

# Hessisches Ärzteblatt

Online unter: [www.laekh.de](http://www.laekh.de) | 3 | 2022  
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 83. Jahrgang



## Krankenhausplanung und Finanzierung neu aufstellen

Foto: © sportmatikphoto – stockadobe.com

**„Weckruf“ – Teil 1**  
Kampfblatt des NS-Ärztebundes 1933: Rückblick mit historischer Einordnung

**CME: Allgemeinmedizin**  
Zertifizierte Fortbildung über hausärztliche Vorgehensweisen in Grenzsituationen

**#ImpfAIRbus**  
Impfaktion im Transportflieger der Luftwaffe am Kassel Airport

# Wertschätzung steigern

**E**s freut mich sehr, dass ich regelmäßig Zuschriften zu meinen Editorials erhalte, denn das zeigt mir, dass Sie meine Zeilen lesen und – noch viel wichtiger – sich aktiv mit den jeweiligen Themen auseinandersetzen. Diese Rückmeldungen geben wertvolle Hinweise, ob ich aus der Fülle der ärztlichen Themen die Bereiche herausgreife, die auch in Ihrem Fokus stehen.

So ist das Thema Gesundheitserziehung in Schule und Kindergarten, das ich im HÄBL 02/2022 kurz erwähnt habe, nicht unbenutzt geblieben. Karoline Müller, Fachärztin für Allgemeinmedizin, schickte mir eine E-Mail, die mit ihrem Einverständnis als Leserbrief auf Seite 165 abgedruckt ist, und fragt darin nach Initiativen oder Kontakten, um in dieses Thema Bewegung zu bringen. Hier möchte die Landesärztekammer Hessen gerne Hilfestellung leisten, um Interessierte zusammen zu bringen und nach Möglichkeiten zur Umsetzung zu suchen. Wenn Sie bereit sind, ein Projekt für Gesundheitserziehung in Schule und Kindergarten zu unterstützen, schreiben Sie uns bitte per E-Mail an [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de). Wir werden dann versuchen, einen ersten Austausch in einem Online-Meeting zu ermöglichen.

Dass das Thema Gesundheit nicht nur alte und ältere Menschen, sondern gerade auch die jungen Menschen interessiert, zeigen nicht nur die unverändert hohen Bewerbungszahlen für das Studium der Humanmedizin, sondern auch die ungebrochene Beliebtheit des Ausbildungsberufs Medizinische Fachangestellte. 2021 wurden Rekordzahlen mit bundesweit mehr als 17.100 Ausbildungsverträgen verzeichnet. Damit wurde der bislang bei Frauen beliebteste Ausbildungsberuf Kauffrau für Büromanagement auf den zweiten Platz verwiesen. Der Männeranteil ist unverändert mit knapp vier Prozent ausgesprochen niedrig.

Ceterum censeo, dass die Politik den Medizinischen Fachangestellten endlich einen Coronabonus zugesteht. Die Wertschätzung für diese unverzichtbaren Fachkräfte muss endlich gesteigert werden.

Auch wir wollen etwas steigern – und zwar die Zufriedenheit unserer Mitglieder – und führen aus diesem Grund die Möglichkeit ein, Beschwerden, die sich auf die Arbeit der Weiterbildungsabteilung der Landesärztekammer Hessen beziehen, über ein Online-Formular zu äußern. Obwohl die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Abteilung durch die Einführung der neuen Weiterbildungsordnung 2020 sehr gefordert sind, besteht der Wunsch, mögliche Mängel präzise in Erfahrung zu bringen, um diese dann zielgerichtet beheben zu können. Informationen finden Sie in dieser Ausgabe auf der Seite 160.

Herausforderungen verschiedenster Art fordern uns alle mehr oder weniger – und das nicht nur in Bezug auf die zermürbende Coronapandemie. Eine Auswahl zeigt sich auf den folgenden Seiten: Schwangerschaft während der Weiterbildung, Neustrukturierung der Krankenhausplanung und -finanzierung, Digitalisierung in der Medizin, Patientensicherheit als Teil des Studiums und nicht zuletzt die Aufrechterhaltung der Erinnerung an die Machtübernahme der Nationalsozialisten.

Unter dem Eindruck des Zweiten Weltkrieges und der Gräueltaten unter Mitwirkung von Ärzten während der Naziherrschaft wurde das Genfer Gelöbnis 1948 auf der 2. Generalversammlung des Weltärztebundes verfasst und 2017 zeitgemäß überarbeitet: „Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.“

Mehr möchte ich in diesem Editorial gar nicht schreiben.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski  
Präsident



Foto: © sportmatkphoto – stock.adobe.com

**Krankenhausplanung neu aufstellen**  
 „Krankenhäuser müssen so aufgestellt sein, dass sie sich gut ergänzen und im Sinne der Patientenversorgung miteinander kooperieren.“ Dr. med. Susanne Johna, 1. Vorsitzende des Marburger Bund Bundesverbandes, über Ist-Zustand und notwendige Reformen im Krankensektor.

152



Titelbild Folge 1, „Eismond 1933“, Repro: LÄKH

**„Weckruf“ – Kampfblatt des NS-Ärztbundes**  
 Ein Kellerfund aus dem Archiv der Pathologie des Klinikums Darmstadt machte es jetzt möglich, einen besonderen Blick auf die 1933 erschienenen Ausgaben des „Weckrufes“ zu werfen. In dieser Ausgabe lesen Sie Teil I des Rückblicks auf das nationalsozialistische Kampfblatt mit historischer Einordnung.

166

<b>Editorial:</b> Wertschätzung steigern .....	147
<b>Aus dem Präsidium:</b> Schwangere Ärztinnen = Berufsverbot: Das geht besser! .....	150

**Ärztchammer**

Guter Service ist uns wichtig! Beschwerdemanagement in der Abteilung Ärztliche Weiterbildung .....	160
Serie Teil VIII: Die Listen der Delegiertenversammlung 2018–2023 stellen sich vor – Liste ÄrztINNEN Hessen .....	161
Teil I: „Weckruf“ – Kampfblatt des NS-Ärztbundes 1933 .....	166
Serie Teil 15: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung – Das Marburger PJ-Curriculum .....	176

**Gesundheitspolitik**

Planung durch bedarfsgerechte Steuerung – Krankenhausplanung und Finanzierung neu aufstellen .....	152
--	-----

**Fortbildung:** CME: Hausärztliche Vorgehensweise in Grenzsituationen .....

154

**Parlando:** Radio, Frauen und die Suche nach dem Glück .....

193

**Bekanntmachungen**

■ <b>Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:</b> Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung .....	179
■ <b>Fort- und Weiterbildungen für MFA:</b> Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule .....	185
■ <b>Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen</b> .....	194
■ <b>Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen:</b> Änderung der Bereitschaftsdienstordnung .....	200

<b>Carl-Oelemann-Schule:</b> Fortbildung „Ambulantes Operieren“ für Medizinische Fachangestellte .....	187
--	-----

<b>Mensch und Gesundheit:</b> Seelsorgliche Begleitung beim Wunsch nach assistiertem Suizid – Sicht eines katholischen Krankenhauspfarrers/Rezension: Stephan Sahm – An der Seite des Lebens .....	188/189
--	---------



Foto: © Yakobchuk Olena – stock.adobe.com

**CME: Das Besondere der Allgemeinmedizin**

Die Allgemeinmedizin spielt eine Schlüsselrolle im Gesundheitssystem. Der zertifizierte Fortbildungsartikel informiert über die hausärztliche Vorgehensweise in Grenzsituationen, in denen die individuelle Vorstellung auf klinische Evidenz trifft. In diesen Situationen ist die ärztliche Rolle vielfältig und oft widersprüchlich.

154



Foto: Manuel Maier

**#ImpfAIRbus am Kassel Airport**

Bislang einmalig, konnten sich Ende Januar Interessierte ab fünf Jahren in einem Airbus A400 M Atlas gegen Covid-19 impfen lassen. Auf Einladung des Airports stellte die Luftwaffe das imposante Luftfahrzeug im Rahmen einer kurzen Unterbrechung eines Trainingsfluges für die Impfkation zur Verfügung.

151

**Im Gespräch:** Dr. med. Filippo Martino stellt die Deutsche Gesellschaft für Digitale Medizin vor ..... 162

**Medizingeschichte:** Pionier des Heilfastens – Otto Buchinger (1878–1971) ..... 172

**Ansichten und Einsichten**

S3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen Patienten – kritische Betrachtung ..... 170

Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie aus der Sicht eines Operateurs ..... 190

**Junge Ärzte und Medizinstudierende:** Bevölkerungsmedizin im Studium stärken – PJ am Gesundheitsamt Frankfurt 164

**Nachrichten:** #ImpfAIRbus am Kassel Airport ..... 151

**Nachruf:** Gedenken an Prof. Dr. med. Ernst-Gerhard Loch ..... 158

**Leserbriefe:** Lernen, gesund und glücklich zu leben ..... 165

**Büchertipps von Lesern für Leser:** Peter Righi: Zweitagestouren in Südtirol ..... 163

**Impressum** ..... 205

**Bücher**



**Manuelle Medizin 2**

U. W. Böhni,  
M. Lauper,  
H. Locher (Hrg.)

S. 175

Thieme

**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)

# Schwangere Ärztinnen = Berufsverbot: Das geht besser!

Im Januar 2018 trat das novellierte Mutterschutzgesetz ( MuSchuGe) in Kraft: Es sollte eine diskriminierungsfreie Teilhabe von schwangeren Frauen an ihrem Arbeitsplatz gewährleisten, der Bundesausschuss Mutterschutz sollte ebendies evaluieren und optimieren. Im Hessischen Ärzteblatt vom Januar 2022 berichtete eine schwangere Ärztin von ihren Erfahrungen nach Bekanntgabe der Schwangerschaft: Ein Berufsverbot wurde ausgesprochen ohne Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung bzw. Prüfung, ob eine andere Tätigkeit oder ein anderer Arbeitsbereich in Frage käme. In Folge musste sie ihre Weiterbildung für die nächsten neun Monate unterbrechen. Zählt man die Elternzeit noch dazu, wird sie in den nächsten 20 Monaten wohl keine Weiterbildung mehr machen können.

Rechnen wir das mal zusammen: sechs Jahre Studium, fünf bis sechs Jahre Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt, dazwischen zwei Schwangerschaften mit je neun Monaten „Berufsverbot“ plus eventuell Elternzeit: Da ist der Weg zur Niederlassung oder auch zu einer Leitungsfunktion erheblich verlängert und damit ein Karriereknick vorprogrammiert – sei es in Klinik oder Praxis.

Die Studentinnen der Medizin beklagen, sie würden von den Kursen ausgeschlossen und so massiv an ihrem Studium gehindert – und hier hat das weiterreichende finanzielle Folgen, beispielsweise bei Studienkrediten.

Es gibt dazu valide Zahlen, die der Deutsche Ärztinnenbund bei einer Befragung erhoben hat. Das Gesetz ist von JuristInnen geschrieben, daher ist häufig trotz sehr gut dargelegter Gefährdungsbeurteilung (deren Erstellung Pflicht ist), Umgestaltung der Arbeitsbedingungen und Einhaltung der Schutzmaßnahmen durch den Arbeitgeber eine Weiterbeschäftigung nicht möglich, weil die beaufsichtigenden Behörden ein Restrisiko nicht als aus-



Foto: Katarina Ivanisevic

„Schwanger als  
Medizin-  
studierende  
oder  
junge Ärztin:  
Da ist ein  
Karriereknick  
vorprogram-  
miert.“

geschlossen ansehen. Die Pandemie hat diese Situation dramatisch verschärft und die Entscheidungen variieren je nach Behörde.

Natürlich gibt es gesundheitliche Gründe von Mutter und Kind, in der Schwangerschaft allgemein und als Ärztin nicht zu arbeiten. Dies darf aber nicht auf alle im Gesundheitssystem tätigen Schwangeren bezogen werden.

Es gibt durchaus positive Beispiele in Kliniken und Praxen: In unserer Notaufnahme hat eine schwangere Kollegin weiterarbeiten können, sie hat die Bettenstation der Notaufnahme betreut sowie PatientInnen in der Notaufnahme aufgenommen; konnte immer Hilfe holen und zum Beispiel invasive Maßnahmen, die sie nicht durchführen wollte, an die Kolleginnen abgeben. Natürlich ohne Nachdienste, Wochenenden und nicht nach 20 Uhr. Und vor der Pandemie.

Es gibt bereits viele Gruppierungen, die sich dieses Themas angenommen haben und auf allen möglichen

Ebenen protestieren: Der Deutsche Ärztinnenbund, der Zahnärztinnenbund, in der Ärztekammer Nordrhein gibt es einen Ausschuss Mutterschutz, Dr. Olga Herschel hat zuletzt in der „TAZ“ einen Artikel zu diesem Thema veröffentlicht. Auch die Landesärztekammer Hessen hat einen Brief an das Hessische Sozialministerium gesandt und um Nachbesserung ersucht.

Wir sollten weiter dranbleiben an diesem Thema, denn auf die Ärztinnen kann bei der aktuellen Personalsituation und der Verteilung der Geschlechter in diesem Beruf niemand verzichten.

**Dr. med. Christine Hidas**  
Präsidiumsmitglied

## Save the date Deutsch-italienisches Fortbildungssymposium



**Landesärztekammer Hessen**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Kampf gegen das Virus: Wie Hessen und die italienische Region Kampanien die Corona-Pandemie bewältigen**

**Termin:** Freitag, 10. Juni 2022, Landesärztekammer Hessen, Frankfurt

**Veranstalter:** Akademie der Landesärztekammer Hessen in Zusammenarbeit mit dem Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Salerno

Das zweisprachige Symposium richtet sich an sowohl an Mitglieder der Landesärztekammer Hessen als auch an Ärztinnen

und Ärzte der partnerschaftlich verbundenen Ärztekammer der Provinz von Salerno. Details können Corona-bedingt zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht benannt werden. Die Veranstaltung wird von der Landesärztekammer Hessen zertifiziert.

Sie sind interessiert?

Für weitere Infos wenden Sie sich bitte per E-Mail an: [pressestelle@laekh.de](mailto:pressestelle@laekh.de)



**ordine dei medici  
e degli odontoiatri  
della provincia di salerno**

# #ImpfAIRbus am Kassel Airport

## Spektakuläre Impfkation im Transportflieger der Luftwaffe

Bislang einmalig, konnten sich Ende Januar Interessierte ab fünf Jahren in einem Airbus A400 M Atlas gegen Covid-19 impfen lassen. Auf Einladung des Airports stellte die Luftwaffe das imposante Luftfahrzeug im Rahmen einer kurzen Unterbrechung eines Trainingsfluges für die Impfkation zur Verfügung.

Im Bereich des Flughafens, wo der Airbus A400M abgestellt war, herrschte den ganzen Samstag über Hochbetrieb. Sanitätsstabsoffiziere, eine Kinderärztin und mehrere Angehörige der Johanniter-Unfall-Hilfe hatten die Impfung vorgenommen, die Soldaten der Verbindungskommandos Ein-/Ausschleusung und das Routing organisiert und mehrere Apotheken die QR-Codes für die elektronischen Impfzertifikate erstellt.

Am Ende des Tages hatten 840 Impflinge den Stempel in ihrem Impfpass, darunter waren auch 187 Kinderimpfungen. Fast 20 % der Dosen wurden als Erstimpfungen verabreicht – somit stützte die Aktion auch die Bemühungen der laufenden Impfkampagne, weitere Menschen von der Impfnötigkeit zu überzeugen.

Neben der Covid-Impfung stand auf dem Flughafen der Airbus im Mittelpunkt. Der ungewöhnliche Impfort ermöglichte interessante Einblicke in das Transportflugzeug der Bundeswehr und bewirkte nicht nur bei den zahlreichen Kindern und Jugendlichen unter den Teilnehmern leuchtende Augen. Und als Erinnerung an dieses außergewöhnliche Erlebnis wurde neben dem Impfzertifikat für jeden Teilneh-



Fotos: Manuel Maier, Jörg Fischer-Haldorn

Vor dem Airbus A400M: Der Präsident der Landesärztekammer Dr. med. Edgar Pinkowski (3.v.l.), Justitiar Manuel Maier (l.), Ärztlicher Geschäftsführer Dr. med. Alexander Marković (2.v.r.) sowie Oberstarzt Dr. med. Ulrich Jürgens (2.v.l.), Oberstleutnant Jörg Fischer-Haldorn (3.v.r.) und Oberst Siegfried Zeyer (Stv. Kommandeur und Chef des Stabes Landeskommando Hessen).

mer auch eine von der Luftwaffe extra erstellte Urkunde ausgehändigt.

Das Flugzeug selbst beeindruckte bereits beim ersten Anblick mit seinen Abmessungen (45 Meter Länge, 42 Meter Spannweite, fast 15 Meter Höhe) und den mächtigen Triebwerken (10.838 PS je Triebwerk). Schon bei Betreten über die geöffnete Heckklappe folgte der Blick in den beeindruckenden Laderaum. 18 Meter tief, vier Meter breit und ebenfalls fast vier Meter hoch, stellte er das Herzstück der Impfkation dar. Am Vorabend hatten Johanniter und Soldaten dort 23 provisorische Impfkabinen eingerichtet. Mit hoch angebrachten Seilen wurden Bereiche eingeteilt und mit Einmaldecken Impfkabinen geschaffen. Damit es zu dieser Aktion kommen konnte, war die Koordination unterschiedlicher Stellen notwendig. Im Rahmen der Zivil-

Militärischen-Zusammenarbeit waren der Kassel Airport, das Lufttransportgeschwader 62 aus Wunstorf, der Regionalverband Kurhessen der Johanniter-Unfall-Hilfe, das Bezirksverbindungskommando im Regierungspräsidium Kassel und die beiden Kreisverbindungskommandos Kassel Stadt und Land der Bundeswehr, Sanitätsstabsoffiziere aus ganz Hessen, eine Kinderärztin, mehrerer Apotheken der Region und die Städtischen Werke Kassel beteiligt.

Die sogenannte Zivil-Militärische-Zusammenarbeit ist eine Organisationsform, die den Einsatz der Bundeswehr bei Katastrophenfällen, Unglücken und beispielsweise auch bei Lagen wie Corona regelt. Teil dieses Beraterteams auf Ebene der Landkreise sind immer auch Ärzte und Mediziner. Kontakt zu den Kreisverbindungskommandos der Bundeswehr kann über die Katastrophenschutzstäbe der jeweiligen Landkreise aufgenommen werden.

**Jörg Fischer-Haldorn**

Oberstleutnant,  
Leiter Kreisverbindungskommando  
Stadt Kassel

**Dr. med. Florian Wolf**

Oberstarzt, Sanitätsstabsoffizier  
Senior-Manager Gesundheitsversorgung  
ZMZ, BVK Kassel



Die Johanniter und Bundeswehrosoldaten hatten im Airbus 23 provisorische Impfkabinen eingerichtet.



# Planung durch bedarfsgerechte Steuerung

## Krankenhausplanung und Finanzierung neu aufstellen

Die neue Bundesregierung will in Zusammenarbeit mit den Ländern die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg bringen. Dafür soll eine Regierungskommission Empfehlungen erarbeiten, insbesondere bundeseinheitliche „Leitplanken“ für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung. So ist es im Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP festgehalten. Der vorgesehene Bund-Länder-Pakt folgt der Realität: Längst werden auf Bundesebene Entscheidungen mit Planungsrelevanz getroffen. Man denke nur an die Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses. Fakt ist aber auch, dass jedes Bundesland „für sich“ plant. Krankenhauspläne werden in der Regel fortgeschrieben, ohne dass die Strukturen im Einzelnen den Versorgungsnotwendigkeiten folgen und ohne dass ambulante und stationäre Versorgung zusammengedacht werden.

Zwar sind die Länder verpflichtet, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern sicherzustellen (§ 6 KHG), dieser verfassungsrechtlich vorgegebenen Aufgabe im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge werden sie aber kaum gerecht. Versorgungsprozesse sind häufig unkoordiniert und nicht patientenorientiert. Es fehlt eine tragfähige Balance zwischen flächendeckender Grundversorgung und Spezialisierung. Das Versorgungsspektrum von Krankenhäusern in räumlicher Nähe ist vielfach kompetitiv strukturiert und es besteht ein Verdrängungswettbewerb. Im Sinne der Patientenversorgung wären aber abgestimmte Angebote, kooperative und komplementäre Strukturen, Standortzusammenführungen und im Einzelfall auch Standortschließungen.

### Herausforderung Ist-Zustand überwinden

Veränderungen sind unumgänglich. Der Wettbewerb darf nicht dazu führen, dass

das Krankenhaus mit dem längsten Atem überlebt, ein bedarfsgerechtes Krankenhaus aber dafür weichen muss. Was wir seit Jahren erleben, ist keine strukturierte Krankenhausplanung der Länder, sondern eine durch Unterfinanzierung getriebene Insolvenzförderung. Die erforderliche Balance zwischen Daseinsvorsorge und Wirtschaftlichkeit ist nicht mehr gegeben. Die Krankenhäuser unterliegen einem durch politische Entscheidungen forcierten Kostenwettbewerb, unter dem das Klinikpersonal und die Patienten gleichermaßen zu leiden haben. Immer mehr kommerzielle Steuerungs- und Regulierungsinstrumente dominieren die Versorgung und setzen falsche Anreize. Das schadet der Qualität der Patientenversorgung und untergräbt das Vertrauen in das gesamte System.

Auch der Ansatz, durch planungsrelevante Qualitätsvorgaben Krankenhausplanung zu lenken, hat sich trotz des großen personellen und finanziellen Aufwands nicht bewährt. Gleichzeitig haben die Landesärztekammern ihre koordinierende Rolle in der externen Qualitätssicherung verloren, denn sie sind in der neuen DeQS-RL (Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung) nicht mehr gleichberechtigte Partner.

Der Bundesgesetzgeber macht zunehmend Vorgaben, die sich mittelbar auf die Krankenhausplanung auswirken, aber de facto keine planerisch gestaltende Wirkung haben, sondern sie erschweren. Auch die Realisierung von Kooperationen oder Zusammenschlüssen ist schwerer als gedacht, weil sie vielfach der Wettbewerbskontrolle unterliegt und eben nicht dem Versorgungsbedarf.

Die Krankenhausversorgung braucht definitiv eine Neujustierung. Dazu ist es erforderlich, auf verschiedenen Ebenen neu zu denken, zu planen und zu gestalten. Wirtschaftliche Rahmenbedingungen können nicht ausgeblendet werden – sie dürfen die Versorgung aber nicht dominieren, wie das derzeit der Fall ist. Wir brauchen eine werteorientierte Medizin in den Kranken-

häusern, mit ausreichend Zeit für die individuelle Behandlung und Betreuung der Patienten.

### Herausforderung ländlicher Bereich

Die Krankenhausplanung der Länder muss endlich wieder auf ihr originäres Ziel einer bedarfsgerechten Steuerung der Versorgung ausgerichtet werden. Dazu gehört selbstverständlich die Berücksichtigung der Bevölkerungs- und demografischen Entwicklung und damit der Versorgungsbedarfe in den Regionen. Gerade im ländlichen Raum führt der Ärztemangel schon jetzt zu Versorgungsengpässen. Deswegen sollten kleinere Häuser im ländlichen Raum durch Facharztkompetenz auch aus dem ambulanten Bereich unterstützt werden, unter anderem durch Kooperationsverträge zwischen Krankenhasträgern, Krankenhausärzten und Vertragsärzten. Wo eine solche Kooperation auf regionaler Ebene nicht möglich ist, sollte das Krankenhaus einen ambulanten fachärztlichen Versorgungsauftrag bekommen. Beispielhaft für eine örtliche Bündelung der medizinischen Versorgungsangebote sind sogenannte sektorenverbindende Campuskonzepte, die auch therapeutische und rehabilitative Therapie sowie präventive Angebote mit einbeziehen.

### Herausforderung Versorgungsstufen

Die Festlegung von Versorgungsstufen im Krankenhausplan sollte verpflichtend sein und nach bundesweit einheitlichen Kriterien erfolgen, die stark divergierenden Landeskrankenshauspläne auch im Bereich der Versorgungsstufen sind nicht durch die Patientenbedarfe zu erklären. Die Patienten müssen in die jeweils medizinisch notwendige Versorgungsstufe – regionale Versorgung, überregionale Versorgung und Maximalversorgung bzw. Universitätsmedizin – zugewiesen werden. Da nicht immer eine passgenaue Zuweisung

über den Rettungsdienst möglich ist, sollte jede Klinik der regionalen Versorgung mit einem überregionalen oder einem Maximalversorger eine verbindliche telemedizinische Verknüpfung vereinbaren. So lässt sich spezialisiertes Wissen in die Fläche bringen und Sekundärverlegungen im Sinne der Patienten reduzieren. Es ist essenziell, diese Versorgungsstufen nicht nur zu benennen, sondern auch mit definierten Kriterien bezüglich der Erreichbarkeit, der Vorhaltung von Abteilungen, sowie der personellen und technischen Ausstattung zu hinterlegen. Entscheidend für die medizinische Qualität der Krankenhausversorgung ist die patienten- und aufgabengerechte Ausstattung der Abteilungen mit den richtig qualifizierten ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Voraussetzung hierfür ist eine gute ärztliche Weiterbildung. Daher muss sich die Krankenhausplanung zwingend auch an der ärztlichen Weiterbildungsordnung orientieren.

## Herausforderung Investitionen

Die Politik darf ihrerseits nicht länger die Augen vor der Tatsache verschließen, dass die völlig unzureichende Investitionsförderung der Länder einer der Hauptgründe für die Misere im Krankenhauswesen ist. Nur etwa die Hälfte des Investitionsbedarfs in Höhe von jährlich mindestens sechs Milliarden Euro wird derzeit von den Bundesländern gedeckt. Deshalb entnehmen die Krankenhäuser notwendige Mittel für Investitionen „in Dach und Gerät“ aus Betriebsmitteln, die dann an anderer Stelle schmerzhaft fehlen, beispielsweise bei der Bereitstellung des Personals. Entgegen den ursprünglichen Überlegungen von Fachpolitikerinnen und Fachpolitikern der Ampel-Koalition haben sich die Regierungsparteien in ihrem Koalitionsvertrag leider nicht auf ein stärkeres Engagement des Bundes bei den Krankenhausinvestitionen verständigen können. Dabei wäre eine stärkere Bundesbeteiligung ein wichtiger Schritt zu mehr Innovation und Planungssicherheit. So könnten vom Bund finanzierte Sonderförderprogramme – wie zur Digitalisierung im Krankenhausukunftsgesetz – verstetigt werden.

## Herausforderung DRG-Reform

19 Jahre nach der Einführung des DRG-Systems überwiegen die vielen Fehlanreize dieser Finanzierungsform. Das ärztliche und pflegerische Personal, das auf Seiten der Krankenhäuser und auf Seiten des Medizinischen Dienstes zur Administration eingesetzt wird, steht für die Patientenversorgung nicht zur Verfügung. Auch dies ist in Zeiten eines Fachkräftemangels inakzeptabel.

Zentraler Bestandteil einer neuen Krankenhausfinanzierung sind leistungsunabhängige Vorhaltekosten, die – gestaffelt nach Versorgungsstufe – von den Krankenkassen finanziert werden müssen. So wird auch dem Umstand Rechnung getragen, dass Universitätsklinika und Maximalversorger fallunabhängig deutlich höhere Vorhaltekosten haben als regionale Versorger. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System hat klar gezeigt, was passiert, wenn nur an einigen Stellen nachgebessert wird. Jetzt lastet der finanzielle Druck mit konsekutiver Personaleinsparung auf dem ärztlichen Personal. Die krankenhausesindividuellen Personalausgaben in der patientennahen Versorgung müssen auf Nachweis tarifkonform komplett gegenfinanziert werden. Hier können schon aufgrund des Fachkräftemangels keine Fehlanreize bestehen. Die verbleibenden Personal-, Sach- und Betriebskosten sollten in einer pauschalierten Finanzierung verbleiben. Durch diese neu aufgestellte Finanzierung erhalten Krankenhäuser nicht nur Planungssicherheit, sondern auch Anreize, damit nicht alle Krankenhäuser das tun, was manche besser können.

## Herausforderung neue Finanzierung und Planung gleichzeitig umsetzen

Die geschilderte Finanzierungsform setzt voraus, dass diejenigen Krankenhäuser finanziert werden, die für die Versorgung der regionalen Bevölkerung tatsächlich bedarfsgerecht und notwendig sind, den Patienten eine gute Struktur- und Versor-

gungsqualität und dem Personal attraktive Arbeitsbedingungen bieten.

In Hessen wird die Krankenhausplanung im Landeskrankenhausausschuss beraten. Der aktuelle Krankenhausplan hat trotz jahrelanger Konzeption keine relevanten Veränderungen in der hessischen Krankenhausstruktur gebracht und zeigt, wie wichtig länderübergreifend geeinte Rahmenstrukturen sind, die dann regional sinnvoll umgesetzt werden können. In NRW hat ein gut 900-seitiges Gutachten, das das Landesgesundheitsministerium in Auftrag gegeben hat, im Herbst 2019 die Debatte um die Krankenhausreform eröffnet. Als erstes Bundesland will NRW die Krankenhausstruktur künftig differenziert über Leistungsbereiche und Leistungsgruppen planen. Die Umsetzung dieses Vorhabens wird sicher auch in den anderen Bundesländern genau beobachtet werden.

## Ausblick

In der Corona-Krise haben wir erlebt, dass die Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte trägerunabhängig auch unter hoher Belastung die Patientenversorgung ermöglicht hat. Dies wurde sicher auch durch geänderte Finanzierungsvorgaben erleichtert. Das sollte allen Beteiligten Mut geben, nun endlich beherzte Schritte zu einer Neuordnung des Krankenhauswesens zu gehen. Denn Krankenhäuser müssen so aufgestellt sein, dass sie sich gut ergänzen und tatsächlich im Sinne der Patientenversorgung miteinander kooperieren.

**Dr. med.**

**Susanne Johna**

Internistin/Krankenhaushygiene,  
Gesundheitsökonomin (EBS);  
1. Vorsitzende  
Marburger Bund  
Bundesverband;

Vorstandsmitglied Bundesärztekammer;  
Präsidiumsmitglied  
Landesärztekammer Hessen  
Kontakt via E-Mail: [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de)



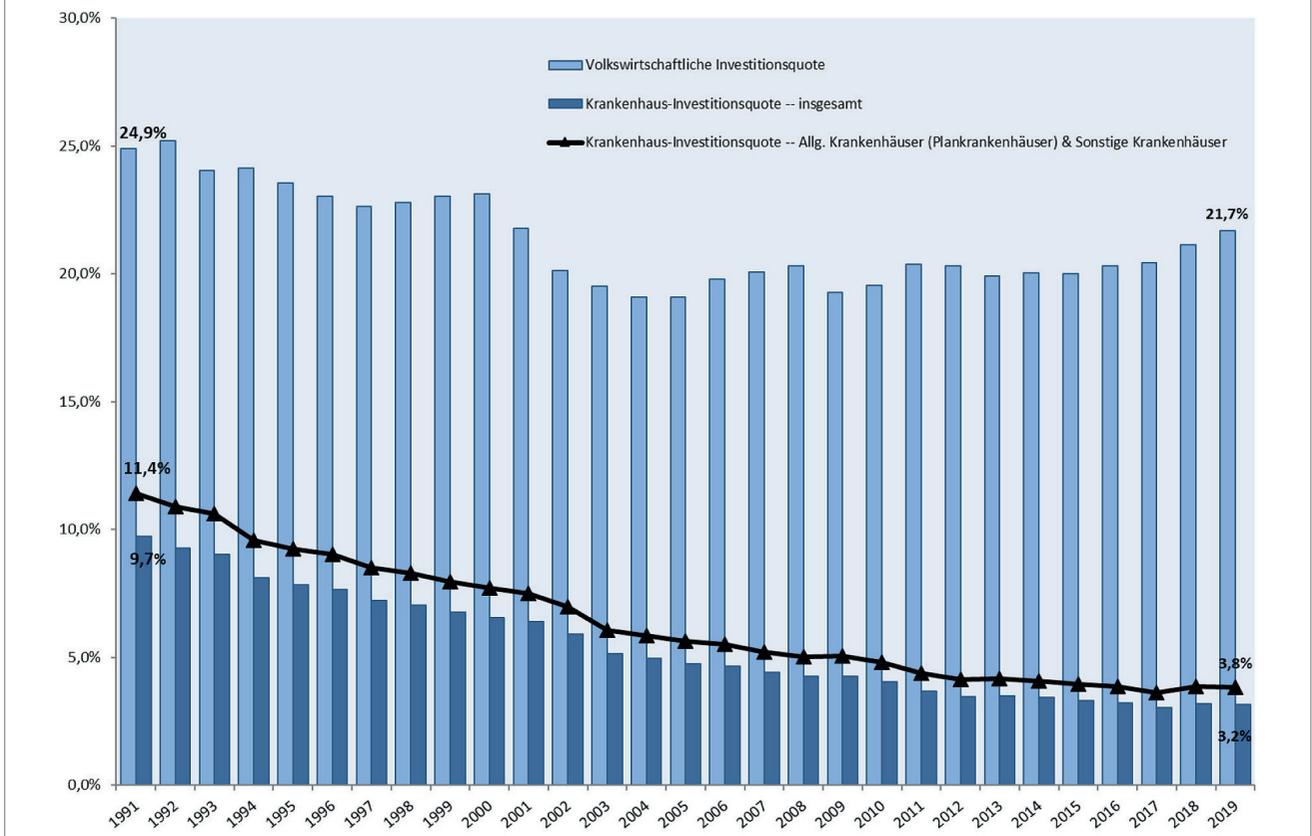
Foto: Marburger Bund

**Literatur:** Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat neu die „Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und

Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021“ veröffentlicht. Kurzlink: <https://tinyurl.com/5xxx7j7n/>.

Zwei Grafiken daraus finden sich in der Online-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes 03/2022.

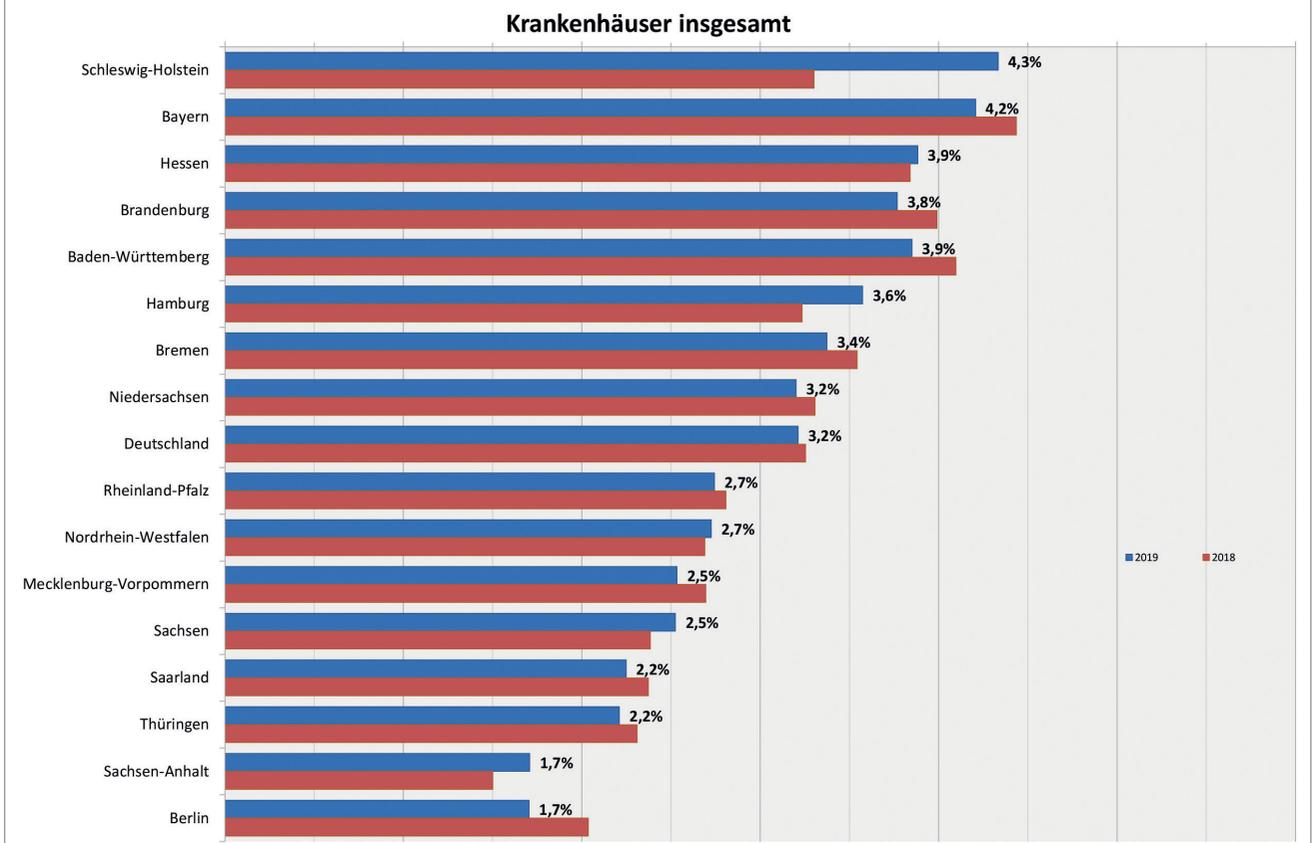
## Krankenhaus-Investitionsquote\* und volkswirtschaftliche Investitionsquote\*\* von 1991 bis 2019, aus [1], S. 87



\* Krankenhausinvestitionsquote: KHG-Fördermittel / bereinigte Krankenhauskosten

\*\* Volkswirtschaftliche Investitionsquote: Bruttoanlageinvestitionen / Bruttoinlandsprodukt

## Krankenhaus-Investitionsquote differenziert nach Bundesländern für die Jahre 2018 (rot) und 2019 (blau), aus [1], S. 91



[1] Die beiden Grafiken stammen aus: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), „Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021“, Kurztitel <https://tinyurl.com/5xxx77n/>. Quellen der Daten beider Grafiken: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhäuser des Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen der DKG.

# Hausärztliche Vorgehensweise in Grenzsituationen

## Das Besondere der Allgemeinmedizin im Umgang mit Patientenanliegen

VNR: 2760602022112670008

Dr. med. Nicole Lindner, Dr. med. Elke Neuwohner, Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, Prof. Dr. med. Erika Baum

Das Fachgebiet Allgemeinmedizin beinhaltet neben der Prävention die akute und langfristige Grundversorgung aller Patient\*innen mit somatischen, psychischen und sozial bedingten Gesundheitsproblemen. Basis ist eine auf Dauer angelegte Arzt-Patientenbeziehung und die „erlebte Anamnese“: Durch eine kontinuierliche Betreuung können Hausärzt\*innen eine Fülle an Informationen zu medizinischen und psychosozialen Aspekten „sammeln“. Die Allgemeinmedizin spielt eine Schlüsselrolle im Gesundheitssystem [1]. Eine große Mehrheit der Vorstellungsgründe kann effizient in der hausärztlichen Praxis versorgt werden. In Deutschland ist lediglich bei 10 % Prozent aller Beratungsanlässe die Konsultation anderer Fachdisziplinen notwendig [2]. Hierbei sehen sich Hausärzt\*innen als moderne Generalisten. Allgemeinärzt\*innen haben eine breit ausgelegte Weiterbildung und können dadurch Patient\*innen als ganze Person behandeln (personenzentrierte Medizin) [3]. Häufig lassen sich im hausärztlichen Setting neue Beschwerden keiner klaren auslösenden Erkrankung zuordnen: In nur etwa 10 % der akuten Fälle steht am Ende einer hausärztlichen Bearbeitung der angegebenen Symptome eine gesicherte Krankheitsdiagnose [4].

Die Rolle und die Aufgaben der Medizin sind durch gesellschaftliche Veränderungen und den medizinischen Fortschritt einem großen Wandel unterworfen. Dieser Umbruch betrifft die Allgemeinmedizin in besonderem Maße und stärkt die Rolle der Allgemeinmedizin in ihrer Schlüsselposition. Auch die Zukunft bringt spannende Veränderungen in der gesamten medizinischen Welt. Schon heute lassen sich viele Aufgaben hoch spezialisierter Medizin ebenso gut, wenn nicht sogar besser durch künstliche Intelligenz bewerkstelligen. Als Beispiel sei hier die Befundung radiologischer Bilder durch automatisierte Systeme zu nennen



Foto: © Yakobchuk Olena – stock.adobe.com

[5]. Die personenzentrierte Medizin der Hausärzt\*innen hingegen wird auf lange Sicht unverzichtbar für eine gute Patientenversorgung sein. Nicht zuletzt zeigt sich unter dem Eindruck der aktuellen Corona-Pandemie, wie entscheidend die Rolle der Hausärzt\*innen für eine gute individuelle Betreuung der Patient\*innen unter Schonung der Ressourcen des Gesundheitssystems ist. Konkret konnte gezeigt werden, dass eine starke hausärztliche Versorgung zu einer geringeren Todesrate beiträgt [6]. Doch auch unabhängig von einer Pandemie führt eine gute Allgemeinmedizin durch strukturiertes Arbeiten zu einer stärkeren Verringerung von Morbidität und Mortalität als immer kleinere (technische) Fortschritte der spezialistischen Medizin [7].

### Die ärztliche Rolle ist vielfältig und widersprüchlich

Ihre Stärke zeigt die Allgemeinmedizin gerade in Grenzsituationen, in denen die individuelle Vorstellung auf klinische Evidenz trifft. Insbesondere in diesen Situationen ist die ärztliche Rolle vielfältig und oft widersprüchlich. Dieser Widerspruch

lässt sich anhand eines Schichtenmodells nach Donner-Banzhoff darstellen, welches die unterschiedlichen Funktionen in einen zeitlichen und räumlichen Zusammenhang stellt (Abb. 1, [8]).

Im Kontakt zu Patient\*innen nimmt die Ärzt\*in gleichzeitig unterschiedliche Rollen ein, die sich als Heiler, Detektiv, Gatekeeper und Partner beschreiben lassen. Die Kerneigenschaften der unterschiedlichen Rollen sind in Tab. 1 zusammengefasst. Wie auf Abb. 1 erkennbar, veränderte sich die Relevanz der einzelnen Rollen im Laufe der vergangenen Jahrhunderte. Diese unterschiedlichen Funktionen der Hausärzt\*in lassen sich auf den ersten Blick nur schwer in ein gemeinsames Bild bringen. Nachvollziehbar wird sowohl der Konflikt als auch die Ergänzung der verschiedenen Funktionen anhand der folgenden, nicht repräsentativen Fälle.

### 1. Reißen in der Brust – Fallvorstellung

Der Sohn des 90-jährigen Herrn T. ruft direkt nach Öffnung der Praxis am Morgen an und berichtet von einem im wahrsten Sinne des Wortes „herzzerreißenden“

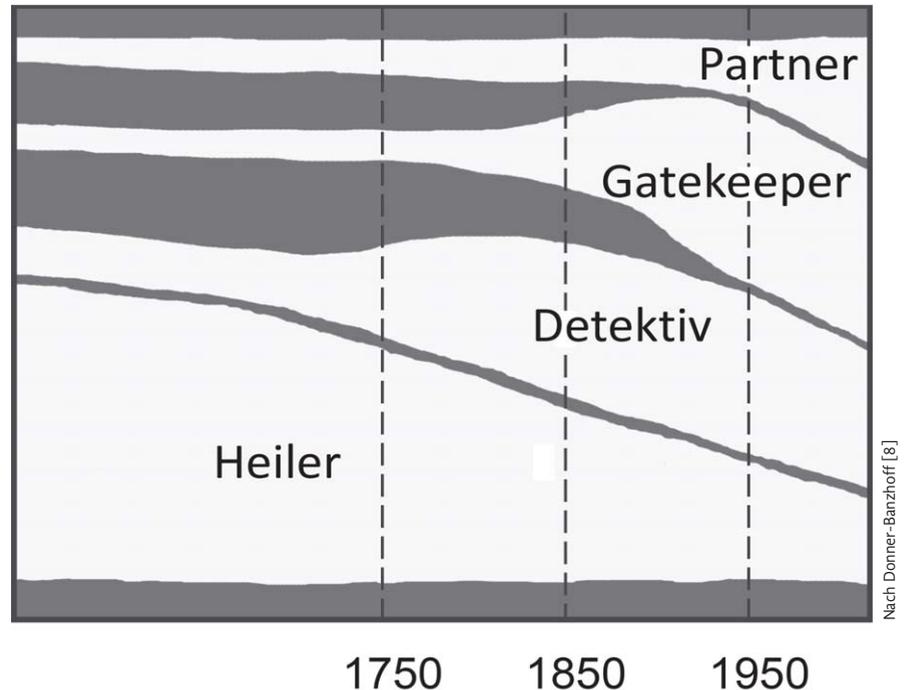
Traum seines Vaters. Der Patient liege seit dem frühen Morgen luftnötig im Bett und erzähle, dass er in der Nacht ein sehr starkes Reißen in der Brust in einem Traum verspürt habe. Den Rettungsdienst wolle der Vater auf keinen Fall rufen. Auf dem Weg zur Praxis kehre ich um und statte Herrn T. einen Hausbesuch ab.

#### Diagnostik:

Blutdruck 140/85, Puls 100/min, SpO<sub>2</sub> 98%, Cor: leise, Pulmo: bds. feuchte Rasselgeräusche, Marburger Herzscore: 4, Troponin-Schnelltest positiv

#### Therapie und Verlauf:

Bei meinem Eintreffen lag Herr T. luftnötig im Bett und gab mäßige thorakale Schmerzen an. Bei Verdacht auf eine Herzinsuffizienz im Rahmen eines vorangegangenen Herzinfarktes wollte ich sofort eine Krankenhauseinweisung veranlassen, doch auch mir gegenüber war Herr T. nicht zu einer stationären Behandlung zu bewegen („Dorthin [Krankenhaus] bringen mich keine sieben Pferde. Lieber sterbe ich zu Hause.“). Ich verabreichte dem Patienten 2 Hub Nitro und lagerte ihn mit angehobenem Oberkörper. Hierdurch besserten sich die Dyspnoe und die thorakalen Schmerzen. Danach besprach ich meine Verdachtsdiagnose mit Herrn T. sowie seinem Sohn und seiner Schwiegertochter. Ich klärte den Patienten darüber auf, dass eine zeitnahe Behandlung erforderlich sei und dass er bei einer Therapie im häuslichen Umfeld Einschränkungen bis hin zu seinem Tod zu befürchten habe. Dennoch lehnte Herr T. einen Transport in ein Krankenhaus kategorisch ab. Gründe für diese Entscheidung waren die Erfahrungen während eines vorangegangenen Krankenhausaufenthaltes, in welchem Herr T. an einem Durchgangssyndrom und an der Sorge litt, dass er ohne Beisein seiner Angehörigen versterben könne. Gemeinsam fällt die Familie die Entscheidung für eine bestmögliche häusliche Therapie. Herr T. lebte gut eingebettet in einem gemeinsamen Haushalt mit der Familie seines Sohnes, welche sich mit einer häuslichen Therapie einverstanden zeigte. Am Abend erhielt ich die Befunde der sofort entnommenen venösen Blutprobe: Troponin T: 188ng/li (Norm<13), proBNP:



Nach Donner-Banzhoff [8]

Abb. 1: Die Abbildung zeigt die Aspekte ärztlicher Tätigkeit in vier Schichten. Die Breite der Schichten stellt jeweils ihre Bedeutung in verschiedenen historischen Epochen dar. Da jeder Aspekt immer zu einem gewissen Maß präsent gewesen ist, ziehen sich alle Schichten durch die gesamte Zeit.

16900pg/ml (Norm<486), Kreatinin 1,82mg/dl (Norm<1,3), übriges Basislabor unauffällig. Ich erweiterte die medikamentöse Therapie, besuchte Herrn T. initial zwei Mal wöchentlich und konnte mich davon überzeugen, dass sich sein Zustand besserte. Nach einigen Wochen konnte Herr T. wieder Treppen laufen, was ihm selbst eines der größten Anliegen war. Er verspürte keine Thoraxschmerzen mehr, jedoch gelegentlich noch Dyspnoe. Vor wenigen Wochen verstarb Herr T. in einer Nacht kurz nach Weihnachten zu Hause.

#### Fallreflexion:

Grund für den primären Hausbesuch war ein stattgefunden Herzinfarkt mit folgender Herzinsuffizienz. Der Wille des Patienten war, auch in dieser kritischen Krankheitssituation im häuslichen Umfeld therapiert zu werden. Im Gegensatz dazu stand mein initialer Impuls, eine unverzügliche Krankenhauseinweisung und ggf. eine invasive Abklärung zu veranlassen. Jedoch ist das Bild einer autoritären, paternalistischen Ärzt\*in, die als Expert\*in über die Gesundheit und Therapie ihrer Patient\*innen entscheidet, schon lange keine Realität mehr. Statt-

dessen erfolgte selbst in einem bedrohlichen Setting eine partizipative Entscheidungsfindung („Shared Decision Making“). In einem zwischenmenschlichen Prozess entscheiden Patient\*innen und Ärzt\*innen als Partner\*innen gemeinsam über die Gesundheit des/der Patient\*in [9]. Das Ergebnis im Falle des Herrn T. war dabei eine häusliche Therapie. Ich klärte den Patienten darüber auf, dass im Krankenhaus umfangreichere Therapieoptionen zur Verfügung stünden und er ggf. bei einer Therapie im häuslichen Umfeld ein schlechteres Outcome zu befürchten habe.

Allerdings konnte ich nach einem Gespräch mit dem Patienten und der Familie die Ablehnung einer stationären Therapie nachvollziehen. Es ist fraglich, ob eine stationäre Therapie tatsächlich einen Benefit gebracht hätte und ob nicht tatsächlich ein von der Familie befürchtetes Szenario wie ein Sterbeprozess alleine im Krankenhaus Realität geworden wäre.

Mehr als ein halbes Jahr nach dem Herzinfarkt verstarb der Patient nach initialer Besserung. Rückblickend bewertet die Familie die Entscheidung für eine häusliche Therapie positiv und ist froh über die letzten gemeinsamen Monate.

## 2. Brennen beim Wasserlassen – Fallvorstellung

Die 68-jährige Rentnerin Frau O. stellt sich in der Hausarztpraxis aufgrund eines Druckgefühls im Unterbauch und Missempfindungen beim Wasserlassen vor. Seit dem Tod ihres Ehemannes leide sie immer wieder an Blasenbeschwerden. Im vergangenen Jahr sei sie von ihrer „Gynäkologin auf den Kopf gestellt worden“, ohne dass sie ihr habe helfen können. Sie habe unterschiedlichste Antibiotika einnehmen müssen und das letzte Mittel habe hier schließlich geholfen. Genau dieses Medikament bräuchte sie nun wohl wieder. Irgendetwas müsse ihr doch endlich helfen.

### Diagnostik

Körperliche Untersuchung: unauffällig, U-Status: Leuko 0/ Nitrit 0/ pH 5/ Eiweiß 0/ Glucose 0/ Keton 0/ Urobilinogen 0/ Bilirubin 0/ Erythrozyten, Urikult: kein Keimwachstum

### Therapie und Verlauf

Ich führte ein ausführliches Gespräch mit der Patientin, in dem ich ihr erläuterte, dass es aktuell bei uncharakteristischer Klinik und unauffälligem U-Status keinen Hinweis auf eine bakterielle Harnwegsinfektion gäbe und dass daher eine antibiotische Therapie nicht sinnvoll sei. Stattdessen legte ich der Patientin allgemeine Verhaltensregeln wie Erhöhung der Trinkmenge und Warmhalten der Blasenregion nahe. Mit diesem Vorgehen war die Patientin nicht einverstanden („Schon seit Tagen habe ich Schmerzen. Jetzt muss etwas geschehen.“). Um die Situation zu retten, besprach ich mit der Patientin die Einnahme eines phytotherapeutischen Präparats und die Wiedervorstellung in zwei Tagen. Hierauf ließ sich Frau O. ein.

Auf Fragen nach ihrer allgemeinen Lebenssituation ging die Patientin nicht ein („Mir geht es gut, wenn mir doch nur meine Blase nicht immer wieder zu schaffen machen würde.“). Bei der Folgevorstellung berichtete die Patientin von einer geringfügigen Besserung ihrer Beschwerden. Ich fragte sie erneut, wie es ihr im Allgemeinen gehe. Frau O. berichtete schließlich, dass sie zehn Jahre nach dem Tod ihres Ehemannes weiterhin trauere und ihn im alltäglichen Leben vermisse. Insbesondere belaste sie das Unverständnis ihrer Mitmenschen („Alle sagen mir, das ist so lange her. Darüber muss ich doch längst hinweg sein.“). Ich sprach ausführlich mit der Patientin und zeigte ihr mein Verständnis für ihre anhaltenden Gefühle. Darüber hinaus zeigte ich Frau O. Möglichkeiten auf, ihre Lebenssituation zu verbessern (Selbsthilfegruppe, Ausbau des Kontakts zu Familie und Freunden).

Ich vereinbarte einen weiteren Folgetermin. Bei den folgenden Vorstellungen berichtete die Patientin weiterhin über ein gebessertes Befinden und über einen engeren Kontakt zu ihrer Tochter. Im weiteren Verlauf kam es bedauerlicherweise unabhängig von der initialen Symptomatik 26 Jahre nach Erstdiagnose zu einem Rezidiv eines Mammakarzinoms. Derzeit befindet sich die Patientin nach Operation in strahlentherapeutischer Behandlung.

### Fallreflexion:

Initialer Beratungsanlass war der Verdacht der Patientin, an einer Harnwegsinfektion zu leiden. Im Rahmen einer personenzentrierten Medizin wurde das aktuelle Problem zum Anlass genommen, die genaueren Lebensumstände der Patientin zu beleuchten. Hierdurch kristallisierte sich die anhaltende Trauer der Patientin und das

subjektiv fehlende Verständnis der Umgebung als untermauernde Problematik heraus. Im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Ansatzes wurde das soziale Netzwerk der Patientin gestärkt. Hierdurch konnte die Ausgangssituation der Patientin gebessert werden.

Eine wichtige Grundlage der hausärztlichen Beziehung ist die Berücksichtigung des Patientenwunsches und die psychosomatische Grundversorgung. In der initialen Vorstellung war die Patientin zunächst davon überzeugt, ein spezielles Antibiotikum (Ciprofloxacin) zur Linderung ihrer Beschwerden verschrieben bekommen zu müssen. Für die Verschreibung eines Antibiotikums bestand grundsätzlich keine Indikation. Darüber hinaus forderte die Patientin ein Antibiotikum ein, das aufgrund eines ungünstigen Nebenwirkungsprofils selbst bei Nachweis eines Harnwegsinfektes nicht eingesetzt werden soll. Aus diesen Gründen konnte dem Wunsch der Patientin nach einer antibiotischen Therapie nicht entsprochen werden.

In der Rolle des Gatekeepers empfand ich, dass das individuelle Risiko den potenziellen Nutzen einer antibiotischen Therapie überwog. Als „Kompromiss“ zwischen dem Patientenwunsch und der sinnvollen Therapie wurde ein phytotherapeutisches Präparat nahegelegt. Von dem Präparat wurde sich keine Wirkung auf die Beschwerden der Patientin erhofft und es lässt sich daher als Pseudoplacebo werten. Der Einsatz eines Pseudoplacebos muss durchaus kritisch gesehen werden, jedoch konnte dadurch der ausgeprägte Therapiewunsch, welcher letztendlich sogar zu einem Abbruch der Arzt-Patienten-Beziehung hätte führen können, berücksichtigt werden. Das Verschreiben des Phytotherapeutikums lässt sich als rituelles Instrument eines Heilers einordnen.

Tab. 1: Kerneigenschaften der Arztrollen entsprechend dem Schichtenmodell

Heiler	Detektiv	Gatekeeper	Partner
Arbeitet vorrangig mit rituellen Handlungen, gibt damit eine Antwort auf Ängste, die sich aus Krankheit ergeben.	Schließt systematisch anhand von Befunden auf zugrunde liegende Erkrankungen.	Trifft Entscheidungen, welche Therapien in einer Nutzen-Risiko-Bewertung für das Individuum sinnvoll sind. Geht gewissenhaft mit gesellschaftlichen Ressourcen um.	Trifft Entscheidungen partizipativ mit Patient*innen.

### 3. „Darf ich trotzdem noch zu Ihnen kommen?“ – Fallvorstellung

Die 79-jährige Frau E. stellt sich aufgelöst in meiner Sprechstunde vor. Seit mehreren Jahren sind eine Mitralinsuffizienz, Aorteninsuffizienz und ein persistierendes Vorhofflimmern bekannt und sie befindet sich in engmaschiger kardiologischer Kontrolle. So auch am Tag zuvor. Diesmal sei aber alles „ganz anders“ gewesen. Direkt nach der Echokardiographie habe der Kardiologe zu einer Operation geraten. Hier von habe sie sich völlig überrumpelt gefühlt (obwohl eine Operation bereits häufiger von kardiologischer Seite mit ihr besprochen wurde). Sie habe doch solche Angst vor einer Herzoperation. Sie lasse sich auf keinen Fall an ihrem Herz operieren und zu diesem Arzt gehe sie sowieso nicht mehr.

#### Diagnostik:

Blutdruck 130/80mmHg

Farbduplexsonographie des Herzens: zunehmend eingeschränkte Kontraktilität, zeitnahe Versorgung der Mitralklappe

#### Therapie und Verlauf:

Die Patientin E spricht sich zunächst vehement gegen eine Operation aus, da sie große Ängste habe („Da bleibe ich noch auf dem Tisch liegen.“). Im Beisein ihres Partners besprach ich mit ihr ausführlich die Gründe für die kardiologische Empfehlung und zeigte die Vorteile, aber auch die Risiken eines Klappenersatzes auf. Hiernach war Frau E. damit einverstanden, sich für ein erneutes Gespräch beim Kardiologen vorzustellen. In der Folge war die Patientin zunächst mit einer Operation einverstanden, sodass eine weitere präoperative Diagnostik und ein Termin für eine stationäre Aufnahme vereinbart wurde. Wenige Tage vor der Operation sagte Frau E. selbstständig, ohne Rücksprache mit dem Kardiologen oder mit mir zu halten, den geplanten Aufnahmetag ab und kam am Tag nach der geplanten Operation aufgelöst in meine Praxis. Sie könne sich einfach nicht operieren lassen, lieber wolle sie so sterben. Ihre Leistungsfähigkeit habe sich auch in jüngerer Zeit nicht wesentlich verschlechtert und sie komme im Alltag gut klar. Es täte ihr wirklich leid, ein solches Aufheben verursacht zu haben

und sie hoffe, sie dürfe trotzdem noch in die Praxis kommen.

#### Fallreflexion:

In der Hausarztpraxis ist die Ärzt\*in häufig mit zum Teil auch wechselnden Patientenwünschen konfrontiert, die nur bedingt den medizinischen Empfehlungen entsprechen. So spricht sich auch die Patientin Frau E. nach nicht unerheblichem Planungsaufwand gegen eine dringend angeratene Operation aus. Aufgabe der Hausärztin\*in ist es hierbei, Patient\*innen einfühlsam als Partner\*in zu begleiten und Gründe sowie Vorteile und Risiken verschiedener Therapieoptionen aufzuzeigen. Eine autoritäre Position könnte zu einem Abbruch der Beziehung führen, welche die Beschwerden und Therapie der Patientin weiter verschlechtern könnten. Die Patientin E. reagierte erleichtert, ihre Hausärztin weiter an ihrer Seite zu wissen, auch wenn sie sich gegen die Empfehlung zur Operation stellt. Zum aktuellen Zeitpunkt möchte Frau E. weiterhin auf keinen Fall operiert werden, ist aber wieder dazu bereit, zumindest bei zunehmenden Beschwerden zu ihrem behandelnden Kardiologen zu gehen und stellt sich auch regelmäßig in meiner Praxis vor.

### 4. Rückenschmerzen – Fallvorstellung

Der adipöse 38-jährige Herr H. stellt sich montags morgens in meiner Praxis vor. Am Wochenende habe er den Garten winterfest machen wollen und sich dabei wohl „aufs Schlimmste verhothen“. Er habe ja häufig schon Rückenschmerzen gehabt, diesmal seien es aber Schmerzen „von der ganz schlimmen Sorte“. Er habe bereits erfolglos versucht, einen Termin für ein MRT der Wirbelsäule zu bekommen, um herauszufinden, was hinter seinen Schmerzen steckt. Nun brauche er zumindest eine Krankmeldung für die Woche, um seinen „Rücken zu ruhen“. Herr H. gibt an, eine Schmerztherapie nicht zu wünschen („Das Teufelszeug kommt mir nichts ins Haus.“). Neurologische Ausfälle verneint der Patient.

#### Diagnostik:

Klinische Untersuchung: muskulärer Hartspann der LWS, LWS klopfschmerzhaft,

Schmerzen mit Ausstrahlung bis zum mittleren Oberschenkel, neurologisch unauffällig.

#### Therapie und Verlauf:

Zunächst bestätigte ich die Vermutung des Patienten, dass eine Fehl-/Überlastung Ursache seiner aktuellen Rückenschmerzen sind und erörterte seine Gründe für den Wunsch einer zeitnahen Bildgebung. Im Wesentlichen bestand die Vorstellung, möglichst schnell und einfach schmerzfrei sein zu wollen. Herr H. erhoffte sich durch ein MRT der Wirbelsäule eine verursachende Erkrankung zu diagnostizieren, welche dann „angegangen werden“ könne. Ich erklärte dem Patienten, dass eine Bildgebung nicht zwangsläufig zur Diagnose einer zugrunde liegenden Pathologie führen würde und allenfalls bedingt zu einer Schmerzfremheit beitragen würden. Gemeinsam besprachen wir, dass zunächst eine Schmerztherapie in Kombination mit Bewegung erfolgen soll. Hiermit war der Patient – wenn auch nicht davon begeistert – einverstanden. In der vereinbarten Wiedervorstellung berichtete der Patient von einer Besserung der Symptomatik. Aktuell ist der Patient, bis auf gelegentliche Episoden von Rückenschmerzen, schmerzfrei. Zu einem regelmäßigen Bewegungsprogramm konnte ich Herrn H. bislang nicht motivieren.

#### Fallreflexion:

Zu der Aufgabe einer Hausärzt\*in zählt es, Patient\*innen sinnvolle Therapien und Diagnostik angedeihen zu lassen. Andererseits sollen eine Übermedikalisierung und unnötige medizinische Maßnahmen verhindert werden (quartäre Prävention). Dies dient nicht nur dem Schutz einer Überlastung des Gesundheitssystems, sondern auch dem Schutz der individuellen Patient\*in (entspricht der Rolle der Ärzt\*in als Gatekeeper). Bevölkerungsbasierte Studien zeigten nur eine geringe Assoziation von Beschwerden mit MRT-Befunden. Hierbei wiesen pathologische Veränderungen auch bei beschwerdefreien Personen eine hohe Prävalenz auf [10]. Angenommen, der vorgestellte Herr H. hätte eine MRT-Untersuchung der Lendenwirbelsäule durchführen lassen und dort wäre eine Pathologie erhoben worden. In dem Glauben,

### Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Hausärztliche Vorgehensweise in Grenzsituationen – Das Besondere der Allgemeinmedizin im Umgang mit Patientenangelegenheiten“ von Dr. med. Nicole Lindner, Dr. med. Elke Neuwohner, Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff und Prof. Dr. med. Erika Baum finden Sie nachfolgend abgedruckt und im Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>)– sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes ([www.laekh.de](http://www.laekh.de)). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungs-

punkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25. Februar 2022 bis 24. August 2022 möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben. Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

es wäre einer Linderung der Schmerzen dienlich, hätte Herr H. im weiteren Verlauf einer Operation mit all ihren Risiken und Komplikationen zugestimmt. Die Gefahr einer unnötigen Bildgebung lässt sich mit dem markanten Begriff VOMIT (victims of modern imaging technology) beschreiben. In der Hausarztpraxis wird häufig unter Vermeidung abwendbar gefährlicher Verläufe bewusst auf weitergehende beweisende Diagnostik verzichtet und eine symptomatische Therapie eingeleitet (abwartendes Offenhalten). Hierbei wird mit abwendbar gefährlichem Verlauf eine möglicherweise lebensbedrohliche Krankheits-

entwicklung gemeint [11]. Als Warnhinweise dienen „red flags“, welche auf eine spezifische Ursache einer behandlungsbedürftigen Erkrankung hindeuten können.

#### Finale Schlussfolgerung

Das „bunte“ Fach der Allgemeinmedizin lebt von einer vertrauensvollen, auf Kontinuität angelegten Beziehung. Dabei sind Allgemeinärzt\*innen darauf spezialisiert, als zentrale ärztliche Vertrauensperson bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen („Fels in der Brandung“). Hierfür benötigen Hausärzt\*innen ein umfangreiches

spezifisches Krankheitswissen, um Erkrankungen richtig zu diagnostizieren, erforderliche Untersuchungen durchzuführen/anzuordnen und zu therapieren. In der Hausarztpraxis „prallen“ verschiedene Erwartungen, Wertvorstellungen und medizinische Theorien aufeinander. Das Ergebnis ist ein Behandlungsprozess, welcher sich nicht in bloßen Leitlinien abbilden lässt. Ärzt\*innen arbeiten auf der spannenden Grenze zwischen Lebenswelt und Medizin. Die spezifische Herangehensweise dient nicht nur einer optimalen Patientenversorgung, sondern hat auch eine herausragende Bedeutung für das Gesundheitssystem und gibt der Hausärzt\*in in ihrer täglichen Arbeit viel zurück.

**Dr. med. Nicole Lindner<sup>1,2</sup>**

**Dr. med. Elke Neuwohner<sup>2</sup>**

**Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff<sup>1</sup>**

**Prof. Dr. med. Erika Baum<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg

<sup>2</sup> Hausärzte Dreihäusen, Dreihäuser Str. 15, Ebsdorfergrund

**Kontakt zu den Autoren:**

E-Mail: [lindnern@uni-marburg.de](mailto:lindnern@uni-marburg.de)

### Gedenken an Prof. Dr. med. Ernst-Gerhard Loch

**\* 08.04.1934 † 30.01.2022**

Die Landesärztekammer Hessen trauert um Prof. Dr. med. Ernst-Gerhard Loch der am 30.01.2022 im Alter von 87 Jahren verstorben ist.

Ernst-Gerhard Loch wurde am 08.04.1934 in Breslau geboren. Nach seiner Schulzeit in Mühlheim/Ruhr studierte er Medizin in Innsbruck, Wien und Kiel, wo er 1961 sein Staatsexamen ablegte. 1962 erfolgte die Promotion und 1964 erhielt er die Approbation. 1968 wurde ihm die Anerkennung als Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe von der Ärztekammer Nordrhein erteilt. 1970 habilitierte er an der Ruhruniversität Bochum zum Thema: „Die Ultraschalltomographie in der Geburtshilfe und Frauenheilkunde – Experimentelle Ergebnisse und klinische Auswertung.“ 1996 erwarb er die Zusatzqualifikation „Fakultative Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“.

Von 1971 bis 2000 war er an der Deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden (DKD) tätig. 1975 erfolgte die Umhabilitation nach Mainz und 1983 die Ernennung zum außerordentlichen Professor. Vorlesungen und Seminare hielt er weiterhin an der Universitäts-Frauenklinik Mainz.

Als Mitglied unserer Delegiertenversammlung gestaltete er von 1989 bis 1992 und von 1996 bis 2004 aktiv die Politik der Lan-

desärztekammer Hessen mit. Seit Juli 1989 wirkte er aktiv als Mitglied des Vorstandes in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim mit und seit 1998 war er Vorsitzender der Akademie, als Nachfolger von Prof. Dr. med. Felix Anschutz. Ein besonderes Augenmerk legte er in dieser Funktion auf die qualitätsgesicherte interdisziplinäre Fortbildung und die Weiterentwicklung der Telemedizin.

1989 erhielt er für Verdienste um die ärztliche Fortbildung die Medica-Plakette, 1999 wurde ihm die Ernst von Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer und 2012 die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber überreicht.

Die hessische Ärzteschaft trauert um einen herausragenden und großen Arzt und vorbildlichen Kollegen.



Foto: privat

Im Namen der Landesärztekammer Hessen

**Dr. med. Edgar Pinkowski**

Präsident

# Multiple-Choice-Fragen: Hausärztliche Vorgehensweise in Grenzsituationen

VNR: 2760602022112670008

(eine Antwort ist richtig)

## 1. Die große Mehrheit der Behandlungsanlässe kann in der hausärztlichen Praxis versorgt werden...

- 1) ...lediglich bei 10 % aller Vorstellungsgünde ist die Konsultation anderer Fachdisziplinen notwendig.
- 2) ... lediglich bei 15 % aller Vorstellungsgünde ist die Konsultation anderer Fachdisziplinen notwendig.
- 3) ...lediglich bei 20 % aller Vorstellungsgünde ist die Konsultation anderer Fachdisziplinen notwendig.
- 4) ...lediglich bei 25 % aller Vorstellungsgünde ist die Konsultation anderer Fachdisziplinen notwendig.

## 2. Unter personenzentrierter Medizin versteht man...

- 1) ...den Bezug auf die ganze Person bei Diagnose, Therapie und Prävention.
- 2) ...dass der Hausarzt als „Lotse“ sämtliche Behandlungsschritte für eine Person koordiniert.
- 3) ...dass der/die Patient\*in selbst als eigenständige Person sämtliche Therapieentscheidungen trifft.
- 4) ...dass ein/e Patient\*in einen Angehörigen/eine Angehörige als zentrale Person für medizinische Angelegenheiten definiert.

## 3. Quartäre Prävention möchte...

- 1) ...die Entstehung von Krankheiten verhindern.
- 2) ...Krankheiten möglichst früh erkennen.
- 3) ...Krankheitsfolgen mindern.
- 4) ...eine Übermedikalisierung und unnötige medizinische Maßnahmen verhindern.

## 4. Mit Begriff „VOMIT“ wird folgendes bezeichnet:

- 1) ...übermäßiges Erbrechen im Rahmen einer Gastroenteritis
- 2) ...übermäßiges Erbrechen im Rahmen einer Therapie mit Opiaten
- 3) ...victims of modern imaging technology
- 4) ...victims of modern indoor training (z. B. Verletzung im Rahmen von Squash-Spielen)

## 5. Abwartendes Offenhalten...

- 1) ...ist die Einladung an den/die Patient\*in, das Arztzimmer in ihrem individuellen Tempo zu betreten durch ein Aufhalten der Tür.
- 2) ...ist das Vertrauen auf Selbstheilungskräfte.
- 3) ...ist der bewusste Verzicht auf weitergehende beweisende Diagnostik.
- 4) ...spielt keine Rolle in der Allgemeinmedizin.

## 6. Viele Symptome in einer Hausarztpraxis lassen sich initial keiner definierten Diagnose zuordnen. Welcher der folgenden Sätze ist richtig?

- 1) In etwa 5 % der Fälle lassen sich die vorgetragenen Symptome einer gesicherten Krankheitsdiagnose zuordnen.
- 2) In etwa 10 % der Fälle lassen sich die vorgetragenen Symptome einer gesicherten Krankheitsdiagnose zuordnen.
- 3) In etwa 15 % der Fälle lassen sich die vorgetragenen Symptome einer gesicherten Krankheitsdiagnose zuordnen.
- 4) In etwa 20 % der Fälle lassen sich die vorgetragenen Symptome einer gesicherten Krankheitsdiagnose zuordnen.

## 7. Vervollständigen Sie den Satz:

### Red flags...

- 1) ...sind stets bei lebensbedrohlichen Erkrankungen vorhanden.
- 2) ...sind Warnhinweise, die auf eine spezifische Ursache einer behandlungsbedürftigen Erkrankung hindeuten.
- 3) ...können bei einem abwartenden Offenhalten vernachlässigt werden.
- 4) ...unterliegen keinen individuellen Unterschieden.

## 8. Vervollständigen Sie den Satz:

### Die erlebte Anamnese...

- 1) ...umfasst medizinische und psychosoziale Aspekte.
- 2) ...muss schriftlich dokumentiert werden.
- 3) ...umfasst die Untersuchung Angehöriger.
- 4) ...umfasst die Befragung Angehöriger.

## 9. Vervollständigen Sie den Satz:

### Shared Decision Making...

- 1) ...kann nur bei chronischen Erkrankungen erfolgen.
- 2) ...erfolgt nur in einem hausärztlichen Setting.
- 3) ...ist ein zwischenmenschlicher Prozess.
- 4) ...erfordert eine zertifizierte Fortbildung.

## 10. Vervollständigen Sie den Satz:

### Ein traditionelles autoritäres Arztmodell...

- 1) ...setzt nicht das Patientenwohl ins Zentrum.
- 2) ...wurde von einer partizipativen Entscheidungsfindung abgelöst.
- 3) ...ist in einem akuten Setting erforderlich.
- 4) ...ist in Deutschland nicht mehr zu finden.

## Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

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

Die Redaktion freut sich über Zusendungen per E-Mail an: [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de)

### Literatur zum Artikel:

# Hausärztliche Vorgehensweise in Grenzsituationen

## Das Besondere der Allgemeinmedizin im Umgang mit Patientenanliegen

von Dr. med. Nicole Lindner, Dr. med. Elke Neuwohner, Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, Prof. Dr. med. Erika Baum

- [1] WHO. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology>. Accessed 13.10.2020, 2020.
- [2] DEGAM. Position der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zur zunehmenden Subspezialisierung in der Medizin; 2011.
- [3] DEGAM. DEGAM-Zukunftspositionen: Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen; 2012.
- [4] Kühlein T LG, Gutscher A, Szece-nyj J Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. Urban&Vogel. 2008.
- [5] Zheng Q, Yang L, Zeng B, et al. Artificial intelligence performance in detecting tumor metastasis from medical radiology imaging: A systematic review and meta-analysis. *Eclinical-Medicine*. Jan 2021;31:100669.
- [6] Binkin N, Michieletto F, Salmaso S, Russo F. Protecting our health care workers while protecting our communities during the COVID-19 pandemic: a comparison of approaches and early outcomes in two Italian regions, 2020. *medRxiv*. 2020:2020.2004.2010.20060707.
- [7] Scherer M WHO, Lühmann D, Dubben H H, Egidì G., Kühlein T, Abiry D, Barzel A, Mucche-Borowski C. Schutz vor Über- und Unterversorgung – Gemeinsam Entscheiden. DEGAM. 2018.
- [8] Donner-Banzhoff N. Arzt und Patient: Archäologie einer Beziehung. *Dtsch Arztebl*. 2012;109(42).
- [9] Legare F, Adekpedjou R, Stacey D, et al. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. Jul 19 2018; 7:CD006732.
- [10] Donner-Banzhoff N. Between precision medicine and symbolic mastery: What doctors want. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. Aug 2019;144–145:73–77.
- [11] Kochen M. SM, Lidders S. „Nur ein Virusinfekt“ – schicksalhafter oder abwendbar gefährlicher Verlauf? *ZFA*. 2015;09/2015.



# Guter Service ist uns wichtig!

## Beschwerdemanagement in der Abteilung Ärztliche Weiterbildung

Die Ärztliche Weiterbildung hat in den vergangenen beiden Jahren umfassende Neuerungen erfahren.

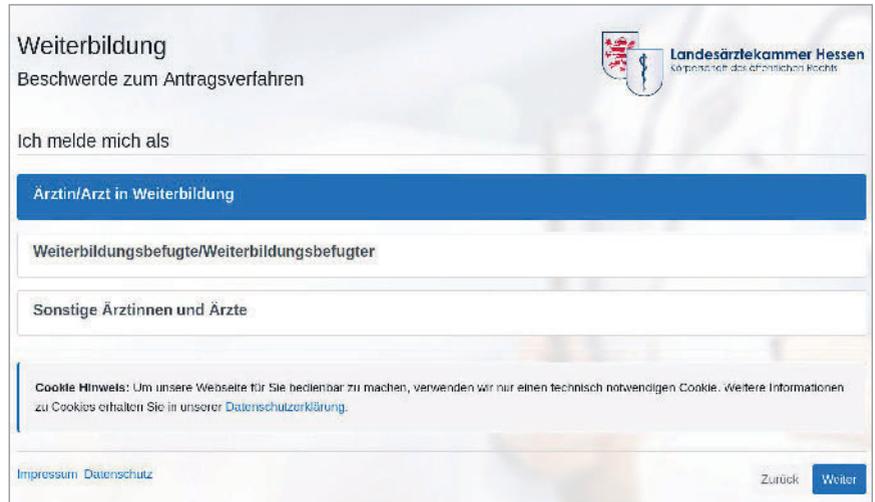
Neben einer neuen Weiterbildungsordnung (WBO 2020) gibt es seit Januar 2021 auch das eLogbuch, eine elektronische Plattform, auf der die Weiterbildung zu dokumentieren ist.

Von den Neuerungen ist neben den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) und den Befugten auch die Abteilung Ärztliche Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) betroffen. Neue Prozessabläufe sind entstanden, die etablierten Prozesse wurden neu gedacht und umstrukturiert.

Zu den vielen neuen Fragestellungen gibt es umfangreiche Informationen auf der Website der Landesärztekammer Hessen im Bereich Ärztliche Weiterbildung. Diese werden bei Anpassungen und Erweiterungen von WBO 2020 und eLogbuch ständig aktualisiert.

Selbstverständlich gibt es auch im Rahmen der Antragstellung an manchen Stellen Missverständnisse und Unklarheiten, die ab und zu dazu führen, dass Sie als ÄiW oder Befugte nicht zufrieden sind mit dem Verlauf Ihrer Antragstellung. Sei es, weil Sie die Bearbeitungszeit als zu lang empfinden oder mit dem Ergebnis Ihrer Antragsprüfung nicht zufrieden sind.

Um Ihnen die Möglichkeit zu geben, Ihrer Unzufriedenheit Ausdruck zu verleihen, hat die Landesärztekammer Hessen ein



Screenshot: © LÄKH, Ralf Münzing

Online-Beschwerdeformular zur Verfügung gestellt, das wir Ihnen kurz vorstellen möchten.

Das Formular soll uns im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung und des Fehlermanagements bei der Erhöhung unserer Servicequalität helfen. Es ist für Ärztinnen und Ärzte gedacht, die eine Beschwerde rund um das Antragsgeschehen in der Ärztlichen Weiterbildung eingeben möchten.

Das Beschwerdeformular erreichen Sie über die Website der LÄKH unter dem Bereich Weiterbildung.

Nachdem Sie Ihre Kontaktdaten eingegeben haben, können Sie entweder eine allgemeine Beschwerde oder eine Beschwerde bezüglich Ihres Vorganges eingeben. Dazu müssen Sie die Vorgangsnummer eingeben, die in Ihrer Korrespondenz mit uns zu finden ist. Nach dem Absenden des Formulars erhalten Sie eine zusammenfassende Bestätigungs-E-Mail mit Ihren Angaben. Link: <https://beschwerde-antragsgeschehen-weiterbildung.laekh.de/>

Alle Beschwerden werden von uns zeitnah bearbeitet, wir nehmen mit Ihnen persönlich Kontakt auf über die von Ihnen auf dem Formular angegebenen Kontaktdaten. Selbstredend werden alle Ihre Eingaben vertraulich behandelt!

Als neuer Bestandteil unseres Beschwerdemanagements erleichtert das beschriebene Online-Verfahren das systematische und strukturierte Einreichen und Bearbeiten von Beschwerden.

Natürlich freuen wir uns auch über ein positives Feedback per E-Mail an die Adresse [weiterbildung@laekh.de](mailto:weiterbildung@laekh.de)!

**Ralf Münzing**

Leiter EDV und Organisationsentwicklung



Foto: LÄKH/McK

**Nina Walter**

Leiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie, Stv. Ärztliche Geschäftsführerin, Ärztliches Qualitätsmanagement



Foto: Katarina Ivanisevic

beide: Landesärztekammer Hessen

### Quick Check

- Onlineformular unter [www.laekh.de](http://www.laekh.de)
- Für Beschwerden rund um das Antragsgeschehen in der Weiterbildung
- Für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, Befugte, sonstige Ärzte





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

# Liste ÄrztINNEN Hessen

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.

Ziel der 2004 von Monika Buchalik und Dr. med. Sylvia Mieke gegründeten Liste ÄrztINNEN Hessen war und ist es, Fachärzte/-innen, Hausärzte/-innen, angestellte sowie niedergelassene Ärzte/-innen in ihrer Berufspraxis, bei der Weiterbildung und im Ruhestand zu vertreten. Dazu gehört die bessere Vertretung in Gremien und Best-Practice-Arbeitszeitmodelle in Klinik und Praxis. Denn nur fle-

xible Fort- und Weiterbildung ermöglichen es, Familie und Beruf, Kinder und Privatleben aufeinander abzustimmen. Ebenso setzen wir uns für diese Ziele ein:

- Einhaltung der Arbeitszeitgesetze
- Aufwertung der sprechenden Medizin
- Gesicherte Altersversorgung
- Bessere fachübergreifende Zusammenarbeit
- Stärkung der Ärzteschaft
- Senkung der Kammerbeiträge
- Gendergerechte Medizin

In all diesen Jahren haben wir Wesentliches erreicht und viele dieser Aufgaben einer Lösung zugeführt. In folgenden Gremien sind wir vertreten:

- Präsidium
- Bezirksärztekammer

- Vorstand der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung
- Vorstand der Carl-Oelemann-Schule
- Ausschüsse für Berufsbildung, Ärztliche Psychotherapie, Berufsordnung, Palliativmedizin, Rettungsdienst und Notfallmedizin, Umwelt und Medizin, Sucht und Zertifizierung.

In einer sich rasch verändernden medizinischen Berufswelt und Gesundheitspolitik stehen wir gerade jetzt vor neuen Herausforderungen wie Klimaneutralität und Antworten auf umweltmedizinische Einflüsse. Gemeinsam einfach besser.

Für die Liste ÄrztINNEN:

**Dr. med. Sylvia Mieke**  
**Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß**



Monika Buchalik



Dr. med. Sylvia Mieke



Dr. med. Irina Prokofieva



Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß



Dr. med. Claudia Jacobi



Christiane Hoppe

Fotos: Carolina Ramirez (1), privat

## „Menschen und Professionen vernetzen“

Dr. med. Filippo Martino stellt die Deutsche Gesellschaft für Digitale Medizin vor

Die Deutsche Gesellschaft für Digitale Medizin e. V. (DGDM) ist eine medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft, die sich der Förderung von Wissenschaft, Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Digitalen Medizin und ihrer Entwicklung als zukunftsorientierte Ergänzung der medizinischen Tätigkeiten verschrieben hat. Gegründet im November 2020 als gemeinnütziger Verein mit Sitz in Berlin, will die DGDM die wissenschaftlich fundierte Aus-, Fort- und Weiterbildung in Studium, Klinik und Praxis auf dem Gebiet der Digitalen Medizin fördern. Mit dem Gründer und erstem Vorsitzenden Dr. med. Filippo Martino sprach im Auftrag der HÄBL-Redaktion Dr. med. Cornelius Weiß.

**Lieber Herr Martino, Sie sind Gründer und erster Vorsitzender einer neuen Fachgesellschaft in Deutschland. Jetzt ist Ihr Ansatz ja zwar traditionell, aber dennoch sehr anders: Wie kamen Sie darauf, die Deutsche Fachgesellschaft für Digitale Medizin (DGDM) zu gründen und wieso, denken Sie, brauchen wir eine weitere Fachgesellschaft? Reichen die bisherigen nicht?**

**Dr. med. Filippo Martino:** Also aus meiner Sicht ist die Digitale Medizin ein Querschnittsfach, das zunehmend Einzug in das Bewusstsein und die tägliche Arbeit der verschiedenen medizinischen Fachgruppen gefunden hat. Viele Fachgesellschaften haben daher Arbeitsgruppen gebildet, die sich mit dem Thema in ihrer fachrichtungsspezifischen Perspektive auseinandersetzen. Zusätzlich kommen jedoch auch fach- und professionsübergreifende Aspekte zum Tragen, die bislang etwas weniger Beachtung finden. Ein Beispiel ist die Evidenzgenerierung in der Digitalen Medizin, die die Wissenschaft vor Herausforderungen stellt, aber auch großes Potenzial birgt. Hier entstand der Gedanke, die DGDM zu gründen, die als Forum und Klammer für diese Themen fungiert. Was mir hier sehr wichtig ist: Wir wollen niemanden ersetzen, sondern ge-

meinsam mit den anderen Institutionen und Gesellschaften an diesen übergreifenden wissenschaftlichen Fragestellungen arbeiten.

**Warum ist es Ihnen wichtig, dass nicht nur Ärzte Mitglieder werden können? Was sagen Sie Kritikern, die hier Interessenkonflikte sehen?**

**Martino:** Prinzipiell sehen wir das Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen und damit auch Digitale Medizin als ein interdisziplinäres, aber auch interprofessionelles Thema. Die Stärken liegen genau hier, denn es geht unter anderem darum, Menschen und Professionen miteinander zu vernetzen.

Da wir als Fachgesellschaft eine wissenschaftliche Perspektive auf digitale Medizin haben und damit die evidenzbasierte Versorgung fokussieren, sehe ich grundsätzlich eine große Schnittmenge, die das Handeln aller Fachgruppen gleichermaßen leitet. Ich sage es mal so: Schlussendlich sind etwaige Interessenkonflikte ja auch immer ein Indikator für Bedarf, miteinander zu sprechen. Warum sollte das dann nicht als wissenschaftlicher Diskurs geschehen?

**Hatten Sie keine Bedenken, dass Sie auf Gegenwind stoßen, wenn Sie mit so jungen Jahren etwas womöglich so Großes anstoßen? Was macht Sie zuversichtlich?** **Martino:** (lacht) Natürlich habe ich mir im Vorhinein Gedanken gemacht, wie die Gründung der DGDM aufgenommen werden würde. Bedenken, auf Gegenwind zu stoßen, hatte ich aber eigentlich nicht, denn Gegenwind ist per se ja gar nichts Schlechtes! Er fördert immer den Diskurs und rückt hier das Thema Digitale Medizin und was wir von ihr erwarten und uns erhoffen in den Fokus. Letztlich, muss ich sagen, sind wir recht schnell auf überwiegend sehr positive Resonanz gestoßen, konnten in 2021 weiterwachsen und erste Projekte realisieren. Das stimmt mich doch ganz zuversichtlich, auf dem richtigen Pfad zu sein.

**Die DGDM ist zwar noch jung, aber Sie haben bereits viele handfeste Projekte angegangen. Was sind zurzeit die drei wichtigsten?**

**Martino:** Zu den drei wichtigsten Projekten gehören sicherlich die Umsetzung des wissenschaftlichen Förderprogramms, der weitere Auf- und Ausbau des Ausbildungsprogramms in Form der DGDM Academy, sowie die Bahnung und das Aufsetzen der Kooperationen mit wissenschaftlichen Institutionen und anderen Fachgesellschaften, um sich weiter verstärkt wissenschaftlichen Themen, wie die Evidenzgenerierung für digitale Versorgungskonzepte und Anwendungen, zu widmen.

**Was genau meinen Sie mit Förderprogrammen? Wie behalten Sie Ihre Unabhängigkeit dabei bzw. gibt es hier wirtschaftliche Kooperationen?**

**Martino:** Die Wissenschaftsförderung stellt eine Grundsäule unserer Tätigkeiten als medizinische Fachgesellschaft dar. Hierzu haben wir in 2021 ein Förderprogramm aufgesetzt, das einerseits abgeschlossene Publikationen und Arbeiten im Bereich der Digitalen Medizin in Form von Wissenschaftspreisen auszeichnet, andererseits auch Studierenden der Medizin ermöglicht, über ein Vollzeitstipendium an ihrer Dissertation in diesem Feld zu arbeiten.

Die Wissenschaftspreise, die noch im ersten Quartal dieses Jahres vergeben werden, sind aus Eigenmitteln der DGDM finanziert. Für die Vollzeitstipendien kooperieren wir mit der Deutschen Ärztesfinanz, ohne die eine Förderung in dieser Höhe nicht möglich gewesen wäre.

Die Unabhängigkeit zu wahren, ist für eine wissenschaftliche Fachgesellschaft sehr wichtig. In diesem konkreten Fall ist es beispielsweise so, dass die Organisation sowie das Auswahlverfahren inklusive der Auswahlkommission für die Stipendienvergabe in der Hand der DGDM liegen und unabhängig von der Deutschen Ärztesfinanz erfolgen.

**Wird die DGDM Academy entsprechend ihrer Grundausrichtung neben Ärzten**

**auch andere Gesundheitsfachberufe adressieren? Wie hat man sich das vorzustellen? Die Bedürfnisse sind mitunter sehr unterschiedlich. Wo sollten aus Ihrer Sicht Schwerpunkte liegen?**

**Martino:** Es ist definitiv geplant, ein Angebot zu schaffen, das möglichst fachgruppenübergreifend sinnvoll gestaltet ist, aber auch spezifische Aspekte aufgreift. Unsere CME-zertifizierte Veranstaltung im Sommer vergangenen Jahres zum Thema elektronische Patientenakte und ihr Potenzial für die Wissenschaft war beispielsweise sehr interdisziplinär besetzt sowie besucht. Im Grunde geht es darum, den verschiedenen Fachgruppen und -professionen die Kompetenz zu vermitteln, qualifizierte Entscheidungen in ihrem immer digitaleren Umfeld treffen zu können. Das sollte bestenfalls dann auf Wissen, Information und Evidenz basieren.

**Da sprechen Sie einen wichtigen Aspekt an, der gerade viel diskutiert wird im Rahmen der Einführung der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA). Wie schätzen Sie denn die Evidenz von DiGA ein? Prognostizieren Sie eine florierende Zukunft oder ein Schattendasein?**

**Martino:** Naja, das so pauschal zu beantworten ist schwierig, da die Studienlage der DiGA sehr unterschiedlich ist. Allein die Gruppen der vorläufig sowie endgültig aufgenommenen Anwendungen unterscheiden sich im Evidenzniveau, wobei auch vorläufig gelistete DiGA eine systematische Literaturrecherche sowie syste-

matisch ausgewertete eigene Daten zur Anwendung vorlegen müssen. Zusätzlich ist hier dann die Vorlage eines Evaluationskonzepts nötig, um die noch fehlende Evidenz zur endgültigen Listung spätestens innerhalb von zwei Jahren nachzuliefern. Die endgültig gelisteten DiGA haben zumeist randomisierte kontrollierte Studien vorgelegt und erreichen damit ein höheres Evidenzniveau. Ich kann da nur einen Blick in das DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) empfehlen, denn dort sind die Studienlage und auch der Zulassungsstatus erfasst.

Unter dem Strich würde ich sagen, dass sich DiGA definitiv durchsetzen werden,

da sie ein großes Potenzial bergen, um Patientenversorgung zu verbessern. Der Schlüssel hierzu ist eine gute Evidenz und eine fundierte Auseinandersetzung der beteiligten Fachgruppen und Patient:innen mit dem Thema.

**Vielen Dank für das Interview, ich bin gespannt auf die Zukunft!**

**Martino:** Auch Ihnen vielen Dank! Wir als junge Fachgesellschaft freuen uns immer über die Möglichkeit, unseren Kolleginnen und Kollegen einen Einblick zu geben und vielleicht auch den einen oder anderen für unsere gemeinsame Arbeit zu gewinnen.

**Interview: Dr. med. Cornelius Weiß**



Foto: Joerg Frank Photographie

**Dr. med. Filippo Martino** (33) verantwortet die Entwicklung digitaler Versorgungskonzepte bei Caspar Health und ist erster Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Digitale Medizin (DGDM). Er studierte Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover und an der Tongji-Universität in Shanghai. Nach dem Studium begann er seine medizinische Laufbahn im Bereich der Neurologie am Universitätsklinikum Carl-Gustav Carus Dresden, wo er neben der klinischen

Tätigkeit auch als Fachdozent für Neurologie an der Carus Akademie Dresden tätig war. Zudem engagierte er sich für die medizinische Perspektive der Digitalisierung in der Medizin und sammelte weitere Erfahrungen mit einem eigenen Start-up-Projekt. Anschließend betreute Dr. med. Filippo Martino bei der fbeta GmbH unter anderem das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Forschungsprojekt I.DiGA und leitete den Geschäftsbereich Digital Health. Bei den Median-Kliniken stieg er dann thematisch in die Rehabilitation ein und leitete die Abteilung Digitale Gesundheit des Klinikverbundes.

## Büchertipps von Lesern für Leser



**Peter Righi:**  
**Zweitages-touren in Südtirol**

Die schönsten Bergwanderungen mit Übernachtung in Schutzhütten

Folio Verlag 2021,

190 S., reich bebildert, viele Karten, ISBN 9783852568096, 16 €

Da ist man ein paar Stunden bergauf gewandert (mit vielen anderen), sitzt wohligh erschöpft auf der Terrasse einer Berg-hütte (mit vielen anderen), hat genüsslich Käseplatte und Weißbier konsumiert und ist zufrieden. Doch die Zeit drängt,

man muss ja wieder den Rückweg antreten bevor es dunkel wird. Wie schön wäre es doch, einfach sitzen zu bleiben, den Ausblick zu genießen, ins Bett zu fallen und morgen (ohne die vielen anderen) die herrliche Umgebung zu erkunden! „Gute Idee!“, findet dieser Wanderführer. Dreißig Schutzhütten in Südtirol werden vorgestellt, in denen man übernachten kann, um am nächsten Tag die umliegenden Gegend zu entdecken, die man sonst in einer Tages-tour niemals erreichen würde. Das vermittelt dem Wanderer ein wenig das Gefühl, als Pionier einsam in unerforschte Regionen vorzustoßen. Verlaufen kann man sich dabei kaum, die abge-

druckten Karten sind detailliert und die Wegbeschreibungen mit Schwierigkeitsgrad realitätsnah, weil der Verfasser sie alle selbst abgegangen ist.

Peter Righi ist hier aufgewachsen. Er kennt die Betreiber der Hütten persönlich und wagt, zu jeder einen kulinarischen Tipp abzugeben. Das Buch wählt für Hin- und Rückweg eine unterschiedliche Route. Für Wanderungen im Gebirge werden im Buch wichtige Hinweise gegeben, dazu gehört auch eine elementare Ausrüstungsliste. Als letzter Punkt wird hier frech der eigene Wanderführer aufgeführt. Zustimmung!

**Martin Glauert, Kassel**

# Bevölkerungsmedizin im Studium stärken

## Frankfurter Kooperation zwischen Gesundheitsamt und medizinischer Fakultät

Künftig sollen Medizinstudierende im Praktischen Jahr auch deutschlandweit an Gesundheitsämtern ausgebildet werden. Wie das erfolgreich umgesetzt wird, zeigt das Beispiel der fast zehnjährigen Kooperation des Gesundheitsamtes mit der medizinischen Fakultät der Goethe Universität in Frankfurt am Main.

Während im Kontext der weltweiten Corona-Pandemie die wichtigen bevölkerungsmedizinischen Aufgaben der Gesundheitsämter sichtbar wurden, hat die Bundesregierung die Weichen gestellt, das nun auch bundesweit Medizinstudierende ihr Wahlterial des Praktischen Jahres im Öffentlichen Gesundheitswesens (ÖGW) absolvieren können.

Das Gesundheitsamt Frankfurt am Main ermöglicht bevölkerungsmedizinisch interessierten Medizinstudierenden bereits seit den 1980er-Jahren, hier zu famulieren, um Einblicke in das breite Tätigkeits-



Foto: © Gesundheitsamt Frankfurt, Stefanie Kösling

Die Autorinnen Inse Hauberg<sup>2</sup> und Katrin Pientka<sup>1</sup> zusammen mit Phylis Ledi Sawa (von rechts). Sawa hat ihr PJ-Wahlterial im Fach ÖGW (Öffentliches Gesundheitswesen) am Gesundheitsamt Frankfurt am Main von 06/2021 bis Ende 09/2021 absolviert und hat jetzt sehr erfolgreich ihr Studium abgeschlossen und ist Ärztin.

spektrum des ÖGW zu ermöglichen. Dabei lehren und supervidieren Fachärztinnen und Fachärzte in den Bereichen Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie, Hygiene, Umweltmedizin, Allgemeinmedizin

und Infektiologie die Studierenden in sechs Fachabteilungen und unterschiedlichen Sprechstunden. Die Studierenden lernen dabei die vielfältigen Aspekte der Bevölkerungsmedizin mit all ihren Besonderheiten und Herausforderungen am Beispiel einer Großstadt kennen.

„Der Öffentliche Gesundheitsdienst führt in Deutschland – im Gegensatz zu anderen Staaten – ein Schattendasein, obwohl hier außerordentlich wichtige Aufgaben im Sinne der Bevölkerungsmedizin angesiedelt sind. Dem Personalmangel in den Gesundheitsämtern kann durch die Einbindung von Medizinstudenten in diesen Bereichen begegnet werden. Dies allerdings nur dann, wenn es möglichst viele Ausbildungsstellen in Deutschland im Bereich Öffentliches Gesundheitswesen gibt“, unterstreicht Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk, Amtsleiter a. D. des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main.

Bereits 2013 wurde das Gesundheitsamt Frankfurt am Main durch das Universitätsklinikum der Goethe-Universität als akademische Lehrinrichtung der Universität anerkannt.

Fachärztinnen und Fachärzte sind für die Lehre im Gesundheitsamt verantwortlich und die Stelle einer PJ-Beauftragten wurde eingerichtet. Mit dem Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Ge-

## Geplante Änderungen im Bundesrat

Die Wichtigkeit des Öffentlichen Gesundheitswesens (ÖGW) und der Bevölkerungsmedizin wurde in jüngerer Zeit wiederholt durch die Bundesregierung anerkannt. Unter anderem mit dem „Referenz Pakt für den ÖGD“ soll das Öffentliche Gesundheitswesen insgesamt und insbesondere das Thema Bevölkerungsmedizin an den medizinischen Fakultäten gestärkt werden.

Im Vorfeld zu den geplanten Änderungen der Ärztlichen Approbationsordnung wurde daher im September 2021 eine Verordnung dazu in den Bundesrat eingebracht. Mit der erwarteten Zustimmung des Bundesrates (Antrag vom 02.08.2021) wird es zukünftig deutschlandweit möglich sein, dass Medizinstudierende ihr Praktisches Jahr (PJ) im Fach Öffentliches Gesundheitswesen absolvieren.

In der Verordnung vom Bundesrat zur Änderung der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen, für Ärzte

und für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vom 02.08.2021 heißt es dazu: „Die Gesundheitsminister und -ministerinnen von Bund und Ländern haben sich am 05.09.2020 auf den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) verständigt, der auch darauf abzielt, dass Studierende der Medizin bereits im Studium stärker an die Themenfelder des ÖGD herangeführt werden sollen, um dadurch einen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität des ÖGD zu leisten. Der Pakt für den ÖGD wurde am 29. September 2020 von der Bundeskanzlerin und den Regierungschefinnen und -chefs der Länder beschlossen. Damit das öffentliche Gesundheitswesen auch in der Ausbildung mehr als bisher Berücksichtigung findet, wird diese nun zeitnah in der derzeit geltenden Approbationsordnung für Ärzte gestärkt.“ (Quelle: Verordnung Bundesrat 02.08.2021, Seite 16)

sundheitswesen wurde ein Curriculum abgestimmt, bei welchem wiederkehrende Patientenkontakte obligatorisch sind. Alle diese Komponenten bildeten die Basis für die Kooperationsvereinbarung zwischen Gesundheitsamt und Universität.

Seitdem haben über fünfzehn Medizinstudierende das Wahlterial „Öffentliches Gesundheitswesen“ im Frankfurter Gesundheitsamt absolviert und ihr Staatsexamen mit hervorragenden Prüfungsergebnissen abgeschlossen. Von diesen jungen Kollegen befinden sich bereits einige in der Weiterbildung zur Fachärztin/ zum Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen.

Durch die jetzige Weichenstellung des Bundes wird eine Möglichkeit geschaffen, das Fach Öffentliches Gesundheitswesen als Pflichtfach und als Wahlterial im Praktischen Jahr des Medizinstudiums über Frankfurt hinaus deutschlandweit zu etablieren. Sie bietet die längst überfällige rechtliche Verankerung, die umfänglichen Aufgaben des ÖGW und die Besonderhei-

ten der Bevölkerungsmedizin kennenzulernen. Außerdem bietet es die Chance, den so dringend benötigten Nachwuchs für dieses Fachgebiet zu interessieren und zu gewinnen. Durch einen temporären Einblick in das breite Spektrum des Gesundheitsamtes wird nicht nur das Verständnis für diese Aufgaben gestärkt, sondern jungen Kolleginnen und Kollegen das Zusammenwirken von klinisch Tätigen und im Gesundheitsamt Beschäftigten deutlich.

## „Ein seit Jahren überfälliger Schritt“

Dr. med. Peter Tinnemann, Leiter des Gesundheitsamt Frankfurt am Main, stellt klar: „Die Gesundheitsämter in Deutschland sind ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitswesens. In den Gesundheitsämtern sind die bevölkerungsmedizinischen Aufgaben verortet, die Gesundheit zu schützen, zu fördern und Krankheit zu vermeiden.“ Seiner Meinung nach hat die

bestehende Corona-Pandemie einiges in der Bevölkerungsmedizin weiterentwickelt. „Corona hat gezeigt, wie relevant ein funktionierendes Gesundheitsamt ist und wie wichtig die Ausbildung in Bevölkerungsmedizin ist – auch wenn zurzeit vor allem der Bereich Gesundheitsschutz im Vordergrund steht.“

Es ist jetzt in der Ärzteschaft und den Gesundheitsministerien klar geworden, dass das Thema Bevölkerungsmedizin mit entsprechenden Lehrformaten an allen medizinischen Fakultäten verankert werden muss, um für Deutschland Qualifizierungen und internationale Vergleichbarkeit im Bereich Öffentliche Gesundheit sicherzustellen. Die Etablierung des Fachbereiches Öffentliches Gesundheitswesen im Medizinstudium ist dabei ein wichtiger und längst überfälliger Schritt.

**Kathrin Pientka<sup>1</sup>**

**Inse Hauberg<sup>2</sup>**

E-Mail: inse.hauberg@stadt-frankfurt.de

<sup>1</sup> Kathrin Pientka, M.A., war bis 4/2021 PJ- & Famulatur-Koordinatorin am Gesundheitsamt Frankfurt, seit Mai 2021 ist sie tätig als Referentin für Arbeits- und Gesundheitsschutz im Arbeitsmedizinischen Zentrum im Industriepark Frankfurt Höchst.

<sup>2</sup> Inse Hauberg, Fachärztin für Pädiatrie, ist Schulärztin am Gesundheitsamt Frankfurt und dort seit Mai 2021 PJ- & Famulatur-Koordinatorin.



## Leserbriefe

Leserbrief zum Editorial 02/2022, Thema Gesundheitserziehung

## Lernen, gesund und glücklich zu leben

Die Einrichtung eines Gesundheitsunterrichts bzw. eines Schulfachs „gesundes Leben“, das, beginnend in der Grundschule, über alle weiteren Stufen Einzug in den Lehrplan findet, ist etwas, von dessen Gestaltung ich seit Jahren träume. Daher allem voran die wichtigste Frage: Gibt es diesbezüglich eine Initiative/Bewegung, der ich mich anschließen kann? Gibt es Ihnen bekannte Akteure, die an einem solchen Vorhaben Interesse hätten? Und wenn ja, wie kann ich mich mit ihnen vernetzen?

Bei meiner täglichen Arbeit stoße ich immer wieder auf große Fragezeichen im Bereich der Vorstellung von einer gesunden Lebensführung: bezüglich einer ausgewogenen Ernährung über ausreichende Bewegung zu erholsamem Schlaf und Regenerationsphasen bis hin zu psychologischen Aspekten der aktiven und sinnstiftenden Lebensgestaltung im Sinn eines

respektvollen Miteinanders und eines auf dem individuellen Wertesystem basierenden Zeit- und Prioritätenmanagements mangelt es vielen Mitbürgern jeder Altersklasse sowohl an Faktenwissen aber noch viel mehr an Umsetzungskompetenzen. Oder wie es eine befreundete Zahnärztin ausdrückte: „Es bringt den Leuten einfach niemand bei, wie man sich um sich selbst kümmert!“

Diesen Vorwurf sollten wir in einem hoch entwickelten Land, in dem die Anzahl an chronischen körperlich und psychisch Kranken konstant steigt, mehr als ernst nehmen. Ein wichtiger Schritt wäre die Aufnahme präventionsmedizinischer Inhalte in den Lehrplan staatlicher Schulen. Es ist schließlich im Sinne eines Staates, sicherzustellen, dass seine Bürger wissen, wie man auf die eigene Gesundheit achtet. Dass dies vor allem mit Eigeninitiative zu tun hat, wird mit viel zu wenig Nach-

druck vermittelt. Adipositas bspw. gilt gerade im Kindesalter noch viel zu oft als Kavaliersdelikt und Eltern echauffieren sich, wenn der (Kinder-)Arzt auf Übergewicht hinweist. Bewegung findet nicht regelmäßig, sondern nur im Sportunterricht statt, und zu Stressmanagement oder Lernmethodik gibt es wenn überhaupt nur extracurriculäre Angebote. Gleiches gilt für die Vermittlung von Techniken für eine wertschätzende und effektive Kommunikation im Privaten wie auch im Beruflichen.

Es wäre für unsere Gesellschaft absolut wünschenswert, wenn unsere Schulabgänger nicht nur Lesen, Rechnen und Schreiben könnten, sondern auch wüssten, wie man gesund und glücklich miteinander lebt.

**Karoline Müller**

Fachärztin für Allgemeinmedizin,

Heppenheim

Kontakt via haebel@laekh.de



Teil I:

# „Weckruf“ – Kampfblatt des NS-Ärztebundes 1933

Dr. med. Siegmund Drexler, Prof. Dr. phil. Benno Hafeneeger

Im Jahr 2016 hatte die Landesärztekammer Hessen eine wissenschaftliche Aufarbeitung der „Geschichte der Hessischen Ärztekammern 1887–1956“ vorgelegt [1]. Ein Kellerfund aus dem Archiv der Pathologie des Klinikums Darmstadt machte es jetzt möglich, einen besonderen Blick auf die 1933 erschienenen Ausgaben des „Weckrufes“ zu werfen – ein nationalsozialistisches Kampfblatt, das das Hessische Ärzteblatt abgelöst hatte [2]. Der Rückblick mit historischer Einordnung von Dr. med. Siegmund Drexler und Prof. Dr. phil. Benno Hafeneeger erscheint in zwei Teilen, HÄBL 03 & 04/2022.

## Vom Ärzteblatt zum Weckruf

Mit der 1924 gegründeten Hessischen Ärztekammer erschien gleichzeitig das „Hessische Ärzteblatt“ als deren offizielles Organ bis September 1933. Von 1930 und bis zur letzten Ausgabe war Dr. med. Carl Oelemann Schriftleiter. Er gehörte der Hessischen Ärztekammer bis 1933 an und war später – von 1946 bis 1956 – der zweite Präsident der Landesärztekammer Hessen. Im Januar 1933 wurde dann der „Weckruf zum Volksgesundheitsdienst“ – kurz „Weckruf“ genannt – gegründet. Acht Monate lang erschien er noch parallel zum „Hessischen Ärzteblatt“, bis dieses im September eingestellt wurde. Der „Weckruf“ war 1933 das „Nachrichtenblatt des N.S.D.-Ärztebundes, Gau Hessen-Darmstadt“ und kam mit 24 „Folgen“ zum 1. und 15. jeden Monats heraus. Dann wurde er – laut Anordnung der Reichsleitung – mit der „Folge 19“ von Oktober bis Ende des Jahres 1933 vorübergehend auch „Offizielles Organ der Hessischen Ärztekammer“ und zum 1.1.1934 vom neu gegründeten „Ärzteblatt für Hessen“ – das Hessen und die Provinz Hessen-Nassau umfasste – abgelöst. Damit wurden reichs-

**Weckruf**  
zum Volksgesundheitsdienst  
Nachrichtenblatt des N. S. D. - Ärztesbundes, Gau Hessen-D.  
Offizielles Organ der Hessischen Ärztekammer

Herausgeber: Dr. med. Ende, Darmstadt, Wilhelmshafenplatz 7, Pöflichbörkers-Straße-III, 19441. / Schriftleiter: Dr. med. Welker, Darmstadt, Wilhelmshafenplatz 7 / Druck u. Verlag: Heilliche Landeszeitung G.m.b.H., Darmstadt / Erscheint am 1. u. 15. jeden Monats, Bezugspreis vierteljährlich, durch die Post 1.20, durch den Herausgeber 1.75 RM. / Nachdruck nur mit Quellenangabe und Erlaubnis gestattet

Folge 21	Darmstadt, 1. Nebelung (November) 1933	1. Jahrgang
----------	--	-------------

**Reiss-Präparate = Wirtschaftliche Verordnung!**

**Kälte und Infektion**

**Solvorenin-Schnupfen-Salbe** (menthalhaltig)  
Rhinitis, Pharyngitis, Laryngitis  
Für Säuglinge nur die menthalfreie Lenirenin-Salbe Tube (Olivansatz) . . . M. 0.58

**Neurit – Das billigste Analgetikum** mit Strontium und Calcium  
Optimale antipyretische und sedative Effekte  
Katarhe der oberen Luftwege, Grippe, Rheuma, Neuralgien, Arthritiden  
1/2 Schfl. 10 Tabl. . M. 0.68  
1/4 Schfl. 20 Tabl. . M. 1.16  
Dopp.-Pack. 40 Tabl. . M. 2.14

**Jod-Dermasan** (Jod-Salicylsäure-Ester-Verbindung)  
Antineurologikum, Antiphlogistikum, Analgetikum  
Myalgie, Rheuma, Lymphdrüsenentzündung, Pemphigus, Gicht, Pleuritis  
Kleinpackung . . . . . M. 1.02  
Originallopf. . . . . M. 1.84

**Intrasept** (Ammon.-Jod-Compher-Lösung)  
Prophylaxe und Bekämpfung des Schnupfens, Kupierung von Katarthen der oberen Atemwege und Eitrückbildungskrankheiten  
8–10 Tropfen auf Zucker Flasche m. Tropfpipette M. 1.45

**Literatur** **Proben**

**Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik**  
Berlin NW 87/12

alle Reproduktionen: LÄKHT  
Titelblatt der Folge 21, „1. Nebelung (November) 1933“, S. 97

Der „Weckruf“ diente auch – wie das Beispiel zeigt – Pharmafabriken für Werbeanzeigen.

einheitliche Regelungen umgesetzt; neben dem „Deutschen Ärzteblatt“ gab es dreizehn regionale Ärzteblätter. Begründer und Schriftleiter des „Weckrufes“ war der Bezirksobmann des NS-Ärztebundes Oberhessen-Süd Dr. med. Karl Barth (Bad Nauheim,) und Herausgeber war der Gauobmann Dr. med. Gottfried Ende (Kirchbrombach im Odenwald). Beide weisen mehrfach daraufhin, dass die

Mitgliedschaft in der NSDAP und des NS-Ärztebundes mit einem politischen Auftrag verbunden sei und dem Arzt als Mitglied von NS-Organisationen eine politische Funktion zukomme; ob in der Ärztekammer oder der ärztlichen Praxis. Barth war bis Ende September Schriftleiter und Ende blieb bis Ende des Jahres 1933 Herausgeber. Die Schriftleitung übernahm dann Dr. med. Karl Welker

[1] Die im Auftrag der Landesärztekammer erstellte Studie „Geschichte der Hessischen Ärztekammern 1887–1956“ von Benno Hafeneeger, Marcus Velke und Lucas Frings ist im Jahr 2016 im Wochenschau Verlag (Schwalbach/Ts.) erschienen.

[2] Alle Zitate stammen aus den 23 „Folgen“ des „Weckrufes“ Jahrgang 1933.

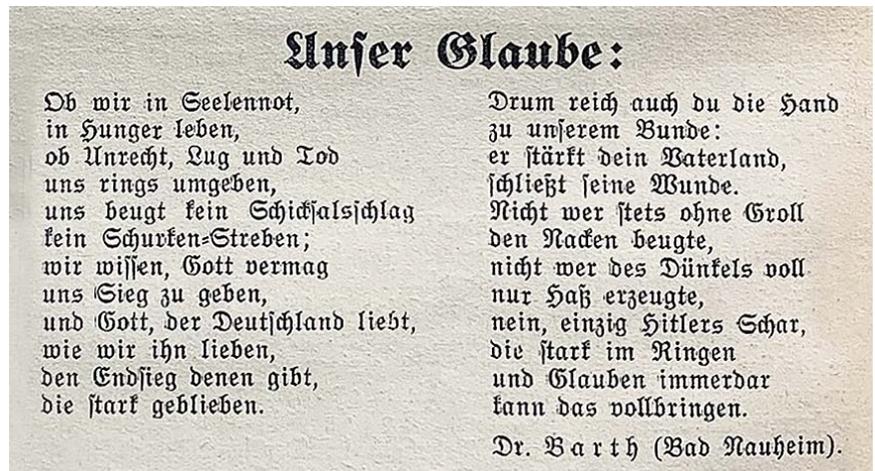
(Darmstadt), und der „Weckruf“ wurde für kurze Zeit als „Offizielles Organ der Hessischen Aertzekammer“ nach Darmstadt verlegt. Er startete zunächst mit einer Auflage von etwa 100 Exemplaren und hatte Ende 1933 eine Auflage von ca. 1.500; er umfasste zunächst vier und hatte am Ende einen Umfang von 12 Seiten. Ab „Folge 10“ erschien der „Weckruf“ auch mit Werbung für medizinische Produkte und entsprechende Firmen der Pharmabranche. Ob es hier Verträge zur Anzeigenwerbung gab, bleibt offen und erschließt sich nicht aus dem Material.

Der jetzt vorliegende vollständige Jahrgang (bis auf „Folge“ 14) des „Weckrufs“ – der zur Zeit der Ärztekammerstudie nur in Einzelheften vorlag – ermöglicht, das Ende der Krisenzeit der Weimarer Republik und die ersten Monate bzw. das erste Jahr nach der Machtergreifung im Januar und dann mit den Wahlen im März 1933 aus der Perspektive des zentralen Publikationsorgans des NS-Ärztebundes und für einige Monate auch der Ärztekammer zu rekonstruieren. Er dokumentiert im Spannungsfeld von Formierung der Ärzteschaft, von Ausgrenzung und Entrechtung, Unterdrückung und Terror den Beginn der Durchsetzungsphase und endgültigen Festigung der NS-Herrschaft – hier der Ärzte- und Kammerpolitik des NS-Staates.

## NS-Regime und Ärztopolitik

Wir skizzieren und belegen detailgetreu wesentliche Merkmale der NS-Kammer- und Ärztopolitik, mit denen die Kammerstudie aus dem Jahr 2016 ergänzt wird [1]. Die Zitate und die Diktion aus dem „Weckruf“ zeigen das aggressive Vorgehen der organisierten NS-Ärzteschaft, die menschenverachtende NS-Ideologie im Bereich der Standes- und Ärztopolitik sowie die Wirkmacht der Sprache. Sie zeigen weiter die Verfolgungs-, Entwürdigungs- und Vernichtungsabsichten gegenüber Bevölkerungsgruppen, die Markierung von angeblichen Feinden des Volkes, die offen und unverhohlen formuliert für die Folgezeit angekündigt und gefordert werden.

Die ideologische Formierung der Ärzteschaft gehört und ist Bestandteil der NS-



Ideologisch überhöhte Verherrlichung Hitlers und des „Endsieg“ in Versform.

Politik, die nach der Ernennung Hitlers zum Reichskanzler begann: Die Jagd von SA, SS und der von Göring gleichgeschalteten Polizei auf Sozialdemokraten, Kommunisten, Juden und missliebige Intellektuelle. Im Februar 1933 genügten dem NS-Regime wenige Wochen, um die Verfassung der Weimarer Republik auszuhebeln, die Meinungs- und Versammlungsfreiheit abzuschaffen und den demokratischen Rechtsstaat der Weimarer Republik durch ein menschen- und demokratieverachtendes Terrorregime zu ersetzen. Hier hat Hermann Göring, damals preußischer Innenminister, die Ziele und Methoden der Naziherrschaft mit zynischer und unmissverständlicher Brutalität offengelegt, indem er zu Beginn der Machtübernahme u. a. – mit enthaltenen Morddrohungen – formulierte: „Meine Maßnahmen werden nicht angekränkt sein durch irgendwelche juristischen Bedenken. Hier habe ich keine Gerechtigkeit zu üben, hier habe ich zu vernichten und auszurotten, weiter nichts“.

## Historische Fundstücke gesucht

Den kaum noch auffindbaren „Weckruf“ hat PD Dr. med. Frank Bergmann, Chefarzt für Pathologie am Klinikum Darmstadt, der Landesärztekammer Hessen zur Verfügung gestellt, zusammen mit mehreren gebundenen Jahrgängen des Hessischen Ärzteblatts aus den 1930er-Jahren. Anlässlich des Umzugs der Pathologie in das neue Klinikgebäude wurden beim Räumen der alten Unterkunft

## Selbstverständnis des „Weckruf“

Er versteht sich als Kampfblatt und Medium der Dauermobilisierung der NS-Ärzteschaft gegen Materialismus, Liberalismus, Marxismus, Bolschewismus und Individualismus (so die wiederholte Aufzählung), denen die völkische Ideologie – eine völkische Verklärung des Volkes – und die Vorstellung eines „Volksganzen im Ringen der Völker“ entgegengesetzt wird [2]. Nach Dr. med. Heinrich Wilhelm Kranz (Gießen) – einem zentralen Ideologieproduzenten der NS-Rassen- und Ärztopolitik in Hessen – hat der Umbau der politischen Ordnung und die „nationalsozialistische Revolution“ erst begonnen, und nach Barth hat „jede deutsche Schriftleitung die moralische Verpflichtung, alles Deutschfeindliche und Deutschschädliche zu verurteilen“.

Die 24 „Folgen“ des „Weckruf“ sind als ein Instrument zur rassenpolitischen Mobilisierung und der Propaganda zu verstehen. In jedem Heft gibt es mindestens einen

auch viele alte Unterlagen gefunden. Statt die „alten Schinken“ einfach dem Altpapier zu überlassen, informierte Bergmann die Landesärztekammer und brachte die Bände persönlich nach Frankfurt. Vielleicht verfügt die eine oder der andere ebenfalls über alte Ausgaben des Hessischen Ärzteblattes. Dann bitten wir um Kontaktaufnahme per E-Mail an: haebel@laekh.de.

aus Folge 16, „Erntemonat 1933“, S. 64

## Anordnungen des Kommissars

Es ist verboten:

1. daß deutschstämmige und fremdrassige Ärzte einander vertreten,
2. daß deutschstämmige Ärzte Weisweisungen an fremdrassige Ärzte vornehmen oder Weisweisungen von ihnen annehmen.
3. daß deutschstämmige Ärzte fremdrassige zu Konsilien zuziehen oder sich von ihnen zuziehen lassen.

Bei Verstoß gegen dieses Verbot wird eine Konventionalstrafe in einhalbfacher Höhe des durch den Verstoß erworbenen Honorars erhoben und an die Spende für die Opfer der Arbeit oder eine entsprechende Einrichtung abgeführt. Die Höhe des Honorars kann gegebenenfalls durch den Vorstand geschätzt werden. Einspruch hiergegen ist ausgeschlossen.

Sollten besondere örtliche Verhältnisse im Interesse des Kranken Ausnahmen nötig machen, so ist ein begründeter Antrag an den Vorstand zu stellen. In Dringlichkeitsfällen kann dieser Antrag nachgeholt werden. Der betreffende Arzt übernimmt für sein Handeln die volle Verantwortung.

Mit der Machtübernahme beginnt die Ausgrenzung jüdischer Ärzte und werden Strafen angedroht.

Beitrag zur – so die Begriffe und Formulierungen der NS-Ärztenschaft – „Rassenhygiene“, „Volks-gesundheit im nationalsozialistischen Sinne“, zum „deutschen Volk, dass rassisch rein bleiben muss“ und „treu dem Führer ist, der keine Kompromisse eingeht“. Weitere Formulierungen sind, dass „der Lebensraum des deutschen Volkes augenblicklich enger als es je war“ und „ein gesundes Volk ein Anrecht auf Lebensraum hat“, dann die Propagierung, dass der „katastrophale Geburtenrückgang“ aufgehalten werden kann und „eine rassische Aufartung und Reinerhaltung gelingt“.

Neben den rassenpolitischen Themen wurden im „Weckruf“ wiederholt die vermeintliche Überfüllung der akademischen Berufe, das „Kurpfuschertum“ und der Kampf gegen die „Kurierfreiheit“ – hier ging es um die Konkurrenz der „Naturheiler“ und „Heilpraktiker“ – sowie die vermeintlich zu niedrigen Einkommen von Ärzten thematisiert.

Die Beiträge stammen meist vom Schriftleiter Dr. med. Karl Barth, dem Herausgeber Dr. med. Gottfried Ende und vor allem von Dr. med. Heinrich Wilhelm Kranz; letzterer war u. a. Bezirksobmann des NS-Ärztbundes in Gießen. Dann sind es Beiträge von Akteuren der Reichsebene – wie z. B. dem Leiter des Rassenamtes im Reichsministerium des Innern, Dr. med. Achim Gerke oder von Dr. med. Walter Groß, Leiter des Aufklärungsamtes für Bevölkerungspolitik und Rassenpflege; dann von weiteren Ärzten aus dem NS-Ärztbund in Hessen wie – um einige Namen zu

nennen – Stroh, Betz, Vietinghoff-Scheel, Boytink, Breidenbach, Wolters, Frobenius und Büttner. Vereinzelt gab es auch Beiträge von bzw. für Apotheker(n), Zahnärzte(n) und Tierärzte(n).

### NS-Ideologie

Das ideologische Themenspektrum im „Weckruf“ zentriert sich vor allem auf zehn Merkmale und Dimensionen, mit denen seine Funktion und Zielrichtung deutlich werden:

1. Wiederholt wird postuliert, dass die NS-Weltanschauung eine biologische Grundlegung und nordischen Charakter habe sowie auf den angeblichen „Naturgesetzen organischen Lebens, den ewigen Gesetzen der Natur“ basieren würde; folglich die Völker sich im „Kampf“ befinden würden. Dabei werden unterschiedliche Zentren der NS-Ideologie wiederholt propagiert, zu denen der Rassenbegriff, Rassen- und Gesundheitspolitik sowie die Rolle des Arztes und einer völkischer Standespolitik, dann Begründungen und Forderungen von rassenpolitischen/-hygienischen Maßnahmen („rassische Reinhaltung“) zählen.
2. Zu den propagierten Facetten der NS-Ideologie gehört die Einstimmung der Ärzteschaft auf die sogenannte „Judenfrage“ sowie die „Entfernung jüdischer Ärzte“ aus dem „Ärztstand“; dieser Prozess der „Bereinigung“ hat nach dem NS-Ärztbund jetzt überall im Reich eingesetzt und wird begrüßt. Der

Hass auf die jüdischen Ärzte und deren Ausgrenzung wird mit Zuschreibungen wie „skrupellose Geschäftstüchtigkeit“, „orientalischer Spürsinn“ und „unlauterer Wettbewerb“ versehen. Mit dem ständig wiederholten aggressiven antisemitischen Sprachduktus wurde eine Wirklichkeit – mit den Juden als Feinden des Volkes – geschaffen, aus der die Notwendigkeit für deren Ausgrenzung, Verfolgung und Vernichtung begründet wurde.

3. Das Volk wird im naturwissenschaftlichen Sinne als „Volks- und Staatskörper“ gedacht, und Deutschland sei durch die niedrigen „verhängnisvollen“ Geburtenziffern und den „abnormen Altersaufbau des deutschen Volkes“ im „völkischen Ringen nach den ewigen Gesetzen der Natur kein wachsendes Volk“ mehr.
4. Die Ernennung von Hitler zum Reichskanzler – und damit verbunden sein Kabinett – am 30. Januar 1933 durch den Reichspräsidenten Hindenburg und der Sieg der NS am 5. März 1933 in den Gauen sind im „Weckruf“ enthusiastisch begrüßt worden. In religiös überhöhter Terminologie ist die Rede vom „gottbegnadeten und gottgesandten Führer unseres Volkes“ und in religiöser Begriffszuweisung wird er als erlösender „Heiland“ bezeichnet. In „Folge 3“ begrüßt der NS-Ärztbund mit der Überschrift „Adolf Hitler Reichskanzler!“ als „den Führer der Geschicke unseres Vaterlandes“ und als „Schicksalswendung in Deutschland“. Die unterwürfige Verehrung als Führer bekommt eine religiöse und quasi-erotische Dimension; er wird heroisiert und vergöttlicht. Die „Liebe“ zum Führer wird – im Sinne libidinöser Besetzung und Quasi-Verliebtheit sowie idealisiertes Objekt in eine große „Führerfigur“ – im „Weckruf“ auch in zahlreichen schwärmerischen, anbiedernden und unterwürfigen Gedichten ausgedrückt, und generell ist vom „Führer als Heiler“ die Rede. Ihm wird eine messianische Erlösungsqualität zugeschrieben, verbunden mit dem Bild von inneren und äußeren Feinden bedroht und umstellt zu sein, die nur er besiegen kann.



5. Das NS-Frauenbild, mit dem „der Nationalsozialismus der Frau wieder Halt und Inhalt gegeben hat“, ist von einem rigiden und hierarchischen Verständnis der Geschlechterrollen durchdrungen, mit dem – so im „Weckruf“ – „der Mann wieder männlicher“ und mit ihrer Mutter- und Familienrolle „die Frau wieder fraulicher“ werden konnte. Die zukünftige Anzahl von Kindern wird zur Schicksalsfrage des deutschen Volkes und zur „Gesundung des deutschen Volkskörpers“ erklärt.

6. Angeboten wird ein historisches Kampf- und Untergangsszenario, mit dem es um die Zukunft des „deutschen Volkes“ – eines „Volkes in Not“ – geht. Dieser „Kampf“ wird einmal nach innen propagiert und mit den niedrigen Geburtenzahlen und der „Gefahr des Aussterbens des deutschen Volkes“ begründet.

7. Um dem wiederholt propagierten „Zerfall unseres Volkes und unserer Kultur“ entgegenzuwirken und eine „rassische Erneuerung des deutschen Volkes“ zu erreichen, werden die immer weiter ausgreifende Exklusionspraxis mit menschenverachtenden Vernichtungs-begriffen wie „Unwertes Leben“, „Auslese und Ausmerze“, die „Ausschaltung“ von sogenannten „Asozialen“, „Arbeits-scheuen“, „Untermenschen“, „Minderwertigen“, von „Erbkranken“ und deren Sterilisierung, dann auch von „Kranken und Schwachen“ ausgrenzend und aggressiv propagiert. Dabei heißt es zur Rolle des Arztes unter anderem: „Seine Aufgabe ist die Ausschaltung dieser Elemente aus dem Volksleben und vor allem aus der Fortpflanzung. Unsere rassehygienischen Forderungen dieser Gruppe gegenüber können nicht streng genug gefasst werden“. Das Ausschlusskriterium für Zugehörigkeit und Nicht-Zugehörigkeit ist „Rasse“ bzw. „rassische Reinhaltung“, verbunden mit Leistungsfähigkeit und Gemeinschaft im Sinne des NS-Staates.

8. Die rassenpolitische Propaganda, Rassenhygiene und Volksgesundheit gehören zu den Kernthemen im „Weckruf“. Die ständige Rede von der Volksgesundheit und den gesunden erblichen

Anlagen ist verbunden mit der Rede von den angeblich krankhaften Anlagen, die ausgemerzt werden müssten. In einer Artikelserie zur sogenannten „seelischen und körperlichen Minderwertigkeit oder Psychopathie“ heißt es zur Rolle des Arztes: „Seine Aufgabe ist die Ausschaltung dieser Elemente aus dem Volksleben und vor allem aus der Fortpflanzung. Unsere rassehygienischen Forderungen dieser Gruppe gegenüber können nicht streng genug gefasst werden.“

9. Mit den skizzierten Themenzentren, einer aggressiven Rhetorik und menschenverachtenden Forderungen sowie ersten Gesetzen – so dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14.07.1933 – wurde die Ärzteschaft auf ein völkisch-rassistisches Begriffs- und Rechtsverständnis, auf Vernichtungs- und Kriegsbereitschaft eingestimmt und eingeschworen.

Vorausgegangen war u. a. das am 23. März 1933 ohne Umschweife vom Reichstag mit einer Zwei-Drittel-Mehrheit der Anwesenden beschlossene „Gesetz zur Behebung der Not von Volk und Reich“ (auch „Ermächtigungsgesetz“ genannt). Es war mit dem „Gesetz über den Neuaufbau des Reiches“ vom 30. Januar 1934 die Grundlage der

Gesetzgebung im nationalsozialistischen Staat. Die Machtübernahme und ersten Gesetzgebungen wurden im „Weckruf“ wiederholt enthusiastisch beschworen und begrüßt.

10. Nach dem Tod von Hindenburg übernahm Hitler dessen Amt als Reichspräsident, verzichtete aber als „Führer und Reichskanzler“ dann (ab 2. August 1934) auf den Titel des Reichspräsidenten; die Kumulation beider Funktionen ließ er sich durch Volksabstimmung am 19. August 1934 bestätigen. Damit war die „Ermächtigung“ von Volk und Reichstag sowie Reichsrat beschlossen und legalisiert; und jetzt lag die Konsolidierung der Macht und Formierung der Gesellschaft als „Neue Ordnung“ – und damit auch der Gesundheits- und Ärztepolitik – endgültig und umfassend bei Hitler, der NSDAP und der NS-Ärzteschaft. Die Verlängerungen des „Ermächtigungsgesetzes“ erfolgten durch den Reichstag in den Jahren 1937, 1939 und 1943 und wurden im Mai 1943 durch „Führererlass“ auf unbefristete Dauer verlängert.

Teil II folgt in der nächsten Ausgabe.

**Dr. med. Siegmund Drexler**  
**Prof. Dr. phil. Benno Hafener**

**Dr. med. Siegmund Drexler** engagiert sich seit 1988 für die Landesärztekammer Hessen, u. a. viele Jahre als Drogen- und Suchtberater. 2013



Foto: Katja Kölsch

war Drexler, der von 1988 bis 2013 der Delegiertenversammlung angehörte, davon zwölf Jahre als Präsidiumsmitglied, Initiator des Ausschusses und Projekts „Forschung der Landesärztekammer Hessen zur geschichtlichen Aufarbeitung der Ärztekammern 1887–1956“. Maßgeblich beteiligt war er außerdem an der Herausgabe des Buches „Ärztliches Schicksal unter Verfolgung 1933 bis 1945“. Drexler setzt sich daneben als Beiratsmitglied im Förderverein der Gedenkstätte Hadamar für die Aufarbeitung

von NS-Euthanasie-Verbrechen ein.

**Prof. Dr. phil. Benno Hafener**, emeritierter Professor für Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg, ist



Foto: privat

Autor und Herausgeber zahlreicher Schriften u. a. für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Außerdem gehört er der Redaktion des Journals für politische Bildung an. Seine Forschungsschwerpunkte sind Jugendbildung, Jugendkulturen und Rechtsextremismus. Hafener war Leiter der Forschungsgruppe der Landesärztekammer Hessen zur geschichtlichen Aufarbeitung der Ärztekammern 1887–1956 und Mitautor des gleichnamigen Buches.

# S3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen Patienten – kritische Betrachtung

Im Juli 2021 wurde die S3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen PatientInnen veröffentlicht [1]. Unter der Koordination von Prof. Dr. med. Jutta Hübner (Friedrich-Schiller-Universität Jena) und unter Federführung der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie, für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie für Radioonkologie wurden 155 Empfehlungen und Statements zum Einsatz komplementärmedizinischer Verfahren in der Behandlung von onkologischen Patienten erarbeitet und konsentiert.

Erklärtes Ziel der Leitlinie war es, für alle in der Onkologie Tätigen ein präzises Nachschlagewerk zu erstellen, das es ermöglicht, Fragen von Krebsbetroffenen evidenzbasiert zu beantworten. Mit diesem Werk sollen alle in der Onkologie tätigen Berufsgruppen in die Lage versetzt werden, aktiv Empfehlungen in diesem Bereich auszusprechen, aber auch von problematischen Maßnahmen und Verfahren abzuraten. In einer avisierten Patientenversion sollen auch onkologische Patientinnen eine Orientierungshilfe im Bereich Komplementärmedizin bekommen.

Bevor auf einige Details der Leitlinie eingegangen wird, soll die Komplementärmedizin kurz definiert werden.

- Unter Komplementärmedizin versteht man ein breites Spektrum von Disziplinen und Behandlungsmethoden außerhalb der klassischen Medizin (Schulmedizin), die ergänzend zur Schulmedizin eingesetzt werden.

Davon abzugrenzen ist die

- Alternativmedizin als Sammelbezeichnung für Behandlungsmethoden, die sich als Alternative zur der wissenschaftlich begründeten klassischen Medizin verstehen [2].

Letztere spielt in der Onkologie eine nicht zu unterschätzende Rolle. Sicher handelt es sich um ein schlecht erforschtes Gebiet. Aber zahlreiche Patienten wenden auch bei onkologischen Problemen alternative Methoden an. Bei einer Zahl von schätzungsweise rund 15.000 Geistheilern in Deutschland [3], um nur eines von

vielen alternativen Heilangeboten bei Krebs zu nennen, wird deutlich, dass alternative Behandlungsangebote sehr präsent sind. Bedauerlicherweise fehlt diese Thematik in der neuen Leitlinie.

Wenngleich die Zielgruppe der Ärzte wissen sollte, dass die alternative Medizin in der Onkologie alles andere als eine echte Alternative darstellt, wären Stellungnahmen zu diesen eher als Pseudomedizin zu betrachtenden Behandlungsformen insbesondere für die kommende PatientInnen-Version wichtig gewesen, zumal in der aktuellen Politik zwei der im Bundestag repräsentierten Parteien die alternative Medizin, bzw. einige ihrer Methoden propagieren.

In der Onkologie gibt es mittlerweile gute Evidenz dafür, dass die Konzepte der alternativen Medizin in der Onkologie nicht erfolgreich sind und mit deutlich schlechteren Überlebenschancen einhergehen [4]. Diese Evidenz hätte in der Version für Patientinnen und Patienten deutlich herausgestellt werden sollen.

## Aufbau der Leitlinie

Die Thematik Komplementärmedizin wurde in der Leitlinie [1] in vier Bereiche gegliedert und die Evidenz zu einzelnen Methoden dazu aufgearbeitet

1. Medizinische Systeme – dazu gehören Akupunktur, Akupressur, anthroposophische Medizin, Homöopathie und klassische Naturheilverfahren wie die Balneotherapie.
2. Mind-Body-Verfahren – unter anderem Meditation, Mindfulness-based Stress Reduction, Tai-Chi, Qigong und Yoga.
3. Manipulative Körpertherapien – diese reichen von Bioenergiefeldtherapien wie Reiki über Chirotherapie/Osteopathie/Cranio-Sakrale-Therapie, Hypotherapie, Reflextherapie, schwedische Massage und Shiatsu bis über Sport und Bewegung allgemein.
4. Biologische Therapien – in diesem von zwei Arbeitsgruppen bearbeiteten Block ging es um den Einsatz von Vitaminen, Mineralstoffen, sekundären Pflanzenstoffen und speziellen Ernährungsweisen, zum Beispiel der ketoge-

nen Diät. Auch Phytotherapeutika wie die Misteltherapie wurden in diesem Bereich analysiert und bewertet.

Auf insgesamt 630 Seiten der Langversion werden die verschiedenen Kapitel dargestellt. Positiv ist, dass sowohl Aspekte der Verbesserung der Heilungschancen als auch der Linderung von unerwünschten Wirkungen diskutiert wurden. So findet der Leser zahlreiche hilfreiche Informationen zum Umgang mit der Komplementärmedizin.

## Kritische Stellungnahme zur Leitlinie [1]

Sicher war es überfällig, wichtig und richtig, ein solches Werk zu erarbeiten. Auch soll durch diese kritische Betrachtung der Verdienst aller an der Leitlinie beteiligten Personen in keiner Weise geschmälert werden. Jedoch erscheint es ebenso wichtig, auf einige Schwachstellen hinzuweisen, in der Hoffnung, dass in zukünftigen Aktualisierungen und Überarbeitungen die eine oder andere von ihnen beseitigt werden kann [1].

**A) Ernährung:** Ein sehr wichtiges Thema bei der Betreuung onkologischer PatientInnen ist die Ernährung. Viele PatientInnen nehmen Fehler bei der Ernährung als eine der wesentlichen Ursachen für die Entstehung von Krebs an. Darüber hinaus gibt es zahllose Krebsdiäten, von denen einige auch gemeinsam mit Methoden der klassischen Medizin gegeben werden sollen. Auch das Fasten spielt eine wichtige Rolle. Dieses soll rund um eine Chemotherapie die Toxizität reduzieren und die Lebensqualität verbessern. Leider wird diese Thematik in der Leitlinie nicht erwähnt. Dies gilt bedauerlicherweise auch für die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM) zur klinischen Ernährung in der Onkologie [5].

**B) Supportivtherapien:** Die Leitlinie [1] beschreibt und bewertet unterschiedliche komplementärmedizinische Maßnahmen bei Problemen, die durch eine onkologische Behandlung hervorgerufen wurden. In einigen Kapiteln vermisst man jedoch wichtige Informationen. Als Beispiel sei

die Mukositis genannt, die sowohl bei Chemotherapie als auch bei Strahlentherapie auftreten kann. Die Leitlinie trennt hier nicht deutlich zwischen oraler und intestinaler Mukositis und auch nicht, ob diese durch Strahlentherapie, Chemotherapie oder eine Kombination von beiden ausgelöst wurde. Für weniger mit der Materie vertraute Personen wäre grundsätzlich der Hinweis auf die allgemeinen Maßnahmen zur Prävention und insbesondere zur standardisierten Mundpflege wichtig gewesen, die in der S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen beschrieben sind [6]. Die Leitlinie Komplementärmedizin selbst erwähnt Natriumselenit und Zink als Möglichkeiten, die insbesondere bei Bestrahlung gegeben werden können und Vitamin E, das nicht zum Einsatz kommen soll. Allerdings werden drei interessante Behandlungsoptionen nicht erwähnt:

- Honig: Von der Mucositis Study Group der Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) wurde eine positive Empfehlung für Honig ausgesprochen, nachdem sich Honig (nicht jedoch Manukahonig) in zahlreichen Studien zur Prävention und Therapie der Mundschleimhautentzündungen unter Strahlentherapie, Strahlentherapie in Kombination mit Chemotherapie und Chemotherapie als sinnvoll herausgestellt hat [7, 8]. Darüber hinaus werden die Optionen
- Kryotherapie (bei Chemotherapie) [9] und
- Kaltlichtlaser (low level laser therapy), deren positiver Effekt ebenfalls in Meta-Analysen nachgewiesen wurde [10].

**C) Entitätsspezifische Empfehlungen:** Wie in der klassischen Medizin kann auch in der Komplementärmedizin davon ausgegangen werden, dass nicht jede komplementärmedizinische Behandlungsoption bei jeder Tumorentität wirkt. Für Praktiker ist es sicherlich hilfreich, entitätsspezifische Konzepte an die Hand zu bekommen. Das gleiche gilt auch für therapiespezifische Empfehlungen, denn komplementärmedizinische Maßnahmen, die womöglich bei Strahlentherapie sinnvoll sind, müssen nicht notwendigerweise in Kombination mit einer Hormontherapie sinnvoll sein.

Solche entitätsspezifischen und therapiespezifischen Empfehlungen finden sich nur selten, bzw. sind nur vereinzelt aus den Empfehlungen herauszulesen. In manchen Leitlinien, z. B. S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom [11] finden sich Kapitel zur komplementären Onkologie. Allerdings sind diese nicht in allen Leitlinien anzutreffen, z. B. S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren [12]. Es wäre wünschenswert gewesen, die entitätsspezifischen Informationen zur komplementären Onkologie in der Leitlinie zumindest für die häufigsten Tumorentitäten zu bündeln.

### **D) Anthroposophische Misteltherapie:**

Bei der Misteltherapie wurde die anthroposophische Misteltherapie ausgeklammert. Auch Studien zu Misteltherapie, die eklatante methodische Mängel aufweisen, scheinen gemeinsam mit guten Studien quasi in einen Topf geworfen zu sein. Glücklicherweise entstand aus der Diskussion der Konsens, „dass die Daten für eine klare abschließende Bewertung der Wirksamkeit von Mistelpräparaten zur Verlängerung der Gesamtüberlebenszeit von Krebspatienten in der Gesamtheit aller Tumorentitäten nicht ausreichen“.

**E) Umgang mit den nicht in der Leitlinie erwähnten Methoden:** Hier wäre es sinnvoll, allgemeine Ratschläge zu geben, wie und wo sich möglicherweise Informationen zu nicht in der Leitlinie erwähnten Methoden finden lassen und wie mit solchen Behandlungsangeboten allgemein umzugehen ist.

**F) Zur Bewertung der Methoden:** Grundsätzlich ist das Bewertungskonzept nicht zu beanstanden. Allerdings wäre es sinnvoll gewesen, die Empfehlungen der Leitlinie nicht eindimensional auf die Wirksamkeit auszurichten. Da Sicherheit und Kosten ebenfalls relevante Größen in der Medizin sind, ist eine negative Bewertung allein aufgrund fehlender Wirksamkeit zwar zutreffend, aber unglücklich.

**G) Aufklärung der Patienten:** Unbestreitbar ist es wichtig, PatientInnen über Komplementärmedizin und deren Chancen und Risiken zu informieren. Allerdings ist davon auszugehen, dass die Umsetzung

der Forderungen, die sich aus der Leitlinie ergeben, die Situation an den onkologischen Zentren weiter verschärfen wird.

**H) Interessenskonflikte:** Eine Recherche der ZEIT zeigte, dass Esoteriker, die deutschen Hochschulen unterwandern, und private Geldgeber die Verbreitung von Homöopathie und anderen medizinischen Systemen an medizinische Fakultäten fördern [13]. Danach zählte das Internetprojekt [www.esowatch.com](http://www.esowatch.com) deutschlandweit 17 Hochschulen mit pseudowissenschaftlichen Lehr- und Forschungsangeboten. Vor diesem Hintergrund scheint auch eine gewisse Skepsis der Leitlinie gegenüber angebracht, da einige Mandatsträger als Protagonisten nicht evidenzbasierter Verfahren bekannt sind. Sicherlich wurden von den Mandatsträgern finanzielle Interessenkonflikte offengelegt. Allerdings weisen Diskussionen um Homöopathie und Anthroposophie beinahe pseudoreligiöse Züge auf. Inwiefern Voreingenommenheit und non-pekuniäre Interessenkonflikte Entscheidungen in dieser Leitlinie beeinflusst haben, muss offenbleiben.

## Fazit

Die Leitlinie Komplementärmedizin stellt zweifelsfrei einen Meilenstein dar, denn es ist erstmals gelungen, ein konsentiertes Werk zu einer wichtigen Therapierichtung zu erstellen, das eine evidenz-basierte Orientierung in diesem sonst eher unübersichtlichen und von Meinungen dominierten Bereich der Komplementärmedizin gibt. Allerdings bleiben einige Wünsche offen, die hoffentlich in zukünftigen Aktualisierungen berücksichtigt werden.

### **Prof. Dr. med. Karsten Münstedt**

Chefarzt an der Frauenklinik am Ortenau Klinikum in Offenburg  
E-Mail: [karsten.muenstedt@ortenau-klinikum.de](mailto:karsten.muenstedt@ortenau-klinikum.de)



Foto: privat

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Die Literaturhinweise finden sich in der Online-Ausgabe.

### Literatur zum Artikel:

# S3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen Patienten – kritische Betrachtung

von Prof. Dr. med. Karsten Münstedt

- [1] <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/komplementaermedizin/>
- [2] [https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name; Zugang 16.08.2021.](https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name;Zugang%2016.08.2021)
- [3] [https://www.focus.de/gesundheitsratgeber/psychologie/geistheilung-das-gefaehrliche-geschaefit-der-alternativmedizin\\_id\\_8538789.html; Zugang 20.08.2021\)](https://www.focus.de/gesundheitsratgeber/psychologie/geistheilung-das-gefaehrliche-geschaefit-der-alternativmedizin_id_8538789.html;Zugang%2020.08.2021)
- [4] Johnson SB, Park HS, Gross CP, Yu JB. Use of alternative medicine for cancer and its impact on survival. *J Natl Cancer Inst* 2018; 110. doi: 10.1093/jnci/djx145.
- [5] Arends J, Bertz H, Bischoff S, Fietkau R, Herrmann HJ, Holm E, Horneber M, Hütterer E, Körber J, Schmid I. Klinische Ernährung in der Onkologie – S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e. V. (DGHO), der Arbeitsgemeinschaft „Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin“ der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS) und der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE). *Aktuelle Ernährungsmedizin* 2015; 40: 1–74. doi: 10.1055/s-0035–1552741.
- [6] [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Supportivtherapie/LL\\_Supportiv\\_Langversion\\_1.3.pdf; Zugang 21.08.2021](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Supportivtherapie/LL_Supportiv_Langversion_1.3.pdf;Zugang%2021.08.2021)
- [7] Yarom N, Hovan A, Bossi P, Ariyawardana A, Jensen SB, Gobbo M, Sacca-Hazboun H, Kandwal A, Majorana A, Ottaviani G, Pentenero M, Nasr NM, Rouleau T, Lucas AS, Treister NS, Zur E, Ranna V, Vaddi A, Barasch A, Lalla RV, Cheng KKF, Elad S; Mucositis Study Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). Systematic review of natural and miscellaneous agents, for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines – part 2: honey, herbal compounds, saliva stimulants, probiotics, and miscellaneous agents. *Support Care Cancer* 2020; 28: 2457–72. doi: 10.1007/s00520–019–05256–4.
- [8] Münstedt K, Männle H. What is wrong with the meta-analyses on honey and oral mucositis due to cancer therapies? *Complement Ther Med* 2020;49: 102286. doi: 10.1016/j.ctim.2019.102286.
- [9] Park SH, Lee HS. Meta-analysis of oral cryotherapy in preventing oral mucositis associated with cancer therapy. *Int J Nurs Pract* 2019; 25: e12759. doi: 10.1111/ijn.12759.
- [10] Lai CC, Chen SY, Tu YK, Ding YW, Lin JJ. Effectiveness of low level laser therapy versus cryotherapy in cancer patients with oral mucositis: systematic review and network meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol* 2021;160: 103276. doi: 10.1016/j.critrevonc.2021.103276.
- [11] [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/032-033OLI\\_S3-Diagnostik\\_Therapie\\_Nachsorge\\_Zervixkarzinom\\_2021–05.pdf; Zugang 22.08.2021](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-033OLI_S3-Diagnostik_Therapie_Nachsorge_Zervixkarzinom_2021-05.pdf;Zugang%2022.08.2021)
- [12] [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Ovarialkarzinom/Version\\_5/LL\\_Ovarialkarzinom\\_Langversion\\_5.01\\_Konsultation.pdf; Zugang 22.08.2021](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Ovarialkarzinom/Version_5/LL_Ovarialkarzinom_Langversion_5.01_Konsultation.pdf;Zugang%2022.08.2021)
- [13] [https://www.zeit.de/zeit-wissen/2011/04/Dossier-Esoterik-Esoterisierung; Zugang 15.08.2021](https://www.zeit.de/zeit-wissen/2011/04/Dossier-Esoterik-Esoterisierung;Zugang%2015.08.2021)

# Pionier des Heilfastens

## Otto Buchinger (1878–1971)

Am Eingang zum Krankenhaus im nordhessischen Witzenhausen erinnert eine Gedenktafel an den hessischen Arzt Dr. med. Otto Buchinger, der hier vor gut 100 Jahren die Methode des sogenannten Heilfastens entwickelte. Wer war dieser Otto Buchinger? Und wie kam es zur Entwicklung seiner heute international verbreiteten Methode des „Heilfastens“ im Rahmen einer integrativen Medizin, die sich auf traditionelle Ursprünge in der Volksmedizin (Stichwort „Kneipp“-Verfahren) und auf den aktuellen Lifestyle-Trend der Wiederkehr des in religiösen Gemeinschaften seit Jahrtausenden verwurzelten Fastens begründet?

### Kindheit, Jugend und Studium

Otto Buchinger wurde am 16. Februar 1878 in Darmstadt geboren. Sein Vater war der Regierungsrat Johann Buchinger (1845–1896), verheiratet mit Amalie, geb. Busch (1848–1918), der als großherzoglich-hessischer Regierungsassessor Dienst tat.

Mit seinem Bruder Hans (geb. 1880) verbrachte Otto eine ungetrübte Kindheit in der Residenzstadt Darmstadt zwischen Karl-May-Lektüre, Waldwandern, Eislaufen im Winter und Käfer sammeln im Sommer, die jedoch vom frühen Tod des Vaters im Jahr 1896 überschattet wurde. Das Abitur am Gymnasium zu Darmstadt hätte er um Haaresbreite nicht bestanden: Mathematik ungenügend.

1897 versuchte sich Buchinger mit finanzieller Unterstützung eines Bruders seiner Mutter als Student der Rechtswissenschaft an der Universität Gießen, wechselte jedoch bald zur Medizin, da hier die Vorlesungen weniger früh stattfanden.

Buchinger wurde Korpsstudent. Geschliffenwerden, Kneipen und politische Kampfreden prägten den Alltag und hinterließen bei Buchinger eine Aversion gegen die damals üblichen Trinksitten (heute „Koma-Saufen“). Nach seinem späteren Einstellungswandel trat er aus seinem Korps wegen des dort vorherrschenden Trinkzwanges aus, stand jedoch nach der

Abschaffung dieses Zwanges wieder auf der Mitgliederliste.

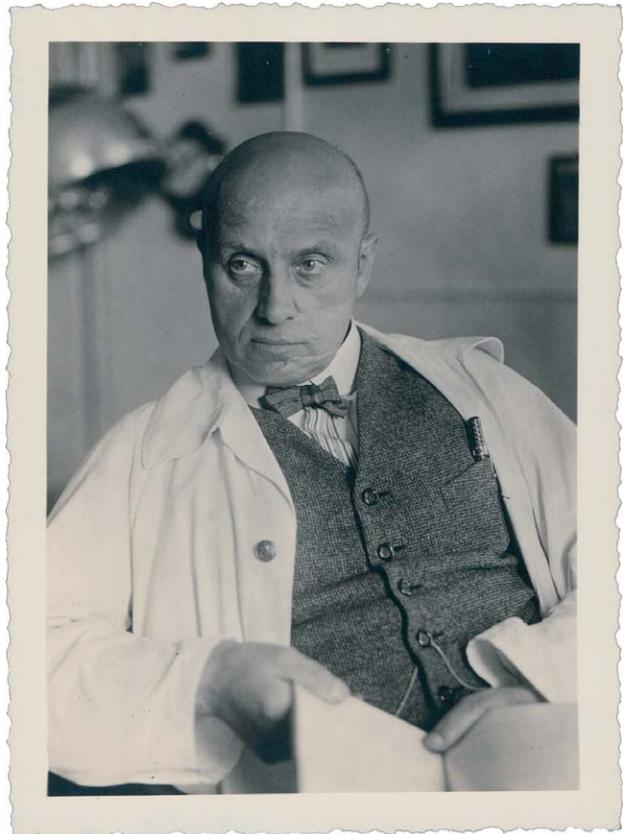
Prägend für sein weiteres Leben wurde jedoch nicht das Korps, sondern ein häuslicher Philosophenkreis, an dem auch sein Freund Albert Klein, sein ehemaliger Lehrer August Messer (1867–1937) und der Philosophieprofessor Reinhard Strecker (1876–1954) teilnahmen. Zwischen den Semestern absolvierte er im Gießener Infanterieregiment

116 zusammen mit seinem Bruder die Einjährigen-Dienstzeit und setzte anschließend sein Studium im Wintersemester 1899/1900 in München fort. Am 30. Dezember 1901 wurde er approbiert.

Die erste berufliche Tätigkeit führte Buchinger in das Ruhrgebiet, wo er einen Kassenarzt vertrat. Der dortige Arbeitstag wirkte auf ihn äußerst ernüchternd. Nebenher begann Buchinger eine psychologisch-psychiatrische Promotion mit dem Titel „Symptom der Personenverkennerung“. Die Arbeit uferete aus und wurde nie abgeschlossen. Ein neuer Versuch war erfolgreich, Buchinger schrieb in sechs Wochen ein Heft zu dem Thema „Wie verändert Pepsin die elektrische Leitfähigkeit der Milch?“, die 1902 als Dissertation mit „rite“ anerkannt wurde.

### Vom Marinearzt zum Fastenarzt

Buchinger entschloss sich schließlich zu einer Tätigkeit als Marinearzt und trat seinen Dienst auf der Nordseestation in Wilhelmshaven an. Sein erster Einsatz auf hoher See erfolgte 1902 als Unterarzt auf dem Torpedoboot D 9. Ab Mai 1903 diente er auf der SMS Hertha als Begleiter von Prinz Adalbert von Preußen (1884–1948)



Dr. med. Otto Buchinger

Foto: privat

in einem ostasiatischen Kreuzergeschwader. Über Aden, Ceylon und Singapur ging es bis nach Tsingtau, dann weiter nach Korea (August 1903) und schließlich nach Wladiwostok. In Japan besuchte er Nagasaki und die heilige Stadt Kioto. Buchinger erhielt den siamesischen Kronenorden 3. Klasse und war damit siamesischer Offizier auf Lebenszeit. Auf der Rückreise über die Seychellen gelangte er nach Deutsch-Ostafrika (heute Tansania).

Im Gegensatz zu vielen deutschen Kulturimperialisten während der deutschen Kolonialzeit betrachtete Otto Buchinger fremde Völker und Kulturen als den europäischen gleichwertig. Die Kolonialpolitik des Kaiserreichs bezeichnete er einmal als „Schuldbuch des weißen Mannes“. Über Westafrika wurde Kurs auf Piräus genommen, wo Buchinger die Akropolis bestaunte, bevor er in Neapel mit Kaiser Wilhelm II. (1859–1941) Bekanntschaft machte.

1905 erfolgte ein kurzer Einsatz auf der SMS München von Kiel aus in die Ostsee, dann nach Norwegen mit Bergen und Trondheim, bevor es 1907/08 mit der SMS Panther nach Südamerika, Westin-

dien und Westafrika ging, wo er Sierra Leone, Liberia und Togo besuchte. Auf See war genügend Zeit zu Lektüre, Buchinger studierte die Werke Nietzsches und beschäftigte sich weiterhin mit seinem Lieblingsautor Goethe.

Auf der SMS Panther beschäftigte sich Buchinger erstmals mit Fragen der Lebensreform, dem Monismus, Askese und Sozialismus. Er begann 1907, Vorträge über Tropenhygiene und Lebensreform an Bord zu halten und praktizierte die damals populäre Hans-Jörg-Müller-Gymnastik.

Am 17. Oktober 1907 wurde Buchinger zum Stabsarzt ernannt. Im Januar 1908 schlug die SMS Panther vor Swakopmund Leck, drohte unterzugehen und wurde in letzter Sekunde von der herbeieilenden SMS Aline Woermann gerettet. Das Schiff wurde in Kapstadt repariert, wo Buchinger unverhofft auf seine ehemalige Darmstädter Jugendfreundin Anna Elisabeth (Else) Sander (1874–1968) traf. Buchinger entschloss sich in Südafrika zur Ehe, nachdem er 1905 eine bereits erfolgte Verlobung auf Intervention seiner dominanten Mutter hatte zurücknehmen müssen. Otto Buchinger und Else Sander heirateten am 12. Dezember 1908 und zogen nach Wilhelmshaven. Ihre Kinder Hans (geb. 1910), Hertha (geb. 1912), Otto (geb. 1913), und Maria (geb. 1916) wuchsen zunächst dort und später in Flensburg und Witzhenhausen auf.

## Die Alkoholfrage und die Entlassung aus der Marine

Im Laufe seiner Jahre als Marinearzt wurde für Buchinger die Alkoholfrage immer wichtiger. 1909 gründeten der Kapitänleutnant Karl Hinckeldeyn, Oberleutnant Walter Goethe, Oberleutnant Heinz Kraschutzki, Oberleutnant Hans Paasche und der Marineoberzahlmeister Haberer einen Marine-Alkoholgegnerbund. Buchinger trat sofort bei. Auch in den Guttemplerorden „Zum sicheren Kurs“ ließ er sich im Oktober 1909 gemeinsam mit seiner Frau aufnehmen. Seit 1911 betrieb er homöopathische Studien und erwarb das Recht, eine eigene homöopathische Apotheke zu führen.

1909/10 verbrachte Buchinger in Wilhelmshaven und Kiel, bis er auf der SMS Württemberg eingesetzt wurde. 1910

setzte er seinen Dienst an der Torpedoschule Mürwik fort und wohnte mit seiner Familie im nahegelegenen Flensburg.

Als 1914 der Erste Weltkrieg ausbrach, zogen selbst Wandervögel, Guttempler und Lebensreformer singend in den Krieg. So auch Buchinger. Er diente anfangs als Arzt an Bord des Admiralschiffes Roon und wurde dann nach einem Erholungsurlaub für fast drei Jahre als Chefarzt an das Quarantäne-Festungslazarett Cuxhaven beordert.

Noch vor Kriegsende erkrankte er im September 1917 an einer lakunären Mandelentzündung mit septischem Gelenkrheumatismus und entrann nur äußerst knapp dem Tode. Er überlebte bord- und garnisondienstunfähig als Invalide, an zwei Stöcken gehend, mit einer kaum funktionierenden Leber. Mit der Verleihung des Titels „Marine-Generaloberarzt“ wurde Buchinger im März 1918 aus dem aktiven Dienst entlassen. Eine Kur im Wiesbadener Offiziersgenesungsheim verlief erfolglos und stürzte Buchinger in eine tiefe Verzweiflung über seine zukünftige Existenz. Erst durch eine Fastenkur bei Dr. Gustav Riedlin (1862–1949) in Freiburg aktivierte er seine Kräfte der Selbstheilung und widmete sich nach dieser prägenden Selbstheilungserfahrung in seinem weiteren Schaffen zunehmend der Entwicklung der nach ihm benannten Methode des Heilfastens.

## Fastenarzt in Witzhenhausen und Bad Pyrmont

Zunächst wurde er jedoch für ein Jahres-Salär von nur 600 Reichsmark Dozent für Tropenhygiene an der Deutschen Kolonialschule in Witzhenhausen. Er arbeitete hier die nächsten 16 Jahre, hatte aber, nach dem Verlust der deutschen Kolonien, wenig zu tun und genügend Zeit für private Beschäftigungen. Nach dreijähriger Vorarbeit eröffnete er 1920 in Witzhenhausen das Kurheim Dr. Otto Buchinger, auch um seine Familie besser ernähren zu können. Ende 1924 gründete er den „Lichthort-Bund“ und hielt im vegetarischen Restaurant „Pomona“ Vorträge. 1930 entschloss er sich zu einer Weiterbildung und studierte an der „Atemschule“ Schlawffhorst-Andersen bei Celle.

Durch seine vielfältigen Beziehungen zur Lebensreform-Bewegung fanden sich im Laufe ungewöhnliche Persönlichkeiten in seiner Klinik ein wie der Endzeitprophet Louis Haeusser (1881–1927), der Rohkostprediger Gusto Gräser (1879–1958), der Dadaist Johannes Baader

(1875–1955), der Metaphysiker Fritz Quade (1848–1944), aber auch etablierte Zeitgenossen wie der Verleger Eugen Diederichs (1867–1930), die Schauspielerin Lil Dagover (1887–1980), der Extremtaucher und Ichthyologe Hans Hass (1919–2013), Romano Guardini (1885–1968), Klara May (1864–1944) oder Winifred Wagner (1897–1980), die Leiterin der Bayreuther Festspiele.

Einer der Kurgäste, Heinrich Schöndube, überzeugte Buchinger von der Notwendigkeit der Auswanderung nach Mexiko, um dort ein Sanatorium zu gründen. Buchinger lernte Spanisch und hatte bereits seine Praxisräume in Deutschland gekündigt, als in Mexiko die Revolution ausbrach. Daraufhin nahm Buchinger eine Chefarztstelle in einem Sanatorium bei Berlin an, das sich als Zentrum der Religionsgemeinschaft um Jakob Lorber (1800–1864) entpuppte.

Nach einigen Monaten kündigte Buchinger, da sich in Witzhenhausen im sogenannten Werra-Schlösschen neue Praxisräume gefunden hatten und ihm auch wieder seine Dozentenstelle an der Kolonialschule zur Verfügung gestellt wurde, die ihm dann 1933 von den Nationalsozialisten endgültig entzogen wurde.

Das Jahr 1933 war insofern ein Einschnitt, da Buchingers überaus reservierte Haltung zum Nationalsozialismus allgemein bekannt war und vor allem seine Ehefrau Elsbet als „Halbjüdin“ anhaltenden Schikanen und gesetzlichen Nachteilen ausgesetzt war. Schon 1933 vergrub Buchinger in weiser Voraussicht seinen Bestand an verbotenen Büchern und Schriften im eigenen Garten. Im November 1935 verlegte Buchinger seine Klinik vom nordhessischen Witzhenhausen nach Niedersachsen in die Kur- und Quäkerstadtstadt Bad Pyrmont. Die genaueren Umstände dieses Wechsels sind bis heute im Stadtarchiv von Witzhenhausen gut dokumentiert und geben eindrucksvolle Zeugnisse vom Alltag im Nationalsozialismus in dieser hessischen Kleinstadt.

Auch das Unternehmen in Bad Pyrmont wurde ein Erfolg, die Klinik zählte bald zu den besten Adressen der Stadt.

Persönlichkeiten wie

Zarah Leander (1907–1981),

Arnold Krumm-Heller (1879–1949),

Grethe Weiser (1903–1970),

Hilde Koerber (1906–1969),

Felix Graf Luckner (1881–1966) oder

Ludwig Erhard (1897–1977) suchten und

fanden hier Heilung. Der Erfolg wurde Buchinger (wie bereits zuvor in Witzenhäusern) nicht von allen Pyrmontern gegönnt.

Gegenkräfte stellten sich ein. 1938 zwang die örtliche Parteiführung der NSDAP Buchinger, für die NSV-Winterhilfe mit einer Sammelbüchse von Haus zu Haus zu ziehen. Im gleichen Jahr unternahm er mit seinem langjährigen Freund, dem Sozialdemokraten Georg Decker (1887–1964), eine Italienreise nach Venedig, Rom und Neapel. Nach seiner Rückkehr wurde ihm vom Bad Pyrmont NS-Bürgermeister Hans Zuchhold und dem Kurdirektor

Georg Gallion (1869–1974) untersagt, sein Sanatorium auszubauen und mehr als 170 Kurpatienten jährlich aufzunehmen.

1941 erfolgte eine Hausdurchsuchung, sein Mitarbeiter und Assistent Dr. Herbert Fritsche (1911–1960), der vielfältige Verbindungen zu esoterischen Kreisen pflegte, wurde verhaftet und nach Berlin gebracht. Ein Jahr darauf wurden drei der fünf Häuser Buchingers beschlagnahmt. Da ihm 1944 auch das „Wiesenhäuser“ weggenommen wurde, verblieb Buchinger bis Kriegsende allein das alte Haupthaus seines ehemals großzügigen Sanatoriums.

Nach 1945 konnte Buchinger schon bald den Sanatoriumsbetrieb wieder in vollem Umfang aufnehmen. An seinem 75. Geburtstag 1953 wurde er, der ehemals Abgelehnte, zum Ehrenbürger der Stadt Bad Pyrmont, in der die damalige Buchinger-Klinik von der Familie des Sohnes Otto bis heute fortgeführt wird – während die jüngste Tochter Maria Buchinger-Wihelmi zwei weitere „Buchinger-Kliniken“ in

Überlingen/Bodensee und in Marbella/Spanien gründete.

### Der Wanderer und Suchende

Auf seinen Reisen zur See besuchte Buchinger hin und wieder, wohl auch aus Konvention, die christliche Messe. Zwischen 1913 und 1916 betrieb er aus eigenem Interesse ein intensives Bibelstudium und las sowohl das Alte wie auch das Neue Testament vollständig. Anfang der 1920er-Jahre gelangte er, neben Berührungen mit dem russischen Anarchismus, über die Theosophie und die Esoterik schließlich durch Literaturstudium zum Quäkertum.

In Frankfurt suchte Buchinger 1924 aus eigenem Antrieb die Quäker auf und wurde von dort an John Stephens (1891–1954) vom Berliner Quäkerbüro verwiesen. Am 4. April 1926 wurde er von der „Religiösen Gesellschaft der Freunde (Quäker)“ aufgenommen. Buchinger besuchte 1927 für einen Monat und erneut Anfang 1928 für fünf Wochen das Quäker-College Woodbrooke in England. Für das Quäkertum war Buchinger vor allem als Multiplikator von Bedeutung. Im Haupthaus seiner Klinik und später auch in der Dependence „Glückauf“ hielt er häufig Vorträge über das Quäkertum. Viele Zuhörern erfuhren über Buchinger erstmals von dieser Religionsgemeinschaft.

Am 15. Dezember 1957 trat Buchinger dann jedoch zur katholischen Kirche über und anschließend 1959 aus der Religiösen Gesellschaft der Freunde (Quäker) aus. Ärger verursachten vor allem die Postkarten, mit der Buchinger in einem lapidaren Satz alle seine engeren Quäkerfreunde von seinem Schritt nachträglich in Kenntnis setzte.

### Was bleibt?

Buchinger war einer der wenigen „Lebensreformer“, der vor allem in bürgerlichen Schichten anerkannt war und Einfluss hatte. Er erhielt 1912 den Roten Adlerorden, den Kronenorden I. Klasse. Schon während des Militärdienstes bei der Marine führte er einen missionarischen Kreuzzug gegen den Alkohol und hatte unter den Soldaten ein unerschöpfliches Betätigungsfeld. In der Abstinenz sah er

## Heilfasten nach Buchinger

Die Methode Heilfasten nach Buchinger unterstützt Menschen bei der Prävention und Heilung körperlicher und seelischer Erkrankungen. Ziel ist es, Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und inneren Einklang zurückzugewinnen oder ganz bewusst für sich zu bewahren. Dies umfasst insbesondere die Sensibilisierung für einen gesunden Lebensstil im Alltag. Der Ansatz Otto Buchingers umfasst den ganzen Menschen in seinen physischen, geistigen und seelischen Bezügen. Hier folgt die Methode kurz skizziert:

Das ganzheitliche Fasten sollte fern vom Alltag geschehen. Ein oder zwei Entlastungstage bereiten den Organismus auf das Fasten vor. Dabei gibt es ca. 600 Kalorien (Vorbereitungstag), überwiegend Kohlenhydrate, kein Fett, ganz wenig Eiweiß. Es soll kein Kaffee oder Alkohol getrunken, keine Süßigkeiten gegessen und nicht geraucht werden. Es sollte reichlich (mindestens zwei Liter) kalorienfreie Flüssigkeit (Wasser oder Tees) getrunken werden. Am nächsten Tag beginnt das Fasten mit einer gründlichen Darmentleerung (Glaubersalz).

Im Fasten (etwa 15 Tage) sollten alle Ausscheidungsvorgänge gefördert werden. Dies geschieht u. a. durch körperliche Bewegung, aktives (Bewegung) und passives (Sauna) Schwitzen, eine tägliche Gesamttrinkmenge von ca. drei Liter kalorienfreier Flüssigkeit. Wichtig ist eine regelmäßige Darmentleerung, die durch verschiedene Methoden angeregt wird. Das Fastenbrechen ist das Ende des Fastens. Am letzten Fastentag gibt es mittags zuerst ein Kompott und vier Mandeln. Dann wird traditionell ein Apfel langsam und bewusst gegessen. Am besten jeden Bissen 25–30 mal kauen. Schrittweise wird der Stoffwechsel wieder angehoben. Der erste Aufbau-tag sollte ca. 800, der zweite ca. 1.200, der dritte ca. 1.500 Kalorien haben, dann 1.800 Kalorien. Tierisches Fett und Alkohol sollen in den ersten zwei Wochen nach dem Fasten gemieden werden.



die Möglichkeit zur Hebung der Volksgesundheit und ein volkswirtschaftliches Heilmittel. Derartige Ansichten fanden nicht bei allen Kolleginnen und Kollegen ungeteilte Zustimmung.

Durchschnittlich hielt Buchinger pro Jahr 150 Vorträge, die meisten davon vor den Kurgästen in seinem Sanatorium, vor kleinen Gruppen bis zu einer Menge von etwa 300 Zuhörer. In seinen zahlreichen Schriften hat sich Buchinger immer wieder grundsätzlichen Fragen zugewandt. Bekanntheit erlangte er durch das sogenannte Paasche-Buch (Hamburg 1921), das dem Leben von Hans Paasche (1881–1920), einem weltreisenden Lebensreformer und später ermordeten Revolutionär, gewidmet war. Mit Paasche war Buchinger seit seiner Zeit als Marinearzt befreundet. Das Buch wurde 1933 von den Nationalsozialisten öffentlich verbrannt. Andere seiner Bücher, etwa die 2. Auflage von „Unterwegs“, wurden auf Weisung der örtlichen NSDAP-Leitung eingestampft, als man den Verkaufbestand der Quäkerbücher in Bad Pyrmont vernichtete. Als Marinearzt veröffentlichte Buchinger seine ersten Aufsätze unter dem Pseudonym Otto Wanderer. Seine bekanntesten Bücher sind „Das Heilfasten und seine Hilfsmethoden“ (1935) sowie „Ums Ganze“ (Bad Pyrmont 1947) und seine Autobiographie „Vom Marinearzt zum Fastenarzt“ (Überlingen 1974).

### Initiator des Heilfastens

Angesichts des „schillernden“ Lebenswegs des ewig suchenden und zwischen den Welten und Kulturen des vergangenen Jahrhunderts in der damaligen Zeitenwende ständig hin und her wandernden Otto Buchinger ist retrospektiv eine gewisse Parallele zur heutigen Zeit mit den noch nicht absehbaren Auswirkungen der Covid-Pandemie nicht zu übersehen.

So erlebte Buchinger in der damaligen Zeitenwende des Untergangs des zweiten deutschen Kaiserreichs nach dem Ende des Ersten Weltkriegs, den politischen Wirren der Weimarer Republik und des nachfolgenden Aufstieges des nationalsozialistischen sogenannten Dritten Reiches ab 1933 eine lang andauernde Krisensituation – begleitet von der damaligen globalen Pandemie in Form der „Spanischen Grippe“ mit Millionen Toten sowie dem anhaltenden wirtschaftlichen und sozialem Elend durch die nachfolgende Weltwirtschaftskrise von 1929 mit ihren politischen Nachwirkungen.

Hinzu kam für Buchinger eine schwere persönliche und zugleich gesundheitliche Existenzkrise (Früh-Invalidität nach Sepsis und nachfolgend Frühpensionierung aus der Kriegsmarine 1918) mit einem für ihn letztlich unerwartet glücklichen Ausgang. Inmitten eines anhaltenden, allgemeinen Krisenszenarios erlebte Buchinger seine eigene persönliche Fastenheilung als neu-

artige Quelle einer für ihn heilbringenden Existenzrettung. Sein persönliches Heilungserlebnis durch das „Heil-Fasten“ in einer katastrophalen Lebenskrise bewog Otto Buchinger für sein weiteres Leben zu einem ruhelosen Initiator und Propagator dieser von der Schulmedizin in der damaligen Zeit überaus kritisch bewerteten Heilmethode zu werden.

Der seit nunmehr 100 Jahren anhaltende empirische Erfolg und die Popularität der Heilfastenmethode nach Buchinger haben mittlerweile vermehrt zur wissenschaftlichen Erforschung dieser Form des Heilfastens mit Studien und Publikationen geführt. In der postmodernen Gesellschaft wurde die integrative Medizin und gesundheitliche Inspiration im Sinne Otto Buchingers zu einer Erfolgsgeschichte.

Die innerärztliche Diskussion um Sinn und Unsinn des Heilfastens bleibt dabei wie die Methode selbst seit Anbeginn kontrovers und spaltet weiterhin deren Anhänger und Befürworter von den beharrlichen Kritikern vor allem in den Reihen der Schulmediziner. Otto Buchinger selbst hielt es in seinen Aphorismen gerne mit dem altbekannten Paradigma des Hippokrates (ca. 500 v. Chr.) „Wer heilt, hat Recht“!

**Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Kock**  
Darmstadt  
E-Mail: kock.da@t-online.de

Literatur beim Verfasser

## Bücher



### Manuelle Medizin 2

Ulrich W. Böhni, Markus Lauper,  
Hermann Locher (Hrsg.).  
Georg Thieme Verlag, Stuttgart,  
New York 2020, 580 S., ISBN  
9783131652720, € 199.99

Eine theoretische Abhandlung über manuelle Medizin ist ein Widerspruch in sich. Die manuelle Medizin kann nur in der Anwendung gelernt werden. Allerdings sind ohne das Studium die in den Kursen für manuelle Therapie erlernten Techniken nicht nachhaltig. Hier setzt das Werk von Böhni, Lauper und Locher an. Die Herausgeber haben ein umfassendes Werk geschaffen, das insbesondere mit 1.660 Abbildungen die diagnostischen und therapeutischen Techniken in der manuellen Medizin veranschaulicht. Ohne Vorkenntnisse aus den Kursen geht es allerdings nicht. Aber das möchten die Herausgeber auch nicht. Es ist viel-

mehr ein kursbegleitender Lehratlas und ein lebenslanges Nachschlagewerk für den Praktiker.

Im Buch wie im richtigen Leben geht die Diagnostik der Therapie voran. Es ist dabei nicht immer leicht, sich in den Kapiteln zurechtzufinden. Zum Beispiel widmet sich Kapitel 1 der kompletten Diagnostik der Halswirbelsäule (HWS) und Kapitel 2 der Therapie derselben. Das Wissen über bestimmte anatomische Regionen (hier einzelne Abschnitte der HWS) sind also im Buch verteilt. Das macht das Studium aufwendiger, lässt sich aber aus didaktischen Gründen nicht vermeiden.

Die Abbildungen sind eine große Hilfe: An einem Modell und wann immer sinnvoll an einem Skelett wird die jeweilige Technik demonstriert. Mittels Projektionstechnik wird das Skelett auch auf das Modell projiziert. Am Modell werden auch Techniken zur Eigenübung veranschaulicht. Ich möchte das Buch in der Praxis nicht mehr missen.

**Dr. med. Matthias Ott**, Lorch



## Das Marburger PJ-Curriculum

Seit 2015 ermöglicht das Marburger Universitätsklinikum Studierenden der Medizin bereits im Praktischen Jahr (PJ) eine intensive Auseinandersetzung mit den wichtigsten Aspekten der Patientensicherheit. Das zugrunde liegende Curriculum mit Pflicht- und Wahlkursen wird durch Dr. med. Egbert Opitz vom Studiendekanat des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg betreut. 2019 wurde ein großes Team um Prof. Dr. med. Stefan Bösner und Opitz für die drei Wahlkurse des PJ-Curriculums mit dem Hessischen Hochschulpreis für Exzellenz in der Lehre ausgezeichnet.

### Was ist das Marburger PJ-Curriculum Patientensicherheit?

**Dr. med. Egbert Opitz:** Das Programm besteht zum einen aus einer PJ-Einführungswoche mit fünf Pflichtkursen zu den Themen Krankenhausinformationssystem, Management chronischer Wunden, strukturierte Übergaben, Übungen zur Krankenhaushygiene und Medizingeräteeinweisungen. Zum anderen können die Wahlkurse Clinical Reasoning und individualisierte Arzneimitteltherapie – die

jeweils sektorübergreifend angelegt sind – sowie ein 80-Stunden-Kurs zur Patientensicherheit besucht werden. Darüber hinaus werden seit Mitte Januar 2022 Einsätze auf drei interprofessionellen Ausbildungsstationen (IPSTA) im Klinikum Fulda angeboten. (Übersicht: Online-Ausgabe). Insgesamt decken wir damit sämtliche der in den klinikbezogenen internationalen Studien als besonders häufig genannten Fehlerarten ab, die vor allem die Medikation, nosokomiale Infektionen, Kommunikation, Diagnostik und Übergaben betreffen.

### Warum wurde das Angebot entwickelt?

**Opitz:** Aufgrund des bekannten Ausmaßes an vermeidbaren Patientenschäden bei ca. 5 % aller Krankenhausaufenthalte in den westlichen Gesundheitssystemen [1, 2] haben 2015 der damalige Ärztliche Direktor des Marburger Universitätsklinikums und der damalige Studiendekan (Prof. Jochen Werner und Prof. Klaus Jochen Klose) meinen Vorschlag, ein Angebot zur Patientensicherheit für PJ-Studierende zu entwickeln, aufgegriffen. Durch Gespräche mit den Teilnehmenden der

ersten Kurse sowie durch Hospitationen bei interessanten Lehrangeboten anderer Universitäten sind die Ideen für die weiteren Kurse entstanden, die wir ab 2016/17 mit einem Team sehr engagierter Lehrkräfte umgesetzt haben.

### Wie laufen die Wahlkurse ab?

**Opitz:** Im Kurs Clinical Reasoning werden – angelehnt an ein Kurskonzept aus Hamburg [3] – in Tandem-Lehre mit einem Hochschullehrer der Allgemeinmedizin, einem Internisten oder einem Chirurgen Fälle aus der Hausarztpraxis und aus Notaufnahmen besprochen. Dabei wird die „Think aloud-Technik“ eingesetzt. Die Studierenden können so die differentialdiagnostischen Gedankengänge erfahrener Ärztinnen und Ärzte sowie Unterschiede für den ambulanten und den stationären Sektor nachvollziehen. Im Arzneimitteltherapiekurs werden in Tandem-Lehre mit Hochschullehrern der Allgemeinmedizin, der Psychiatrie und klinischen Pharmakologen in der Hausarztpraxis häufig vorkommende Krankheitsbilder und die Medikationspläne davon betroffener Patienten behandelt. Die Studierenden bereiten sich anhand der FORTA (Fit FOR The Aged)-Liste [4] sowie von Fallvignetten, Medikationsplänen und relevanten Leitlinien auf die Kursstunden vor. Sie sollen lernen, Medikationspläne umzustellen, Leitlinien-gestützte Therapieempfehlungen individualisiert zu betrachten und abwendbar gefährliche Verläufe zu erkennen.

Der Wahlkurs Patientensicherheit wird im zweiten PJ-Tertial angeboten, kann daher auf den schon vorhandenen Berufserfahrungen der Studierenden aufbauen und arbeitet wo immer möglich mit den realen, pseudonymisierten Daten der aktuell von den Kursteilnehmenden betreuten Patienten. Ein Teil der Kursstunden findet interprofessionell mit Pflegeschülerinnen und Pflegeschülern statt. Zum Kursabschluss analysieren die Studierenden in einer Projektaufgabe mit Hilfe des Global Trigger Tools (GTT) [5], ob bei der Be-



Foto: Adrian Sandha

**Dr. med. Egbert Opitz** (Foto) ist im Studiendekanat des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg zuständig für die Organisation von Kursen für

PJ-Studierende sowie für die Projektierung interprofessioneller Ausbildungsstationen.

Nach dem Medizinstudium war er ab 1987 zunächst im Institut für Medizinische Informatik in Marburg tätig und nach einer Umstrukturierung ab 1997 als Leiter des Bereichs Projekte und Organisation in der Abteilung Zentrale Informationsverarbeitung des Klinikums der Philipps-Universität Marburg. Nach dessen Privatisierung wechselte er ins Dekanat des Fachbereichs Medizin, wo er bis 2020 parallel als Lehrkraft und als IT-Referent tätig war. Opitz besitzt das Zertifikat Medizinische Informatik und ist seit langem Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit.



handlung Schäden – im Sinne der Definition des GTT, die sich von juristischen Bewertungen klar unterscheidet – aufgetreten sind. Werden vermeidbare, i. d. R. leichte oder vorübergehende Patientenschäden identifiziert, wird im Zweierteam analysiert, wie der Vorfall entstanden ist, welche Sicherheitsmaßnahmen bereits zum Einsatz kamen und welche Verbesserungsvorschläge gemacht werden können. Die Ergebnisse ihrer Analyse erläutern die Studierenden in der Kurs-Abschlussveranstaltung gegenüber erfahrenen Ärztinnen und Ärzten und einem Mitarbeitenden der Geschäftsleitung des Universitätsklinikums. Darüber hinaus können sowohl die Studierenden als auch die

Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler einen möglichst einfach zu realisierenden Verbesserungsvorschlag unterbreiten. Nach ca. drei Monaten erhalten sie eine Rückmeldung, welcher Vorschlag bereits umgesetzt wurde oder welche Umsetzung konkret geplant ist – so sollen sich die Studierenden beruflich schon früh als selbstwirksam erleben können.

#### **Gibt es ähnliche Initiativen an anderen deutschsprachigen Universitäten?**

**Opitz:** Beim Aufbau und der Weiterentwicklung des Marburger PJ-Curriculums haben wir sehr von den Erfahrungen anderer Lehrveranstaltungen (u. a. aus Aachen, Freiburg, Hamburg und Zürich) profitiert

[3, 6, 7]. Wir sind überzeugt, dass für den Aufbau eines in das gesamte klinische Studium integrierten Kursangebots eine Kooperation möglichst vieler medizinischer Fakultäten sinnvoll ist. Als Ziel sollte dabei ein Kerncurriculum mit einer von train the trainer-Kursen flankierten Sammlung evidenzbasierter Lehrmodule wie z. B. beim kanadischen Patient Safety Education Program [8] angestrebt werden.

Beim Aufbau der IPSTA im Klinikum Fulda haben uns u. a. die Vorarbeiten der Robert Bosch Stiftung und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) [9, 10] sowie die Besuche von Referenzprojekten in Heidelberg, Freiburg und Nürnberg sehr geholfen.

#### **Ist Patientensicherheit bereits im Studium relevant?**

**Opitz:** Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die PJ-Studierenden aufgrund ihrer täglichen Arbeit einen natürlichen Zugang zum Thema Patientensicherheit haben. Idealerweise sollte es aber Eingang in alle Phasen des Medizinstudiums finden – möglichst von Anfang an [11]. Nicht trivial ist allerdings die Frage, an welcher Stelle des Curriculums die Studierenden mit welcher Art von Lehrangebot gut erreicht werden können [12, 13].

#### **Warum gibt es einen interprofessionellen Ansatz?**

**Opitz:** Es ist allgemeiner Konsens, dass eine hohe Patientensicherheit am besten in einem gut funktionierenden Team erreicht werden kann, worauf u. a. auch die Ergebnisse eines systematischen Reviews über die IPSTA und weitere Publikationen über Ausbildungsstationen hindeuten [14, 15].

Auf den IPSTA werden die Patienten primär von PJ-Studierenden, Pflegeschülerinnen und Pflegeschülern sowie von Auszubildenden anderer Gesundheitsberufe – in Fulda Pharmazeutinnen und Pharmazeuten im Praktikum – versorgt, denen zur Absicherung der Behandlungsqualität natürlich immer pflegerische und ärztliche Lernbegleitende bzw. eine Apothekerin zur Seite stehen. Im Klinikum Fulda wollen wir im Rahmen von zwei Begleitstudien noch etwas näher untersuchen, welche Auswirkungen sich dabei auf die Patientensicherheit ergeben.



Foto: Picture People, Bochum/privat

**Viktoria Radounikli** hat den Wahlkurs Patientensicherheit 2020 absolviert. Sie arbeitet seit einem Jahr als Ärztin in Weiterbildung in der Kinderchirurgie am Evangelischen Krankenhaus Hamm. Hier schildert sie ihre Erfahrungen:

„Da mir das Thema ‚Patientensicherheit‘ sehr am Herzen liegt, fällt es mir schwer, meine Erfahrungen mit dem Curriculum kurz zusammenzufassen, da dies bei weitem nicht ausreicht, um die ganze Tragweite dieses Projektes zu beschreiben. Ich habe mich für die Teilnahme am Wahlkurs Patientensicherheit entschieden, weil die Vorstellung des Curriculums durch Herrn Dr. Opitz und ehemalige Teilnehmende mein Interesse geweckt hat. Uns wurde damals die Aufgabe gestellt, darüber nachzudenken, in welchem Umfeld und mit welchem Ziel wir Medizin praktizieren wollen. Der Kurs

hat zunächst mein Bewusstsein für die Patientensicherheit geweckt und mit fortschreitender Dauer meinen Blick auf die klinische Tätigkeit verändert. Als angehende Ärztin/angehender Arzt steht man, kurz bevor man wirklich die Verantwortung für die Behandlung eines Patienten übernimmt, vor der Frage, wie Behandlungsfehler und Gefährdungen von Patienten vermieden werden können. Durch den Kurs kann man erleben, dass man dieses reale Problem nicht alleine lösen muss, sondern dass Patientensicherheit Teamarbeit ist.

Meine wichtigste Erkenntnis ist, dass die beste Patientensicherheit erreicht werden kann, wenn die Fehlerkultur und die Zielsetzung einer medizinischen Institution das ‚gemeinsame Arbeiten‘ fördern. Dabei sollten alle Beteiligten vom Pfleger bis zum Arzt integriert werden. Vor allem habe ich gelernt, dass das gemeinsame Arbeiten bei einem selbst anfängt. So gehe ich heute noch gerne mit den Pflegekräften zusammen – wie im Kurs beigebracht – die Patientenakten durch. Junge Studierende sollten sich früh die Frage stellen, wie sie mit möglichen Fehlern im Arbeitsalltag umgehen wollen und wie sie zur Teamarbeit stehen. Die Sicherheit der Patienten steht und fällt mit unserem Selbstbild und mit der Verantwortung, die wir gegenüber anderen entwickeln können. Dafür bietet das Curriculum Patientensicherheit den richtigen Rahmen.“



### Gibt es Kooperationspartner für das PJ-Curriculum Patientensicherheit?

**Opitz:** Die meisten Kurse des PJ-Curriculums wurden in enger Kooperation mit dem Marburger Universitätsklinikum aufgebaut, das uns weiterhin stark unterstützt. Der Fachbereich Medizin hat das IPSTA-Projekt mit einer Anschubfinanzierung gefördert. Die darüber hinaus für

den Betrieb der IPSTA erforderlichen räumlichen und personellen Ressourcen sind vom Vorstand des Klinikums Fulda in vorbildlicher Weise bereitgestellt worden. Wichtig finde ich auch, dass die dortige Pflegedirektion und Krankenpflegeschule allen Pflegeschülerinnen und Pflegeschülern ermöglichen wollen, während ihrer Ausbildung mindestens einmal auf einer

IPSTA gearbeitet zu haben. Dies kann meines Erachtens als ein klares Signal zur Attraktivitätssteigerung der Ausbildung für einen so wichtigen und von Nachwuchsmangel bedrohten Beruf angesehen werden.

### Wie sind Sie persönlich zum Thema Patientensicherheit gekommen?

**Opitz:** Darauf aufmerksam wurde ich während meiner Zeit im Marburger Institut für Medizinische Informatik durch meinen damaligen Chef, Prof. Klaus Kuhn. Er hatte aufgrund der Lektüre der Harvard Medical Practice Study Patientensicherheit schon 1996 zum Bestandteil der curricularen Lehre der Medizinischen Informatik in Marburg gemacht, die dann ab 2007 ganz von mir übernommen wurde.

### Wie soll es zukünftig mit dem Projekt weitergehen?

**Opitz:** Da ich schon recht bald in Rente gehen werde, wünsche ich mir natürlich, rechtzeitig meine Nachfolgerin oder meinen Nachfolger in das gesamte Kursprogramm einarbeiten zu können. In Bezug auf die IPSTA hoffe ich zum einen auf lokaler Ebene, dass im Laufe dieses Jahres auch die von unserer Fachschaft Medizin beantragte psychiatrische IPSTA in Betrieb gehen kann. Auf nationaler Ebene wünsche ich mir, dass mittelfristig für alle Medizinstudierenden und Pflegeschülerinnen wie Pflegeschüler ein mehrwöchiger IPSTA-Aufenthalt ganz selbstverständlich zu ihrer Ausbildung gehören wird.

**Interview: Silke Nahlinger, Katrin Israel-Laubinger, Nina Walter**

Eine Übersicht des Curriculums und die Literaturhinweise finden sich in der Online-Ausgabe 03/2022, zu finden auf der Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de), Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.



Foto: Adrian Sandha

**Georg Brand** hat den Wahlkurs Patientensicherheit 2018 absolviert. Er arbeitet seit 2019 als Arzt in der Klinik für Nephrologie am Universitätsklinikum Marburg. Hier schildert er seine Erfahrungen:

„Ich habe den Wahlkurs Patientensicherheit als Teil eines Kanons an Seminaren gesehen, die im ersten und zweiten Tertial des Praktischen Jahrs (PJ) vom Fachbereich in Marburg angeboten werden. Mich hat das umfangreiche Angebot bereits zu Beginn des Tertials begeistert – so habe ich mich zu einer Teilnahme entschlossen. Neben einem eigenständig aufzuarbeitenden theoretischen Teil wurde es in der eigentlichen Veranstaltung stets praktisch, immer mit der Möglichkeit, aktuelle Erfahrungen aus

zwei PJ-Tertialen einfließen zu lassen – praktisch das erste Mal im Studium, dass das Konzept eines inverted classrooms erfolgreich angewandt wurde.

Der Kurs hat mein Bewusstsein für das Thema verändert. Patientensicherheit ist nicht nur abhängig von Strukturen, sondern von jedem Einzelnen. Schon Studierende im PJ können zur Verbesserung beitragen – zum Beispiel, wenn wir in der Medizin Aspekte aus der Flugsicherheit übernehmen und Hierarchien soweit abbauen, dass auch die ‚Co-Piloten‘ sich trauen, ihre Bedenken zu äußern. Auf jeden Fall beeinflussen die Erkenntnisse aus dem Kurs meinen Arbeitsalltag. Leicht umzusetzende Veränderungen des eigenen Verhaltens, wie die Nutzung von Closed-loop communication (1. Sender gibt Anweisung, 2. Empfänger gibt Gehörtes wieder, 3. Sender kann Missverständnis so rasch aufklären) [16], Suchmaschinen für seltene Erkrankungen bei kniffligen Fällen oder die UpToDate-Datenbank [17] zu Wechselwirkungen von Arzneimitteln würde ich ohne den Kurs nicht kennen. Diese Unterstützungsmöglichkeiten sind auch für meine erfahreneren Kollegen oft unbekannt.

Jungen Studierenden kann ich nur raten: Nehmt am Patientensicherheitsseminar in Marburg teil! Patientensicherheit ist zwar kein Prüfungsfach, aber Kompetenz in diesem Bereich gibt Sicherheit im Arbeitsalltag.“

## Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“

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

Teamwork im Krankenhaus oder in der Forschung, Wünsche für Weiterbildung oder Vereinbarung Familie & Beruf: Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte? Schicken Sie Ihre Texte bitte per E-Mail an: [katja.moehrle@laekh.de](mailto:katja.moehrle@laekh.de)



**Tab.: Hauptkurse des Marburger PJ-Curriculums Patientensicherheit** Stand: 17.12.21

Thema	Kursinhalte	Umfang	Kursart
Erstes und zweites Tertial: PJ-Einführungswoche	Im zweiten Tertial nur für PJ-Studierende, die erstmals nach Marburg kommen		
Krankenhausthygiene	Praktische Übungen, gemäß Vorgaben der KH-Hygiene & Videos	8 UE	Pflicht
ORBIS-Einführung	Funktionen gemäß Empfehlung der PJ-Sprecher:innen	3 UE	Pflicht
Strukturierte Übergaben	Gemäß ISOBAR-Standard zur strukturierten Übergabe	2 UE	Pflicht
Management chronischer Wunden	Gemäß Wundmanual des Klinikums zur primären Behandlung chronischer Wunden (inkl. fallbasierter Aufgaben)	7 UE	Pflicht
Einweisung in Standard-Medizingerätetypen	Praktische Übungen mit Infusionspumpe, Perfusor, Überwachungsmonitor, Defibrillator und Blutgasanalyse-Apparat & Videos	3 UE	Pflicht
<b>Erstes Tertial</b>			
Clinical Reasoning	Verschiedene Clinical Reasoning-Strategien (in Tandem-Lehre, mit Think Aloud-Technik)	18 h	Wahl
Individualisierte Arzneimitteltherapie multimorbider Patient:innen	Diskussion und Anpassung realer Medikamentenpläne allgemeinmedizinischer Patient:innen (mit FORTA-Liste, in Tandem-Lehre)	18 h	Wahl
<b>Zweites Tertial</b>			
Patientensicherheit (z. T. mit Pflegeschüler:innen)	Einführung/E-Learning, Arzneimitteltherapiesicherheit, Übergaben, diagnostische Fehler, Kommunikation, Patientensicherheitsprobleme im ambulanten Sektor, Umgang mit belastenden Verläufen, Sicherheitstraining in der Luftfahrt, Kletterkurs, Methoden der Fallanalyse, GTT-basierte Analyse von Krankenakten, Projektarbeit: Fischgrätendiagramm zu einem fehlerhaften Vorgang, Room of Horror	Ca. 80 h	Wahl
<b>Tertial-übergreifend</b>			
<b>Start am 17.01.2022</b>			
Einsatz in interprofessionellen Ausbildungsstationen	<b>Campus/Klinikum Fulda:</b> Allgemeinchirurgie, Nephrologie und Kinderheilkunde (PJ-Studierende, Pflegeschüler:innen und Pharmazeut:innen im Praktikum)	4 Wochen	Wahl

Abk.: FORTA: Fit FOR The Aged; GTT: Global Trigger Tool; PJ: Praktisches Jahr;  
 UE: Unterrichtseinheit á 45 Minuten  
 Für alle Kurse, auf die sich die PJ-Studierenden vorbereiten müssen, wird ausreichend Vorbereitungszeit zur Verfügung gestellt.



## Literatur zum Artikel:

### Serie Teil 15: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

## Das Marburger PJ-Curriculum

- [1] Panagioti M, Khan K, Keers RN, et al. (2019): Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 366:l4185
- [2] Schrappe M (2018): APS-Weißbuch Patientensicherheit. Hrsg. vom Aktionsbündnis Patientensicherheit. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- [3] Harendza S, Krenz I, Klinge A, et al. (2017): Implementierung eines Clinical-Reasoning-Kurses im PJ-Tertial Innere Medizin und dessen Wirkung auf studentische Fähigkeiten der Fallpräsentation und der Differentialdiagnostik. *GMS J Med Educ* 34(5):7–13
- [4] FORTA – Fit for the Aged. <https://www.umm.uni-heidelberg.de/klinische-pharmakologie/forschung/forta-projekt-deutsch/> (letzter Zugriff: 18.01.22) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/2wmetu6y>
- [5] Herold A (2013): Das Global Trigger Tool – Ein Messinstrument der Patientensicherheit. <https://www.bdc.de/safety-clip-das-global-trigger-tool-messinstrument-der-patientensicherheit/> (letzter Zugriff: 18.01.22) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/3f6sct22>
- [6] Thaeter L, Schröder H, Henze L, et al. (2018): Handover training for medical students: a controlled educational trial of a pilot curriculum in Germany. *BMJ Open* 12;8(9): e021202
- [7] Staender S, Wacker J, Kolbe M (2015): Ausbildung im Thema „Patientensicherheit“ – Fachkräfte früh für eine Sicherheitskultur sensibilisieren. In: Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J (Hrsg.): *Patientensicherheitsmanagement*. De Gruyter, Berlin, 1. Auflage, S. 370–76
- [8] Canadian Patient Safety Institute: PSEP – Canada Curriculum. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/PatientSafetyEducationProgram/PatientSafetyEducationCurriculum/Pages/default.aspx> (letzter Zugriff: 18.01.22) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/yckm2amz>
- [9] Nock L (2018): Interprofessionelle Ausbildungsstationen – Ein Praxisleitfaden. Gemeinsam besser werden für Patienten. Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.), Stuttgart
- [10] Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (2019): Leitfaden „How to IPSTA“. Interprofessionelle Ausbildungsstationen – Konzept, Initiierung, Etablierung. <https://www.bvmd.de/portfolio-items/ipsta-interprofessionelle-ausbildungsstaion/?portfolio-Cats=110> (letzter Zugriff: 18.01.22) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/44t9t2hk>
- [11] Charité – Universitätsmedizin Berlin (Hrsg.) (2018): *Mustercurriculum Patientensicherheit der Weltgesundheitsorganisation*. Multiprofessionelle Ausgabe. Charité – Universitätsmedizin Berlin
- [12] General Medical Council, Medical Schools Council (2015): First, do no harm. Enhancing patient safety teaching in undergraduate medical education. <https://www.gmc-uk.org/education/standards-guidance-and-curricula/position-statements/first-do-no-harm---enhancing-patient-safety-teaching-in-undergraduate-medical-education> (letzter Zugriff: 18.01.22) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/23ae25s2>
- [13] Wu AW, Busch IM (2019): Patientensicherheit: Eine neue Grundlagenwissenschaft für die berufliche Ausbildung. *GMS J Med Educ* 36(2):Doc21
- [14] Oosterom N, Floren LC, ten Cate O, Westerveld HE (2019): A review of interprofessional training wards: Enhancing student learning and patient outcomes. *Med Teach* 41(5), 547–54
- [15] Scheffer C, Valk-Draad MP, Tauschel D, et al. (2018): Students with an autonomous role in hospital care – patients perceptions. *Med Teach* 40(9):944–52
- [16] Weller J, Boyd M, Cumin D. *Postgrad Med J* 2014;90:149–154.
- [17] UpToDate [https://www.uptodate.com/drug-interactions/?source=responsive\\_home#di-druglist](https://www.uptodate.com/drug-interactions/?source=responsive_home#di-druglist) (kostenpflichtiger UptoDate-Zugang erforderlich)

## 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

**EKG-Kurs** **Fr., 29.–Sa., 30. April 2022** **22 P**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden  
**Gebühr:** 440 € (Akademiestudenten 396 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
 E-Mail: andrea.floren@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** **5 P**  
**Gesamtleitung:** Dr. med. Michael Eckhard, Gießen  
**Gebühr:** 80 € (Akademiestudenten 72 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,  
 E-Mail: adelheid.zinkl@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., 23. März 2022** **6 P**  
**MIMA:** **Mi., 06. April 2022** **6 P**  
**FOBI:** **Mi., 04. Mai 2022** **6 P**  
**FOBI:** **Mi., 22. Juni 2022** **6 P**  
**Leitung:** Dr. med. A. Rauch  
**Gebühr:** 160 € (Akademiestudenten 144 €)  
 Weitere Termine unter: [www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/betriebsaerztliche-betreuung-von-arztpraxen](http://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/betriebsaerztliche-betreuung-von-arztpraxen)  
**Auskunft/Anmeldung:** S. Knodt, Fon: 0611 97748-25,  
 E-Mail: abba@laekh.de

#### Kinder- und Jugendmedizin

**Pädiatrie „State of the Art“ – Sinnesorgane und Neurologie**  
**Mi., 16. März 2022 (Live-Online-Veranstaltung)** **6 P**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. R. Schlößer, Frankfurt  
**Gebühr:** 80 € (Akademiestudenten kostenfrei)  
**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**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. R. Schulz,  
 Dipl.-Psych. M. Specht,  
 Prof. Dr. med. B. Stuck  
**Gebühr:** 750 € (Akademiestudenten 675 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** M. Turano, Fon: 06032 782-213,  
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

#### Palliativmedizin

**Refresher** **Mi., 30. März 2022** **10 P**  
**Leitung:** Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden  
**Gebühr:** 200 € (Akademiestudenten 180 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202  
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

#### Psychotherapie

#### Muslimische Patienten in der Psychotherapie

**Mi., 11. Mai 2022**  
**Leitung:** Dr. med. I. Rüschoff,  
 Dipl.-Psych. M. Laabdallaoui  
**Gebühr:** 160 € (Akademiestudenten 144 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
 E-Mail: andrea.floren@laekh.de

#### Hämotherapie

#### Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot Refresher

**Di., 14. Juni 2022 (Live-Online-Veranstaltung)**  
**Gebühr:** 160 € (Akademiestudenten 144 €)  
**Leitung:** Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach  
**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

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

## Begutachtung

### Medizinische Begutachtung

**Modul Ib** Fr., 04.–Sa., 05. März 2022  
**Gebühr:** 310 € (Akademiestatistiker 279 €)  
**Modul Ic** Fr., 01.–Sa., 02. April 2022  
**Gebühr:** 400 € (Akademiestatistiker 360 €)  
 Weitere Module unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de).

### 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](mailto:joanna.jerusalem@laekh.de)

## Infektiologie

### Antibiotic Stewardship (ABS)

**Modul 1 – ABS-Beauftragter**  
 Mo., 30. Mai–Fr., 03. Juni 2022

**Leitung:** Prof. Dr. med. Volkhard Kempf,  
 Dr. med. Johanna Kessel,  
 Prof. Dr. med. Christoph Stephan,  
 Prof. Dr. med. Thomas A. Wichelhaus,  
 PD Dr. med. Michael Hogardt,  
 Frankfurt

**Gebühr:** 990 € (Akademiestatistiker 891 €)  
 Weitere Module unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de).  
**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
 E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)

## Qualitätsmanagement

Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen und der Ärztekammer des Saarlandes.

### Peer-Review in der Intensivmedizin

**Do., 02.–Fr., 03. Juni 2022**

Telelernphase: 05.05.–01.06.2022

**Leitung:** Prof. Dr. med. C.-A. Greim, Fulda  
**Gebühr:** 390 € (Akademiestatistiker 351 €)  
**Ort:** Frankfurt, Hanauer Landstraße 152  
**max. Teilnehmerzahl:** 16

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

## Ethik

**Curriculum „Ethikberatung im Gesundheitswesen“ (AEM)**  
 Blended Learning-Veranstaltung gem. Curriculum der AEM.

**Moderationskurs:** Fr., 06.–Sa., 07. Mai 2022  
**Gebühr:** 400 € (Akademiestatistiker 360 €)  
**Refresher-Seminar:** Mi., 13. Juni 2022  
**Gebühr:** 250 € (Akademiestatistiker 225 €)  
**Leitung:** PD Dr. med. C. Seifart, Marburg  
**Auskunft/Anmeldung:** K. Baumann, Fon: 06032 782-281,  
 E-Mail: [katja.baumann@laekh.de](mailto:katja.baumann@laekh.de)

## Fachkunde im Strahlenschutz

### Grundkurs

**Theorie:** Fr., 24.–Sa., 25. Juni 2022  
**Praktikum:** Auswahltermine auf Anfrage  
**Gebühr:** 440 € (Akademiestatistiker 396 €)  
**Ort:** Frankfurt, Uniklinikum

### Aktualisierungskurs

**Sa., 21. Mai 2022**  
**Gebühr:** 220 € (Akademiestatistiker 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](mailto:melanie.turano@laekh.de)

## Hessischer Medizinrechtstag

In Kooperation mit der Justus-Liebig Universität Gießen.  
**Sa., 07. Mai 2022**

**Leitung:** PD Dr. med. M. Gruß, Hanau  
 Prof. Dr. med. Dr. jur. A. Dettmeyer,  
 Prof. Dr. jur. B. Kretschmer, Gießen  
 auf Anfrage  
**Gebühr:** auf Anfrage  
**Ort:** Gießen, Justus-Liebig-Universität  
**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202  
 E-Mail: [baerbel.buss@laekh.de](mailto:baerbel.buss@laekh.de)

## Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

**Hygienebeauftragter Arzt, Refresher Rehabilitation**  
**Do., 10. März 2022** **8 P**

**Leitung:** Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Frankfurt  
**Gebühr:** 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

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

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

## Notfall- und Intensivmedizin

### 46. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

**Mo., 25.–Fr., 29. April 2022** **50 P**

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

**Gebühr:** 770 € (Akademiestmitgl. 693 €)

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

### Seminar Leitender Notarzt

Blended Learning-Veranstaltung

**Präsenzphase: Do., 31. März–Sa., 02. April 2022 40 P**

Telearnphase: 01.–30. März 2022

**Gebühr:** 800 € (Akademiestmitgl. 720 €)

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

**Ort:** Kassel, Feuerwache I

**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202  
E-Mail: baerbel.buss@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 Telearnphase: 07. Februar 2022

**Gebühr:** 700 € (Akademiestmitgl. 630 €)

**Kriseninterventionsseminar: Mi, 04. Mai oder Mi, 06. Juli 2022**

**Gebühr:** je 200 € (Akademiestmitgl. 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

## Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.

### Querschnittsfach Reisemedizin –

#### Fernreisen und Risikogruppen

**Mi., 27. April 2022**

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

**Ort:** Frankfurt, Hanauer Landstraße 152

**Gebühr:** 30 € (Akademiestmitglieder 27 €)

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

## Ultraschall

### Gefäße

#### Aufbaukurs: Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

**Do., 23.–Sa., 25. Juni 2022**

**Gebühr:** 600 (Akademiestmitglieder 540 €)

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

### Abdomen und Retroperitoneum

#### Aufbaukurs

**Theoretischer Teil: Fr. 18.–Sa. 19. März 2022**

**Gebühr:** 390 (Akademiestmitglieder 351 €)

**Praktischer Teil:** in Planung

**Gebühr:** 300 € (Akademiestmitglieder 270 €)

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

### Ultraschall Modul Schilddrüse I

**Sa., 02. April 2022**

**Leitung:** Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt

**Ort:** Frankfurt, Universitätsklinikum

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

### Ultraschall-Trainingstag

**Sa., 14. Mai 2022**

**Leitung:** Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

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

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

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

## Ernährungsmedizin

**Teil 1 – Modul 1: Fr., 06.–Sa., 07. Mai 2022**

**Teil 2 – Modul 2 + 4: Fr., 10.–Sa., 11. Juni 2022**

**Teil 3 – Modul 3: Fr., 08.–Sa., 09. Juli 2022**

Weitere Teile unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de).

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

**Gebühren:** Teil 1, 2: je 270 € (Akamitgl. 243 €)  
Teil 3: 350 € (Akamitgl. 315 €)

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

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

## 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., 05.–Sa., 07. Mai 2022**

Telelernphase: 05.04.–07.05.2022

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

Telelernphase: 12.04.–14.05.2022

**Modul III: Do., 30. Juni–Sa., 02. Juli 2022**

Telelernphase: 31.05.–02.07.2022

**Modul IV: Do., 14.–Sa., 16. Juli 2022**

Telelernphase: 14.06.–16.07.2022

**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 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.

**Di., 07.–Sa., 11. Juni 2022**

**Gebühren:** 610 € (Akademiestudenten 549 €)

**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 IV Fr., 27.–Sa., 28. Mai 2022**

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

**Gebühr:** je 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)

### Palliativmedizin

**Fallseminar Modul I Di., 08.–Sa., 12. März 2022 40 P**

**Leitung:** C. Riffel, Darmstadt

**Fallseminar Modul II Mo., 30. Mai–Fr., 03. Juni 2022 40 P**

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

**Kurs-Weiterbildung Di., 19.–Sa., 23. Juli 2022 40 P**

**Leitung:** Dr. med. K. Mattek, Hanau  
Dr. med. M.-C. Hentrich, Wiesbaden

**Gebühren:** je 870 € (Akademiestudenten 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)

### 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 € (Akademiestudenten, BDI und DGIM 693 €)

**Gebühr/Tag:** 200 € (Akademiestudenten, 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)

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

## Psychosomatische Grundversorgung

### 28. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

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

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

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

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

**Block II: Fr., 01.–Sa., 02. April 2022 16 P**

**Block II findet als Live-Online-Veranstaltung statt.**

**Block III: Fr., 01.–Sa., 02. Juli 2022 16 P**

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

**Gebühren:** je Block 310 €  
(Akademiestatistiker 279 €)

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

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

## Arbeitsmedizin

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

**Modul 2 Sa., 05. März 2022 und  
Mo., 14.–Fr., 18. März 2022**  
Beginn der Telearnphase: 14.02.2022

**Modul 2 findet als Live-Online-Veranstaltung statt.**

**Modul 3 Sa., 30. April 2022  
Mo., 09.–Fr. 13. Mai 2022**  
Beginn der Telearnphase: 07.04.2022

**Gebühr:** je 930 € (Akademiestatistiker 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)

## Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

**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 €  
(Akademiestatistiker 495 €)

**Auskunft/Anmeldung:** C. Löffler, Fon: 06032 782-287,  
E-Mail: [claudia.loeffler@laekh.de](mailto:claudia.loeffler@laekh.de)

## Akupunktur

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

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

**G5-G6 Fr., 11.–Sa., 12. März 2022**

**G7-G8 Fr., 10.–Sa., 11. Juni 2022**

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

**GP Fr., 08.–Sa., 09. April 2022**

**GP Fr., 23.–Sa., 24. September 2022**

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

**Leitung:** H. Luxenburger, München

**Gebühren:** 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)

## Suchtmedizin

### Suchtmedizinische Grundversorgung

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

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

**Kursteil 4 findet als Live-Online-Veranstaltung statt.**

**Gesamtleitung:** D. Paul, Frankfurt

**Auskunft/Anmeldung:** K. Baumann, Fon: 06032 782-281,  
E-Mail: [katja.baumann@laekh.de](mailto:katja.baumann@laekh.de)

## Ärztliches Qualitätsmanagement

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

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

Die Blöcke IIa und IIb können nur gemeinsam gebucht werden.

**Gebühren:** Block IIb: 770 € (Akademiestatistiker 693 €)

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

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

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

## Repetitorium Radiologie

**Mo., 12.–Sa., 17. September 2022**

**Gesamtleitung:** Dr. med. S. Trittmacher

**Gebühr:** auf Anfrage

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

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

## Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

**Modul I** Fr., 04.–Sa., 05. März 2022 20 P

**Modul I findet als Live-Online-Veranstaltung statt.**

**Leitung:** Dr. med. M. Gehling, Kassel  
Dr. med. K. Böhme, Kassel

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

**Leitung:** Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt  
Dr. med. S. Moreau, Frankfurt

**Gebühren:** je Modul: 390 € (Akamitgl. 351 €)

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

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

## Basiskurs Sexualmedizin

**Modul 1 – Teil A:** Fr., 29.–Sa., 30. April 2022

**Modul 1 – Teil B:** Fr., 13. Mai–Sa., 14. Mai 2022

**Modul 1 – Teil C:** Fr., 04.–Sa., 05. November 2022

Das Seminar besteht aus drei Teilen, die nur gemeinsam gebucht werden können.

**Leitung:** Dr. med. U. Engelbach, Frankfurt  
Dr. med. H. Berberich, Hofheim,

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

**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
E-Mail: [andrea.flloeren@laekh.de](mailto:andrea.flloeren@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 € (Akademiestudienmitglieder 576 €)

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

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

## Sportmedizin

**Modul 4:** Mo., 28.–Di., 29. März 2022

**Modul 7:** Mi., 30.–Do., 31. März 2022

**Modul 14:** Fr., 01.–Sa., 02. April 2022

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

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

**Gebühren:** je 330 € (Akademiestudienmitgl. 297 €)

**Auskunft/Anmeldung:** C. Löffler, Fon: 06032 782-287,  
E-Mail: [claudia.loeffler@laekh.de](mailto:claudia.loeffler@laekh.de)

## ALLGEMEINE HINWEISE

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

**Programme:** Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

**Anmeldung:** Im Internet schnell und kostenfrei unter: <https://portal.laekh.de> oder [www.akademie-laekh.de](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:  
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

Weitere Informationen zu den nachfolgend aufgeführten Prüfungsvorbereitungskurse für die Sommerprüfung 2022 finden Sie auf unserer Website.

- **Abrechnung: EBM (PVK 1)**
- **Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ (PVK 2)**
- **Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)**
- **Medizinische Fachkunde (PVK 4)**
- **Wundversorgung (PVK 5)**
- **Punktionen und Labor (PVK 6)**
- **Diagnostik und Notfallmaßnahmen (PVK 7)**
- **Betriebsorganisation und Verwaltung sowie Wirtschafts- und Sozialkunde (PVK 8)**

**Kontakt:** Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, 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 (24 Stunden):**

**SAC:** Mo., 28.03.2022–Mi., 30.03.2022 und Sa., 02.04.2022

**Gebühr:** 350,00 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

### Assistenz beim ambulanten Operieren (AOP) 94 Stunden

Der insg. 94-stündige Lehrgang teilt sich auf in zwei Blöcke:

**Block A (70 Std.):** „Ambulantes Operieren“ (AOP) mit den Lerninhalten

- Rechtliche Grundlagen
- Medizinische und strukturelle Grundlagen
- Perioperatives Management
- Infektionsprophylaxe
- Medizinprodukte in der Anwendung
- Umgang mit Patienten und Angehörigen
- Patientenbeobachtung
- Best Practice

**Block B (24 Std.):** Sachkenntnis zur „Aufbereitung von Medizinprodukten“ (SAC)

**Termin (AOP):** ab 30.03.2022

**Gebühr Block A:** 980 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

**Termin Block B:** Interessentenliste

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

### Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (140 Stunden)\*

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

**Termin (BET):** ab 28.03.2022

**Gebühr:** 1.750 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

### Neurologie und Psychiatrie (NP) 120 Stunden \*

**Inhalte:** Im Qualifizierungslehrgang werden Tätigkeiten vermittelt mit dem Ziel, bei der Behandlung und Begleitung von Patienten in der neurologischen und/oder psychiatrischen Praxis delegationsfähige ärztliche Leistungen übernehmen zu können. Der fachtheoretische und fachpraktische Unterricht beinhaltet die Themen:

- Neurologische und psychiatrische Untersuchung und Befunderhebung
- Neurologische und Psychiatrische Symptomlehre, Notfallmanagement
- Neurologische Krankheitsbilder; Patienten- und Angehörigenbegleitung
- Psychiatrische Krankheitsbilder; Patienten- und Angehörigenbegleitung sowie ein
- Praktikum (24 Stunden)

**Termin (NP):** ab 10.06.2022

**Gebühr:** 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

### Ernährungsmedizin (ERM) 120 Stunden \*

**Inhalte:** 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

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

\*Zusätzlich zu belegende Fortbildungen siehe nächste Seite



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

## \* Zusätzlich zu belegende Fortbildungen

Bei den mit \* gekennzeichneten Fortbildungen sind zusätzlich die Themen:

**Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Motivation und Wahrnehmung (PAT 2)**

zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden.

## 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\_2):** Fr., 24.06.2022, 09:30–16:45 Uhr

**Gebühr:** 105 €

**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
- Berücksichtigung von Besonderheiten spezifischer Patientengruppen
- Einschätzung des sozialen Umfeldes

**Termin (PAT 2\_2):** Fr., 25.06.2022, 09:30–16:45 Uhr

**Gebühr:** 105 €

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

## Strahlenschutzkurse (STR) 90 Stunden

### Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß Strahlenschutzverordnung (STR)

Der 90-stündige Qualifizierungslehrgang richtet sich an medizinische Fachkräfte zum Nachweis der „Kenntnisse im Strahlenschutz bei der Anwendung am Menschen“ gemäß § 49 der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV). Teilnehmen können Personen mit abgeschlossener dreijähriger Berufsausbildung in einem human-medizinischen Fachberuf sowie Auszubildende zur/zum MFA im dritten Ausbildungsjahr.

**Termine:** ab 23.03.2022

**Gebühr:** 1010 € zzgl. 50 € Prüfungsgebühr

## Aktualisierungskurs „Kenntnisse im Strahlenschutz“

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

### Termine:

**STR A 1\_1:** Sa., 09.04.2022 oder

**STR A 1\_2:** Mi., 15.06.2022 oder

**STR A 1\_3:** Sa., 10.09.2022

**Zeit:** jeweils von 08:30–17:00 Uhr

**Gebühr:** 125 € inkl. Lernerfolgskontrolle

### Termin Sonderaktualisierungskurs (STR A 2\_1):

Di., 14.06.2022, 08:30–16:00 Uhr und

Mi., 15.06.2022, 08:30–17:00 Uhr

**Gebühr:** 250 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

## Durchführung der Ausbildung

Die 40-stündige Fortbildung richtet sich an alle Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer/-innen, die an der Planung und Durchführung in der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten mitwirken und damit den Arzt/die Ärztin unterstützen und entlasten.

**22\_FAW 3\_2z:** Mo., 25.07.–Fr., 29.07.2022

**Gebühr:** 530 €

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

## Qualitätsmanagement

Die Fortbildung führt zum Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten, die zur Übernahme der Aufgaben eines/einer Qualitätsmanagementbeauftragten befähigen.

**22\_FAW 3\_3z:** Fr. 09.09.–Sa., 10.09.2022 und

Do., 29.09.–Fr., 30.09.2022

**Gebühr:** 530 €

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

## Tagesaktuelle Informationen zu unserem Fortbildungsangebot

Tagesaktuelle Informationen über das Fortbildungsangebot finden sich auf der Website [www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de) und auf Facebook [www.facebook.com/LAEKHessen/](https://www.facebook.com/LAEKHessen/). Nebenstehender QR-Code für Smartphones führt direkt dorthin.



# Fortbildung „Ambulantes Operieren“

## Medizinische Fachangestellte qualifizieren sich für die Assistenz beim ambulanten Operieren

Fotos: LÄKH/COS/privat (2)



Viele praktische Übungen: von der richtigen Händehygiene über das Anlegen der Schutzkleidung und OP-Vorbereitung bis zur ersten Naht.

Seminarleiter Jan Henniger, Facharzt für Chirurgie, freut sich über den anhaltend großen Zuspruch zur Teilnahme am Qualifizierungslehrgang „Ambulantes Operieren“ in der Carl-Oelemann-Schule (COS). „In unseren ambulant operierenden Praxen brauchen wir gut fortgebildete, fachkompetente Medizinische Fachangestellte“, sagt Henniger. „Wir tragen als Team eine hohe Verantwortung bei jedem Eingriff. Da muss jeder Handgriff sitzen. Alle Maßnahmen müssen mit großer Sorgfalt durchgeführt werden. Ebenso ist die Kommunikation mit den Patienten und die Patientenbeobachtung eine wichtige Kompetenz, die unsere Fachkräfte haben müssen.“



Die Seminarleiter Jan Henniger (niedergelassener Chirurg und Vorsitzender des Berufsverbandes Niedergelassener Chirurgen e. V.) und Dr. med. Dorothea Fago (Fachärztin für Anästhesiologie).

Seit über 20 Jahren bietet die COS die Fortbildung „Ambulantes Operieren“ an. 2019 wurde das in die Jahre gekommene Curriculum der Bundesärztekammer modernisiert. Die Landesärztekammer Hessen hat durch ihre Expertengruppe den Überarbeitungsprozess aktiv mitgestaltet. Der Qualifizierungslehrgang wurde nicht nur in den Lerninhalten überarbeitet, sondern spiegelt durch die geänderte Struk-

tur die Handlungskompetenzen der fortgebildeten MFA wieder.

Durch die Fachraumausstattung in der COS können sehr viele theoretische Inhalte mit fachpraktischen Trainingseinheiten verknüpft werden. „Zusätzlich zu den vielen verschiedenen Übungen im Verlauf der Fortbildung ist der letzte ganztägige Lehrgangstag noch mal eine Besonderheit“, berichtet Dr. med. Dorothea Fago, Fachärztin für Anästhesiologie und ebenfalls Dozentin. „Am letzten Tag finden Behandlungsfallübungen statt. Hierbei müssen die Teilnehmer/-innen sowohl ihr erworbenes theoretisches Wissen präsentieren wie auch die erworbenen praktischen Fertigkeiten und Kenntnisse unter Beweis stellen. In Kleingruppen erarbeiten und präsentieren sie „ihren“ Behandlungsfall. Im Plenum werden anschließend die gegebenenfalls noch bestehenden Wissenslücken geschlossen und Verbesserungen herausgearbeitet.“

„Im Dozententeam beraten wir immer wieder, wie wir den Lehrgang noch motivierender und interessanter gestalten können. Seit 2021 haben wir ein neues kleines Highlight für die MFA hinzugenommen: „Meine erste Naht.“ Die Fertigkeit kann zwar in der Kürze der Zeit nicht ausreichend erlernt werden; aber es mal selber tun zu dürfen, was man täglich sieht, ist eine wertvolle Erfahrung. Es macht mir Spaß, engagierte MFA fortzubilden und zum Weiterlernen zu motivieren“, sagt Fago. Details zu der Fortbildung für MFA finden sich im Infokasten.

**Silvia Happel**

Leiterin der Carl-Oelemann-Schule

### Lehrgangsinhalte

Der 94-stündige Qualifizierungslehrgang „Ambulantes Operieren“ für Medizinische Fachangestellte umfasst folgende Lernbereiche:

- Rechtliche Grundlagen (2 UE)
- Medizinische und strukturelle Grundlagen (9 UE)
- Perioperatives Management (20 UE)
- Infektionsprophylaxe (10 UE)
- Medizinprodukte in der Anwendung (10 UE)
- Umgang mit Patienten und Angehörigen (6 UE)
- Patientenbeobachtung

- Aufbereitung von Medizinprodukten (24 UE\*)
- Best Practice (9 UE)

\* Liegt bereits eine erfolgreiche Teilnahme an einem „Sachkenntniskurs zur Aufbereitung von Medizinprodukten“ vor gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer, wird dieser Lehrgang als Baustein für die Fortbildung anerkannt.

Informationen zum Qualifizierungslehrgang finden Sie auf der Website der Carl-Oelemann-Schule:

<https://www.laekh.de/fuer-mfa/fortbildung/qualifizierungslehrgaenge>

# Seelsorgliche Begleitung beim Wunsch nach assistiertem Suizid

Sicht eines katholischen Krankenhauspfarrers

Foto: © freshidea – stock.adobe.com



## Seelsorgliche Assistenz beim Suizid?

Die aktuelle Diskussion um die rechtliche Neuregelung zum assistierten Suizid in Deutschland hat auch Auswirkungen auf das Selbstverständnis in der Seelsorge. Als katholischer Pfarrer bin ich in der Seelsorge am Universitätsklinikum Frankfurt a. M. tätig. Vor allem beschäftigt mich die Frage danach, wie ich darauf reagieren würde, wenn mich Patienten bitten, sie in ihrem Vorhaben, sich das Leben zu nehmen, seelsorglich zu begleiten. Eine Form der ärztlichen Assistenz beim Suizid könnte mit dem Wunsch nach einer „seelsorglichen Assistenz“ einhergehen.

## Eine hypothetische Diskussion

Vorweg muss ich sagen, dass ich dies zunächst als hypothetische Gedankengänge empfinde. In meinem nunmehr über zwanzigjährigen Wirken als Seelsorger (wovon ich die letzten sieben Jahre in der Krankenhausseelsorge tätig bin) wurde

ich bisher nicht darauf angesprochen. Zum einen mag das sicher daran liegen, dass es eine deutlich ablehnende Haltung zum Suizid in den Verlautbarungen (vorrangig der katholischen) Kirche gibt. Ich kann mir vorstellen, dass wer mit dem Gedanken spielt, sein Sterben vorzeitig herbeizuführen, dies nicht zwangsläufig mit einem Vertreter der katholischen Kirche besprechen möchte. Vor allem erlebe ich in meinem Wirken in einem Akutkrankenhaus, dass die meisten der Patienten mit dem Wunsch auf Heilung von ihrer Krankheit, zumindest auf Linderung ihrer Beschwerden behandelt werden. Zum seelsorglichen Alltag gehört viel mehr die gemeinsame Suche nach Umgangsformen, wenn eine Form der kurativen Medizin nicht mehr gegeben ist. Ich vermute, dass es vielen Ärztinnen und Ärzten ähnlich wie mir geht. Die Frage nach der Legitimität eines Suizidwunsches bzw. des Anspruches nach Unterstützung hierbei erfahre ich eher bei Angehörigen. Manche sprechen über ihre Gedanken, dass sie, falls sie selbst in eine ähnliche

Lage kommen, sich lieber das Leben nehmen wollen als so zu leiden. Ich vermute, dass die Frage nach ärztlicher Assistenz beim Suizid eher an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bzw. jene, die im Palliativwesen tätig sind, herangetragen wird. So wird die Anfrage nach einer seelsorglichen Begleitung beim Suizid ggf. auch eher auf Seelsorger und Seelsorgerinnen der Gemeinden zukommen. So könnte beispielsweise der Wunsch nach den Sterbesakramenten vor einem Suizid aufkommen.

## Ein christlicher Anspruch der Lebensförderung

Aus dem christlichen Glauben heraus erwächst zunächst der Anspruch des Schutzes und der Förderung des Lebens. Das Christentum entstand in einer Zeit, in der im hellenistisch-römischen und auch im antiken jüdischen Umfeld kranke, vor allem unheilbar kranke und sterbenskranke Menschen isoliert wurden. Jesus und seine Jünger und Jüngerinnen wendeten sich den Kranken zu. Sie integrierten sie in ihre Glaubensgemeinschaft, statt sich von ihnen abzugrenzen. Das Christentum wächst auch heute in den Gesellschaften, wo kranke Menschen als „wertloses Leben“ empfunden werden, weil sich das Christentum für den Schutz und die Förderung gerade von kranken Menschen einsetzt. Im christlichen Glauben wird das Leben als Gabe Gottes als eines der höchsten Güter verstanden. Die Tötung des (auch des eigenen) Lebens widerspricht diesem christlichen Anspruch. Vielmehr versteht sich christliches Handeln in der Förderung der Begleitumstände, so dass auch schwerkranke Menschen in ihrem Leid Begleitung, Annahme und Fürsorge erleben. Die Ziele der palliativen Medizin decken sich mit dem Kern christlichen Anspruchs. Als Seelsorger verstehe ich daher vorrangig meine Aufgabe (und erneut erahne ich, dass sich dieses Selbst-

verständnis mit dem der meisten Ärztinnen und Ärzte deckt) in der Förderung des Lebens – während eine Anfrage der seelsorglichen Begleitung beim Suizid diesem Anspruch widerspricht.

### Der Anspruch, dem Menschen zur Seite zu stehen

Vor allem aus dem Anspruch, den einzelnen Menschen nicht allein zu lassen, sich nicht von ihm abzugrenzen, ihn nicht zu isolieren, erwächst wiederum in der Seelsorge (vor allem der an den Kranken) der Anspruch, den Menschen zur Seite zu stehen, selbst wenn sie nach Auffassung anderer nicht den richtigen Lebensweg gehen. Die Förderung suizidaler Handlungen ist aus seelsorglicher Sicht auszuschließen. Sicherlich gehört es auch zur Seelsorge, andere Verhaltensmöglichkeiten aufzuweisen. Im Einzelnen wird es aufgrund vorbenannten

Anspruches auch Gründe geben, weshalb Seelsorgerinnen und Seelsorger Menschen spirituell auf dem Weg zu ihrem Suizid zur Seite stehen. Gleichfalls werden andere dies aus ihrer eigenen Gewissensentscheidung nicht tun. Ähnlich, wie es aus ärztlicher Sicht keine Indikation zum Suizid geben kann, kann es kein Anrecht auf, aber den Wunsch nach seelsorglicher Begleitung geben. Ein wichtiger Aspekt wird sein, inwieweit Seelsorgerinnen und Seelsorger, die Menschen mit suizidaler Absicht begleiten, nicht unterstellt wird, dass sie den Suizid gutheißen bzw. unterstützen.

### Ein (Zwischen-)Fazit

Den zunächst hypothetischen Gedankengang möchte ich für mich persönlich mit einem Zwischenfazit unterbrechen. Falls eine Anfrage zur seelsorglichen Begleitung eines suizidwilligen Menschen auf

mich zukommt, werde ich das Seelsorgegespräch suchen. Immerhin birgt es die Möglichkeit, einen Anspruch zum Leben aus christlicher Sicht deutlich machen zu können. Ob und wie sich eine Begleitung konkret gestaltet, wird dann von der Begegnung abhängig sein.

#### Pfarrer

**Matthias Struth**

Kath. Seelsorge am  
Universitätsklinikum  
Frankfurt/Main



Foto: privat

Internet:

<https://kath-seelsorge-uniklinik-ffm.de/>  
Ludwig-Rehn-Str. 7,  
60594 Frankfurt am Main  
Fon: 069 6301-856-24 und  
069 6301-856-20 (Sekretariat und AB)  
E-Mail: m.struth@bistumlimburg.de

## Bücher



### Stephan Sahm: An der Seite des Lebens

Ethische Herausforderungen  
in Palliativmedizin und -pflege  
Echter Verlag Würzburg 2021, 112 S.,  
ISBN: 9783429056155, € 9.90, auch als  
E-Book; Franziskanische Akzente Bd. 29

Jeder Mensch lebt in der Gewissheit, sterben zu müssen. Vor dem Hintergrund der Diskussion um den assistierten Suizid in der Gesellschaft und in der Ärzteschaft hat Stephan Sahm, Professor für Medizinische Ethik an der Goethe-Universität Frankfurt und Chefarzt am Offenbacher Ketteler Krankenhaus mit dem Schwerpunkt Tumorbehandlung und Palliativmedizin, ein kleines Büchlein geschrieben, das den gesellschaftlichen Streit klug reflektiert. Nach einer Definition der Begrifflichkeiten begründet er seine eigene klare Haltung aus Sicht des Palliativmediziners wie auch aus ethisch-theologischen Überlegungen: Zuwendung, Beistand, medizinische Behandlung, Linderung des Leids sind grundlegende moralische Verpflichtungen. Tötung auf Verlangen und Suizidassistenz in geschäftsmäßiger Weise verstoßen jedoch gegen das Gebot, das Leben zu schützen: „Es gibt keine Pflicht, beim Suizid mitzuwirken.“ Daraus formuliert Sahm den Appell, dass jeder in seinem Tätigkeitsbereich Hilfe beim Suizid zurückweisen solle und dies auch in Form von Leitbildern oder Richtlinien bei den jeweiligen Institutionen festgeschrieben

werden soll. „Zaghaftigkeit ist nicht angebracht. Die Rückweisung der Hilfe beim Suizid ist der menschliche, der bessere Weg“, so der Schlusssatz.

Sahm argumentiert u. a. mit der Präferenz für das Leben als nicht höchstes, aber fundamentalstes Gut und mit einem Axiom für jede freie, die Persönlichkeit und Würde der Person achtenden Gesellschaft: „Die Existenz eines jeden ihrer Mitglieder ist ihrer Nicht-Existenz vorzuziehen.“ Suizidhelferinnen und -helfer brächten dagegen zum Ausdruck, es sei besser, die oder der Sterbewillige lebe nicht weiter. Habe sich die Hilfe beim Suizid etabliert, kämen vulnerable Menschen unter Druck, ihr Weiterleben zu rechtfertigen. Sahm kritisiert weiter die Heroisierung des Suizids als höchste Stufe der personalen Autonomie, wie sie in dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom Februar 2020 zum Ausdruck komme. Das Angebot der Hilfe beim Suizid sei an sich schon ein unmoralischer Akt, weil das Angebot selbst ein wesentlicher Faktor sei, der Personen geneigt mache, den Suizid zu wünschen. Ferner wirke das Angebot der Suizidassistenz quasi als „Infektionsquelle“ des suizidalen Gedankens. Suizidhandlungen sind ansteckend – dafür gibt es viele Beispiele. Sahm plädiert für eine dem Leben zugewandte Begleitung beim Sterben, für eine palliative Kultur, Palliative Care, die mit multi-professionellen Teams den ganzen Menschen in den Blick nimmt. Er will mit seinem Buch darin alle bestärken, die das betrifft – beruflich oder privat.

**Isolde Asbeck**

Siehe dazu den Artikel von Prof. Sahm im HÄBL 02/2021, S. 91.

# Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie aus der Sicht eines Operateurs

Prof. Dr. med. Georg Köster

Die Orthopädie hat durch die Fusion mit der Unfallchirurgie seit 2005 eine Entwicklung zu einem operativen Fach gemacht. Auch wenn konservative Behandlungen noch Inhalt des Weiterbildungs-

curriculums sind (Tab. 1), bilden wir heute primär nahezu ausschließlich operativ tätige Kollegen aus. Versuche, das große Spektrum der konservativen Therapie des Bewegungsapparates in einem wie auch

immer gearteten konservativen Orthopäden und Unfallchirurgen zu verankern, sind bisher gescheitert.

Durch Einführung der DRG ist die konservative Behandlung aus den schwerpunktmäßig weiterbildenden Kliniken weitgehend verschwunden. Schließlich ist die Vergütung der nicht operativen Therapien im ambulanten Sektor kaum kostenträgend, in der Regel oft nur langfristig zu bewerten und demnach aus betriebswirtschaftlicher Sicht problematisch. Die notwendigerweise daraus abgeleitete Konsequenz, einen Teil dieser Therapieformen über IGeL-Leistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen, die Patienten selbst bezahlen müssen) den Patienten anzubieten, hat sicherlich eine problematische Seite.

**Tab. 1: Konservative Therapiemaßnahmen, nach [1]**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz: Erfahrungen und Fertigkeiten	Anzahl
Grundlagen manualmedizinischer Verfahren	Indikationsstellung, Überwachung und Dokumentation von Verordnungen der physikalischen Therapie bei Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane, insbesondere	
	- zur Prävention	
	- zur Frühmobilisation und Rehabilitation	
Therapieoptionen einschließlich schmerztherapeutischer Maßnahmen bei degenerativ-entzündlichen Erkrankungen	Konservative Therapie einschließlich schmerztherapeutischer Maßnahmen, davon	
	- bei degenerativen Erkrankungen	100
	- bei angeborenen und erworbenen Deformitäten im Kindes- und Erwachsenenalter	100
	- bei Luxationen, Frakturen, Distorsionen	200
	Injektionen und Punktionen an Stütz- und Bewegungsorganen – auch radiologisch/sonographisch gestützt, davon	75
- an der Wirbelsäule	50	
	Indikation, Gebrauchsschulung und Überwachung von Hilfsmitteln an den Stütz- und Bewegungsorganen, insbesondere bei Einlagen, Orthesen und Prothesen	

Quelle: Weiterbildungsordnung des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020 (WBO 2020), gültig ab 01.07.2020 [1]

## Eigenständige Therapieform

Hat sich die konservative Orthopädie und Unfallchirurgie (O & U) somit leichtsinniger Weise ins Abseits drängen lassen oder haben wir die Auswirkungen der gesundheits- und berufspolitischen Maßnahmen unterschätzt? Sind die Behandlungserfolge möglicherweise nicht ausreichend evident oder werden die Therapien gar durch andere Berufszweige wie Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Hausärzte, Physiotherapeuten, Osteopathen oder Heilpraktiker ausreichend angeboten? Im europäischen Ausland existieren konservativ tätige niedergelassene Orthopäden und Unfallchirurgen bis auf wenige Ausnahmen nicht. Ist das Gesundheitssystem dort schlechter oder ist die konservative O & U verzichtbar? Diese Fragen müssen wir ernsthaft stellen und ebenso beantworten, ohne in emotionale Stellungskriege zu geraten oder gar resignierend die früheren Zeiten beschönigend zurückzuwünschen.

Die Bedeutung und der Wert der konservativen O & U ist unbestritten und hat insbesondere in Deutschland eine lange Tradition [2]. Sie stellt ebenso wie die kon-

servative Therapie in anderen Fachbereichen sowohl eine eigenständige Therapieform als auch eine Alternative und Ergänzung zur operativen Behandlung dar und umfasst ein breites Spektrum (Tab. 2).

## Eigene Facharzt-Weiterbildung?

Die Schnittmenge der Diagnosen, bei denen prinzipiell eine konservative und operative Behandlung in Betracht gezogen werden kann, ist im Vergleich zu anderen chirurgischen Fächern groß. Bereits bei der Diagnostik sind fundierte Kenntnisse beider Behandlungsoptionen erforderlich, um die Möglichkeiten des Erfolges einschätzen und die Patientinnen und Patienten über Dauer, Art und Erwartungen angemessen aufzuklären zu können. Dass hier bereits der „diagnostische Blick“ von den Fähigkeiten beeinflusst wird, die man erworben hat und selbst durchführt, erscheint logisch. So schauen trotz aller Fachkompetenz und Leitlinien die Wirbelsäulenchirurginnen und -chirurgen primär anders auf Patienten mit Beinschmerzen als Hüftchirurginnen und -chirurgen, Manualtherapeuten/-innen oder Akupunkteure/-innen.

Die Betrachtung der Erkrankung aus „dem eigenen Blickwinkel“ ist dabei nicht unwesentlich beeinflusst durch die sich gegenwärtig vollziehende Entwicklung zu einer immer größeren Spezialisierung in der Medizin generell. Dass diese Entwicklung ambivalent ist, steht außer Zweifel. Die Spezialisierung wird sowohl im Fach als auch von Kostenträgern (Mindestmengen) und Patienten gefordert, um ein Höchstmaß an Kompetenz

und Erfahrung einzubringen. Gleichzeitig wird jedoch der Verlust der Generalisten beklagt, die das ganze Fach inklusive der operativen und konservativen Therapien beherrschen, da nur sie die adäquate Therapie unter Kenntnis aller Optionen kompetent auswählen können. Die logische Konsequenz wäre ein Facharzt für konservative O & U oder zumindest eine Teilgebetsbezeichnung mit diesem Schwerpunkt. Die Alternative, den Stellenwert der konservativen O & U in der Facharztausbildung zu erhöhen, wäre bei dem ohnehin überfrachteten Katalog nicht zielführend und würde bei konsequenter Umsetzung die ohnehin lange Ausbildungszeit noch verlängern.

Das Angebot der Arbeitsgemeinschaft nicht operativer orthopädischer Akut-Kliniken (ANOAK) ist eine Option, die Weiterbildung in diesem Bereich zu verbessern [3]. Allerdings reichen derzeit 31 Kliniken in Deutschland mit diesem Konzept nicht aus, um diesen Anspruch flächendeckend zu realisieren.

Um dem Dilemma zu entrinnen, bedürfte es eines radikalen Umdenkens, welches bereits in einer Umstrukturierung des Medizinstudiums beginnt. Eine frühe Selektion zwischen chirurgisch und konservativ Interessierten und Begabten wäre ein Ansatz, damit nicht unnötig Menschen mit Anfang bis Mitte 30 zum Facharzt gelangen, die dann festzustellen, dass sie chirurgisch keine Perspektive haben und sich über Kurse die konservative O & U aneignen. Doch dafür scheint die Zeit noch nicht reif zu sein (vgl. Übersicht Tab. 3).

Wichtig und zu fordern bleibt schließlich, dass die konservative O & U ebenso wie

**Tab. 2: Bereiche der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie<sup>1</sup>**

Akupunktur
Injektionstherapie
Konservative Frakturbehandlung
Manuelle Therapie
Osteologie
Osteopathie
Pharmakotherapie
Physikalische-/Elektro-Therapie
Physiotherapie
Prävention
Rehabilitation
Schmerztherapie
Technische Orthopädie

<sup>1</sup> alphabetisch sortiert

die operative auf fundierten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Evidenz basiert. Das 2017 erschienene „Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie“ [4] ist dafür ein sehr gutes Beispiel, das für alle zugänglich ist und dessen Konzept durch kontinuierliche Aktualisierung weiterverfolgt werden sollte.

Was können wir also tun?

- 1) Eine realistische Betrachtung der gegenwärtigen Situation ist notwendig, um nicht fernab jeder Wirklichkeit Forderungen aufzustellen und alten Zeiten nachzutrauern.

**Tab. 3: Gründe für den derzeitigen Stellenwert der konservativen Orthopädie**

Gründe für den derzeitigen Stellenwert der konservativen Orthopädie	Art des Einflusses
Zusammenlegung der der Fächer Orthopädie und Unfallchirurgie 2005	Ausdehnung des Weiterbildungs-Curriculums unter Aufwertung operativer Verfahren
Einführung des DRG-Systems	Verdrängung konservativer Behandlungsmethoden aus den weiterbildenden Kliniken
Vergütung der konservativen Medizin im ambulanten und stationären Bereich	Durchführung konservativer Therapien durch das Vergütungssystem erschwert
Allgemeine Entwicklung zur Spezialisierung in der Medizin	Spezialisierung in konservativer O & U wird nicht angeboten (Facharzt oder Teilgebiet)
Evidenznachweis in wissenschaftlichen Studien	Durch Aufwand der Studien (Zeiträume, Kollektivgröße) und mangelnde finanzielle Unterstützung erschwerte Bedingungen

- 2) In der gegenwärtigen Weiterbildung sollte auch in den Kliniken die konservative Orthopädie und Unfallchirurgie, so lange es eben noch geht, inhaltlich dargestellt und angeboten werden (Umsetzung der Weiterbildungsordnung und Facharztprüfungen in diesem Sinne).
- 3) Die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse konservativer Therapie sollten operativ tätigen Chirurgen bekannt sein und kontinuierlich vermittelt werden, ebenso umgekehrt (gemeinsame Tagungen und Sitzungen auf wissenschaftlichen Kongressen).
- 4) Konservative und operative Orthopädie müssen sich den gleichen Anforderungen stellen, d. h. die Behandlung muss evidenzbasiert und wissenschaftlich fundiert sein (Unterstützung von Studien im Bereich der konservativen O & U).
- 5) Die komplette Trennung von operativer und konservativer O & U sollte langfristig vermieden werden. Dieses gelingt nur, wenn die Expertisen in beiden Bereichen erlernt werden (sinnvolle Verankerung der Inhalte in der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie).

Die geschilderte Entwicklung nimmt ihren Lauf und folgt politischen, wirtschaftli-

chen und damit auch gesellschaftlichen Strömungen. Es wird nicht helfen, immer wieder und bei jeder Gelegenheit auf die Wichtigkeit der konservativen orthopädisch qualifizierten Behandlung appellarisch hinzuweisen.

Die schnelle Wiederherstellung der Funktion zum Beispiel durch Austausch eines Gelenkes ist nicht zuletzt auch aus ökonomischen Gründen einfacher als die Umstellung der Lebensweise mit bewusster Ernährung, Sport und Gewichtsabnahme und die Durchführung konservativer Therapien, die für den Patienten aufwendig und mitunter kostenintensiver sind sowie eigene Aktivität erfordern. Diejenigen, die dieses wollen und sich leisten können, wenden sich aktuell dabei nicht selten an paramedizinische Therapeuten, die sich der Problematik ganzheitlich zuwenden können. Mit dem Verschwinden der konservativ tätigen Orthopäden verlieren nicht zuletzt Operateurinnen und Operateure wichtige Partner, die Patienten qualifiziert zuweisen und nach dem Eingriff kompetent weiterbetreuen. Eine Reduktion dieser Funktion auf eine an eine stationäre Einrichtung gekoppelte Zuweisungspraxis wird langfristig kein Gewinn sein und entsteht nur aus der Not, dass Krankenhäuser zunehmend den Kontakt zum ambulanten Bereich verlieren.

Es hilft keine Selbstbeweihräucherung, nicht das Nachtrauern und die Idealisierung alter Zeiten. Die konservative Orthopädie und Unfallchirurgie kann ihren Stellenwert durch junge interessierte Medizinerinnen und Mediziner wieder erlangen, die den Wert des Bereiches schätzen und durch ihre wissenschaftliche Forschung und klinische Tätigkeit in den Vordergrund rücken und beleben. Diese müssen wir mit unserer Erfahrung vor allem unterstützen.

### Prof. Dr. med. Georg Köster

Ärztlicher Direktor

Chefarzt Orthopädie  
und Unfallchirurgie,

Leiter

Endoprothetik-  
Zentrum der  
Maximalversorgung  
Schön Klinik Lorsch

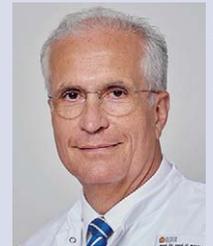


Foto: Lars Langemeier, Schön Kliniken

E-Mail: [gekoester@schoen-klinik.de](mailto:gekoester@schoen-klinik.de)

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Die Literaturhinweise finden sich in der Online-Ausgabe.

## Projekt Schmetterling fördert Psychoonkologen

Der Verein Projekt Schmetterling e. V. (HÄBL 12/2017, S. 723) hat die Einrichtung eines psychoonkologischen Liaisondienstes an der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Universitätsklinikum Frankfurt gefördert. Das Modell mit zwei Jahren Laufzeit geht dank der initialen Förderung durch den Verein (97.500 Euro) nun in den Regelbetrieb über, so eine Mitteilung. Die Krankenkassen übernehmen derzeit, wenn überhaupt, nur einen Teil der Kosten einer psychoonkologischen Beratung. Schmetterling engagiert sich schon seit fast 15 Jahren dafür, diese Lücke in der Versorgung zu schließen: [www.verein-projekt-schmetterling.de](http://www.verein-projekt-schmetterling.de)

## Klinikum Kassel wird Akademisches Lehrkrankenhaus der Philipps-Universität Marburg

Das Klinikum Kassel ist seit Ende 2021 als Akademisches Lehrkrankenhaus der Philipps-Universität Marburg akkreditiert. Damit können auch Studierende der Humanmedizin, die nicht an der Kassel School of Medicine (KSM) eingeschrieben sind, ihr Praktisches Jahr (PJ) ab dem nächsten Tertiär in Kassel absolvieren. Die Studierenden können sich in 16 klinischen und weiteren Bereichen, darunter 35 Fachabteilungen, ausbilden. Neben der fachspezifischen Krankenversorgung ist am Klinikum Kassel die nach eigenen Angaben größte Notfallversorgung in Hessen angesiedelt. Gemeinsam mit der Kindernotaufnahme versorgt das Notfallzentrum Nordhessen kom-

plexe Notfälle auf qualitativ höchstem Niveau. Dazu kommen Zertifizierungen als überregionales Traumazentrum, ECMO-Zentrum, Tumorzentrum, Neurovaskuläres und Neurozentrum sowie als Level I Perinatalzentrum. Das PJ umfasst drei Tertiale, die in den Pflichtfächern Innere Medizin und Chirurgie sowie einem weiteren Wahlfach zu absolvieren sind. Im Vordergrund steht dabei eine praxis- und patientennahe Ausbildung. Insgesamt stehen im Klinikum Kassel pro Jahr bis zu 40 Plätze für das Praktische Jahr zur Verfügung. Die Anmeldung erfolgt über die Philipps-Universität Marburg. (red)

### Literatur zum Artikel:

# Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie aus der Sicht eines Operateurs

von Prof. Dr. med. Georg Köster

- [1] Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020 (WBO 2020). Hessisches Ärzteblatt Sonderausgabe 06/2020, 81. Jahrgang
- [2] Geschichte konservativer Verfahren an den Bewegungsorganen. Zichner L, Rauschmann M, Thomann KD (Herausgeber). 2001, Steinkopff-Verlag Heidelberg
- [3] Psczolla, M. Akutstationäre konservative multimodale Behandlung komplexer und multifaktorieller orthopädischer Erkrankungen im ANOA-Konzept. 2013, Orthopäde 42
- [4] Psczolla M, Kladny B, Flechtenmacher J, Hoffmann R, Dreinhöfer K (Herausgeber). Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie, 2017, De Gruyter

# Radio, Frauen und die Suche nach dem Glück

## Ausstellungstipps in Hessen

### Frankfurt: ON AIR. 100 Jahre Radio

„Hier ist Berlin, Voxhaus“: Diese Worte leiteten am 28. Oktober 1923 die Geburtsstunde des Rundfunks in Deutschland ein. Das Voxhaus war ein nahe dem Potsdamer Platz gelegenes Bürohaus, in dessen Dachgeschoss die Funk-Stunde Berlin ihren regelmäßigen Sendebetrieb aufnahm. Tönten bei der ersten Sendung noch Foxtrottklänge über den Äther, erweiterte sich das Spektrum bald erheblich. So diente der Rundfunk in den Folgejahren dazu, Nachrichten zu verbreiten, zu informieren, zu bilden und zu unterhalten.

Längst ist das Radio als elektronisches Massenmedium nicht mehr aus dem Alltag wegzudenken. Doch so rasant der

Außerdem erfahren Besucherinnen und Besucher, wie ein Radiostudio funktioniert und können in einer Sendekabine ihr eigenes Radioprogramm erstellen.

Informationen im Internet unter: <https://www.mfk-frankfurt.de/on-air-100-jahre-radio/>

### Kunst von „Frauen!“ in Darmstadt

Noch immer ist auch zeitgenössische Kunst von Frauen in vielen Sammlungen unterrepräsentiert. Doch das gilt nicht mehr für das Hessische Landesmuseum Darmstadt. Durch die Schenkung der „Sammlung MeyvArt“ und weitere Erwerbungen konnte die Graphische Sammlung des Museums deutlich aufholen. Aus den aktuellen Sammlungszugängen präsen-



oder dort ihre Karriere begannen. Aber auch internationale Künstlerinnen sind vertreten.

Mehrheitlich präsentieren sich die Werke figurativ und gegenständlich; daneben regen Arbeiten auf Papier über ihre sinnlich-materiale Wahrnehmung zur Auseinandersetzung mit den künstlerischen Positionen an. Noch bis zum 15. Mai sind 58 Arbeiten von 17 weiblichen Kunstschaffenden der Jahrtausendwende in der Ausstellung zu sehen.

Informationen im Internet unter: <https://www.hlmd.de/ausstellungen/aktuell.html>

### Dem Glück auf der Spur - in Wiesbaden und in Darmstadt

Dieses Projekt setzt ein Zeichen für Vielfalt und Inklusion: 54 Jugendliche aus Wiesbaden und Darmstadt hatten in 21 Künstlerateliers versucht, dem Glück in der Kunst auf die Spur zu kommen. Dabei entstand eine thematische Gruppenausstellung mit dem Titel „Glück“, die an zwei Orten parallel gezeigt wurde: im Kunsthaus in Wiesbaden und im Atelierhaus in Darmstadt. Die Arbeiten der jungen Kunstschaffenden sind so verschieden und individuell wie die Schülerinnen und Schüler selbst. Zum Beispiel Helin, Lichtenbergschule: „Ich sehe das Glück in seinem kurzweiligen Auftauchen und in seiner verschwommenen Erscheinung.“ Die ausgewählten Kunstwerke können nun auch online betrachtet werden: <https://www.wiesbaden.de/kultur/bildende-kunst/ausstellungsorte/kunsthaus/ausstellung-glueck-vorstellung-kunstwerke.php>

Katja Möhrle



Justine Otto (\* 1974 in Zabre, Polen): Mädchen mit Kirschen, 2006, Geschenk der Sammlung MeyvArt, 2020.

Aufstieg des Rundfunks in den 1920er-Jahren auch verlief, so wenig war er vor Brüchen, Störungen und politischer Einnahme gefeit. Noch bis zum 28. August erzählt die Ausstellung „ON AIR. 100 Jahre Radio“ im Museum für Kommunikation Frankfurt die wechselvolle Geschichte des Rundfunks in Deutschland. 250 Objekte berichten von den technischen Grundlagen und den Anfängen des Rundfunks über dessen Rolle in der NS-Zeit bis zur Neuordnung im geteilten und dann wiedervereinten Deutschland.

tiert die Ausstellung „Frauen!“ 58 Arbeiten von 17 zeitgenössischen Künstlerinnen in der Karl Freund-Galerie.

Die seit 2007 unter der kuratorischen Beratung von Prof. Jean-Christophe Ammann (1939–2015) und der Leiterin der Graphischen Sammlung Dr. Mechthild Haas aufgebaute „Sammlung MeyvArt“ stellt den größten Zugang dar. Dank dieser Schenkung aus dem Jahr 2020 erhielt das Hessische Landesmuseum Darmstadt zahlreiche Werke von Künstlerinnen, die in Frankfurt ihre Ausbildung absolvierten



### Einladung

## 152. Bad Nauheimer Gespräch

Live-Online-Veranstaltung  
am 7. März 2022, 19 Uhr

Moderation: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

### COVID-19 aktuell: Impfempfehlung oder Impfpflicht?

Die Corona-Pandemie beschäftigt uns seit nun zwei Jahren. Die verfügbaren Impfungen geben einen guten Schutz vor schwerer Erkrankung und Tod. Ein Großteil der Bevölkerung hat die Impfangebote angenommen. Was ist darüber hinaus sinnvoll und erforderlich? Der Bundestag debattiert derzeit über die Einführung einer Impfpflicht gegen COVID-19.

Die Bad Nauheimer Gespräche greifen dieses hochaktuelle gesundheitspolitische Thema auf und konnten ausgewiesene Experten gewinnen, hierüber mit Ihnen zu diskutieren:



Foto: Universität Mainz/Pulkowski

**Prof. Dr. med. Fred Zepp**,  
Universität Mainz, Pädiater,  
Mitglied der STIKO



Foto: LWL/Katrin Nolte

**Prof. Dr. Malte Thießen**, Uni-  
versität Münster, Historiker,  
Forschungsfokus u.a. Impfung



Foto: Deutscher Ethikrat/Reiner Zensen

**Prof. Dr. Steffen Augsberg**,  
Universität Gießen, Jurist, Mit-  
glied des Deutschen Ethikrats

Prof. Fred Zepp wird die Bedeutung von Impfungen und die Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) vorstellen. Prof. Malte Thießen beleuchtet die Frage von Impfungen und Impfpflicht aus medizinhistorischer Sicht. Prof. Steffen Augsberg greift ethische und juristische Fragen zur Impfpflicht auf. Hören Sie zu und diskutieren Sie mit.

#### Anmeldung und Zugangsdaten:

<https://www.fazh.de/veranstaltungen/12059-22001> oder QR-Code



Die Inhalte der Fortbildung sind produkt- und/oder dienstleistungsneutral gestaltet. Potenzielle Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referenten werden offengelegt. Die Zertifizierung erfolgt mit drei Punkten.

#### Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Hanauer Landstr. 152  
60314 Frankfurt a. M. (Ostend)  
[info@bad-nauheimer-gespraech.de](mailto:info@bad-nauheimer-gespraech.de)

Telefon: (069) 766350  
[www.bad-nauheimer-gespraech.de](http://www.bad-nauheimer-gespraech.de)



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

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,  
zur 12. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen  
der Wahlperiode 2018–2023 lade ich Sie ein für  
**Samstag, 26. März 2022, Beginn: 10 Uhr s. t.**  
Stadthalle Friedberg, Am Seebach 2, 61169 Friedberg

**T A G E S O R D N U N G**

1. Begrüßung
2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
3. Genehmigung des Beschlussprotokolls der 11. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 27. November 2021
4. Wahl weiterer Ehrenpräsidenten
5. Bericht des Präsidenten und Aussprache
6. Versorgungswerk
  - a) Bericht des Vorsitzenden/der stv. Vorsitzenden des Vorstandes
  - b) Wahl der Mitglieder des Vorstandes für die Wahlperiode 2022–2027
7. Nachwahl Finanzausschuss
8. Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung  
– Bericht des Vorsitzenden
9. Änderungen von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen
  - a) Hauptsatzung
  - b) Weiterbildungsordnung
  - c) Kostensatzung
  - d) Wahlsatzung
  - e) Satzung Qualifikation Leitender Notarzt (LNA)
10. Ausbildungswesen Medizinische Fachangestellte  
Berufsbildungsausschuss der LÄKH – Nominierung  
für die Amtsperiode 2022– 2026
11. Nachwahl Vorsitzende und stv. Vorsitzende der Prüfungs-  
und Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen
12. Nachwahl der Abgeordneten zum 126. Deutschen Ärztetag 2022 in Bremen
13. Anträge zum Bericht des Präsidenten
14. Verschiedenes

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Das Präsidium behält sich aufgrund der weiterhin bestehenden pandemischen Lage auch kurzfristig vor, den Veranstaltungsort und ggf. den Beginn der Delegiertenversammlung zu ändern bzw. die Delegiertenversammlung rein digital (§ 18a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Hessisches Heilberufsgesetz) durchzuführen. Aktuelle Informationen hierzu finden Sie unter: <https://www.laekh.de/ueber-uns/delegiertenversammlung/>.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Frankfurt am Main, 02.02.2022



Dr. med. Edgar Pinkowski  
– Präsident –

## Wir gedenken der Verstorbenen



Foto: © Johanna Mühlbauer – stock.adobe.com

### Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

#### Praktikanten in Arztpraxen

(Schülerbetriebspraktika der allgemeinbildenden Schulen sowie Praktika innerhalb der zweijährigen Berufsfachschule und der Fachoberschule Gesundheit in Arztpraxen)

Praktikanten sind Teil des Arbeitsalltags von Einrichtungen im Gesundheitswesen. Praktika unterschiedlichster Art werden auch in Arztpraxen angeboten. Sie können einen hilfreichen Beitrag zu einer gut vorbereiteten und begründe-

ten Berufswahl in einem Gesundheitsberuf wie dem der/des Medizinischen Fachangestellten leisten. Damit Praktika in Arztpraxen überhaupt durchführbar sind, bedürfen sie klarerer Regelungen in Bezug auf Arbeits- und Gesundheitsschutz, Schweigepflicht und Datenschutz sowie den Schutz der Intimsphäre des Patienten.

Informationen im Internet:  
[www.laekh.de/fuer-mfa/berufsausbildung/betriebspraktika/](http://www.laekh.de/fuer-mfa/berufsausbildung/betriebspraktika/).

## Repetitorium Allgemeinmedizin jetzt über fünf Tage

Ab diesem Jahr wird das Repetitorium Allgemeinmedizin der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung auf fünf Tage erweitert. Damit wird auf den Wunsch vieler bisheriger Teilnehmenden eingegangen, die weitere Krankheitsbilder und Beratungsanlässe abgebildet sehen wollten.

So werden neben den bereits etablierten Themen wie beispielsweise Kreuzschmerzen, Multimedikation und Palliativmedizin auch neue Themenfelder wie die Notfallmedizin, die Wundversorgung, die Geriatrie und Gerontopsychiatrie und anderes aufgenommen. Auch erhalten die einzelnen Themenfelder insgesamt einen größeren zeitlichen Rahmen.

Das Repetitorium Allgemeinmedizin ist sowohl für Kolleginnen und Kollegen, die sich auf die Facharztprüfung vorberei-

ten, als auch für Wiedereinsteiger eine sehr gute Gelegenheit, in kompakter Form die wichtigsten Themenfelder zu wiederholen. Auch erfahrene Kolleginnen und Kollegen, die im Rahmen des lebenslangen Lernens einen Refresher besuchen möchten, sind willkommen.

Geplant ist, das Repetitorium in Präsenz durchzuführen. Sofern dies nicht möglich ist, kann eine kurzfristige Umwandlung in eine Online- oder Hybrid-Veranstaltung erfolgen.

**Termine:** 07.06.22–11.06.22 und  
05.12.22–09.12.2022

**Anmeldung:** Joanna Jerusalem  
Fon: 06032 782-203  
Fax: 069 9767267-203  
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

## Marburger Bund bietet App zur Zeiterfassung

Flächendeckende elektronische Arbeitszeiterfassung für Ärztinnen und Ärzte ist an den Krankenhäusern noch immer die Ausnahme. Regelmäßig lamentieren Klinikarbeitsgeber über angeblich große Schwierigkeiten, unüberwindbare technische Hindernisse oder sehen schlicht keine Notwendigkeit für eine elektronische Erfassung der Arbeitszeiten. Der Marburger Bund bietet nun ein eigenes Werkzeug zur individuellen, elektronischen Erfassung der Arbeitszeit: die „MB-EchtZeit“-App. Damit gibt es für angestellte Ärztinnen und Ärzte die

Möglichkeit, auf einfachem Wege die Arbeitszeit aufzuzeichnen, mit Premiumfunktionen für MB-Mitglieder. Die App gestattet dabei Aufzeichnungen in den verschiedenen Dienstarten: Regelarbeit, Bereitschaftsdienst, Rufbereitschaft. Auch Pausen können eingefügt werden. Zeiten des Freizeitausgleiches können ebenfalls erfasst werden. Download via Google Play Store, im App Store von Apple und in der App Gallery von Huawei möglich. Infos/FAQs im Internet: [www.marburger-bund.de/echtzeit-app/](http://www.marburger-bund.de/echtzeit-app/)

## Reinhold-Schwarz-Förderpreis für Psychoonkologie

Der Verein für Fort- und Weiterbildung Psychosoziale Onkologie Heidelberg vergibt turnusgemäß alle zwei Jahre in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie den mit 2.500 Euro dotierten Reinhold-Schwarz-Förderpreis für Psychoonkologie.

- Einreichungsfrist ist der 15. Mai 2022. Bewerberinnen und Bewerber sollten zum Zeitpunkt der Einsendung nicht älter als 40 Jahre sein. Zielgruppe sind Wis-

senschaftlerinnen und Wissenschaftler, die eine herausragende Originalarbeit als Erstautorin bzw. -autor vorlegen. Bewertungskriterien sind die methodische Qualität, die inhaltliche und/oder methodische Originalität sowie der thematische Bezug zur Psychoonkologie. Informationen sowie Bewerbungsunterlagen finden sich im Internet unter:

[www.wpo-ev.de/reinhold-schwarz-foerderpreis/](http://www.wpo-ev.de/reinhold-schwarz-foerderpreis/)

## Goldenes Doktorjubiläum

## Ehrungen MFA/Arzthelfer\*innen

**ERRATUM**

Zu den Personalia Ausgabe 02/2022, S. 123: **Dr. med. Bernhard Herrmann** ist Oberarzt in der Klinik für Neonatologie und allgemeine Pädiatrie und Leiter des Bereichs Kinderschutz am Klinikum Kassel. Er leitet nicht den Bereich Neonatologie. Dieser wird verantwortet von **Dr. med. Dirk Müller**.

Foto: DGN, Christian Staaden



Seit dem 1. Januar 2022 ist **Prof. Dr. med. Lars Timmermann**, Direktor der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikum Marburg (UKGM), Mitglied im

Foto: Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken



**Peter Wagner** steht jetzt an der Spitze der Klinik. Bereits seit 1999 ist der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie am Hause tätig.

**Dr. med. Christian Jacobi** (Foto) leitet neu als Chefarzt die Neurologie am Sankt-Katharinen-Krankenhaus in Frankfurt/Main. Jacobi kommt



Foto: Krankenhaus Nordwest



Foto: Klinikum Darmstadt

**Dr. med. Michael Windirsch** (Foto) ist neuer geschäftsführender Leiter des Instituts für Notfallmedizin am Klinikum Darmstadt, das von Klinikdirektor **Prof. Dr. med. Gerald Werner** geleitet wird.

vom Krankenhaus Nordwest in Frankfurt, wo er als klinischer Oberarzt und Leiter des integrierten Myasthenie-zentrums arbeitete. Seine klinischen Schwerpunkte liegen im Bereich der neuroimmunologischen Erkrankungen, Neuroinfektiologie und der neurovaskulären Erkrankungen.

**Dr. med. Thomas Stockhausen** ist neuer Chefarzt der orthopädischen Abteilung des Klinikzentrums Lindenallee Bad Schwalbach, Rehabilitationsklinik



Foto: privat

mit den Fachbereichen Psychosomatik, Orthopädie und Neurologie.

In der Klinik für Neurologie des Klinikums Kassel erfolgt im Laufe des Jahres 2022 die Staffelübergabe von **Prof. Dr. med. Julian Bösel** an **PD Dr. med. Christian Roth** (Foto), der von den Helios Kliniken Kassel zur Gesundheit Nordhessen zurückkehren wird.



Foto: GNH

## Ergebnisse der Winterprüfung für Medizinische Fachangestellte

Bei der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2021/2022 haben am Schriftlichen Teil der Abschlussprüfung 419 Prüflinge teilgenommen, von denen 302 bestanden haben. 419 Prüflinge haben am Praktischen Teil der Abschlussprüfung teilgenommen, von denen 290 bestanden haben. Die detaillierten statistischen Angaben zu der Winterprüfung 2021/2022 können demnächst im Internet unter <http://www.laekh.de/aktuelles> abgerufen werden.

**Abteilung Ausbildungswesen:  
Medizinische Fachangestellte**

## Ungültige Arztausweise

**Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:**

- Arztausweis-Nr.** 60060227 ausgestellt am 19.07.2019 für Dr. med. Michael Bausch, Frankfurt am Main
- Arztausweis-Nr.** 60050763 ausgestellt am 30.10.2017 für Dr. med. Claus Bley, Frankfurt am Main
- Arztausweis-Nr.** 60074191 ausgestellt am 02.03.2021 für Fiona Hempelmann, Kassel
- Arztausweis-Nr.** 60063730 ausgestellt am 11.02.2020 für Angela Janssen, Kassel
- Arztausweis-Nr.** 60052993 ausgestellt am 26.02.2018 für Barbara Keßler-Gaedtke, Lohfelden
- Arztausweis-Nr.** 60057427 ausgestellt am 18.01.2019 für Prof. Dr. med. Ludger Klimek, Wiesbaden

- Arztausweis-Nr.** 60147202 ausgestellt am 25.11.2021 für Dr. med. Angelika Marquardsen-Wolfram, Butzbach
- Arztausweis-Nr.** 60061512 ausgestellt am 10.10.2019 für Alexandros Matsingos, Marburg
- Arztausweis-Nr.** 60067862 ausgestellt am 07.09.2020 für Jana Rieß, Frankfurt am Main
- Arztausweis-Nr.** 60056778 ausgestellt am 04.12.2018 für Wail Saad, Kelkheim
- eHBA-Nr.** 80276001081000043266 ausgestellt am 04.01.2021 für Dr. med. Peter Schermuly, Gückingen
- eHBA-Nr.** 80276001081000043269 ausgestellt am 04.01.2021 für Dr. med. Irmgard Schermuly, Gückingen

Bereitschaftsdienstordnung (BDO) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

# Änderung der BDO – Neuregelung und Professionalisierung des Beratungsarztdienstes sowie Erhöhung des Aufwendungsersatzes bei verschuldetem Nichtantritt von Diensten

Die Bereitschaftsdienstordnung (BDO) enthielt bisher keine gesonderten Regelungen zu dem besonderen Versorgungsangebot der Beratungsärzte an den beiden ÄBD-Dispositionszentralen, die von der Abteilung Patientenservice, die für die 116117 zuständig ist, betrieben werden. Der Beratungsarztdienst wurde in der neuen BDO nun fest verankert. Neben der Aufnahme einer Vielzahl von Regelungen für den einst pilothaft gestarteten Beratungsarztdienst in die BDO – der auch während und insbesondere durch die Corona-Pandemie an Bedeutung gewann – geht mit den Änderungen auch eine Professionalisierung und Neuausrichtung dieses Versorgungsangebotes einher.

Zudem wurde aufgrund des gestiegenen Verwaltungsaufwands bei der Bearbeitung von Verfahren wegen unentschuldigter Nichtantritten von ÄBD-Diensten eine Erhöhung des Aufwendungsersatzes von bisher 500,- € auf 1.000,- € von der Vertreterversammlung in ihrer Sitzung vom 11.12.2021 beschlossen.

Über die Beschlussfassung zur Änderung der BDO wurden die Mitglieder der KVH bereits in dem Rundschreiben vom 17.12.2021 informiert.

Die Voraussetzungen für die Teilnahme am Beratungsarztdienst, dessen konkreten Aufgaben und vieles mehr können Sie der nachfolgenden Veröffentlichung der BDO-Änderungen entnehmen.

Die vollständige Lesefassung der BDO ist auch online auf unserer Website zu finden unter [www.kvhessen.de/recht-vertrag/alphabet/AE/LvR](http://www.kvhessen.de/recht-vertrag/alphabet/AE/LvR)

Die vollständige Lesefassung der BDO ist auch online auf unserer Website zu finden unter [www.kvhessen.de/recht-vertrag/alphabet/AE/LvR](http://www.kvhessen.de/recht-vertrag/alphabet/AE/LvR)

Anzeige



Svenja B., Ärztlicher Bereitschaftsdienst

**Wir sorgen für Gesundheit...**

...auch außerhalb der Sprechstunden der Arztpraxen. Als ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) stellen wir die Versorgung für medizinische Fälle sicher, deren Behandlung kurzfristig erforderlich ist.

**MINIJOB IM ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST ... HESSENWEIT**

JETZT BEWERBEN! AUF DIESE UND WEITERE INTERESSANTE STELLENANZEIGEN UNTER [KVHESSEN.DE/KARRIERE](http://KVHESSEN.DE/KARRIERE)



KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

## Beschluss der Vertreterversammlung zur Änderung der Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vom 11.12.2021

Die Bereitschaftsdienstordnung der KVH vom 01.10.2013, geändert durch die Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 14.12.2013, 17.05.2014, 11.10.2014, 13.12.2014, 10.10.2015, 12.12.2015, 02.07.2016, 03.12.2016, 11.03.2017, 02.12.2017 und 27.10.2018, 30.03.2019 und 11.12.2021 wird wie folgt geändert:

### Präambel

Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

„Die Durchführung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes und die Aufsicht über diesen obliegt der KVH nach Maßgabe ihrer Satzung, dieser Bereitschaftsdienstordnung (BDO) sowie des Hessischen Heilberufsgesetzes.“

### § 1 Grundsätze

In Absatz 3 wird die Formulierung „der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte“ in „der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte“ ergänzt.

### § 2 Struktur des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes

In Absatz 3 Satz 2 wird „telefonischen Arzt-Patientenkontakt“ in „telemedizinischen Arzt-Patientenkontakt“ geändert.

Absatz 3 Satz 5 wird neu eingefügt:

„Zu den Aufgaben der Mitarbeiter der ÄBD-Dispositionszentralen gehört des Weiteren eine erste Dokumentation der Patientenangaben sowie die Prüfung der Eignung des Hilfeersuchens für eine Videosprechstunde.“

Der bisherige Absatz 4 wird zu Absatz 5. Der bisherige Absatz 5 wird zu Absatz 6.

Ein neuer Absatz 4 wird mit folgendem Wortlaut aufgenommen: „Die KVH richtet einen Beratungsarztendienst (BAD) ein, um eine telemedizinische Beratung und Behandlung im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes zu gewährleisten, der an den zwei ÄBD-Dispositionszentralen zu den in § 6 Abs. 4 BDO genannten Zeiten ausgeübt wird. Der BAD ist eine Organisationsform und damit Teil des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Zur Sicherung einer ausreichenden telemedizinischen Versorgung im ÄBD oder außerhalb der Dienstzeiten des BAD können die Mitarbeiter der ÄBD-Dispositionszentralen telemedizinische Beratungen und Behandlungen auch den ÄBD-Ärzten, die ihren Dienst in einer ÄBD-Zentrale oder im HBD ausüben, zuweisen. Näheres regelt der Vorstand der KVH.“

### § 3 Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst

In Absatz 4 wird nach „Entsprechende Anforderungen gelten für die teilnehmenden Ärzte des Gebietes der Augenheilkunde für deren Fachgebiet.“ folgender Satz ergänzt:

„Aus der Erteilung einer Mitwirkungserlaubnis lässt sich für einen Nichtvertragsarzt kein Anspruch auf dauerhafte Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst ableiten.“

In Absatz 5 Satz 1 wird die Bezugnahme auf § 2 BDO nach dem Wort „nach“ wie folgt angepasst:

„§ 2 Absatz 4“ wird geändert in „§ 2 Abs. 5“.

In Absatz 6 Satz 2 werden die Bezugnahmen auf § 3 BDO nach dem Wort „nach“ wie folgt angepasst:

„§ 3 Abs. 1 und 2“ wird geändert in „§ 3 Abs. 1 bis 3“.

Der bisherige Absatz 7 wird zu Absatz 8. Der bisherige Absatz 8 wird zu Absatz 9.

Der neue Absatz 7 wird mit folgendem Wortlaut aufgenommen:

„Zur Teilnahme am ÄBD nach § 3 Abs. 1 und 3 BDO verpflichtete Ärzte sowie nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach § 3 Abs. 4 BDO können sich für die Teilnahme am BAD in einer ÄBD-Dispositionszentrale bewerben und eine Mitwirkungserlaubnis für den Beratungsarztendienst erhalten.

Zusätzliche Voraussetzungen für eine Teilnahme als Beratungsarzt (BA) neben dem Bestehen eines entsprechenden Mitwirkungsbedarfs sind:

- der Nachweis einer vorangegangenen Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst von mind. 200 Stunden oder einer vergleichbaren Tätigkeit
- einer vorherigen Einweisung in die von der KVH genutzte Technik, die Systeme und Abläufe in den ÄBD-Dispositionszentralen
- eine Aufnahmeempfehlung durch den ärztlichen Koordinator der Beratungsärzte

Mit der Aufnahme in den Pool der BA einer ÄBD-Dispositionszentrale durch die KVH werden die für den BAD geltenden Regelungen für den BA verbindlich und seine Mitwirkung erstarkt zu einer freiwillig eingegangenen (zusätzlichen) Teilnahmeverpflichtung. Es besteht kein Anspruch auf Erteilung einer Mitwirkungserlaubnis für den BAD und Aufnahme in den Pool der BA einer ÄBD-Dispositionszentrale.

Näheres regelt der Vorstand der KVH.“

### § 4 Pflichten des Bereitschaftsdienstarztes

In Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „Hausbesuchsdienst“ die Ergänzung „, BAD“ eingefügt.

In Absatz 3 werden die Sätze 1 und 2 wie folgt neu gefasst:

„Während der Dienstzeiten der ÄBD-Zentrale/ BAD ist der ÄBD-Arzt/ BA entsprechend seiner Dienstverpflichtung vor Ort präsent. Er darf in dieser Zeit nur aus einem wichtigen Grund oder wenn das Organisationsprinzip der KVH oder eine abweichende Regelung der KVH dies vorsieht, die ÄBD-Zentrale/ ÄBD-Dispositionszentrale verlassen.“

In Absatz 3 wird ein neuer Satz 5 nach Satz 4 eingefügt:

„Neben der Tätigkeit im ÄBD sind zeitgleich keine sonstigen, die Ausübung des Bereitschaftsdienstes potenziell beeinträchtigenden Tätigkeiten gestattet.“

In Absatz 4 Satz 1 wird nach dem Wort „ÄBD“ ergänzend „/ BAD“ eingefügt. In Satz 2 wird nach dem Wort „ÄBD“ ergänzend „/ BAD“ sowie nach dem Wort „Obmann“ ergänzend „/ ärztliche Koordinator“ und nach „Mitarbeiter des ÄBD“ „/ der ÄBD-Dispositionszentrale“ eingefügt. In Satz 3 wird nach dem Wort „Obmann“ ergänzend „/ ärztliche Koordinator“ sowie in Satz 4 nach „ÄBD“ „/ BAD“ eingefügt.

Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Bei verschuldetem Nichtantritt des Dienstes und wenn ein Vertreter nicht bestellt wird, sind die mit dem Aktivieren des überregionalen Hintergrundbereitschaftsdienstes oder der Vertretersuche verbundenen Aufwendungen sowie der aus dem Nichtantritt resultierende Verwaltungsaufwand als pauschalierter Aufwendersatz in Höhe von 1.000,- € pro Dienst auszugleichen.“

In Absatz 6 wird ein Satz 4 nach Satz 3 ergänzt:

„Der BA ist für alle von den Mitarbeitern der ÄBD-Dispositionszentrale aufgenommenen und ihm zugewiesenen telemedizinischen Beratungen und Behandlungen zuständig.“

In Absatz 7 Satz 1 wird nach „ÄBD-Arzt“ ergänzend „/ BA“ sowie nach „ÄBD-Obmann“ ergänzend „/ ärztliche Koordinator“ eingefügt.

In Absatz 7 werden die neuen Sätze 3 und 4 nach Satz 2 wie folgt eingefügt:

„Zweifel an der persönlichen Qualifikation können insbesondere begründete Beschwerden wegen unangemessenen Verhaltens gegenüber Patienten, Hilfesuchenden oder Mitarbeitern der KVH oder Verstößen gegen Bestimmungen und Anweisungen, die dem geordneten Ablauf des ÄBD dienen, begründen. Zweifel an der fachlichen Qualifikation eines Arztes sind insbesondere dann begründet, wenn er den typischen Situationen des Bereitschaftsdienstes nicht wenigstens mit Sofortmaßnahmen bis zur weiteren Versorgung des Patienten durch stationäre Krankenhausbehandlung oder reguläre vertragsärztliche Behandlung mit praxisbezogener Sachkunde gerecht zu werden vermag.“

In Absatz 10 wird ein neuer Satz 4 eingefügt. Der bisherige Satz 4 wird zu Satz 5. Der neue Satz 4 lautet:

„Das Ersetzen des zum BAD eingeteilten BA gehört ebenfalls nicht zu den Aufgaben des Arztes im üHGD.“

## § 5 Aufgaben der ÄBD-Gemeinschaft

In Absatz 4 Buchstabe b. wird die Bezugnahme auf § 6 BDO nach dem Wort „nach“ wie folgt angepasst:

„§ 6 Abs. 3 BDO“ wird geändert in „§ 7 Abs. 3 BDO“.

In Absatz 7 Satz 2 wird die Bezugnahme auf § 3 BDO nach dem Wort „gemäß“ wie folgt angepasst:

„§ 3 Abs.1 und Abs. 3 BDO“ wird geändert in „§ 3 Abs. 1 bis Abs. 3 BDO“.

## § 6 Aufgaben der Beratungsärzte und ihrer ärztlichen Koordinatoren

Nach § 5 BDO wird ein neuer § 6 eingefügt. Der bisherige § 6 wird zu § 7. Der bisherige § 7 wird zu § 8. Der bisherige § 8 wird zu § 9. Der bisherige § 9 wird zu § 10.

Ein neuer § 6 wird mit dem folgenden Wortlaut aufgenommen:

„§ 6 Aufgaben der Beratungsärzte und ihrer ärztlichen Koordinatoren

1) Beratungsärzte sind alle am BAD teilnehmenden Ärzte, die an einer der beiden ÄBD-Dispositionszentralen ihre Dienste ausüben. Sie führen im Rahmen ihrer Dienste telemedizinische Beratungen und Behandlungen durch, die von den Mitarbeitenden der ÄBD-Dispositionszentrale aufgenommen und dem BA zugewiesen wurden. Das gilt unabhängig davon, welche ÄBD-Dispositionszentrale dem Arzt das Beratungsgesuch zugewiesen hat. Die von den Mitarbeitern der ÄBD-Dispositionszentrale zugewiesenen Beratungsgesuche sind von dem diensthabenden BA zu übernehmen und die notwendigen ärztlichen Maßnahmen durchzuführen bzw. zu veranlassen. Sofern die Mitarbeiter der ÄBD-Dispositionszentrale eine Eignung des Hilfesuchenden für eine Videosprechstunde angenommen und diese vereinbart haben, ist durch den BA eine Videosprechstunde durchzuführen.

Die Beratung umfasst auch eine adäquate Dokumentation der (veranlassten) Behandlungsleistungen und des Gesprächsinhaltes in der Einsatzleitsoftware bzw. im PVS sowie die Aufklärung des Patienten über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien im Sinne des § 7 Abs. 4 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen. Im Rahmen einer Videobehandlung ist der Beratungsarzt für die Erfüllung der Pflichten nach den Anlagen 4b und 31b des BMV-Ä sowie der Anforderungen des EBM verantwortlich.

Sofern der zum BAD in einer ÄBD-Dispositionszentrale eingeteilte Arzt auch zusätzlich Beratungsgesuche aus dem Zuständigkeitsbereich der anderen ÄBD-Dispositionszentrale wahrnimmt, entsteht dennoch nur einmal der Anspruch auf eine Pauschalvergütung nach § 8 BDO. Die Verpflichtung zur Abrechnung der von ihm erbrachten Behandlungsleistungen nach § 8 Abs. 3 BDO und die Berücksichtigung des EBM-Honorars bei Ermittlung der Höhe des Honoraranspruchs bleiben von der Regelung in Satz 8 unberührt.

Zu den Aufgaben eines Beratungsarztes gehört auch die Eskalation in Konfliktfällen insbesondere bei einer Überlastung des HBD. Im Übrigen gelten die allgemeinen Regelungen der BDO für BA entsprechend, soweit nichts Abweichendes geregelt ist. Für die Teilnahme und Abrechnung wird dem BA eine Betriebsstättennummer zugeteilt. Näheres regelt der Vorstand der KVH.

2) Abweichend von § 4 Abs. 8 und 9 BDO sind Vertretungen und Dienstübernahmen im Rahmen des BAD nur durch einen anderen BA aus dem Pool der Beratungsärzte einer ÄBD-Dispositionszentrale gem. § 3 Abs. 7 BDO möglich.

3) Der Ausstieg eines BA aus dem BAD einer ÄBD-Dispositionszentrale ist grundsätzlich erst nach Ablauf des aktuellen Dienstplans möglich. Die Möglichkeit eines BA eine Befreiung nach § 3 Abs. 8 BDO zu beantragen bleibt davon unberührt. Wird einem Befreiungsantrag nach § 3 Abs. 8 Satz 2 Buchstabe b. BDO wegen der Vollendung des 65. Lebensjahres entsprochen und ist der Dienstplan für den Zeitraum des Eintritts des Befreiungsgrundes in der Person des Antragstellers bzw. zum Zeitpunkt der Antragsstellung bereits erstellt, wird der Beratungsarzt aus Sicherstellungsgründen erst nach Verrichtung seines letzten planmäßigen Dienstes im BAD von der Teilnahmepflicht befreit.

4) Die vom BAD abzudeckenden Dienstzeiten sind:

- a. Montag, Dienstag und Donnerstag:  
jeweils 19:00 Uhr bis 0:00 Uhr
- b. Mittwoch und Freitag:  
jeweils 14:00 Uhr bis 0:00 Uhr
- c. Samstag und Sonntag:  
jeweils 7:00 Uhr bis 0:00 Uhr
- d. Feiertage, 24. Dezember, 31. Dezember:  
7:00 Uhr bis 0:00 Uhr
- e. „Brückentage“,  
soweit diese vom Vorstand beschlossen werden

Bei verändertem Inanspruchnahmeverhalten oder besonderen Bedarfssituationen kann der Vorstand der KVH Ausnahmeregelungen unter besonderer Würdigung der Wirtschaftlichkeit beschließen. Die Anträge sind vorab im Hauptausschuss zu beraten. Ausnahmeregelungen sind zu befristen. Über die betreffenden Beschlüsse sind der Hauptausschuss und die Vertreterversammlung zeitnah zu informieren.

5) Zur Umsetzung der Aufgaben des BAD ernennt der Vorstand ärztliche Koordinatoren der Beratungsärzte, mindestens jedoch einen. Für die Aufgabenwahrnehmung erhält der ärztliche Koordinator eine Aufwandsentschädigung, deren Höhe und Verteilung vom Vorstand der KVH festzulegen ist. Die Tätigkeit als ärztlicher Koordinator endet mit der Abberufung durch den Vorstand der KVH.

6) Der ärztliche Koordinator der Beratungsärzte ist zentraler ärztlicher Ansprechpartner für die KVH und die Belange des BAD und vermittelt in Konfliktsituationen. Dem ärztlichen Koordinator obliegen folgende Aufgaben:

- a. Organisation des BAD und der Einarbeitung neu in den Pool einer ÄBD-Dispositionszentrale aufgenommener Beratungsärzte sowie ausreichende Besetzung der Dienste mit qualifizierten Ärzten aus dem Pool der BA
- b. „Erteilung einer Aufnahme- bzw. Ablehnungsempfehlung im Rahmen des Bewerbungsprozesses zur Aufnahme eines Arztes in den Pool der BA für die Teilnahme am BAD gem. § 3 Abs. 7 BDO. Die Empfehlung ist zumindest stichpunktartig schriftlich zu begründen und der KVH auf Verlangen näher zu erläutern.

c. Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der ÄBD-Dispositionszentralen und den übrigen Mitarbeitern der KVH

d. Unterrichtung der KVH über im BAD auftretende Schwierigkeiten und Unregelmäßigkeiten sowie Abgabe diesbezüglicher schriftlicher Stellungnahmen.

Die KVH kann ergänzende Rahmenvorgaben machen, insbesondere im „Aufgabenprofil der ärztlichen Koordinatoren der Beratungsärzte“.

## § 7 Aufgaben der KVH

In Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „ÄBD-Obmann“ ergänzend „/ ärztlicher Koordinator“ eingefügt.

In Absatz 3 wird die Bezugnahme auf § 8 BDO nach dem Wort „gemäß“ wie folgt angepasst:  
„§ 8 Abs. 4 BDO“ wird geändert in „§ 9 Abs. 4 BDO“.

In Absatz 4 wird nach dem Wort „Privatarztes“ ergänzend „oder eines BA“ eingefügt. Die Bezugnahme nach dem Wort „gemäß“ wird wie folgt angepasst:  
„§ 3 Abs. 5 BDO“ wird geändert in „§ 3 Abs. 8 BDO“.

Die Überschrift des § 8 wird von „Vergütung der ÄBD-Ärzte“ in „Vergütung der Dienste im ÄBD“ geändert.

## § 8 Vergütung der Dienste im ÄBD

In Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „ÄBD“ ergänzend „/ BAD“ sowie nach dem Verweis „nach § 5 Abs. 2 BDO“ ergänzend „sowie nach § 6 Abs. 4 BDO“ eingefügt.

In Absatz 1 Buchstabe b. wird die Bezugnahme nach dem Wort „nach“ wie folgt geändert:  
„§ 8 Abs. 1 BDO“ wird geändert in „§ 9 Abs. 1 BDO“.  
Nach den Worten „jeden HBD“ wird ergänzend „sowie den BAD“ und nach „in § 5 Abs 2 BDO“ wird „bzw. § 6 Abs. 4 BDO“ eingefügt.

In Absatz 2 Satz 1 wird die Bezugnahme auf § 2 BDO nach dem Wort „nach“ wie folgt angepasst:  
„§ 2 Abs. 4 BDO“ wird geändert in „§ 2 Abs. 5 BDO“.

In Absatz 3 Satz 1 wird nach dem Wort „ÄBD-Arzt“ ergänzend „/ BA“ eingefügt. Ein neuer Satz 2 wird mit folgender Formulierung eingefügt:  
„Der ÄBD-Arzt/ BA ist bei abrechnungsrelevanten Arzt-Patientenkontakten dazu verpflichtet, die Anspruchsberechtigung des Patienten zu prüfen.“

In Absatz 5 für wird nach dem Wort „ÄBD-Arzt“ ergänzend „/ BA“ eingefügt.

In Absatz 6 Satz 1 wird nach dem Wort „ÄBD-Arzt“ ergänzend „/ BA“ eingefügt.

In Absatz 7 Satz 1 wird die Bezugnahme auf § 2 BDO nach dem Wort „gem.“ wie folgt angepasst:  
„§ 2 Abs. 5 BDO“ wird geändert in „§ 2 Abs. 6 BDO“.

In Absatz 7 Satz 2 wird die Bezugnahme auf § 7 BDO nach dem Wort „gem.“ wie folgt angepasst:  
„§ 7 Abs. 1 BDO“ wird geändert in „§ 8 Abs. 1 BDO“.

### § 9 Finanzierung des ÄBD

In Absatz 1 Satz 1 wird die Bezugnahme auf § 7 BDO nach dem Wort „nach“ wie folgt geändert:  
„§ 7 Abs. 3 BDO“ wird geändert in „§ 8 Abs. 3 BDO“.

In Absatz 1 Satz 2 wird nach dem Wort „ÄBD“ ergänzend „/BAD“ eingefügt und die Bezugnahme auf § 7 BDO nach dem Wort „gemäß“ wie folgt geändert:  
„§ 7 Abs. 1 Buchstabe a. BDO“ wird geändert in „§ 8 Abs. 1 Buchstabe a. BDO“.

In Absatz 3 werden nach Satz 6 die neuen Sätze 7 und 8 eingefügt. Der bisherige Satz 7 wird zum neuen Satz 9. Der bisherige Satz 8 wird zum neuen Satz 10 sowie der bisherige Satz 9 zum neuen Satz 11. Die neuen Sätze 7 und 8 lauten:  
„Anträge können jeweils bis zum Ende des Beitragsjahres schriftlich bei der KVH gestellt werden. Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Antrags bei der KVH.“

Diese Änderungen der Bereitschaftsdienstordnung wurden von der Vertreterversammlung der KV Hessen mit der erforderlichen Mehrheit der gewählten Mitglieder am 11.12.2021 beschlossen und tritt am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft.

In Absatz 4 Satz 1 wird die Bezugnahme auf § 7 BDO nach dem Wort „gemäß“ wie folgt geändert:  
„§ 7 BDO“ wird geändert in „§ 8 BDO“.

In Absatz 4 Satz 3 wird die Bezugnahme auf § 6 BDO nach den Worten „regeln die“ wie folgt geändert und die Abkürzung „BDO“ eingefügt:

„§§ 5 und 6“ wird geändert in „§§ 5 und 7 BDO“.

Absatz 5 wird wie folgt neu gefasst:

„Der Vorstand hat die Pflicht, mittels geeigneter Kennzahlen den ÄBD auf wirtschaftliche Erbringung der ÄBD-Leistungen alle zwei Jahre zu überprüfen wie z.B. Zuschnitte und Größe der ÄBD-Bezirke, Öffnungszeiten der ÄBD-Zentralen, Inanspruchnahme und Aufwand des BAD, Fahrtkosten, Entschädigung für den Obmann/ ärztlichen Koordinator und Personalkosten und der Vertreterversammlung darüber Bericht zu erstatten, insbesondere bezüglich des sich ergebenden Zuschussbedarfes nach § 9 Abs. 2 und 3 BDO.“

### Anlage der BDO

In der Überschrift wird die Bezugnahme auf § 7 BDO wie folgt geändert:

„Anhang zu § 7 der BDO“ wird geändert in „Anhang zu § 8 der BDO“.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gez.

**Dr. Klaus-Wolfgang Richter**

## 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 Siepmann, 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;  
Jürgen Juncker, Gutachter- und Schlichtungsstelle

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

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

**Redaktionsschluss:** fünf Wochen vor Erscheinen

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

**Geschäftsführung:** Jürgen Führer, 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:** Petra Schwarz, Tel.: +49 2234 7011-262,  
E-Mail: schwarz@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. 8, gültig ab 01.01.2022

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.

83. 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