 % und Pavor nocturnus oder Schlafwandeln bei ca. 4 % bzw. 3 % der Kinder [4].

## Diagnostik

Die ausführliche Diagnostik ist die Grundlage der weiteren Therapie. Folgende Punkte sollten erfragt und ggf. mit einem Schlaftagebuch über zwei bis vier Wochen dokumentiert werden:

- Schlafumgebung (Schlafen alleine, im gleichen Raum/Bett mit Eltern oder



Geschwistern, Temperatur, Lichtverhältnisse, Geräuschpegel)

- Verhalten vor dem Zu-Bett-Gehen (Einschlafrituale, Aktivitäten, Medienkonsum)
- Einschlafsituation (alterstypische oder andere Ängste, Weigerungen, zu Bett zu gehen und ggf. vorgebrachte Gründe, Wunsch nach Anwesenheit der Eltern, Länge der Einschlafzeit und Verhalten währenddessen)
- zum Schlaf selbst (Unterbrechungen und deren Gründe und Dauer, Probleme beim Wiedereinschlafen, Wiederschlaf im Bett der Eltern, detaillierte Beschreibung episodischer Ereignisse (Parasomnien), Atemauffälligkeiten, Mundatmung, Schnarchen, andere schlafassoziierte Verhaltensweisen z. B. Enuresis)
- Aufwachsituation (spontan, Erweckbarkeit, ausgeruht oder müde)
- über den Tag (Müdigkeit, Einschlafen, Konzentration, Stimmung, Hyperaktivität, ungewöhnliche Verhaltensweisen)
- Umgang mit der Schlafstörung (Reaktion der Eltern, Bewusstsein des Kindes über die Schlafstörung, Vorstellung des Kindes über deren Gründe)
- Begleitprobleme (körperliche oder psychische Erkrankungen, Einnahme verordneter oder nicht verordneter Medikamente, Drogenkonsum, psychosoziale Belastungen)

Apparativ-technische Untersuchungen sind in der Regel nicht primär indiziert. Je nach Störungsbild wird bei Verdacht auf eine organisch bedingte Störung die Schlafanamnese durch spezifische Zusatzuntersuchungen wie EEG-Ableitung, Untersuchung im Schlaflabor (Polysomnografie PSG) oder den Multiplen Schlaflatenztest (MSLT) ergänzt. Bei Parasomnien kann eine Videodokumentation durch Angehörige optional durchgeführt werden bei nicht eindeutig klärbarem Anfallsverdacht oder potenziell selbst- oder fremdbedrohlichem Verhalten, da aufgrund des inkonstanten Auftretens diese Störungen im Schlaflabor nicht immer erfasst werden [5, 6].

### Therapeutisches Vorgehen

Eine Aufklärung über die Prinzipien der Schlafhygiene ist bei allen Schlafstörun-

gen der erste und wichtigste therapeutische Schritt.

Die Schlafumgebung sollte angenehm, ruhig und dunkel und primär mit dem Schlafen assoziiert sein. Direkt vor der Schlafenszeit sollten keine aufregenden Aktivitäten oder Medienkonsum stattfinden.

Die folgenden Punkte wurden weiterhin für den Umgang mit Kindern vorgeschlagen [3]:

#### Säuglinge und Kleinkinder:

- Etablierung/Aufrechterhalten regelmäßiger Schlafzeiten und eines angenehmen Bettzeitrituals.
- Zu-Bett-Bringen des Kindes bei Müdigkeit, damit es lernt, alleine einzuschlafen.

#### Säuglinge:

- Kein Füttern zum Einschlafen, sondern einige Zeit vorher.

#### Kleinkinder:

- Möglichst konstante Schlafumgebung.
- Konsistente und konsequente Grenzsetzungen.
- Ermutigung ein Kuscheltier, Schmusetuch oder Ähnliches zu nutzen.

#### Kinder und Jugendliche:

- Täglich gleiche Schlafzeiten – nicht mehr als eine Stunde Unterschied zwischen Schultagen und Nicht-Schultagen.
- Täglicher Aufenthalt/Bewegung im Freien, Jugendliche vor allem morgens, um das Tageslicht als Zeitgeber für die innere Uhr zu nutzen.

#### Kinder:

- ca. 20–30-minütiges Einschlafritual
- Koffein vermeiden
- kein TV-Gerät oder Ähnliches im Schlafzimmer

#### Jugendliche:

- Kein „Nachholschlaf“ am Wochenende – das begünstigt Einschlafprobleme.
- Bei Müdigkeit ggf. 30 Minuten Mittagschlaf am frühen Nachmittag, nicht zu lange oder zu spät am Tag.
- Koffein am späten Nachmittag und abends vermeiden.

Ein konsequentes Befolgen der Schlafhygiene-Regeln in Verbindung mit ausführli-

cher Psychoedukation ist häufig bereits ausreichend. Bei fehlendem Behandlungserfolg folgen je nach Störungsbild weitere therapeutische Schritte mit primär nicht-medikamentösen Interventionen. Im Folgenden werden die Therapieansätze bei häufigen Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter dargestellt.

### Verhaltensbedingte Insomnie

Hierbei handelt es sich um ein erlerntes Verhalten aufgrund unzureichender elterlicher Grenzsetzung und/oder bei Gewöhnung an externe Stimuli als Einschlafhilfe. Entwicklungsspezifische Ängste können ebenfalls zur Entwicklung einer Insomnie beitragen, besonders bei starker Ausprägung oder Verstärkung durch überfürsorglichen Umgang mit diesen Ängsten [7].

Bei verhaltensbedingten Insomnien existiert eine gute Evidenz für verhaltenstherapeutische Interventionen bei jungen Kindern, für ältere Kinder und Adoleszenten liegen nur wenige kontrollierte Studien vor [8, 9]. Wirksam bei jungen Kindern sind unmodifizierte und graduelle Extinktion (Löschung durch Aufmerksamkeitsentzug und Ignorieren von Weinen, Wutausbrüchen etc.) sowie Psychoedukation der Eltern. Die graduelle Extinktion (mit allmählicher Steigerung eines zeitlich begrenzten Aufmerksamkeitsentzugs) wird in der Praxis am häufigsten empfohlen. Die Wirksamkeit von konsistenten Einschlafritualen und positiver Verstärkung ist weniger gut belegt ebenso wie von „scheduled awakenings“ bei Durchschlafstörungen (aufwecken, kurz bevor das Kind üblicherweise spontan erwacht, und sofort wieder einschlafen lassen).

Die wenigen Studien bei älteren Kindern und Jugendlichen berichten eine verlängerte Schlafdauer und vermindertes Wiedererwachen nach dem Einschlafen nach kognitiv-behavioraler Intervention [9].

### Circadiane Rhythmusstörung

Im Jugendalter ist hier vor allem der Subtyp mit Schlafphasenverzögerung („delayed sleepwake phase disorder“, DSWPD) relevant. Biologische Reifungsvorgänge führen in der Adoleszenz zu späteren Einschlafzeiten, die zudem durch soziale Akti-

vitäten begünstigt werden. Aus der Gewöhnung an spätere Bettgehzeiten, abendliche, anregende Aktivitäten und/oder Drogen-/Genussmittelkonsum können dann Einschlafprobleme zu adäquaten Zeiten resultieren. Der Wechsel zwischen Schlafdefizit in der Woche und irregulär langen Schlafzeiten am Wochenende kann den Übergang in eine circadiane Rhythmusstörung begünstigen [10]. Zur Therapie dieser Schlafstörung muss eine Resynchronisierung des circadianen Rhythmus erfolgen. Neben der Etablierung einer guten Schlafhygiene und regelmäßigen Bettgeh- und Aufstehzeiten wird kognitiv-behaviorale Therapie in Kombination mit Lichttherapie/Tageslichtexposition am Morgen [11] bzw. eine sukzessive Schlafphasenvorverlagerung empfohlen [12]. Danach sollten die neu etablierten Schlafzeiten aufgrund der hohen Rückfallgefährdung konsequent eingehalten werden.

## Alpträume

Die Störung ist charakterisiert durch Aufwachen aus dem Schlaf mit lebhafter und detaillierter Erinnerung an heftige Angstträume. Nach dem Aufwachen sind die Kinder rasch orientiert. Ängste vor erneuten Alpträumen, dem Wiedereinschlafen oder dem Zubettgehen können in der Folge zusätzlich zu einer Insomnie führen. Alpträume treten überwiegend in der zweiten Hälfte der Schlafperiode auf. Bei Beginn in der Kindheit ist der Verlauf meist günstig, die Frequenz der Alpträume nimmt mit dem Älterwerden ab. Eine spezifische Therapie ist in der Regel nicht notwendig. Bei Zusammenhang mit belastenden Lebensereignissen oder deutlichem Leidensdruck infolge der Störung kann eine Psychotherapie sinnvoll sein. Unter anderem kommen hier Interventionen zur Angstreduktion wie Entspannungsverfahren, systematische Desensibilisierung oder Traumreorganisation (aktive Imagination des Angsttraumes mit Bewältigung der Situation) zur Anwendung.

## Pavor nocturnus/Schlafwandeln

Hierbei handelt es sich um Schlafstörungen, die aus dem NREM-Schlaf auftreten und zwischen denen Komorbidität bestehen kann. Der Pavor nocturnus ist in aller

Regel auf das Vorschulalter begrenzt, während Schlafwandeln den Häufigkeitsgipfel im Schulalter hat. Aufgrund der Bindung an Tiefschlafphasen tritt die Symptomatik vorwiegend im ersten Schlafdrittel auf.

Der Pavor nocturnus ist durch plötzliches Erwachen aus dem Tiefschlaf charakterisiert beginnend mit einem Panikschrei und gleichzeitigem Aufsetzen im Bett (seltener mit Aufstehen). Das Kind zeigt Anzeichen vegetativer Erregung (Tachykardie, Tachypnoe, weite Pupillen, Schwitzen) und intensiver Angst. Es besteht meist Desorientiertheit und es können perseverierende Bewegungen auftreten. Beruhigungsversuche sind meist wirkungslos oder verstärken die Symptomatik. Die Kinder sind erschwert erweckbar bzw. schlafen sofort wieder ein. Nach dem Erwachen besteht völlige Amnesie für die Episode, oder es finden sich allenfalls fragmentarische Erinnerungen.

Während des Schlafwandeln verlässt der Patient aus dem NREM-Schlaf heraus das Bett und geht im Schlaf umher. Die Betroffenen zeigen meist starre Mimik, wenig Reagibilität auf Außenreize und erschwerte Erweckbarkeit. Bei Verlassen des Schlafraumes (oder des Hauses) besteht beträchtliches Verletzungsrisiko. Extrem selten kommen auch fremdaggressive Handlungen vor. Wenige Minuten nach Erwachen aus der Episode besteht keine psychische Beeinträchtigung mehr, gelegentlich kann kurzfristige Desorientiertheit auftreten. Nach dem Aufwachen besteht in der Regel Amnesie für das Ereignis.

Bei beiden Störungsbildern steht therapeutisch die Umsetzung einer adäquaten Schlafhygiene im Vordergrund. Beispielsweise kann ein Tiefschlaf-Rebound bei Schlafentzug die Episodenhäufigkeit erhöhen. Bei Assoziation mit Stress können Entspannungsverfahren hilfreich sein. Vor allem bei Schlafwandeln ist darüber hinaus auf die Sicherung der Schlafumgebung zu achten [6].

## Pharmakotherapie

Die meisten der in der klinischen Praxis angewandten Arzneimittel werden im Rahmen eines Off-Label-Use eingesetzt und es existiert kaum Evidenz für medikamentöse Behandlungen von Schlafstörun-

gen des Kindes- und Jugendalters. Deshalb sollten Arzneimittel in dieser Patienten-Gruppe nur sehr zurückhaltend eingesetzt werden.

Bei **verhaltensbedingten Insomnien** ist eine Pharmakotherapie in der Regel nicht indiziert. Allenfalls kann eine Medikation kurzfristig zur Entlastung über wenige Wochen eingesetzt werden. Eine dauerhafte Besserung der Schlafstörung nach Wiederabsetzen ist hierdurch nicht zu erwarten, was teilweise zu Behandlungsdauern von mehreren Jahren führt [13]. Dies sollte aufgrund der unzureichenden Datenlage jedoch vermieden werden.

Zur Behandlung eingesetzte Arzneimittel sind Benzodiazepine, Benzodiazepin-Analoga (Z-Substanzen), Antihistaminika der 1. Generation, niedrigpotente Antipsychotika, Antidepressiva mit sedierenden Eigenschaften oder Melatonin.

Für den Einsatz von **Benzodiazepinen** existiert keine Zulassung im Kindes- und Jugendalter. Neben Tagesmüdigkeit und der Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung kann insbesondere bei jüngeren Kindern eine paradoxe Reaktion auftreten. Für die Benzodiazepin-Analoga, die sogenannten **Z-Substanzen** besteht ebenfalls keine Zulassung (Zolpidem) oder sogar eine Kontraindikation (Zopiclon) im Kindes- und Jugendalter. Das Nebenwirkungsspektrum ist ähnlich den Benzodiazepinen. Toleranzentwicklung und Abhängigkeit können ebenfalls entstehen. Des Weiteren wird das Auftreten von Parasomnien oder eine Verschlechterung atemabhängiger Schlafstörungen beschrieben [14].

**Antihistaminika** der 1. Generation wie Dimenhydrinat/Diphenhydramin und Doxylamin werden häufig zur Behandlung von Schlafstörungen eingesetzt. Doxylamin ist ab dem Alter von sechs Monaten in dieser Indikation zugelassen, für die anderen Antihistaminika besteht für Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen eine Kontraindikation. Die Wirksamkeit dieser Wirkstoffe ist nicht belegt, es existieren Hinweise auf Toleranzentwicklung mit konsekutiven Dosissteigerungen und zunehmenden Nebenwirkungen. Diese sind vor allem anticholinerg mit Mundtrockenheit, Tagesmüdigkeit, Harnverhalt, Hypotension und Tachykardie. Daneben können auch paradoxe Erregung sowie in seltenen Fällen schwerwiegende Nebenwirkungen

wie Krämpfe, Arrhythmien oder Atemstörungen bis zum Atemstillstand auftreten. Besonders gefährdet sind Säuglinge und junge Kinder unter drei Jahren. Für diesen Altersbereich hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine Risikoinformation herausgegeben bzw. für Dimenhydrinat und Diphenhydramin in der Indikation Gastroenteritis einen Warnhinweis [14, 15].

Zu den Antihistaminika der 1. Generation zählt auch **Promethazin** aus der Gruppe der Phenothiazine. Promethazin ist für Kinder und Jugendliche ab 2 Jahren in der Indikation Unruhe- und Erregungszustände bei psychiatrischen Grunderkrankungen sowie als Zweitlinientherapie bei Erbrechen zugelassen. **Cave:** Kinder unter zwei Jahren dürfen wegen der Gefahr des plötzlichen Kindstods nicht behandelt werden. Für die Behandlung von Schlafstörungen besteht eine Kontraindikation im Kindes- und Jugendalter.

Unter den niedrigpotenten **Antipsychotika** besitzt Pipamperon eine Zulassung bei Kindern und Jugendlichen für die Indikationen Schlafstörung sowie psychomotorische Erregungszustände. Aufgrund der begrenzten Datenlage sollte gemäß Fachinformation eine Anwendung nur unter besonderer Berücksichtigung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses erfolgen. Alle typischen Nebenwirkungen von Antipsychotika können auftreten. Hierzu zählen anticholinerge Effekte, QTc-Zeit-Verlängerung, endokrine (Prolaktinerhöhung), metabolische und extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen. Für Letztere ist eine höhere Empfindlichkeit von Kindern und Jugendlichen anzunehmen. Andere Antipsychotika in der Off-Label-Anwendung, z. B. niedrigdosierte Antipsychotika der 2. Generation (sogenannte Atypika), zeigen prinzipiell ein vergleichbares Nebenwirkungsspektrum mit substanzabhängig differentem Profil hinsichtlich der Häufigkeit einzelner Nebenwirkungen. Ebenfalls im Rahmen eines Off-Label-Use werden bei Schlafstörungen sedierende **Antidepressiva** eingesetzt. Trizyklische Antidepressiva haben ein ungünstiges Nebenwirkungsprofil mit anticholinergen und kardialen (arrhythmogenen) Nebenwirkungen und geringer therapeutischer Breite. Wegen seiner deutlich sedierenden Eigenschaften wird gelegentlich auch Mir-

tazapin angewandt. Typische Nebenwirkungen sind Sedierung/Tagesmüdigkeit, Appetitsteigerung, Gewichtszunahme, Erhöhung der Triglyzeride oder Exantheme. Als seltene schwerwiegende Nebenwirkungen sind toxische Hautreaktionen wie z. B. Stevens-Johnson-Syndrom beschrieben sowie Knochenmarksdepression und Agranulozytosen.

In jüngster Zeit wird zunehmend häufig **Melatonin** bei Schlafstörungen eingesetzt. Es ist zugelassen für die Behandlung von Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen ab zwei Jahren mit Autismuspektrumstörung oder Smith-Magenis-Syndrom, wenn Schlafhygienemaßnahmen unzureichend waren. In dieser Patientenpopulation konnte eine Verkürzung der Schlaflatenz und Verlängerung der Gesamtschlafzeit im Vergleich zu Placebo gezeigt werden. Es gibt Hinweise auf Wirksamkeit auch bei anderen Entwicklungsneurologischen Störungen wie beispielsweise ADHS [13], die Evidenzlage ist hier aber noch schwach. Bei kurzfristiger Anwendung zeigte sich in den vorhandenen Studien eine gute Verträglichkeit mit meist milden Nebenwirkungen wie morgendlicher Müdigkeit, Somnolenz, Alpträumen oder Kopfschmerzen [16]. Die Langzeitsicherheit der Melatonin-Anwendung bei Kindern ist jedoch bisher nicht umfassend untersucht. Aufgrund seiner physiologischen Funktion ist eine Auswirkung auf die sexuelle Maturation im Sinne einer Reifungsverzögerung nicht auszuschließen. Befunde aus tierexperimentellen Studien deuten beispielsweise darauf hin, dass sich kurzfristige und langfristige pharmakologische Effekte unterscheiden können [16].

Bei der **circadianen Rhythmusstörung mit Schlafphasenverzögerung** gibt es Hinweise auf die Wirksamkeit von Melatonin, wenn es ca. eineinhalb bis zwei Stunden vor der üblichen Bettgezeit gegeben wird [11]. In Kombination mit der graduellen Vorverlagerung der Aufweckzeiten war Melatonin nicht wirksamer als Placebo oder Lichttherapie. In der Aufrechterhaltung des normalisierten Schlaf-Wach-Rhythmus zeigte sich jedoch in der dreimonatigen Open-Label-Weiterbehandlung eine Überlegenheit der Kombination von Melatonin mit Lichttherapie gegenüber keiner Intervention [12].

Zur Behandlung von **Pavor nocturnus** und **Schlafwandeln** ist in der Regel keine Pharmakotherapie indiziert. In den seltenen Fällen einer Gefährdung infolge ausgeprägt fremd- oder selbstaggressiven Verhaltens, die durch nicht-pharmakologische Interventionen nicht ausreichend beherrschbar ist, kann der Versuch einer Pharmakotherapie erfolgen. Hierzu existiert jedoch keine Evidenz aus kontrollierten Studien. In der klinischen Praxis kommt hier am ehesten Clonazepam unter kritischer Risiko-Nutzen-Abwägung zur Anwendung. Die Suppression des Tiefschlafs durch Clonazepam wird mit der Wirksamkeit in Verbindung gebracht [14]. Die sog. Z-Substanzen sollten nicht eingesetzt werden, da sie das Auftreten von Parasomnien begünstigen können.

Eine medikamentöse Behandlung von **Alpträumen** ist nicht indiziert; falls die Alpträume im Kontext einer anderen psychischen Störung auftreten, sollte zunächst die Behandlung der zugrundeliegenden Störung erfolgen.

## Fazit für die Praxis

Eine Pharmakotherapie von Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter ist in der Regel nicht indiziert. Die Behandlung erfolgt primär durch Psychoedukation, insbesondere Vermittlung einer adäquaten Schlafhygiene sowie bei Bedarf psychotherapeutischen Interventionen. Medikamentöse Interventionen sollten nur im Ausnahmefall nach Ausschöpfung aller anderen Optionen erfolgen, da hierzu wenig Daten zur Wirksamkeit und Verträglichkeit in dieser Altersgruppe vorliegen und die Anwendung zumeist im Rahmen eines Off-Label-Use erfolgt.

PD Dr. med.  
Martina Pitzer

E-Mail:  
martina.pitzer@  
vitos-rheingau.de



Foto: Vitos Rheingau

Die Literaturhinweise finden sich auf unserer Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“. Die Autorin gibt an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.



## Literatur zum Artikel:

# Nichtorganische Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen

von PD Dr. med. Martina Pitzer, Eltville

- [1] Barclay NL, Gregory AM: Sleep in childhood and adolescence: age-specific sleep characteristics, common sleep disturbances and associated difficulties. In: Andersen SL (Hrsg.): The neurobiology of childhood. Berlin, Heidelberg: Springer, 2014.
- [2] Matricciani L, Blunden S, Rigney G et al.: Children's sleep needs: is there sufficient evidence to recommend optimal sleep for children? Sleep 2013; 36: 527–534.
- [3] Mindell JA, Meltzer LJ: Behavioural sleep disorders in children and adolescents. Ann Acad Med Singapore 2008; 37: 722–728.
- [4] Kraenz S, Fricke L, Wiater A et al.: Häufigkeit und Belastungsfaktoren bei Schlafstörungen im Einschulalter. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2004; 53: 3–18.
- [5] Kirchhoff F, Feldmann E, Kramer A et al.: Diagnostik von Schlafstörungen und schlafbezogenen Atmungsstörungen im Kindes- und Jugendalter im Schlaflabor. Monatsschr Kinderheilkd 2012; 160: 62–66.
- [6] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) (Hrsg.). S1-Leitlinie „Nichtorganische Schlafstörungen (F51)“. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-012.html> (letzter Zugriff: 11. Januar 2021). AWMF-Register Nr. 028/012. Stand: Juli 2018
- [7] Honaker SM, Meltzer LJ: Bedtime problems and night wakings in young children: an update of the evidence. Paediatr Respir Rev 2014; 15: 333–339.
- [8] Meltzer LJ, Mindell JA: Systematic review and meta-analysis of behavioral interventions for pediatric insomnia. J Pediatr Psychol. 2014; 39: 932–948.
- [9] Blake MJ, Sheeber LB, Youssef GJ et al.: Systematic review and meta-analysis of adolescent cognitive-behavioral sleep interventions. Clin Child Fam Psychol Rev 2017; 20: 227–249.
- [10] Gradisar M, Gardner G, Dohnt H: Recent worldwide sleep patterns and problems during adolescence: a review and meta-analysis of age, region, and sleep. Sleep Med. 2011; 12: 110–118.
- [11] Auger RR, Burgess HJ, Emens JS et al.: Clinical practice guideline for the treatment of intrinsic circadian rhythm sleepwake disorders: advanced sleep-wake phase disorder (ASWPD), delayed sleepwake phase disorder (DSWPD), non-24-hour sleep-wake rhythm disorder (N24SWD), and irregular sleep-wake rhythm disorder (ISWRD). An update for 2015. J Clin Sleep Med 2015; 11: 1199–1236.
- [12] Burgess HJ, Emens JS: Circadian-based therapies for circadian rhythm sleepwake disorders. Curr Sleep Med Rep 2016; 2: 158–165.
- [13] Hoebert M, van der Heijden KB, van Geijlswijk IM, Smits MG: Long-term follow-up of melatonin treatment in children with ADHD and chronic sleep onset insomnia. J Pineal Res 2009; 47: 1–7.
- [14] Chhangani B, Greydanus DE, Feucht C: Pharmacology of sleep disorders in children and adolescents. Pediatr Clin N Am 2011; 58: 273–291.
- [15] Sedierende Antistaminika: Vorsicht bei Säuglingen und Kleinkindern. arznei-telegramm. 2012; 43: 105–106.
- [16] Besag FMC, Vasey MJ, Lao KSJ, Wong ICK: Adverse events associated with melatonin for the treatment of primary or secondary sleep disorders: a systematic review. CNS Drugs 2019; 33: 1167–1186

# Forschung aus der Praxis für die Praxis

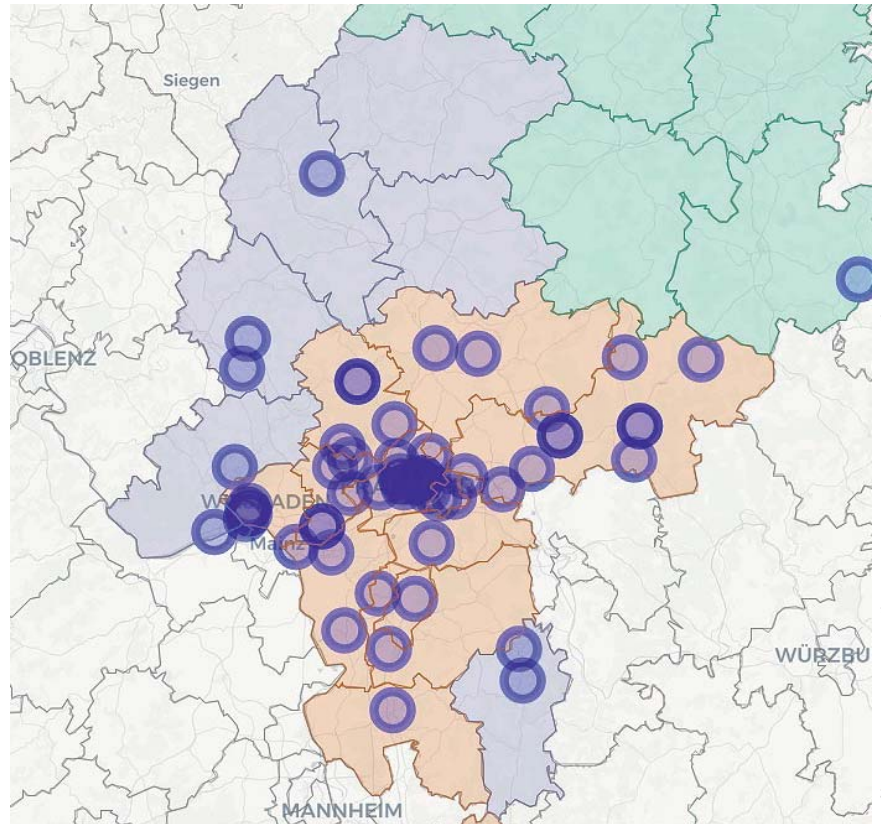
## Das Forschungspraxennetz Allgemeinmedizin Frankfurt am Main (ForN)

Forschungspraxennetze bilden die Grundlage für qualitativ hochwertige allgemeinmedizinische Forschung, denn der Großteil der Patientenversorgung findet im ambulanten Setting statt. Der Großteil klinischer Studien wird bisher allerdings im stationären Setting durchgeführt. Um diesem Ungleichgewicht entgegenzuwirken und mehr Evidenz für die hausärztliche Versorgung zu generieren, hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2018 eine Förderung zum Aufbau von allgemeinmedizinischen Forschungspraxennetzen ausgeschrieben.

Das am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt a. M. angesiedelte Forschungspraxennetz ForN ist eines dieser geförderten Netze. Gemeinsam mit dem Bereich Allgemeinmedizin der Technischen Universität Dresden möchten wir im überregionalen Projekt „Forschungspraxennetz Allgemeinmedizin Frankfurt a. M./Dresden (SaxoForN)“ Forschung aus der Praxis für die Praxis fördern und gestalten. Das Frankfurter Forschungspraxennetz ForN soll hierzu von derzeit 58 akkreditierten auf 200 Forschungspraxen ausgebaut werden. Zu einer Forschungspraxis zählen immer ein\*e Hausärzt\*in sowie ein bis zwei forschungsinteressierte Medizinische Fachangestellte (MFA), die als Praxisteam gemeinsam für die Durchführung von hausärztlichen Studien qualifiziert werden.

Das hausärztliche Versorgungssetting mit breit aufgestelltem Patientenspektrum soll dabei im Mittelpunkt aller Forschungsprojekte stehen. Um dieses Ziel zu erreichen, hat SaxoForN den methodischen Schwerpunkt auf einen partizipativen Forschungsansatz gelegt.

In Innovationsworkshops entwickeln Hausärzt\*innen, MFA und Patient\*innen gemeinsam mit Wissenschaftler\*innen neue Forschungsideen und -projekte. Der Praxenbeirat berät Wissenschaftler\*innen zur Praxistauglichkeit von Forschungsprojekten, ebenso wie der Patientenbeirat. Die zweimal jähr-



Die blauen Punkte zeigen die akkreditierten ForN-Praxen im Großraum Frankfurt und Südhessen. Die farblichen Hintergründe stellen die Raumtypen dar: grün = peripher, blau = zentral, orange = sehr zentral. Die Übersicht wurde erstellt von Dr. rer. med. Dorothea Lemke.

lich stattfindenden Forschungspraxentreffen dienen dem Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis zu neuen Forschungsprojekten und Projektergebnissen.

Erste Erfahrungen mit partizipativen Methoden haben wir bereits in unserem Pilotprojekt Hyperion-TransCare gesammelt. In Workshops haben Patient\*innen, Hausärzt\*innen und MFA gemeinsam mit anderen Versorger\*innen eine Intervention zum intersektoralen Medikamentenmanagement an der Schnittstelle Klinik-Hausarztpraxis entwickelt, die nun in einer Pilotstudie getestet wird.

Das Forschungspraxennetz ermöglicht eine Vernetzung mit forschungsinteressierten Kolleg\*innen, eine Qualifizierung des gesamten Praxenteams und die Teilnahme an spannenden, innovativen For-

schungsprojekten. Daraus folgend wird die empirische Evidenz für das hausärztliche Setting erhöht und insgesamt die (allgemeinmedizinische) Patientenversorgung verbessert.

Wenn Sie Lust haben, als Hausarztpraxis bei ForN mitzumachen, schauen Sie auf unsere Website [www.saxoforn.net](http://www.saxoforn.net) oder schreiben Sie uns direkt per E-Mail an: [forn@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:forn@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de) (Raum Frankfurt und Südhessen).

**Dr. rer. med. Jennifer Engler, MPH**  
E-Mail: [engler@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:engler@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

**Dr. rer. med. Karola Mergenthal, M. Sc. Public Health**  
E-Mail: [Mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:Mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

## 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](http://www.akademie-laekh.de)**

### I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

#### Innere Medizin

##### Intensiv-Seminar Diabetologie

In Kooperation mit der Hess. Diabetes Gesellschaft (HDG)

**Termin:** Fr., 04.–Sa., 05. Februar 2022 12 P

**Gebühr:** 220 € (Akademiestatistiker 198 €)

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

**Auskunft/Anmeldung:** A. Candelo-Römer,  
Fon: 06032 782-227,  
E-Mail: adiel.candelo-roemer@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 3 & 4:** Mi., 30. März 2022

**Gesamtleitung:** Dr. med. Michael Eckhard, Gießen

**Gebühr:** 80 € (Akademiestatistiker 72 €)

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

#### Einführung in die Schlafmedizin

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

**Teil 1:** Fr., 18.–Sa., 19. März 2022

**Teil 2:** Fr., 25.–Sa., 26. März 2022

**Teil 3 – Praktikum:** Fr., 01. April 2022

**Gebühr:** 750 € (Akademiestatistiker 675 €)

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

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

#### Palliativmedizin

**Refresher** Mi., 30. März 2022

**Leitung:** Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

**Gebühr:** 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

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

#### Begutachtung

##### Medizinische Begutachtung

**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 €)

**Modul Ia** Fr., 28.–Sa., 29. Januar 2022

**Gebühr:** 310 € (Akademiestatistiker 279 €)

**Modul Ib** Fr., 04.–Sa., 05. März 2022

**Gebühr:** 310 € (Akademiestatistiker 279 €)

##### Verkehrsmedizinische Begutachtung

**Modul I - III** Fr., 20.–Sa., 21. Mai 2022

**Gebühr:** 330 € (Akademiestatistiker 297 €)

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

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

#### Infektiologie

##### Antibiotic Stewardship (ABS)

**Modul 3 – Aufbaukurs ABS**

**Mo., 14.–Fr., 18. März 2022**

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

Prof. Dr. med. J. Lohmeyer, Gießen

**Gebühr:** 1.100 € (Akademiestatistiker 990 €)

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

#### Kinder- und Jugendmedizin

##### Pädiatrie „State of the Art“

**Mi., 16. März 2022**

**Leitung:** Prof. Dr. med. R. Schlößer, Frankfurt

**Gebühr:** 80 € (Akademiestatistiker kostenfrei)

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



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

## Fachkunde im Strahlenschutz

### Kenntniskurs

(theoretische und praktische Unterweisung)

**Fr., 26. Februar 2022**

**Gebühr:** Theorie: 110 € (Akademiemitgl. 99 €)  
Praxis: 90 € (Akademiemitgl. 81 €)

**Ort:** Frankfurt, Uniklinikum

**Aktualisierungskurs Sa., 21. Mai 2022**

**Gebühr:** 220 € (Akademiemitglied 198 €)

**Ort:** Frankfurt, Uniklinikum

**Leitung:** Prof. Dr. med. N. Naguib, Halberstadt

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

## Dermatologie

### Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

**Mittwoch, 09. März 2022**

**Leitung:** Dr. med. P. Deppert, Bechthelm  
Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

**Gebühr:** 260 € (Akademiemitglieder 234 €)  
zzgl. 70 € Schulungsmaterial

**Auskunft/Anmeldung:** C. Löffler, Fon: 06032 782-287,  
E-Mail: claudia.loeffler@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: Mi., 26. Januar 2022**

**Leitung:** Dr. med. A. Rauch

**Gebühr:** 160 € (Akademiemitglieder 144 €)

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

## Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

**Hygienebeauftragter Arzt, Refresher Rehabilitation  
Do., 10. März 2022**

**Leitung:** Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Frankfurt

**Gebühr:** 200 € (Akademiemitglieder 180 €)

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

## Suchtmedizin

### Ärztliche begleitete Tabakentwöhnung

**Module 1–6: Fr., 03. Dezember 2021**

**Gebühr:** 360 (Akademiemitglieder 324 €)

**Modul 7: Sa., 04. Dezember 2021**

**Gebühr:** 180 (Akademiemitglieder 162 €)

**Leitung:** Prof. Dr. S. Andreas, Kassel

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

## Ernährungsmedizin

**Teil 4 – Block 5A: Fr., 28.–Sa., 29. Januar 2022**

**Teil 5 – Block 5B: Fr., 18.–Sa., 19. Februar 2022**

**Teil 6 – Block 5c + 6: Fr., 18.–Sa., 19. März 2022**

**Abschlussprüfung: Mi., 30. März 2022**

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

**Gebühren:** Teil 4: 200 € (Akademiemitgl. 180 €)  
Teil 5+6: 950 € (Akademiemitgl. 855 €)  
inkl. Zwischen- und Abschlussprüfung

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

## Hämotherapie

**Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot:  
Di., 22.–Mi., 23. Februar 2022**

**Gebühr:** 400 € (Akademiemitgl. 360 €)

### Refresher

**Di., 14. Juni 2022 (Live-Online-Veranstaltung)**

**Gebühr:** 160 € (Akademiemitgl. 144 €)

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

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

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)**Ultraschall****Gefäße**

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

Do., 17.–Sa., 19. Februar 2022

Gebühr: 660 (Akademiestudierende 594 €)

**Leitung der Kurse** Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,  
**für Gefäße:** Dr. med. F. Präve, Frankfurt

**Abdomen und Retroperitoneum****Grundkurs****Theoretischer Teil:** Fr., 21.–Sa., 22. Januar 2022**Gebühr:** 390 (Akademiestudierende 351 €)**Praktischer Teil:** in Planung**Gebühr:** 300 € (Akademiestudierende 270 €)

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

**Modul Schilddrüse I Sa., 12. Februar 2022****Leitung:** Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt**Ort:** Frankfurt, Universitätsklinikum**Gebühr:** 310 € (Akademiestudierende 279 €)Weitere Kurse in Planung; [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de).

**Auskunft/Anmeldung:** J. Schwab, Fon: 06032 782-211,  
E-Mail: [juliane.schwab@laekh.de](mailto:juliane.schwab@laekh.de)

**Transplantationsmedizin****Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt**

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

**Theoretischer Teil:** Mo., 07.–Mi., 09. März 2022 32 P

Beginn Telelernphase: 07. Februar 2022

**Gebühr:** 700 € (Akademiestudierende 630 €)**Kriseninterventionsseminar:** Mi., 19. Mai oder Mi., 14. Juli 2022**Gebühr:** je 200 € (Akademiestudierende 180 €)

**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](mailto:andrea.floeren@laekh.de)

**Notfall- und Intensivmedizin****46. Frankfurter Intensivmedizinische Einführungsseminar**

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

Mo., 25.–Fr., 29. April 2022

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

**Gebühr:** 770 € (Akademiestudierende 693 €)

**Auskunft/Anmeldung:** A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,  
E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

**Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst**

Do., 03.–Sa., 05. März 2022

**Leitung:** Dr. med. R. Merbs, Friedberg  
M. Leimbeck, Braunfels

**Gebühr:** 540 € (Akademiestudierende 486 €)**Ärztlicher Leiter Rettungsdienst**

Mo., 07.–Fr., 11. Februar 2022

**Leitung:** J. Blau, Hofheim**Gebühr:** 800 € (Akademiestudierende 720 €)**Notfallmedizin machbar machen**

Mi., 16. März 2022

**Leitung:** Dr. med. R. Merbs, Friedberg**Gebühr:** 200 € (Akademiestudierende 180 €)**Seminar Leitender Notarzt**

Blended Learning-Veranstaltung

**Präsenzphase:** Do., 31. März–Sa., 02. April 2022

Telelernphase: 01.–30. März 2022

**Gebühr:** 800 € (Akademiestudierende 720 €)**Leitung:** Dr. med. G. Appel, T. Winter**Ort:** Kassel, Feuerwache I**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202E-Mail: [baerbel.buss@laekh.de](mailto:baerbel.buss@laekh.de)**Psychotherapie**

**Erfolgreiche Konfliktbewältigung –  
Was wir aus der Coronapandemie lernen können**

Sa., 19. Februar 2022

**Leitung:** Dr. med. A. Schüler-Schneider**Gebühr:** 100 € (Akademiestudierende kostenfrei)

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

Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin müssen acht Kursblöcke besucht werden.

#### Grundkurs:

**Modul I: Do., 27.–Sa., 29. Januar 2022**

Telelernphase: 27.12.2021–29.01.2022

**Modul II: Do., 03.–Sa., 05. Februar 2022**

Telelernphase: 03.01.–05.02.2022

**Modul III: Do., 05.–Sa., 07. Mai 2022**

Telelernphase: 05.04.–07.05.2022

**Modul IV: Do., 12.–Sa., 14. Mai 2022**

Telelernphase: 12.04.–14.05.2022

**Gebühren:** je 660 € (Akademiestudenten 594 €)

**Leitung:** Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

Weitere Kurse in Planung; bitte beachten Sie die Hinweise unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de).

**Auskunft/Anmeldung:** M. Turano, Fon: 06032 782-213,  
E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)

### Allgemeinmedizin

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

**Kurs C: Sa., 05. Februar 2022**

**Leitung:** Prof. Dr. med. Bösner, Marburg

**Gebühr:** 190 € (Akademiestudenten 171 €)

**Kurs A: Di., 17.–Mi., 18. Mai 2022**

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

**Gebühr:** 380 € (Akademiestudenten 342 €)

Eine ermäßigte Teilnahmegebühr ist gültig für Akademiestudenten und für die Teilnehmer des Weiterbildungscolleagues 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., 17.–Sa., 18. Dezember 2021**

**Gebühren:** 260 € (Akademiestudenten 234 €)

**Gesamtleitung:** Dr. med. A. Wunder, Frankfurt

**Auskunft/Anmeldung:** J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,  
E-Mail: [joanna.jerusalem@laekh.de](mailto:joanna.jerusalem@laekh.de)

### Repetitorium Neurologie

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

**Modul II Di., 07.–Mi., 08. Dezember 2021**

Bewegungsstörungen, Erkrankungen von Rückenmarks- und Nervenwurzel, Störungen des Bewusstseins, Neuroinfektiologie, Neuroradiologie: Grundlagen und Indikation

**Gebühr:** 180 € (Akademiestudenten 162 €)

**Modul III Di., 21.–Mi., 22. Februar 2022**

Schwindel und Synkopen, Demenzielle Syndrome, Immunerkrankungen des ZNS, Somatisierungsstörungen  
Liquordiagnostik

**Gebühr:** 210 € (Akademiestudenten 189 €)

**Modul IV Fr., 27.–Sa., 28. Mai 2022**

Peripheres Nervensystem, Muskelerkrankungen und ALS, Kopf- u. Gesichtsschmerz, Neuroonkologie, Elektrophysiologie, Neurologische Probleme während der Schwangerschaft

**Gebühr:** 210 € (Akademiestudenten 189 €)

**Leitung:** Prof. Dr. med. M. Kaps, Gießen

**Auskunft/Anmeldung:** S. Pfaff, Fon: 06032 782-222,  
E-Mail: [stephanie.pfaff@laekh.de](mailto:stephanie.pfaff@laekh.de)

### Akupunktur

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

#### I. Teil Theorie (120 Std.)

**G1-G2 Fr., 07.–Sa., 08. Januar 2022**

**G11-G12 Fr., 21.–Sa., 22. Januar 2022**

**G13-G14 Fr., 04.–Sa., 05. Februar 2022**

**G3-G4 Fr., 18.–Sa., 19. Februar 2022**

**G5-G6 Fr., 11.–Sa., 12. März 2022**

**G15 Sa., 12. März 2022**

#### II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

**GP Fr., 21.–Sa., 22. Januar 2022**

**GP Fr., 08.–Sa., 09. April 2022**

**Leitung:** H. Luxenburger, München  
auf Anfrage

**Auskunft/Anmeldung:** C. Löffler, Fon: 06032 782-287,  
E-Mail: [claudia.loeffler@laekh.de](mailto:claudia.loeffler@laekh.de) oder  
A. Bauß, DÄGfA, Fon: 089 71005-11,  
E-Mail: [bauss@daegfa.de](mailto:bauss@daegfa.de)



Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

## Repetitorium Innere Medizin

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

**Mo., 25.–Sa., 30. April 2022**

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

**Gebühr ges.:** 770 € (Akademiestudierende, BDI und DGIM 693 €)

**Gebühr/Tag:** 200 € (Akademiestudierende, BDI und DGIM 180 €)

**Auskunft/Anmeldung:** A. Candelo-Römer,  
Fon: 06032 782-227,  
E-Mail: [adiela.candelo-roemer@laekh.de](mailto:adiela.candelo-roemer@laekh.de)

## Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

**Mi., 09. – Sa., 12. November 2022**

**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.

H.-R. Tinneberg, Frankfurt

**Gebühr:** 640 € (Akademiestudierende 576 €)

**Gebühr/Tag:** 200 € (Akademiestudierende 180 €)

**Auskunft/Anmeldung:** S. Holler, Fon: 06032 782-226  
E-Mail: [susanne.holler@laekh.de](mailto:susanne.holler@laekh.de)

## Palliativmedizin

**Fallseminar Modul 1 Di., 08.–Sa., 12. März 2022**

**Leitung:** C. Riffel, Darmstadt

**Fallseminar Modul 2 Mo., 30. Mai–Fr., 03. Juni 2022**

**Leitung:** M.-S. Jost, Kassel

**Kurs-Weiterbildung Di., 19.–Sa., 23. Juli 2022**

**Leitung:** Dr. med. K. Mattek, Hanau

Dr. med. M.-C. Hentrich, Wiesbaden

**Gebühren:** je 870 € (Akademiestudierende 783 €)

Weitere Termine und Gebühren unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202,  
E-Mail: [baerbel.buss@laekh.de](mailto:baerbel.buss@laekh.de)

## Suchtmedizin

**Suchtmedizinische Grundversorgung**

**Block 1 Fr., 14.–Sa., 15. Januar 2022**

**Gebühr:** 220 € (Akademiestudierende 198 €)

**Block 2 Fr., 04.–Sa., 05. Februar 2022**

**Gebühr:** 260 € (Akademiestudierende 234 €)

**Block 3 Fr., 18.–Sa., 19. Februar 2022**

**Gebühr:** 310 € (Akademiestudierende 279 €)

**Block 4 Fr., 25.–Sa., 26. März 2022**

**Gebühr:** 310 € (Akademiestudierende 279 €)

**Gesamtleitung:** D. Paul, Frankfurt

**Auskunft/Anmeldung:** C. Winkler, Fon: 06032 782-208,  
E-Mail: [caroline.winkler@laekh.de](mailto:caroline.winkler@laekh.de)

## Ärztliches Qualitätsmanagement

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

**Excel-Brückenkurs: Di., 22. Februar 2022**

(Zusatzkurs, für die Kurs-Weiterbildung nicht verpflichtend)

**Block IIa: Mi., 23.–Fr., 25. Februar 2022 24 P**

**Block IIb: Mi., 22.–Sa., 25. Juni 2022 32 P**

Die Blöcke IIa und IIb können nur gemeinsam gebucht werden.

**Gebühren:** Excel-Brückenkurs: 130 €  
(Akademiestudierende 117 €)  
Block IIa+IIb: 770 €  
(Akademiestudierende 693 €)

**Leitung:** N. Walter, K. Israel-Laubinger, Frankfurt  
Weitere Termine und Gebühren unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

**Auskunft/Anmeldung:**

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,  
E-Mail: [adiela.candelo-roemer@laekh.de](mailto:adiela.candelo-roemer@laekh.de)

## Arbeitsmedizin

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

**Modul 6 Mi., 08.–Di., 14. Dezember 2021**

Beginn der Telelernphase: 16.11.2021

**Gebühren:** 750 € (Akademiestudierende 675 €)

**Modul 1 Sa., 15. Januar 2022 und**

**Mo., 24.–Fr., 28. Januar 2022**

Beginn der Telelernphase: 14.12.2021

**Gebühr:** 930 € (Akademiestudierende 837 €)

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

**Auskunft/Anmeldung:** S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,  
E-Mail: [sandra.scherbel@laekh.de](mailto:sandra.scherbel@laekh.de)

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

## Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

**Modul VII:** Mo., 07.–Fr., 11. Februar 2022  
**Modul VIII:** Mo., 14.–Fr., 18. Februar 2022  
**Modul I:** Mo., 10.–Fr., 14. Oktober 2022  
**Modul II:** Mo., 17.–Fr., 21. Oktober 2022  
**Gesamtleitung:** PD Dr. med. U. Seifart, Marburg  
**Gebühren:** je Modul 550 €  
 (Akademiestudenten 495 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** C. Löffler, Fon: 06032 782-287,  
 E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

## Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.  
**Modul I** Fr., 04.–Sa., 05. März 2022  
**Ort:** Kassel  
**Leitung:** Dr. med. M. Gehling, Kassel  
 Dr. med. K. Böhme, Kassel  
**Ort:** Kassel  
**Modul III** Fr., 20.–Sa., 21. Mai 2022  
**Leitung:** Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt  
 Dr. med. S. Moreau, Frankfurt  
**Gebühren:** je Modul: 390 €  
 (Akademiestudenten 351 €)  
 Weitere Termine und Gebühren unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,  
 E-Mail: adelheid.zinkl@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 VI:** Fr., 10.–Sa., 11. Dezember 2021 16 P  
 (Live-Online-Veranstaltung)  
**Gebühr:** 280 € (Akademiestudenten 252 €)  
**Block I:** Fr., 14.–Sa., 15. Januar 2022 16 P  
**Block II:** Fr., 01.–Sa., 02. April 2022 16 P  
**Block III:** Fr., 01.–Sa., 02. Juli 2022 16 P  
 Weitere Termine und Gebühren unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)  
**Leitung:** P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
 E-Mail: andrea.floeren@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](http://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  
 Fon: 06032 782-204,  
 E-Mail: [cornelia.thriene@laekh.de](mailto:cornelia.thriene@laekh.de)

Akademie online:  
[www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)  
 E-Mail: [akademie@laekh.de](mailto:akademie@laekh.de)





Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter [www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de)

### Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende

Zur Vorbereitung auf die Sommerprüfung!

Aktuelle Termine werden auf der Website veröffentlicht.

**Abrechnung: EBM (PVK 1)**

**Zeit:** 09:30–16:00 Uhr

**Gebühr:** 90 €

**Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ (PVK 2)**

**Zeit:** 09:30–16:00 Uhr

**Gebühr:** 90 €

**Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)**

**Zeit:** 09:30–17:45 Uhr

**Gebühr:** € 100

**Medizinische Fachkunde (PVK 4)**

**Zeit:** jeweils 09:30–16:00 Uhr

**Gebühr:** € 140

**Wundversorgung (PVK 5)**

**Zeit:** 09:30–17:45 Uhr

**Gebühr:** € 100

**Punktionen und Labor (PVK 6)**

**Zeit:** 09:30–16:45 Uhr

**Gebühr:** € 100

**Diagnostik und Notfallmaßnahmen (PVK 7)**

**Zeit:** jeweils 09:30–16:00 Uhr

**Gebühr:** € 100

**Betriebsorganisation und Verwaltung sowie Wirtschafts- und Sozialkunde (PVK 8)**

**Zeit:** jeweils 09:30–16:00 Uhr

**Gebühr:** € 90

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

### Ernährungsmedizin (ERM) 120 Stunden\*

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

**Termin (ERM):** Interessentenliste

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

Zusätzlich sind die Fortbildungen PAT 1 und PAT 2

(siehe \*) zu belegen.

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

**Kontakt:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

### 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

Zusätzlich sind die Fortbildungen PAT 1 und PAT 2 (siehe \*) zu belegen.

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

**Kontakt:** Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax -180

### Aufbereitung von Medizinprodukten (SAC)

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung regelt das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten. Die Fortbildung zum Erwerb der Sachkenntnis wird auf der Grundlage des Curriculums der Bundesärztekammer „Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis“ durchgeführt.

**Termin (SAC):** Interessentenliste

**Teilnahmegebühr:** 350 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

### Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen Teil I (PAT 11)

**Inhalte:**

- Welche Kostenträger nehmen an der vertragsärztlichen Abrechnung über die KV teil?
- Besonderheiten bei der Abrechnung mit den „Sonstigen Kostenträgern“
- Aufbau und Systematik des EBM
- Die wichtigsten Allgemeinen Bestimmungen
- Wann darf ich welche Ziffer abrechnen

Die jeweils gültigen Beschlüsse der zuständigen Abrechnungsstellen werden in den Inhalten berücksichtigt.

**Termin (PAT 11):** Interessentenliste

**Gebühr:** 115 €

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





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

## Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen Teil II (PAT 12)

### Inhalte:

- Die Honorarbegrenzung durch die Regelleistungsvolumina (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV)
- Bedeutung der extrabudgetären Leistungen: Prävention, Impfungen, ambulantes Operieren, DMP-Leistungen, NäPA...
- Vermeidung von Abrechnungsfehlern
- Was beanstanden die Krankenkassen?
- Was wird bei der Abrechnung oft vergessen?
- Prüfläufe zur Vorbereitung der Quartalsabrechnung

Die Fortbildung baut auf dem Kenntnisstand „Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen Teil I“ auf.

**Termin (PAT 12):** Interessentenliste

**Gebühr:** 115 €

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

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

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil folgende Module:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung und Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung
- Lern- und Arbeitsmethodik

Durch die Kombination von **300 Stunden Pflichtteil und 120 Stunden medizinischem Wahlteil** hat der/die Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Bereich des Praxismanagements als auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin.

Als medizinischer Wahlteil werden u. a. Fortbildungskurse gemäß der Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Eine Tätigkeitsbeschreibung finden Sie auch unter: [www.fortbildung-mfa.de](http://www.fortbildung-mfa.de).

**Termin (FAW):** Interessentenliste

**Gebühr Pflichtteil:** 1.630 €

**Prüfungsgebühren:** 200 €

Es besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einzelnen Modulen. Teilnahmegebühr auf Anfrage.

**Kontakt:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

## \* Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)

### Inhalte:

- Techniken der Kommunikation
- Gesprächsführung, insbesondere mit spezifischen Patientengruppen und betreuenden Personen
- Telefonkommunikation | • Konfliktlösungsstrategien
- Auseinandersetzung mit der Berufsrolle

**Termin (PAT 1):** Interessentenliste

**Gebühr:** 100 €

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

## \* Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

### Inhalte:

- Modelle der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Motivierung von Patienten und betreuenden Personen zur Mitwirkung
- Besonderheiten spezifischer Patientengruppen
- Einschätzung des sozialen Umfeldes

**Termin (PAT 2):** Interessentenliste

**Gebühr:** 100 €

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

## Tagesaktuelle Informationen zu unserem Fortbildungsangebot

Über unsere tagesaktuellen Fortbildungsangebote informieren wir Sie auch auf unserer Website [www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de) und über Facebook [www.facebook.com/LAEKHessen/](http://www.facebook.com/LAEKHessen/).

Nebenstehender QR-Code für Smartphones führt Sie direkt dorthin.

Bleiben Sie auf dem Laufenden und abonnieren Sie den Newsletter der Landesärztekammer!

[www.laekh.de/newsletteranmeldung](http://www.laekh.de/newsletteranmeldung)



## ALLGEMEINE HINWEISE

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

Carl-Oelemann-Schule | Carl-Oelemann-Weg 5 | Bad Nauheim  
Fax: 06032 782-180 | Website: [www.carl-oelemann-schule.de](http://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](mailto:gaestehaus@fbz-hessen.de)

## Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein 95 Jahre

Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein (Foto), feiert am 28. November 2021 seinen 95. Geburtstag. 1981 war er eines der Gründungsmitglieder der bundesdeutschen Sektion der auf dem Hintergrund der eskalierenden Atomrüstung 1980 gegründeten IPPNW\*, die 1985 den Friedensnobelpreis erhalten hatte. Bis 1995 war er in deren Vorstand tätig. Mit ICAN\*\*, einer IPPNW-Gründung, konnte 2017 der Atomwaffenverbotsvertrag mit initiiert werden, 2017 erhielt ICAN ebenfalls den Friedensnobelpreis.

Gottstein formulierte für die IPPNW, dass diese nicht bereit sei, die Vision einer atomwaffenfreien Welt aufzugeben. Von 1971–1991 als Chefarzt der Med. Klinik des Bürgerhospitals Frankfurt tätig, engagierte er sich nach seiner Emeritierung bis 1996 verstärkt in den internationalen Gremien der IPPNW und war

in zahlreichen (Auslands-)Einsätzen aktiv. Wir gratulieren dem Gründer, Motor, Aktivisten und Mentor der IPPNW sehr herzlich und wünschen ihm und uns, dass er uns mit seiner vorbildhaften Haltung weiterhin begleiten möge. — Die Vita von Prof. Gottstein findet sich (anlässlich der Verleihung der Paracelsus-Medaille an ihn im Jahr 2011) auf der Website der Bundesärztekammer, Kurzlink: <https://tinyurl.com/jwfcxv2z/>.

Für die Regionalgruppe Rhein-Main der IPPNW:



Foto: Isolde Asbeck

**Bertram Thielmann**

\* IPPNW: International Physicians for the Prevention of Nuclear War; \*\* ICAN: International Campaign to Abolish Nuclear Weapons

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

Mandatsverzicht	mit Datum vom:	Nachrücker
Michael Waldeck Liste 2 Fachärztinnen und Fachärzte Hessen	08.11.2021	Dr. med. Wiegand Müller-Brodmann, Liste 2 Fachärztinnen und Fachärzte Hessen



### Leserbriefe

Zum Artikel „Aus dem Präsidium“ von Svenja Krück, Ausgabe 10/2021, S. 542

## Kinderplanung darf nicht das Karriereende bedeuten

Ich habe mich sehr über den Artikel von Frau Krück gefreut, besonders die exponierte Lage am Anfang der Ausgabe. Ich bin es mittlerweile auch leid, als Fast-Fachärztin in einem großen chirurgischen Fach nur darauf reduziert zu werden, wann die Familienplanung gestartet wird.

Wie selbstverständlich bedeutet schon der Gedanke an Kinderplanung das unwiderrufliche Ende der noch kaum begonnenen Karriere.

Kurz- bis mittelfristig werden sich viele Kolleginnen diesbezüglich beruflich umorientieren oder der Medizin gänzlich den Rücken kehren.

Ich denke, genau wie Kollegin Krück, dass dieser Zustand schnellstmöglich geändert werden muss, weil ein derartig massiver Verlust an Humankapital langfristig nicht tragbar ist.

**Dr. med. Linda Marth**  
Offenbach

## Neue Führung bei den hessischen Urologen

Bei der Mitgliederversammlung des Berufsverbandes der Urologen Hessen (BVdU) wurde Ende November ein neuer Vorstand gewählt. Der bisherige Vorsitzende Dr. med. Peter Kollenbach wechselt in das Präsidium der BVdU nach Berlin. Die hessischen Urologen bedanken sich bei Kollenbach für seine erfolgreiche Arbeit für den BVdU Hessen und in der Hessischen Urologen eG (HUeG). In der Mitgliederversammlung wurde Dr. med. Michael Weidenfeld (Fo-



to links) als 1. Vorsitzender und Dr. med. Kurt Özdemir als 2. Vorsitzender gewählt. Beide wollen als Team den hessischen Berufsverband führen. (red)

## Bakterielle Kontamination von Ultraschallgelen des Herstellers Eco-Med Pharmaceuticals

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) warnt vor möglichen Blutvergiftungen durch bakterielle Kontamination von Ultraschallgelen und -lotionen des Herstellers Eco-Med Pharmaceuticals. Bei diesen Gelen und Lotionen wurde eine Kontamination mit Burkholderia cepacia complex festgestellt. Dieser Komplex besteht aus mehreren Bakterien-

spezies der Gattung Burkholderia, der insbesondere bei immungeschwächten Menschen schwere Infektionen auslösen kann, die bis zur Sepsis und dem Tod führen können.

Informationen sowie eine Liste der bekannten betroffenen Produkte finden Sie auf der Website des BfArM [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de), folgender Kurzlink führt direkt dorthin: <https://tinyurl.com/8caew3k/>.

## Strahlenschutzgesetz und neue Strahlenschutzverordnung: Künftig nur Umweltressort zuständig

Die behördlichen Zuständigkeiten für Röntgenstrahlenschutz, Nuklearmedizin und Strahlentherapie in Hessen werden zum 1. Januar 2022 im Umweltressort zusammengeführt.

Das deutsche Strahlenschutzrecht wurde zum 1. Januar 2019 umfassend neu geregelt. Röntgenverordnung und alte Strahlenschutzverordnung wurden ersetzt durch Strahlenschutzgesetz und neue Strahlenschutzverordnung. Vor diesem Hintergrund hat die Hessische Landesregierung entschieden, die bislang getrennten behördlichen Zuständigkeiten für Röntgenstrahlenschutz (Sozialressort), Nuklearmedizin, Strahlentherapie und andere Strahlenschutzthemen (Umweltressort) zum 1. Januar 2022 zusammenzuführen.

Der Vollzug der strahlenschutzrechtlichen Aufgaben wird unverändert bei den drei Regierungspräsidien in Kassel, Gießen und Darmstadt liegen, dort künftig

in den Umweltabteilungen. Für technische Fragestellungen wird das Fachzentrum Röntgen beim Hessischen Landesamt für Naturschutz, Umwelt und Geologie in Kassel eingerichtet. Bestimmte Aufgaben verbleiben wie bisher bei den Landesärztekammern. Ebenso unberührt bleiben die Aufgaben der Ärztlichen und Zahnärztlichen Stelle Hessen im Bereich Qualitätssicherung in der Medizin. Oberste Landesbehörde in allen Strahlenschutzbelangen ist künftig das Hessische Ministerium für Umwelt, Klimaschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz in Wiesbaden. Kontakt: [strahlenschutz@umwelt.hessen.de](mailto:strahlenschutz@umwelt.hessen.de)

**Dr. Gerald Kraus**

Hessisches Ministerium für Umwelt,  
Klimaschutz, Landwirtschaft  
und Verbraucherschutz;  
Referat II 8 „Strahlenschutz,  
Großbeschleuniger, Notfallschutz“

## Dr. med. Christian Schwark ist neuer Vorsitzender des Marburger Bundes Hessen

In der jüngsten Hauptversammlung des Marburger Bundes Hessen in Gießen wurde Dr. med. Christian Schwark im ersten Wahlgang von den Delegierten einstimmig zum neuen Vorsitzenden gewählt. Schwark trat ohne Gegenkandidaten an. Der neue gewählte Landesverbandsvorsitzende ist Facharzt für Neurologie und Oberarzt am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt und seit 2006 Mitglied im MB Hessen. Schwark folgt auf Dr. med. Susanne Johna, die nach acht Jahren Amtszeit nicht wieder für den Vorsitz in Hessen kandidiert hat. Sie bleibt dem Verband jedoch als 1. Stellv. Vorsitzende erhalten. Als zweiter Stellv. Vorsitzender wurde Dr. med. Andreas Scholz im Amt bestätigt. Mit Christian Schwark erhält der hessische Landesverband einen engagierten Arzt, der sich für das Thema Nachwuchsförderung und das Netzwerk Junge Ärztinnen und Ärzte stark macht. Darüber hinaus ist er tarifpolitisch aktiv und auch im Betriebsrat tätig. „Ich freue



Foto: MB Hessen

Dr. med. Christian Schwark (Mitte), PD Dr. Andreas Scholz (links) und Dr. med. Susanne Johna.

mich sehr auf die neuen Aufgaben und natürlich auf die Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen. Wichtig ist mir in meiner Arbeit die Arbeitsbedingungen vieler Ärztinnen und Ärzte zu verbessern und damit auch insgesamt das Wohl der uns anvertrauten Patienten. Da hat der Marburger Bund Hessen bereits vieles erreichen können und da werden wir weitermachen.“

(red)

Bezirksärztekammer Gießen

Bezirksärztekammer Marburg

## Wir gedenken der Verstorbenen



Foto: © Jozsitaeroc - stock.adobe.com

Bezirksärztekammer Wiesbaden



## Ehrungen MFA/ Arzthelfer\*innen

Wir gratulieren zum zeh- und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Wir gratulieren zum 25-jährigen Berufsjubiläum:

Wir gratulieren zum 40-jährigen Berufsjubiläum:

### Goldenes Doktorjubiläum

### Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

**Arztausweis-Nr.** 60055314 ausgestellt am 17.08.2018 für Dr. med. Gerd-Roland Bergner, Frankfurt am Main

**Arztausweis-Nr.** 60047854 ausgestellt am 28.03.2017 für Dr. med. Dr. rer. nat. Renate Blütters-Sawatzki, Münzenberg

**Arztausweis-Nr.** 60059793 ausgestellt am 24.06.2019 für Prof. Dr. med. Claudia Christ, Taunusstein

**Arztausweis-Nr.** 60053556 ausgestellt am 04.04.2018 für Dr. med. Colleen Cuca, Frankfurt am Main

**Arztausweis-Nr.** 60068393 ausgestellt am 28.09.2020 für Prof. Dr. med. Michael Franz, Marburg

**Arztausweis-Nr.** 60047836 ausgestellt am 27.03.2017 für Kateryna Ivanova, Braunschweig

**Arztausweis-Nr.** 60062669 ausgestellt am 16.12.2019 für Tove Josefsen, Frankfurt am Main

**Arztausweis-Nr.** 60067338 ausgestellt am 17.08.2020 für Katharina Laudemann, Sontra

**Arztausweis-Nr.** 60047692 ausgestellt am 16.03.2017 für Dr. med. Steffen Lutzi, Lampertheim

**Arztausweis-Nr.** 60046673 ausgestellt am 17.01.2017 für Seyedehm Mirmansouri, Rödermark

**Arztausweis-Nr.** 60054862 ausgestellt am 16.07.2018 für Lars Nagelmann, Mannheim

**Arztausweis-Nr.** 60067758 ausgestellt am 02.09.2020 für Dr. med. Johannes Neebe, Ahnatal

**Arztausweis-Nr.** 60070038 ausgestellt am 30.11.2020 für Dr. med. Ulrike Prasiswa, Darmstadt

**Arztausweis-Nr.** 60063131 ausgestellt am 15.01.2020 für Dr. med. Stefan Seemayer, Mainz

**Arztausweis-Nr.** 60045115 ausgestellt am 11.10.2016 für Dr. med. (Univ. Pecs) Myriam Welbers, Babenhausen

## 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 3. Quartal 2021:  
Druckauflage: 38.475 Ex.; Verbreitete Auflage: 38.252 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 Gewährles-  
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