

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 4 | 2023
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 84. Jahrgang



Der Präsident der LÄKH Dr. med. Edgar Piskowski (r.) mit Prof. Dr. med. Jürgen Graf, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender Universitätsklinikum Frankfurt Foto: Manuel Maier

Arzneimittel für Ukraine
Mithilfe des Ukraine Medical Help Fund hat die Landesärztekammer einen Transport auf den Weg gebracht

CME: Suizidprävention
In dem zertifizierten Artikel gehen die Autoren auf den adäquaten Umgang mit Suizidalität ein



Ein paar einfache Fragen

2023 ist das Jahr der Patientenrechte. Mit einem Jubiläumsfestakt wurde in Berlin das zehnjährige Bestehen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, das sogenannte Patientenrechtegesetz, begangen. Patientenrechte sind für Ärztinnen und Ärzte ein ureigenes Anliegen, begreifen sie sich doch als Anwältinnen und Anwälte ihrer Patientinnen und Patienten. Dies bedeutet nicht nur, Kranke nach sorgfältiger Indikationsstellung mit der individuell passenden Therapie zu versorgen, sondern sich auch dafür einzusetzen, dass die Bürgerinnen und Bürger unseres Landes freien Zugang zur notwendigen gesundheitlichen Versorgung erhalten. Darüber hinaus muss offenbar immer wieder darauf hingewiesen werden, dass Patientensicherheit – ein ganz wesentlicher Teil der Patientenrechte – ein zentrales Ziel ärztlicher Arbeit ist. Qualitätssicherung ist seit Jahrzehnten ein eingeübtes Instrument der ärztlichen Selbstüberprüfung und wurde nicht vom Gesetzgeber oder gar den Krankenkassen erfunden, sondern von der Ärzteschaft selbst entwickelt und implementiert (z. B. CIRS). Beispielhaft nenne ich auch das Deutsche Zentralregister Herzschrittmacher der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Herzschrittmacher e. V., das von 1982–1999 über 360.000 Datensätze von freiwilligen Meldungen zu Schrittmacherimplantationen und -explantation sammelte, analysierte und die Ergebnisse in regelmäßigen Jahresberichten veröffentlichte. Federführend war übrigens ein Hesse, nämlich Prof. Dr. Ing. Werner Irnich, ehemaliger Leiter des Instituts für Medizintechnik der Justus Liebig Universität Gießen. 2001 folgte dann die Einführung der verpflichtenden externen Qualitätssicherung für Herzschrittmachereingriffe.

Leider hat die Institutionalisierung der Qualitätssicherung sowohl in den Kliniken als auch den ambulanten Praxen zu einem überschießenden Maß an Bürokratie und der Schaffung von Datenfriedhöfen geführt, die das eigentliche Ziel schon fast konterkarieren. Die Zeit, um die unzähligen Bögen auszufüllen und dies oftmals mehrfach wegen fehlender Schnittstellen und unterschiedlicher Insellösungen, fehlt in der direkten Patientenversorgung. Dieses Problem betrifft auch die Pflegeberufe. Das kann gar nicht oft genug gesagt werden.

Wenn nun die Bundesregierung im Koalitionsvertrag das Vorhaben formuliert, die Stellung der Patientinnen und Patienten im bestehenden Haftungssystem bei Behandlungsfehlern zu stärken, ist das nur eine Seite der Medaille. Die Gewährleistung von Patientenversorgung und -sicherheit benötigt ausreichend Zeit und genügend Personal. Selbstverständlich ist jeder Behandlungsfehler ein Fehler zu viel, das ist vollkommen unstrittig. Und doch erlaube ich mir den Hinweis, dass die Zahl der Behandlungsfehler (im Promillebereich) in Relation zu den vielen Millionen jährlichen Behandlungen erfreulicherweise sehr klein ist.

In den nächsten Jahren wird es immer schwieriger werden, das Patientenrecht auf freien Zugang zur notwendigen gesundheitlichen Versorgung zu gewährleisten. Die entsprechenden

Schlagworte lauten: demografische Entwicklung der Bevölkerung, parallele Überalterung der Ärzteschaft bei gleichzeitig verringerter Arbeitszeit pro Kopf, abnehmendes Interesse an der selbstständigen Niederlassung, eingeschränkte Mittel für Gesundheitsversorgung, insolvenzgefährdete Krankenhäuser, parallel bestehende Über- und Unterversorgung, unzureichende IT-Systeme inklusive leistungsstarke Breitbandverfügbarkeit und einiges mehr.

Schon allein diese Liste zeigt, dass die unzweifelhaft notwendige Reform der Krankenhäuser wie auch der Notfallversorgung ein Unterfangen darstellt, mit dem einzelne Gruppen überfordert sind. Zu vielfältig und kompliziert sind die Wechselwirkungen. Das gilt auch für die Mitglieder der Krankenhausreformkommission. Deren Vorschläge müssen nun gründlich und systematisch diskutiert werden und zwar mit allen Beteiligten.

Was passiert, wenn ein Krankenhaus geschlossen wird? Im städtischen Ballungsgebiet hat das wahrscheinlich keine allzu großen Auswirkungen. Es gibt genügend andere Krankenhäuser, die das frei werdende Personal gerne übernehmen. Auch die Patientinnen und Patienten verteilen sich mutmaßlich ohne Probleme auf die restlichen Krankenhäuser. Doch sieht das im ländlichen Raum genauso aus? Wohl kaum. Das nächste Krankenhaus ist vermutlich deutlich weiter entfernt, so dass sich die Transportwege verlängern. Das ist nicht bequem, lässt sich aber noch bewältigen, zumal bei Häusern, die sich nicht an der Notfallversorgung beteiligen haben. Aber wird das Personal so einfach zum nächsten Krankenhaus wechseln? Zweifel sind angebracht, denn erfahrungsgemäß sind insbesondere Pflegekräfte relativ stark ortsgebunden. Die gleichzeitig angestrebte sogenannte Ambulantisierung benötigt in der Konsequenz entsprechende Strukturen, d. h. mehr ambulante Versorgungsangebote vor allem in der Fläche. Die Ballungsräume sind zumindest vorerst noch relativ gut versorgt. Werden sich die vorherigen Krankenhausärztinnen und -ärzte dann einfach im Umfeld des geschlossenen Krankenhauses niederlassen? So einfach wird es vermutlich nicht werden. Mit diesen einfachen Fragen möchte ich nur auf die Vielschichtigkeit der angedachten Reform hinweisen. Eine Reform ist nötig, dessen bin ich mir bewusst. Doch die Lösung der Probleme kann nur sinnvoll gelingen, wenn die Konsequenzen bedacht und mit den Betroffenen analysiert werden. Das gilt selbstverständlich auch für die Reform der Notfallversorgung.



Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: © emerald media – stock.adobe.com



Foto: Gesundheitsamt Frankfurt, Salome Roessler

Serie Depression – Teil 3: Suizidprävention

Ungefähr jeder hundertste Mensch verstirbt an Suizid. Suizidprävention kommt daher eine besondere Aufgabe zu. In dem zertifizierten Fortbildungsartikel gehen die Autoren auf den adäquaten, evidenzbasierten Umgang mit Suizidalität ein.

204

Gespräch über kommunale Suizidprävention

2017 wurde mit FraPPE in Frankfurt am Main ein Programm zur Suizidprävention ins Leben gerufen. Dr. med. Christiane Schlang, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtet im Interview von den Ergebnissen und den Aufgaben kommunaler Suizidprävention.

210

Editorial: Ein paar einfache Fragen	199
Aus dem Präsidium: Politisches Desinteresse an der ambulanten Patientenversorgung	202
Ärzttekammer: Digitale Ausgabe des Hessischen Ärzteblatts wird ab 1. September führende Version	203
Befugnisse zur Weiterbildung nach 2005 laufen aus und müssen erneuert werden	214
Das eLogbuch – eine Kurzeinführung für Befugte	217
Aufruf: Mehr Frauen in die ärztliche Selbstverwaltung!	223
Rassismusbeauftragter: Weniger Empfindlichkeit – mehr Empfindsamkeit!	232
Fort- und Weiterbildung: Studie zu Long Covid	223
Wirkt Kaffee nephroprotektiv?	238
Recht: Behandlungsfehler und der Beweis für die verursachte Gesundheitsschädigung	220
Ärzte-Siegel sind irreführend	222
Parlando: Dort, wo Zitronen und Orangen blühen	235
Der interessante Fall: Der Nutzen einer individualisierten Tumorthherapie	218

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	224
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	230
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	216, 244–248
Bekanntmachungen der Landesärztekammer: Neuwahlen beim Verband Freier Berufe in Hessen	216
Aus den Bezirksärztekammern: Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung in Darmstadt	241
Leserbriefe	242
Personalien	245
Impressum	249



Foto: Manuel Maier

Arzneimittel für die Ukraine

Mit Unterstützung des Ukraine Medical Help Fund leistet die Landesärztekammer Hessen einen Beitrag für die Ukraine und hat Anfang März auf dem Gelände des Universitätsklinikums Frankfurt am Main einen Transport von Arzneimitteln auf den Weg gebracht.

213



Foto: UKGM

Vertrag zur Finanzierung unterzeichnet

Mit dem „Zukunftspapier Plus“ soll endlich Ruhe einkehren in die Universitätsmedizin in Mittelhessen: Fast 850 Millionen Euro wollen das Land Hessen, die Universitätsklinik Gießen-Marburg (UKGM) und die Rhön-Klinikum AG in den kommenden zehn Jahren investieren.

236

Kammerwahl 2023: Privatadresse kontrollieren!

Die Kammerwahl der Landesärztekammer Hessen findet vom **23. Mai bis zum 14. Juni 2023** statt.

Damit Sie Ihre Wahlbriefunterlagen rechtzeitig erhalten, ist es wichtig, dass die Landesärztekammer Hessen Ihre aktuelle Privatanschrift kennt. Falls Sie zuletzt umgezogen sein sollten und dies noch nicht bei der Landesärztekammer Hessen angezeigt haben, möchten wir Sie bitten, Ihre

Adressdaten spätestens **bis zum 26. April 2023** zu aktualisieren.

„Ja zur Kammerwahl! Weil Ärztinnen und Ärzte gemeinsam etwas bewegen können.“

Entscheiden Sie mit, wer die hessischen Ärztinnen und Ärzte künftig vertritt und geben Sie bei der Kammerwahl Ihre Stimme ab. Auf den Internetseiten zur Kam-

merwahl 2023 finden Sie aktuelle Bekanntmachungen sowie Antworten auf häufig gestellte Fragen. Als berufliche Vertretung aller Ärztinnen und Ärzte in Hessen ist die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) Ausdruck einer starken ärztlichen Selbstverwaltung. Sie vertritt die Interessen der Ärzteschaft und beteiligt sich an zentralen Fragen der Gesundheitspolitik.

(red)



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)

Politisches Desinteresse an der ambulanten Patientenversorgung

Aus der Praxis auf die Straße: Mehr als 1.000 Ärztinnen, Ärzte und Praxisteams aus ganz Hessen haben am Mittwoch, 15. Februar, auf dem Römerberg in Frankfurt ein starkes Zeichen gesetzt. Unter dem Motto „Wir sehen schwarz für die Zukunft Ihrer Versorgung“ protestierten sie gegen die aktuelle Gesundheitspolitik. Zusätzlich blieben landesweit zahlreiche Praxen geschlossen – nach den Praxisschließungen vom 26. Oktober 2022, 30. November 2022 und 18. Januar 2023 bereits zum vierten Mal. Zu den Protesten hatte ein breites Bündnis von 37 Berufsverbänden aufgerufen.

Fest steht: Die herausragenden Leistungen, die die Kolleginnen und Kollegen sowie das Pflegepersonal in den Kliniken während der Pandemie erbracht haben, sind zu würdigen und auch zu honorieren. Fest steht aber auch, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte das Schutzschild der Kliniken sind – und dennoch miserabel behandelt wurden und werden. Gesundheitspolitiker setzen mit ihrem einseitigen Blick auf die Kliniken die wohnortnahe ambulante medizinische Versorgung massiv aufs Spiel. Dabei werden mehr als 97 % aller Behandlungsfälle jährlich, das sind rund 600 Millionen, im ambulanten Sektor erbracht, so Christian Sommerbrodt vom Hausärzterverband Hessen.¹

Zu Hochzeiten der Corona-Pandemie wurde die niedergelassene Ärzteschaft zur Mehrarbeit aufgerufen. Diesem Aufruf sind wir selbstverständlich umgehend nachgekommen. So wurden etwa nach Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Zeitraum von Februar 2020 bis März 2022 insgesamt 19 von 20 Covid-19-Fällen in Praxen behandelt. Wir Niedergelassene und unsere Teams haben somit entscheidend zur Bewältigung der Pandemie beigetragen.

Mehrarbeit wird nicht bezahlt

Nur leider wurde die Mehrarbeit, die für die Versorgung von Corona-Patientinnen und -Patienten erforderlich ist, nicht zusätzlich honoriert. Und leider hat der Gesetzgeber auch für die Medizinischen Fachangestellten einen Coronabonus vergessen. Wir arbeiten bis an unsere Belastungsgrenzen, weil es die akute Erkrankungssituation unserer Patientinnen und Patienten so erfordert, erhalten aber für die Mehrarbeit kein zusätzliches Honorar. Jeder Handwerker würde in einer ähnlichen Situation seine Arbeit sofort einstellen. Nur wir Ärztinnen und Ärzte lassen unsere Patientinnen und Patienten nicht im Stich – kalkuliert der Gesetzgeber genau damit?!



Foto: privat

„Wir brauchen einen Risikostruktur-ausgleich für Niedergelassene!“

Mit Blick darauf, dass die Krankenkassen eine gleiche Versichertenstruktur haben, hat der Gesetzgeber 1994 den Risikostrukturausgleich (RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt und stetig weiterentwickelt. Im Kern bedeutet der RSA, dass die Krankenkassen nicht das finanzielle Risiko der Krankheitslast ihrer Versicherten tragen, sondern bei Mehrkosten einer Erkrankung eine entsprechende Ausgleichszahlung erhalten.

Risikostrukturausgleich gefordert

Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gibt es keinen solchen oder ähnlichen Risikostrukturausgleich – dabei wäre ein solcher Ausgleich nötig, denn es kann nicht sein, dass die Niedergelassenen das erhöhte Erkrankungsrisiko ihrer Patientinnen und Patienten selber tragen müssen.

Kein Wunder, dass die Arbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für die junge Medizinergeneration immer unattraktiver wird. Die Probleme haben sich seit langem abgezeichnet und sie sind vielfältig: Die bürokratische Überfrachtung vieler Abläufe, der schlechte Verlauf der Digitalisierung in den Praxen, die Versorgung von immer mehr älteren und komplex kranken Menschen ohne bessere Honorierung und die wirtschaftliche Unsicherheit mit drohenden Regressen für ein Zuviel an Medikamentenverordnungen oder Verordnungen von Krankengymnastik – um nur einige zu nennen.

Dies alles führt dazu, dass junge Ärztinnen und Ärzte den Sprung in die Selbstständigkeit zunehmend scheuen, was den Arbeitsdruck auf die verbleibenden Praxen erhöht.

Die Reaktion der niedergelassenen Ärzteschaft auf diese unhaltbaren Missstände sind regelmäßige Protesttage mit Praxisschließungen. Der Protest werde weitergehen, „... bis es verlässliche Zusagen und tatsächliche Veränderungen seitens der Politik gibt“, ist von der Kassenärztlichen Vereinigung ebenso zu hören wie von Berufsverbänden.

Fest steht: Mehrarbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und ihren Medizinischen Fachangestellten muss zusätzlich honoriert werden. Und mit einem Risikostrukturausgleich für Niedergelassene könnte der Staat das Dilemma beheben.

Monika Buchalik

Vizepräsidentin der Landesärztekammer Hessen

¹ Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Suchbegriffe: Behandlungsfälle/Krankenhausfälle, Zahlen aus 2020 (<https://www.gbe-bund.de>)



Digitale Ausgabe des Hessischen Ärzteblatts wird ab 1. September führende Version

Einwilligung für Bezug der Druckausgabe erforderlich

Liebes Mitglied,
sehr geehrte Damen und Herren,

als Mitglied der Landesärztekammer Hessen finden Sie das Hessische Ärzteblatt (HÄBL) seit jeher jeden Monat in Ihrem Briefkasten.

Wie wir aus vielfältigen Rückmeldungen aus Ihren Reihen wissen, ist dieses offizielle Mitteilungsblatt der Landesärztekammer eine wichtige Informationsquelle für die Hessische Ärzteschaft, die sehr regelmäßig und gerne gelesen wird.

Um Ihnen zeitgemäß, schnell und umweltschonender diese relevanten Informationen zukommen zu lassen, hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen beschlossen, die schon seit vielen Jahren zur Verfügung stehende digitale Version des Hessischen Ärzteblattes ab dem 1. September 2023 zur führenden Version zu machen.

Das HÄBL als Online-Version auf www.laekh.de abrufbar

Um Ihnen diesen Umstieg zu erleichtern, erhalten Sie ohne eigene Aktivität das HÄBL ab dem 01.09.2023 nicht mehr in der Papierversion, sondern es steht Ihnen direkt auf der Website der Kammer in der Online-Version zur Verfügung.

Sie können uns jederzeit im Portal oder per E-Mail an meldewesen@laekh.de mitteilen, wenn Sie das HÄBL auch nach dem 1.9.2023 in der Druckversion erhalten möchten.

Im Portal (<https://portal.laekh.de>) setzen Sie dafür bitte unter Persönlicher Bereich/Meine Meldedaten/Einwilligungen/Deutsches und Hessisches Ärzteblatt den Schalter für die Druckausgabe des HÄBLs. Sollten Sie bereits aktiv geworden sein, kontrollieren Sie Ihre Angaben im Portal bitte entsprechend. Falls sich Ihre Lesewe-

ohnheiten wieder ändern, können Sie uns dies jederzeit auf dem oben genannten Weg (Portal oder per E-Mail an meldewesen@laekh.de) mitteilen.

Rundmail informiert am Erscheinungstag

Der monatliche „amtliche“ Hinweis auf das HÄBL in digitaler Form erfolgt ab dem 01.09.2023 durch die Landesärztekammer per E-Mail an alle Mitglieder. Wer keine aktuelle E-Mail-Adresse angegeben hat, erhält diese Nachricht dann nicht.

Beachten Sie bitte, dass alle Mitglieder wegen der Kammerwahl das HÄBL bis zum 01.09.2023 auf jeden Fall als Druckausgabe erhalten!

Freundliche Grüße
Ihre
Landesärztekammer Hessen

Benefizkonzerte des Deutschen Ärztechors und des Europäischen Ärzteorchesters

Der Deutsche Ärztechor und das Europäische Ärzteorchester veranstalten im April zwei gemeinnützige Benefizkonzerte mit mehr als 200 Medizinerinnen aus Europa. Die Musiker und Sänger reisen von Irland bis Slovenien an, um die „Messa da Requiem“ von Giuseppe Verdi in Gedenken an die Coronapandemie-Opfer aufzuführen. Abzüglich notwendiger Aufwendungen gehen der Erlös der Veranstaltung sowie zusätzliche Spenden an wohltätige

Organisationen. Das erste Konzert am 23. April um 17 Uhr im Dolce Jugendstiltheater, Elvis-Presley-Platz 1, in Bad Nauheim wird vom Lions Club Bad Nauheim organisiert. Das zweite Konzert am 24. April um 19:30 Uhr findet in der Lutherkirche, Sartoriusstraße 16, in Wiesbaden statt und bildet das Rahmenprogramm des jährlichen Internisten-Kongresses der DGIM. Tickets für beide Konzerte gibt es unter anderem online bei reservix.de. (red)



Serie Depression – Teil 3

Suizidprävention

Eine Aufgabe für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft

VNR: 2760602023146280004

Prof. Dr. med. Barbara Schneider, PD Dr. med. habil. Ute Lewitzka, Dr. med. Christiane Schlang, Dr. med. Christine Reif-Leonhard,
Prof. Dr. med. Andreas Reif

Abstrakt

Ungefähr jeder hundertste Mensch ver­stirbt an Suizid; der Suizidprävention kommt daher eine besondere Aufgabe zu. Sie setzt auf ganz unterschiedlichen Ebenen an (universelle, selektive und indizierte Interventionen) und umfasst unter anderem die optimierte Behandlung psychischer Erkrankungen, Öffentlichkeitsarbeit und Entstigmatisierung, Medienarbeit, Methodenmonitoring sowie Methodenrestriktion. Ärzte und vor allem Ärztinnen sind eine besondere Risikogruppe, weshalb für diese Berufsgruppe vor allem niedrigschwellige und gezielte Hilfsangebote gemacht werden sollen, was bislang leider kaum der Fall ist.

Einleitung und Epidemiologie

Suizidalität entsteht im Zusammenspiel von individuell-biografischen, medizinisch-somatischen und gesellschaftlich-kulturellen Einflüssen und ist somit sehr

komplex. Suizidalität als Phänomen ist vorübergehend, Suizid jedoch endgültig, was die Notwendigkeit von adäquatem, evidenzbasiertem Umgang mit Suizidalität und deren Vorbeugung aufzeigt. Daher ist Suizidprävention eine vielschichtige, gesamtgesellschaftliche Aufgabe, vor allem aber eine Herausforderung für das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik. Gerade vor dem Hintergrund einer Liberalisierung der Gesetzgebung zum assistierten Suizid in Deutschland gilt es, suizidpräventive Strukturen zu stärken, da im Zusammenhang mit einer Liberalisierung der gesetzlichen Regelungen des assistierten Suizids auch die Rate der Suizide ohne Assistenz ansteigt [1].

Jährlich nehmen sich in Deutschland knapp 10.000 Menschen das Leben, davon sind etwa 70 % Männer: Im Jahr 2021 verstarben 9.215 Menschen durch Suizid (2.410 Frauen und 6.805 Männer) und damit mehr als dreimal so viele wie durch Verkehrsunfälle. Die Verteilung der Suizidraten in Deutschland folgt dem sogenannten un-

garischen Muster, das heißt mit zunehmendem Lebensalter steigt für beide Geschlechter das Suizidrisiko an, wobei Männer in jedem Lebensalter deutlich häufiger Suizide vollenden als Frauen (Abb. 1) [2]. Im Gegensatz zu Suiziden werden Daten zu Suizidversuchen in Deutschland nicht systematisch erhoben, sondern lediglich im Rahmen einzelner Projekte (z. B. in Frankfurt FraPPE [3]). Nach Angaben der WHO kommen auf jeden Suizid etwa 10 bis weit über 20 Suizidversuche, so dass man ca. 100.000 bis 200.000 Suizidversuchen in Deutschland pro Jahr annehmen kann (bzw. ca. 2.000 in einer Stadt wie Frankfurt/Main). Neuere Untersuchungen gehen davon aus, dass jeder Suizid ungefähr 135 davon betroffene Menschen hinterlässt [4]. Diese Zahlen zeigen eindrücklich auf, dass Suizidalität eine große Herausforderung für die Gesellschaft im Allgemeinen und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung im Speziellen ein großes Problem darstellt.

Umfassende Übersichtsarbeiten zum Thema Suizidalität wurden in jüngerer Zeit von Turecki et al. [5] und Fazel und Rune-son [6] vorgelegt. In den meisten Fällen lag bei vollendetem Suizid [7] auch eine psychische Erkrankung vor, jedoch kann nicht automatisch von Suizidalität auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung geschlossen werden [8]. Bei beinahe allen psychischen Erkrankungen ist das Suizidrisiko deutlich erhöht, insbesondere jedoch bei affektiven Erkrankungen (depressive und bipolare Störungen), Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie Schizophrenie [9, 10, 11, 7].

Aufgrund der Häufigkeit von Depressionen (Einjahresprävalenz ca. 7 %) ist diese Erkrankungsgruppe hinsichtlich vollendeter Suizide mit Abstand am bedeutendsten. Auch frühere Suizidversuche sind ein relevanter Risikofaktor für vollendeten Suizid [12, 13], ebenso wie ein Suizid (-versuch) in der Familienanamnese. Neben psychischen Erkrankungen sind körperliche Erkrankungen wie bösartige Tumorerkrankungen, Niereninsuffizienz, Schlaganfall und verschiedene neurologische Erkrankungen Risikofaktoren für Suizid [14, 15, 16, 17]. Psychosoziale Risikofaktoren sind unter anderem Einsamkeit und soziale Isolation sowie belastende und traumatische Lebensereignisse.

Aufgrund der hohen Prävalenz und enormen Folgen suizidalen Verhaltens sind präventive Maßnahmen unerlässlich, nach wie vor jedoch in der Breite wenig bekannt. Der nachfolgende Text gibt daher einen Überblick über Suizidprävention sowie eine ausführliche Darstellung einzelner Maßnahmen.

Was ist Suizidprävention?

Die Ansätze in der Praxis der Suizidprävention haben sich verändert. Im Vordergrund steht das Verständnis der individuellen Umstände der Betroffenen und das Angebot – und nicht der Zwang – zur Hilfe. Damit die betroffenen Personen überhaupt Unterstützung in Erwägung ziehen können, ist die Straflosigkeit suizidaler Handlungen unabdingbar. Dies gilt ebenso für die Bewertung der Suizidgedanken der Betroffenen. Suizidgedanken als Ausdruck einer existenziellen Notlage ernst zu nehmen, und nicht als „Bagatelle“ oder

unabänderlich abzutun, ist überhaupt erst die Voraussetzung für stützende Kontakte.

Suizidprävention richtet sich im Schwerpunkt an Menschen mit Gedanken an einen Suizid und die damit befassten Menschen. Zur Prävention suizidaler Handlungen bis hin zum Suizid dienen eine Vielzahl einzelner Maßnahmen (siehe [18]).

Die WHO [19] hat ein sehr weit gefasstes Verständnis von Risikofaktoren auf verschiedenen Ebenen zugrunde gelegt, der des Gesundheitswesens, der Gesellschaft, der Kommune, der Beziehungen und des Individuums (Abbildung 2). Die Kenntnis spezifischer Risikofaktoren ermöglicht die Definition bestimmter Interventionsbereiche. Die Einteilung der Prävention erfolgt in drei Gruppen (siehe Abbildung 2).

- **Universelle Interventionen, welche die gesamte Bevölkerung betreffen:**

Aufklärungsaktivitäten verbessern die „Awareness“ innerhalb der Gesellschaft, die seelische Gesundheit der Bevölkerung und deren Fähigkeit, mit Suizidgefährdeten zu kommunizieren. Aber auch eine Reduktion des Alkohol- und Drogenkonsums sowie Interventionen in Kindheit und Jugend, wie z. B. die Reduktion körperlicher und sexueller Gewalterfahrungen [20] als bedeutsame Risikofaktoren für suizidales Verhalten sind relevante Interventionen. Als wesentlich gelten darüber hinaus auch die Möglichkeiten des Zugangs zum Gesundheitssystem.

Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln hat den stärksten nachgewiesenen suizidpräventiven Effekt [19, 21]. Dazu gehören u. a. die Entgiftung von Haushalts- und Autogas [22], die Einschränkung der Verfügbarkeit von Schusswaffen [23] – als Negativbeispiel dienen hier leider die USA mit über 24.000 Suiziden mittels Feuerwaffen pro Jahr, entsprechend 7,4/100.000 Einwohner –, die Absicherung des Zugangs zu sogenannten Suizid-Hotspots, wie ungesicherten Brücken oder Türmen [24], die Absicherung von Bahngleisen [25, 26], die Verblisterung und Beschränkung der Abgabemenge von Medikamenten, die in Überdosierung tödlich wirken [27], sowie die Zugangsbeschränkungen zu Pestiziden [28]. Nachgewiesen ist auch, dass die Einschränkung des Zugangs zu einer Suizidmethode

nicht zu einem Anstieg anderer Suizidmethoden führt.

Zur universellen Prävention gehören auch der Umgang der (sozialen) Medien vor allem mit der Berichterstattung über einen Suizid, da die Darstellung von Suiziden im Sinne des Werther-Effektes weitere Suizide zur Folge haben kann [29, 30, 31]. Die Art und Weise der Berichterstattung über suizidale Krisen und darüber, welche Hilfsmöglichkeiten für Betroffene bestehen, kann andererseits auch einen schützenden Effekt haben (sogenannter Papageno-Effekt). Dem Vorhandensein von Medien-Richtlinien kommt daher eine besondere Bedeutung zu.

- **Selektive Interventionen, die das Suizidrisiko in spezifischen Risikogruppen reduzieren sollen:**

Neben Möglichkeiten der wirksamen Weiterverweisung im Gesundheitssystem und der Verbesserung der Notfallversorgung mit niedrigschwelligen Kriseninterventionsangeboten und der adäquaten Behandlung von psychischen Erkrankungen führen spezifische Fort- und Weiterbildungen von Professionellen mit Zugang zu suizidgefährdeten Personen zu einer Senkung der Suizidrate [32]. In diesem Sinne sollten alle ärztlich Tätigen sowohl über das notwendige Wissen über Suizidalität verfügen als auch über die notwendige Handlungskompetenz, mit suizidalen Personen umzugehen. Diese Basisfähigkeiten müssen bereits im Studium vermittelt werden, sollten aber auch in der beruflichen Weiterbildung insbesondere bei relevanten Facharztgruppen (wie beispielsweise Allgemeinärzten oder Anästhesisten) verankert werden. Dies muss auch zur Folge haben, dass Patienten in suizidalen Krisen schnell und sorgfältig innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems untersucht und behandelt werden. Niedrigschwellige dementsprechende Angebote müssen daher vorgehalten (und gegenfinanziert) werden. In der ambulanten Versorgung kommt hier den Allgemeinmedizinern als langjährigen Haus- und Familienärzten besondere Bedeutung und eine zentrale Rolle in der Diagnostik und im Umgang mit Suizidalität zu, nicht zuletzt, da sie erste (und oft auch letzte) Anlaufstelle bei Suizidalität sind [33, 34, 35]. Hier kann eine Suizidgefährdung ggf.

frühzeitig erkannt und die weitere Behandlung der Patienten eingeleitet werden (z. B. [36]), weshalb gute Kenntnisse bzgl. suizidalen Verhaltens, psychischer Erkrankungen und des lokalen Hilfesystems von hoher Relevanz für diese Berufsgruppe ist.

Zu den selektiven Interventionen gehört darüber hinaus das Training von sogenannten „Gatekeepern“ (Menschen mit Kontakten in ihrem spezifischen Lebenskontext, z. B. Lehrer oder Pflegeberufe) im Erkennen von Suizidalität, aber auch von Alkoholabhängigkeit und Depressivität.

Informationsbroschüren und Praxisrichtlinien zum Erkennen und Handhaben von Suizidalität sind hierbei wertvolle Hilfsmittel, die weiter verbreitet werden müssen. Eine Zusammenstellung findet sich unter <https://frappe-frankfurt.de/downloads>.

• **Indizierte Interventionen, die der Reduzierung des Suizidrisikos bei hoch gefährdeten Personen (z. B. schwer depressive Personen oder Personen nach Suizidversuch) dienen:**

Indizierte Interventionen sind gezielte professionelle Hilfen nach einem Suizidversuch und bei suizidalem Erleben, auch für Angehörige, Freunde sowie verschiedene professionelle und nicht-professionelle Helfende.

Neben der umgehenden und leitliniengerechten Behandlung von psychischen Erkrankungen sind die Entwicklung und Anwendung psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen der Suizidalität angezeigt. In medikamentöser Hinsicht bieten sich hier zur kurzfristigen Entlastung anxiolytische Benzodiazepine wie Lo-

razepam (1 bis 4 mg/die) an; beim Vorliegen einer Notfallsituation, wie sie Suizidalität darstellt, im Rahmen einer Depression besteht die Indikation zur Gabe von intranasalem Esketamin (Handelsname: Spravato) im stationären Setting. Langfristig suizidprophylaktisch wirken sowohl Lithium als auch Clozapin, wobei letzteres nur bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis zum Einsatz kommt. Antidepressiva wirken über die Besserung der Grunderkrankung suizidprophylaktisch, wobei insbesondere in der Eindosierungsphase von aktivierenden Antidepressiva (z. B. Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, SSRI) auf eine höhere Umsetzungswahrscheinlichkeit von suizidalen Gedanken und Impulsen geachtet werden muss, da die Antriebssteigerung der Stimmungsaufhellung vorhergeht. Stimulanzien verringern bei Patienten, die an ADHS leiden, ebenfalls suizidales Verhalten.

Neben störungsspezifischen Psychotherapiemethoden wie der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, wurden in den vergangenen Jahren auch Therapien zur Behandlung des suizidalen Syndroms oder zur Postvention nach Suizidversuch entwickelt. Hierzu gehört zum Beispiel die psychotherapeutische Kurztherapie nach Suizidversuch (ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program [37]), deren Effektivität in randomisierten Studien gezeigt werden konnte.

Besondere Bedeutung kommt auch der Schnittstelle zum ambulanten Bereich zu, da die Zeit direkt nach der Entlassung aus der stationär-psychiatrischen Behandlung eine Zeit des hohen Suizidrisikos ist [38,

39, 40]. Nicht nur die Koordination zwischen ambulantem und stationärem Sektor, sondern auch die interdisziplinäre (z. B. zwischen Notaufnahme und Psychiatrie) und die interprofessionelle Koordination (z. B. zwischen niedergelassenen und stationär tätigen Psychiatern) sowie die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen (z. B. dem medizinischen, psychologischen, pflegerischen und sozialarbeiterischen Fachpersonal) muss sichergestellt sein; oft ist dies allerdings noch nicht ideal gelöst. Dieses Problem proaktiv anzugehen ist ein Auftrag insbesondere an die stationären Einrichtungen.

Auf der individuellen Ebene kommt der Suizidprävention entgegen, dass suizidale Menschen in der Regel nicht unbedingt sterben möchten, aber unter den gegebenen, meist als hoffnungs- und aussichtslos erlebten Bedingungen so nicht weiterleben können. In diesem Zustand besteht sehr gut die Möglichkeit, Hilfe und Zuversicht durch therapeutisches Handeln zu vermitteln. Akute, lebensgefährdende Phasen bestehen meist nur kurze Zeit [41]. Diese Unbeständigkeit von Suizidalität zeigt sich auch in den Wiederholungs-raten nach einem Suizidversuch: ungefähr 70 % der Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben, begehen keinen weiteren Suizidversuch, mehr als 95 % sterben nach einem Suizidversuch innerhalb der nächsten zehn Jahre nicht durch einen Suizid [42, 43].

Aus diesen Zahlen ergibt sich auch der Imperativ für ein therapeutisches Eingreifen bei suizidalem Verhalten. Akute, handlungsweisende Suizidalität ist in der Regel die Indikation für eine stationär-psychiatrische Behandlung. Ist eine akute Eigengefährdung gegeben, der Patient aber aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht einsichtsfähig und lehnt die stationäre Behandlung ab, ist eine Unterbringung auch gegen den Willen des Patienten geboten und auf Grundlage der jeweils geltenden PsychKHG durchzuführen [44].

Stand der Suizidprävention in Deutschland

Laut WHO [19] sollte Suizidprävention als Kernkomponente in das nationale Gesundheitssystem integriert sein. Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)

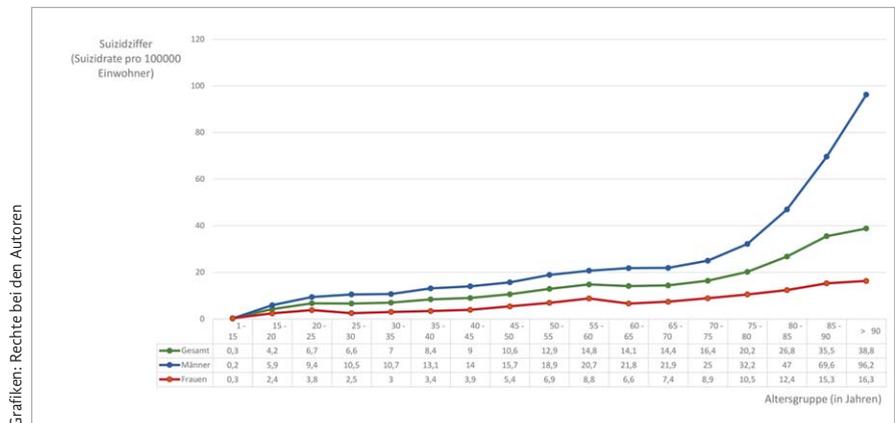


Abb. 1: Verteilung der Suizidziffern nach Alter und Geschlecht (Deutschland 2021, Statistisches Bundesamt 2022)

weist entsprechend in ihrem Positionspapier [45] auf die Notwendigkeit eines Suizidpräventionsgesetzes in Deutschland hin und benennt konkrete Forderungen, darunter z. B. die nachhaltige Finanzierung der Suizidprävention in Deutschland. Zum Stand der Suizidprävention in Deutschland wurde 2021 im Rahmen eines vom BMG geförderten Projekts durch das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSP; eine Initiative, die von der DGS 2001 ins Leben gerufen wurde) ein umfangreicher, wissenschaftlich fundierter Bericht „Suizidprävention Deutschland – aktueller Stand und Perspektiven“ erarbeitet [46]. Die Arbeit in acht Teilprojektgruppen, darunter eine Teilprojektgruppe für die „Suizidprävention in der medizinischen Versorgung“ und eine für die „Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung“ identifizierte zahlreiche Lücken in der Suizidprävention in Deutschland.

Zu den zentralen Empfehlungen des Berichts gehören die Einrichtung einer nationalen Informations- und Koordinationsstelle für Suizidprävention, Verankerung der Themen Suizidalität und Suizidprävention in den Curricula der Studiengänge, Aus-, Fort- und Weiterbildungen aller Berufsgruppen im medizinisch-psycho-sozialen Bereich, die (Weiter-)Entwicklung und regelmäßige Aktualisierung von Leitlinien, Standards und Empfehlungen sowie Vernetzung, Verbesserung der Nachsorge sowie Koordination und Erleichterung von Hilfsangeboten im niedrigschwelligen Bereich.

Die Gemeinden spielen eine entscheidende Rolle bei der Suizidprävention [19]. Rechtliche Grundlage kommunalen Handelns sind die im jeweiligen Landesrecht verankerten Gesetze (in Hessen: HGöGD), die als Ziele und Kernaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsschutz und -koordination vorsehen. Ein flächendeckendes Netz niedrigschwelliger spezialisierter Angebote für Suizidgefährdete, deren Angehörige und Hinterbliebene ist in Deutschland jedoch leider noch nicht vorhanden.

Ein großer Vorteil des kommunalen Ansatzes in der Suizidprävention ist, dass in gemeindepsychiatrischen Verbänden, bei der Psychiatriekoordination oder in eigens gegründeten regionalen Netzwerken

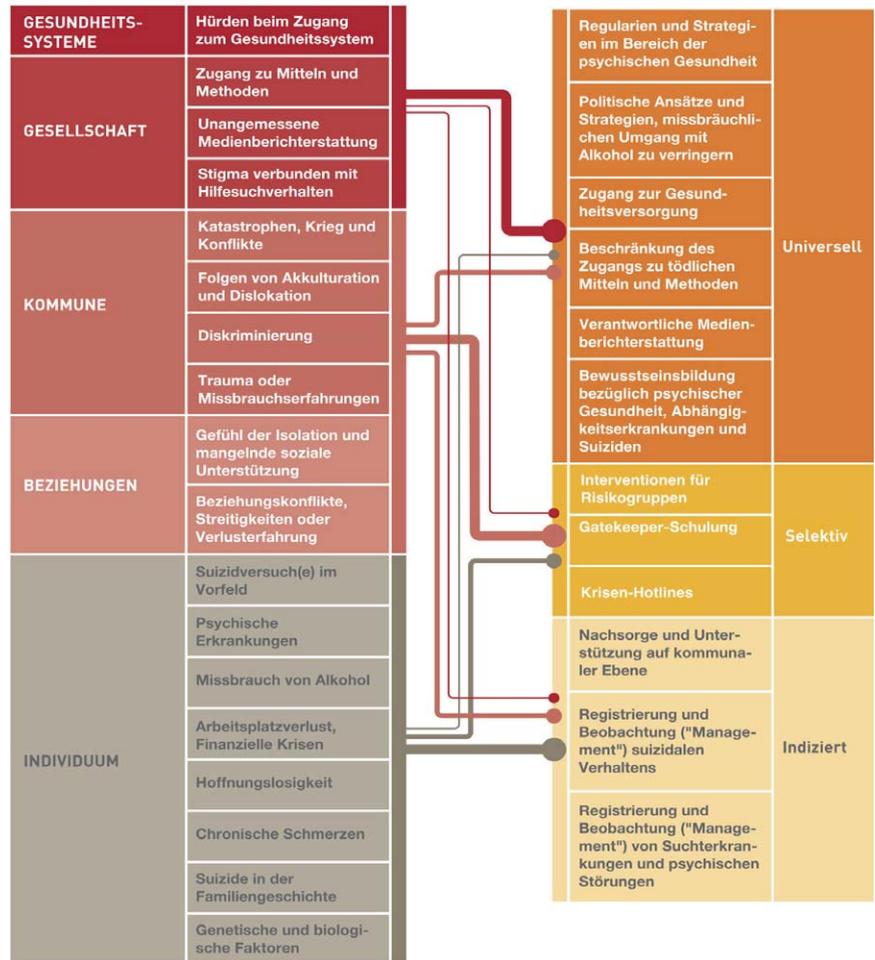


Abb. 2: Hauptrisikofaktoren für Suizid und entsprechende Interventionen. Die Linien entsprechen der relativierten Bedeutung von Interventionen auf verschiedenen Ebenen für verschiedene Risikofaktoren (WHO 2014)

Kenntnisse über Strukturen und Zusammenhänge vor Ort vorhanden sind. So können die Zusammenarbeit – insbesondere an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer sowie klinischer und außerklinischer Versorgung – verbessert und Synergien genutzt werden.

Wie in Frankfurt am Main [47] können Daten zu Suiziden im Stadtgebiet anhand von Leichenschauscheinungen im Gesundheitsamt zeitnah ausgewertet werden. Die Analyse der Daten macht eine gezielte Präventionsarbeit und an den konkreten lokalen Bedarfen ausgerichtete Maßnahmen möglich. Zum Beispiel können Hotspots wie bestimmte Gebäude oder Gleisabschnitte identifiziert und anschließend gesichert werden. Aber auch auf das gehäufte Auftreten von Suiziden in bestimmten Alters- oder Bevölkerungsgruppen kann mit zielgerichteten Maßnahmen (z. B. Informationskampagnen oder An-

passung der Angebotsstruktur) reagiert werden. Dieser Logik folgend, wurden beispielsweise in Frankfurt Hotspots gesichert und lokale Angebote wie zum Beispiel „LoKI“ (<https://frappe-frankfurt.de/loki-frankfurt>) implementiert. Auch das evidenzbasierte 4-Ebenen-Modell der lokalen Bündnisse gegen Depression (<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/ueber-uns/das-buendnis>) verfolgt den Ansatz einer lokalen, gemeindebasierten Prävention und wurde europaweit als Best-Practice-Beispiel ausgezeichnet (<https://idw-online.de/de/news753831>). Grübner [48], van den Bosch und Meyer-Lindenberg [49] und andere wiesen darauf hin, dass Nachbarschaften eine „maßgebliche Rolle für die Gesundheit der Bevölkerung, die sowohl gesundheitsgefährdende als auch -fördernde Faktoren umfasst“, spielen. Städte und Gemeinden können also nicht nur mit gesundheits-

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Suizidprävention – Eine Aufgabe für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft“ von Prof. Dr. med. Barbara Schneider und Prof. Dr. med. Andreas Reif et al. finden Sie hier abgedruckt und im Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Portal vom 25. März 2023 bis

24. September 2023 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. (red)

und sozialpolitischen Strategien Einfluss auf die Suizidrate nehmen, sondern auch durch stadtplanerische und architektonische Maßnahmen.

Suizidalität und Suizidprävention bei Ärztinnen und Ärzten

Ärzte und vor allem Ärztinnen haben ein signifikant erhöhtes Risiko sowohl für Burnout und depressive Syndrome als auch für manifeste klinische Depressionen und suizidales Verhalten [50–53]. Burnout ist nach ICD-11 ein Symptomcluster bestehend aus (emotionaler) Erschöpfung, Depersonalisierung (Zynismus, Gleichgültigkeit, Distanz vom Job), Erleben von Misserfolg, und zwar ausschließlich im beruflichen Kontext. Es handelt sich also um einen Risikofaktor für Depression, ist aber nicht mit dieser gleichzusetzen (was allerdings häufig dennoch passiert). Prädisponierende Faktoren für Burnout sind fehlende Wertschätzung, geringe Selbstwirksamkeit, niedrige Arbeitszufriedenheit und eine sogenannte „Gratifikationskrise“ bei Frauen [54]. Diese Faktoren finden sich gehäuft insbesondere zu Beginn der ärztlichen Arbeitstätigkeit, in Kombination mit einer hohen Arbeitsbelastung. Wenig überraschend findet sich dann auch bei Ärzten vor allem in der frühen Weiterbildung (und unabhängig von der Facharztgruppe) ein erhöhtes Risiko für Burnout [55], wie vor allem Studien aus den USA an Residents zeigen (z. B. [56, 57]). Dass dies nicht nur ein Problem der Betroffenen ist, zeigt u. a. eine Untersuchung, die darstellt, dass medizinische

Fehler bei Burnout deutlich häufiger vorkommen [58].

Wie erwähnt, ist Burnout ein Risikofaktor bzw. eine mögliche Vorstufe einer manifesten Depression mit einer nur unscharfen Abgrenzung und dementsprechendem Handlungsbedarf [59]. Folglich liegen auch die Raten an Depression bei Ärzten in epidemiologischen Studien signifikant höher als in der Allgemeinbevölkerung, unabhängig von Land, Ausbildungsstufe oder Fachdisziplin; in einem systematischen Review wurde festgestellt [60], dass um die 30 % der Untersuchten depressive Symptome angaben. Diese sind bei Ärzten also sehr häufig; inwieweit dies der Diagnose einer Depression entspricht, ist jedoch unklar.

In der administrativen Prävalenz, also bei den Daten der Krankenkassen, liegt die Prävalenz bei weniger als einem Prozent und somit deutlich unter der Allgemeinbevölkerung (z. B. TK Depressionsatlas 2015). Gründe hierfür könnten Stigma, Selbstmedikation und insgesamt geringere Inanspruchnahme des medizinischen Systems sein. Diese in Relation wahrscheinlich zu geringe adäquate Behandlung von Depressionen bei Ärzten trägt möglicherweise auch dazu bei, dass bei diesen häufiger Suizidgedanken vorhanden sind als in der Allgemeinbevölkerung; in einer amerikanischen Untersuchung gaben 6 % der Befragten an, in den vergangenen zwölf Monaten Suizidgedanken gehabt zu haben. Lediglich ein Viertel nahm jedoch professionelle Hilfe in Anspruch, überwiegend aus Sorge vor beruflichen Konsequenzen [61].

Dass es nicht nur bei Suizidgedanken bleibt, verdeutlicht eine Meta-Analyse: bei Ärzten ist das Risiko für vollendeten Suizid um 1,4 gesteigert, bei Ärztinnen sogar um 2,3 [62]. Frauen wählen häufiger Suizidmethoden mit geringerer Todeswahrscheinlichkeit (was nicht bedeutet, dass der Todeswunsch weniger ausgeprägt ist), wie Intoxikationen, im Vergleich zu Männern (Erhängen, Erschießen). Bei Ärztinnen ist sowohl das Wissen als auch die Verfügbarkeit von „sicher tödlichen“ Suizidmethoden gegeben, so dass eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, an einem Suizidversuch (der bei Frauen deutlich häufiger vorkommt als bei Männern) zu versterben.

Ärzte und insbesondere Ärztinnen sind daher Personen mit einem deutlich erhöhten Suizidrisiko; dies fließt jedoch kaum in Aus- und Weiterbildungsinhalte oder spezialisierte Angebote ein. Ansätze, die Situation zu verbessern, reichen von Stigma-Reduktion und arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen (Achtsamkeit hinsichtlich der mentalen Verfassung der Mitarbeitenden, Stressmanagement, Vermeidung von allzu hoher Arbeitsbelastung, wertschätzendes Umfeld, Erhöhung der Selbstwirksamkeit und vieles andere mehr) hin zu Abbau von Inanspruchnahme-Hürden: bessere Information von Ärztinnen und Ärzten auch über die eigene psychische Gesundheit, spezifische und niedrigschwellige Behandlungsangebote und Beratungsstellen, um nur einige zu nennen. Elementar ist die Selbstwahrnehmung, insbesondere von Depressionen, als behandlungsbedürftige Krankheiten, mit der Konsequenz des Einleitens einer entsprechenden Therapie, ganz analog zu somatischen Erkrankungen, frei von falschen Scham-, Insuffizienz- oder Schuldgefühlen.

Fazit

Suizidprävention besteht aus verschiedenen, sowohl unspezifischen (Aufklärung, Methodenrestriktion usw.) als auch spezifischen Komponenten, die miteinander verzahnt und aufeinander bezogen sein sollten. Auf dem Boden der beschriebenen Notwendigkeit nationaler Suizidpräventionsprogramme [63], ist die Darstellung und fortlaufende Aktualisierung der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz

durch eine Leitlinie ein zentraler Baustein in der Bewertung der möglichen Maßnahmen.

Bei Ärzten ist ein Burnout-Syndrom sehr häufig; dies kann eine Vorstufe zur Depression sein, deren Rate ebenfalls in dieser Berufsgruppe erhöht ist, mit der Konsequenz von vermehrten Suizidgedanken als auch vollendeten Suiziden, vor allem bei Ärztinnen. Als Konsequenz sollte vermehrt Augenmerk gelegt werden auf primärpräventive Maßnahmen im medizinischen Sektor (strukturelle Veränderungen, individuelle Burnout-Prophylaxe), als auch besserer Sekundär-Prävention: hier insbesondere Früherkennung und -behandlung von Depressionen bei Ärztinnen und Ärzten.

Spezifische Informations- und Behandlungsangebote sind dringend notwendig, vor allem da Selbstfürsorge und Inanspruchnahme psychiatrisch-psychothera-

peutischer Leistungen bei Ärztinnen und Ärzten noch ausbaubar sind. Hierzu gehört auch die (Selbst-)Erkenntnis, dass Ärzte ebenso wie Andere an psychischen Erkrankungen leiden können und dann die gleiche adäquate Diagnostik und Therapie benötigen wie andere Patienten. Prospektive, auch soziologische, Forschung zu Themen wie (existenzieller) Bedrohung und Isolation in einer stark individualisierten Gesellschaft kann helfen, Risiken zu identifizieren und entsprechend Unterstützungsgebote zu entwickeln.

Prof. Dr. med.

Barbara Schneider, M.Sc., MHBA^{1,2}

E-Mail: b.schneider@em.uni-frankfurt.de

PD Dr. med. Ute Lewitzka³

Dr. med. Christiane Schlang⁴

Dr. med. Christine Reif-Leonhard¹

Prof. Dr. med. Andreas Reif¹

¹ Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt – Goethe Universität, Frankfurt am Main

² Abteilung für Abhängigkeits-erkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinik Köln

³ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

⁴ Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Die Literatur findet sich auf der Webseite www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Multiple-Choice-Fragen: Suizidprävention ...

VNR: 2760602023146280004

(eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage zu indizierten Interventionen ist nicht richtig?

- 1) Mit dem Begriff sind auch Hilfen für betroffene Angehörige gemeint.
- 2) Stimulanzien erhöhen bei ADHS-Patienten suizidales Verhalten.
- 3) Lithium wirkt störungsübergreifend suizidprophylaktisch.
- 4) Indizierte Interventionen senken das Suizidrisiko schwer depressiver Patienten.
- 5) Auch Clozapin wirkt antisuizidal.

2. Welche Aussage zu Psychotherapie bei Suizidalität trifft zu?

- 1) Das Abfragen von Suizidplänen durch den Therapeuten ist gefährlich.
- 2) Ein Antisuizidvertrag hat keinen Effekt.
- 3) Suizidmittel sollten dem Ehepartner des Patienten übergeben werden.
- 4) Kurzinterventionen nach Suizidversuchen beugen weiteren Versuchen vor.
- 5) DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline-Störung) geht nicht auf suizidales Verhalten ein.

3. Welche Aussage zu Suizidmethoden ist falsch?

- 1) Die Einschränkung des Zugangs zu einer Suizidmethode führt nicht zu einem Anstieg anderer Suizidmethoden.
- 2) Eine Liberalisierung der gesetzlichen Regelungen des assistierten Suizids führt zu einer Senkung der Suizidrate.
- 3) Durch Sicherung einzelner Gebäude oder Gleisabschnitte lassen sich Suizide verhindern.
- 4) Die Verblisterung und Beschränkung der Abgabemenge von Medikamenten hat einen suizidpräventiven Effekt.
- 5) Verfügbarkeit von Schusswaffen ist mit der Zahl der Schusswaffensuizide assoziiert.

4. Welche Aussage zur Suizidprävention in Städten und Gemeinden ist richtig?

- 1) Daten aus der polizeilichen Kriminalstatistik bilden die Grundlage suizidpräventiven Handelns in Städten und Gemeinden.
- 2) Die Prävention von Suiziden gehört zu den Kernaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

- 3) Aufklärungskampagnen sind aufgrund des Werther-Effekts keine sinnvolle (kommunale) Intervention.
- 4) Stadtplanerische und architektonische Maßnahmen sind wünschenswert, haben aber keinen suizidpräventiven Effekt.
- 5) Folgen von Akkulturation und Dislokation spielen für die Suizidprävention in der Kommune keine Rolle.

5. Welche Aussage zur Suizidalität trifft zu?

- 1) Man darf eine Person nicht auf mögliche Suizidgedanken ansprechen, da man diese damit induzieren kann.
- 2) Menschen, die sich das Leben nehmen wollen, sind häufig sehr ambivalent.
- 3) Die Entstehung von Suizidalität ist meist durch ein Ereignis gut erklärbar.
- 4) Menschen, die sich das Leben nehmen, sprechen in der Regel nicht vorher darüber.
- 5) Wenn ein Bauwerk gesichert wird, hält das Menschen nicht davon ab, sich das Leben zu nehmen, sie wählen dann meist ein anderes.

6. Welche Aussage zum Suizidrisiko trifft nicht zu?

- 1) Die Suizidmortalität bei psychisch kranken Menschen ist bei affektiven Störungen sehr hoch.
- 2) Suizide in Krankenhäusern könnten vollständig durch bauliche und nicht-bauliche suizidpräventive Maßnahmen verhindert werden.
- 3) Lithium ist ein Medikament, welches suizidpräventive Eigenschaften aufweist.
- 4) Die Suizidhäufigkeit zeigt innereuropäische Unterschiede.
- 5) Suchtkranke Patienten gehören zu den häufigen Gruppen unter allen Suizidenten.

7. Welche Aussage zur Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten ist zutreffend?

- 1) Vor allem Ärztinnen haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein signifikant erhöhtes Suizidrisiko
- 2) Ärzte haben mehr AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen als Durchschnittsarbeitnehmer
- 3) Die überwiegende Mehrzahl ärztlich Tätiger nimmt beim Auftreten suizidaler Gedanken professionelle Hilfe in Anspruch.
- 4) Burnout bei Ärztinnen und Ärzten lässt sich im ICD-10 als Diagnose im Kapitel F kodieren.

- 5) Durch die gute Kenntnis psychischer Erkrankungen sind Ärztinnen und Ärzte vor Suizidalität geschützt.

8. Welche Aussage im Kontext Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten ist nicht zutreffend?

- 1) Besonders zu Beginn der Arbeitstätigkeit treten gehäuft Faktoren auf, die zu Burn-Out prädisponieren.
- 2) Epidemiologische Studien zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte häufig an depressiven Symptomen leiden.
- 3) Ärztinnen und Ärzte haben ein erhöhtes Risiko für Depressionen.
- 4) Spezifische Angebote für an Depressionen leidende Ärztinnen und Ärzte sind überflüssig, da sie sich selbst behandeln können.
- 5) Burnout bei Ärztinnen und Ärzten wirkt sich auch auf die Patientensicherheit negativ aus.

9. Welche Aussage zur Suizidprävention trifft nicht zu?

- 1) Universelle Interventionen zielen auf die gesamte Bevölkerung.
- 2) Das Gatekeeper-Training gehört zu den selektiven Interventionen.
- 3) Zur Prävention suizidaler Handlungen dient eine Vielzahl von Maßnahmen.

- 4) Beschränkung des Zugangs zu tödlichen Mitteln und Methoden hat den stärksten suizidpräventiven Effekt.

- 5) Suizidpräventive Maßnahmen sind grundsätzlich nie notwendig, da Suizidalität äußerst selten auftritt.

10. Welche Aussage zur Suizidprävention trifft nicht zu?

- 1) Aufklärungsaktivitäten verbessern die „Awareness“.
- 2) Die Sicherstellung der Nachsorge nach stationärer Behandlung ist aus suizidpräventiver Sicht wichtig.
- 3) Bei der Praxis der Suizidprävention steht das Angebot – nicht der Zwang – zur Hilfe im Vordergrund.
- 4) Akute, handlungsweisende Suizidalität ist keinesfalls eine Indikation für eine stationär-psychiatrische Behandlung.
- 5) Alle ärztlich Tätigen sollten über die notwendige Handlungskompetenz zum Umgang mit suizidalen Personen verfügen.

Sollten Sie selbst von Suizidgedanken betroffen sein, suchen Sie sich bitte umgehend Hilfe. Bei der anonymen Telefonseelsorge finden Sie rund um die Uhr Ansprechpartner. Fon: 0800/111 0 111 und 0800/111 0 222; www.telefonseelsorge.de

Forum

Drei Jahre FraPPE: Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels Evidenz-basierter Maßnahmen

Résumé und Ausblick: Dr. med. Christiane Schlang im Interview

2017 wurde mit FraPPE in Frankfurt am Main ein umfassendes Programm zur Suizidprävention ins Leben gerufen, das vom Bundesministerium für Gesundheit mit mehr als einer Dreiviertelmillion Euro gefördert wurde. Dr. med. Christiane Schlang, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie – heute Leiterin der Abteilung Psychiatrie/Psychiatriekoordinatorin des Frankfurter Gesundheitsamts – hat das Projekt an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

des Universitätsklinikums Frankfurt koordiniert. Sie berichtet im Interview von den Ergebnissen und den Aufgaben kommunaler Suizidprävention.

Das Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels Evidenz-basierter Maßnahmen (FraPPE): Wie kam es dazu und worin unterschied sich das Projekt von der Frankfurter Einrichtung FRANS?

Dr. med. Christiane Schlang: Auf Initiative des Gesundheitsamtes wurde bereits im

Juni 2014 das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS) gegründet. Die Ausrichtung von FRANS, eines Zusammenschlusses von mehr als 75 Institutionen und Organisationen, in deren beruflichem Alltag suizidales Verhalten und das Thema Suizidprävention eine Rolle spielen, ist interdisziplinär.

Im April 2017 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Fördergelder in Höhe von 3,5 Millionen Euro zur Vermeidung von Suiziden und Suizidversuchen zur Ver-

fügung gestellt. Über einen Zeitraum von drei Jahren wurden bundesweit verschiedene Projekte zur Aufklärung und Forschung im Bereich Suizidprävention gefördert.

Die Ausschreibung passte auf FRANS, doch wir brauchten Förderaspekte. So stellte die Universitätsmedizin Frankfurt gemeinsam mit dem Gesundheitsamt Frankfurt, der Zeitbild Stiftung sowie den pflichtversorgenden psychiatrischen Kliniken einen Antrag auf ein Forschungsprojekt, in dem zum einen die bisherigen Aktivitäten von FRANS ausgebaut und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft und zum anderen weitere Evidenz-basierte Maßnahmen etabliert und evaluiert werden sollten. Im Oktober 2017 erhielt das „Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels Evidenz-basierter Maßnahmen (FraPPE)“ eine Förderzusage durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Wie hat sich das Projekt in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Schlang: Man kann sagen, dass das Thema „Suizidprävention“ in der Stadt angekommen ist, sei es bei Betroffenen, Angehörigen, Fachleuten, Unterstützenden, den Schulen, der Presse oder der Politik. So hat sich z. B. die Koalition im Frankfurter Römer in ihrem Koalitionsvertrag für einen Aktionsplan „Suizidsichere Stadt“ ausgesprochen. Auch einige Maßnahmen, wie Antistigmakampagnen und Fortbildungsangebote für sogenannte Gatekeeper werden weiterhin von FRANS und dem Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main übernommen.

Durch alternative Finanzierungsmöglichkeiten konnten darüber hinaus Interventionen, wie zum Beispiel die Notfall-Hotline (069 630 13 113) oder die gut validierte Kurztherapie ASSIP, die Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch zusätzlich zu einer ambulanten oder stationären Therapie empfohlen wird, in der Uniklinik Frankfurt erhalten werden.

Gibt es auch negative Aspekte?

Schlang: Kostenintensive Maßnahmen wie z. B. die rechtsmedizinische und toxikologische Analyse der Suizidfälle oder die Erhebung der Suizidversuche und ein Postventionsangebot in allen beteiligten psychiatrischen Kliniken konnten wir nicht

fortführen. Leider mussten wir das Projekt nach nur drei Jahren abschließen, da ein Antrag auf Weiterförderung durch das BMG abgelehnt wurde. Aber es ist uns auf jeden Fall gelungen, Versorgungsdefizite aufzuzeigen und einige Gefahrenpunkte (sog. Hot Spots) im Stadtgebiet zu identifizieren. Das Folgeprojekt LoKI (Lokale Krisenintervention), das an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Frankfurt angesiedelt ist und durch die F.A.Z.-Spendenaktion „Leser helfen Lesern“ unterstützt wird, bietet in diesen Quartieren nun offene Sprechstunden als Anlaufstelle für alle an, die Hilfe in einer seelischen Krise benötigen.

Erwähnenswert ist auch, dass sich die Zusammenarbeit und Vernetzung innerhalb Frankfurts deutlich verbessert hat. Aber auch bundesweit finden die Aktivitäten von FRANS und FraPPE als Best Practice Beachtung. Immer wieder gibt es Anfragen, die Projekte in verschiedenen Kontexten vorzustellen.

Welche ärztlichen Maßnahmen zur Suizidprävention konnten Sie aus dem Projekt ableiten?

Schlang: Da Suizidprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, sind die Interventionen bewusst interdisziplinär ausgerichtet. Es gibt aber auch einige Beispiele für ärztliche Maßnahmen:

Aus der Literatur ist bekannt, dass 80 % der Menschen, die an einem Suizid versterben, im Jahr vorher einen Hausarzt/eine Hausärztin aufgesucht haben, 40 % sogar im Monat vor ihrem Suizid. Daher sind niedergelassene Allgemeinärztinnen und -ärzte ein ganz wichtiger Faktor bei der Prävention von Suiziden. Aus diesem

Statistische Angaben

Laut Statistik sind 717 Menschen in Hessen im Jahre 2021 durch Suizid aus dem Leben geschieden.

Im Jahr 2021 starben in Deutschland insgesamt 9.215 Personen durch Suizid – das waren über 25 Personen pro Tag. Männer nahmen sich deutlich häufiger das Leben als Frauen, rund 75 % der Selbsttötungen wurden von Männern begangen. Das durchschnittliche Alter



Foto: Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Salome Roessler

Dr. med. Christiane Schlang, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtet im Interview über die Aufgaben kommunaler Suizidprävention am Beispiel der Stadt Frankfurt am Main.

Grund wurde in Kooperation mit dem Institut für Allgemeinmedizin ein Schulungskonzept für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte entwickelt und zusammen mit der Zeitbild-Stiftung das Medical „Depressiv? Lebensmüde? Wege aus er Krise“ erstellt, das interessierten Kolleginnen und Kollegen kostenlos zur Verfügung gestellt wurde.

Basierend auf den Schätzungen der Zahl der Suizidversuche wird in Frankfurt nur etwa ein Viertel der Patientinnen und Patienten mit Zustand nach Suizidversuch in einer der psychiatrischen Versorgungskliniken behandelt. Somit wird eine wichtige Chance zur Tertiärprävention vergeben, was insbesondere aufgrund der Tatsache besorgniserregend ist, dass ein vorangegangener Suizidversuch einer der wichtigsten Risikofaktoren für einen erneuten Suizidversuch bzw. vollendeten Suizid ist und damit einen wichtigen Anlass für eine effektive Intervention darstellt. Mit einer Kampagne wurde in den somatischen Kli-

von Männern lag zum Zeitpunkt des Suizides bei 59,3 Jahren. Frauen waren im Durchschnitt 61 Jahre alt. Im Vergleich zum Vorjahr (9.206 Suizide) ist ein minimaler Anstieg zu verzeichnen. Insgesamt ist die Zahl der Suizide jedoch in den vergangenen Jahren deutlich zurückgegangen: 1980 nahmen sich beispielsweise noch rund 50 Personen pro Tag das Leben.

Quellen: www.destatis.de und <https://statistik.hessen.de> (red)

niken Frankfurts (insbesondere in den Notaufnahmen und Intensivstationen), aber auch bei Notärztinnen und Notärzten Aufmerksamkeit für die Problematik geschaffen. Begleitend wurden Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für alle medizinischen Berufsgruppen angeboten. Das Institut für Rechtsmedizin wurde im Projektzeitraum bei jedem vollendeten Suizid in Frankfurt zum Leichenfundort gerufen, um vor Ort die reguläre Leichenschau durchzuführen. Im Anschluss erfolgte eine gerichtliche Leichenöffnung mit histologischer Untersuchung der Gewebeasservate und ergänzender chemisch-toxikologischer Untersuchung. Die rechtsmedizinische Untersuchung und Aufarbeitung des Sterbefalls ermöglichte die diagnostische Absicherung des Suizids, die Feststellung der Todesursache sowie der Suizidmethode. Dadurch konnte im Rahmen von FraPPE eine zuvor nicht bekannte Dunkelziffer von etwa 10 % aufgedeckt werden, was die langjährige Forderung der forensisch tätigen Kolleginnen und Kollegen unterstreicht, dass in Deutschland mehr obduziert werden muss.

War es im Rahmen des Projekts möglich, die Primärärzte zu erreichen und in die Suizidprävention einzubeziehen? Was bedeuten Ihre Erfahrungen in Hinblick auf die künftige Arbeit von Praxen und Kliniken?

Schlang: Es war leider sehr schwierig, primärärztlich tätige Kolleginnen und Kollegen für die Thematik zu gewinnen, was ich persönlich sehr bedauerlich finde. Eine (nicht repräsentative) Befragung durch das Institut für Allgemeinmedizin ergab, dass das Thema insgesamt als wenig relevant für die hausärztliche Praxis angesehen wurde. Darüber hinaus spielen sicherlich auch Aspekte, wie der Faktor Zeit oder die Einstellung der Kolleginnen und Kollegen zum „selbstbestimmten Sterben“ eine Rolle. Da in 90 % der Suizidfälle retrospektiv eine psychische Erkrankung festgestellt werden kann, wird der Begriff „Freitod“ von Fachleuten vermieden. Wird die (komorbide) psychische Störung behandelt, verschwinden in der Regel auch die Suizidabsichten. Auch vor dem Hintergrund des gesetzlich noch zu regelnden ärztlich assistierten Suizids müssen wir

das Thema psychische Erkrankungen und Suizidalität im Rahmen des Medizinstudiums und der fachärztlichen Weiterbildung stärker gewichten.

Ist aus Ihrer Sicht eine mittelfristige Kooperation mit der Landesärztekammer sinnvoll?

Schlang: Die Landesärztekammer Hessen unterstützt die Arbeit des Frankfurter Netzwerks für Suizidprävention seit Beginn und das ist aus meiner Sicht ein wichtiges Zeichen an die Mitglieder, dass das Thema Suizidprävention nicht nur eine gesamtgesellschaftliche, sondern auch eine ärztliche (und berufspolitische) Aufgabe ist. Das Wissen über psychische Störungen und deren leitliniengerechte Behandlung muss in der Ärzteschaft verbessert werden. Vorbehalte, die Problematik aktiv zu explorieren, müssen abgebaut werden. Die Depressionsserie im Hessischen Ärzteblatt liefert dazu einen ganz wichtigen Beitrag. Denkbar wären zum Beispiel auch gemeinsame Fortbildungstage in Bad Nauheim und eine stärkere Berücksichtigung in verschiedenen relevanten Weiterbildungsordnungen.

Das Thema ärztlich assistierter Suizid und seine Regelung wird uns in den nächsten Jahren begleiten. Am 14. Oktober 2023 ist im Haus am Dom ein Fachtag geplant – es

wäre schön, wenn sich die Landesärztekammer daran beteiligen würde.

Das Projekt sollte dazu beitragen, die Suizidrate in der Region um ein Drittel zu senken. Konnte dieses Ziel erreicht werden?

Schlang: Das Ziel war sehr ambitioniert wenn man bedenkt, dass der 2013 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedete erste Aktionsplan für seelische Gesundheit das Ziel hatte, die weltweiten Suizidraten bis zum Jahr 2020 um 10 % zu senken. Leider wurde das FraPPE-Ziel nicht erreicht, wofür verschiedene Gründe denkbar sind: Zum einen war der Evaluationszeitraum extrem kurz, zum anderen sind Schwankungen der Suizidrate, die in Frankfurt bei etwa 10/100.000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt, normal. Daher werden erst die nächsten Jahre zeigen, ob wir die Suizidprävention in Frankfurt durch die FraPPE-Interventionen senken konnten. Die Dunkelzifferaufklärung durch die rechtsmedizinischen Interventionen verfälscht den Prä-/Postvergleich. Und letztlich ist (noch) nicht bekannt, welchen Einfluss die Pandemie und die Maßnahmen zum Eindämmen des Infektionsgeschehens mittelfristig auf das Suizidgeschehen haben.

Interview: Dr. med. Peter Zürner und Katja Möhrle

Hilfreiche Links

Die Webseite <https://frans-hilft.de/> stellt Betroffenen, Angehörigen und Trauernden Informationen rund um das Thema Suizidalität zur Verfügung, es gibt einen Überblick über Hilfsangebote sowie diverse Materialien, die heruntergeladen oder bestellt werden können. Fachleute finden viele relevante Informationen auf der Webseite <https://frappe-frankfurt.de/>, darunter zum Beispiel eine „Infobroschüre für Menschen mit Suizidgedanken“, in der detailliert beschrieben wird, wie man einen Krisen- und Notfallplan erstellen kann, aber auch Links zu Veröffentlichungen, wie den Artikeln „Tabu Suizid: Ansprache kann Leben retten“ (Der Hausarzt 8/2019) oder „Suizidprävention beim Hausarzt – Gefahr erkennen und ansprechen!“ (Der Allgemeinarzt, 2020; 42 (15) Seite 18–22).

Das Mecal „Depressiv? Lebensmüde? Wege aus der Krise“ kann unter dem Link <https://www.zeitbild.de/depressiv-lebensmuede-wege-aus-der-krise/> heruntergeladen oder bestellt werden. Die Ärztemappe und das begleitende Patientenmagazin informieren über die Themen Depression und Suizid. Betroffene und Angehörige lesen, wo sie in schweren Zeiten Hilfe finden können. Das Magazin soll ihnen Mut machen, sich zu öffnen und über Probleme zu sprechen. Hausärztinnen und -ärzten bietet die Mappe wertvolle Informationen zu Diagnose und Behandlung von Depressionen sowie Ratschläge für den Umgang mit suizidalen Patientinnen und Patienten. Links zu weiterführenden Materialien und Beratungsangeboten runden das Medical ab. (red)

Literatur zum Artikel:

Suizidprävention

Eine Aufgabe für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft

von Prof. Dr. med. Barbara Schneider, PD Dr. med. habil. Ute Lewitzka, Dr. med. Christiane Schlang,
Dr. med. Christine Reif-Leonhard und Prof. Dr. med. Andreas Reif

- [1] Jones DA (2022) Euthanasia, assisted suicide, and suicide rates in Europe. *Journal of Ethics in Mental Health (JEMH)* 11:1–35.
- [2] Statistisches Bundesamt Deutschland (2022) Sterbefälle nach äußeren Ursachen und ihren Folgen (ab 1998). www.destatis.de
- [3] Reif-Leonhard C, Lemke D, Holz F et al. (2022) Changes in the pattern of suicides and suicide attempt admissions in relation to the COVID-19 pandemic. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 10.1007/s00406–022–01448-y:1–9.
- [4] Cerel J, Brown MM, Maple M et al. (2019) How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide Life Threat Behav* 49:529–534.
- [5] Turecki G, Brent DA, Gunnell D et al. (2019) Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers* 5:74.
- [6] Fazel S, Runeson B (2020) Suicide. *N Engl J Med* 382:266–274.
- [7] Wilcox HC, Conner KR, Caine ED (2004) Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 76 Suppl:S11–S19.
- [8] Schneider B (2003) Risikofaktoren für Suizid. Roderer, Regensburg
- [9] Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA (2014) Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychol Med* 44:279–289.
- [10] Harris EC, Barraclough B (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170:205–228.
- [11] Harris EC, Barraclough B (1998) Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 173:11–53.
- [12] Hawton K, Bergen H, Cooper J et al. (2015) Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000–2012. *J Affect Disord* 175:147–151.
- [13] Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Gerhard T, Blanco C (2017) Suicide Following Deliberate Self-Harm. *Am J Psychiatry* 174:765–774.
- [14] Chen X, Zhang H, Xiao G, Lv C (2021) Prevalence of suicidal ideation among stroke survivors: A systematic review and meta-analysis. *Top Stroke Rehabil*. 28: 545–555
- [15] Du L, Shi HY, Yu HR et al. (2020) Incidence of suicide death in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 276:711–719.
- [16] Erlangsen A, Stenager E, Conwell Y et al. (2020) Association between neurological disorders and death by suicide in Denmark. *JAMA* 323:444–454.
- [17] Pompili M, Venturini P, Montebovi F et al. (2013) Suicide risk in dialysis: review of current literature. *Int J Psychiatry Med* 46:85–108.
- [18] Lewitzka U (2022) Suizidprävention im Kontext des assistierten Suizids. [Suicide prevention in the context of assisted suicide]. *Nervenarzt* 93:1112–1124.
- [19] World Health Organization (2014) Suicide prevention: A global imperative. In: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
- [20] Erlangsen A, Nordentoft M, Conwell Y et al. (2011) Key considerations for preventing suicide in older adults: consensus opinions of an expert panel. *Crisis* 32:106–109.
- [21] World Health Organization (2021) Live life – an implementation guide for suicide prevention in countries. World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO., Geneva
- [22] Studdert DM, Gurrin LC, Jatkar U, Pirkis J (2010) Relationship between vehicle emissions laws and incidence of suicide by motor vehicle exhaust gas in Australia, 2001–06: an ecological analysis. *PLoS Med* 7:e1000210.
- [23] Ajdacic-Gross V, Killias M, Hepp U et al. (2006) Changing times: a longitudinal analysis of international firearm suicide data. *Am J Public Health* 96:1752–1755.
- [24] Pirkis J, Spittal MJ, Cox G, Robinson J, Cheung YT, Studdert D (2013) The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis. *Int J Epidemiol* 42:541–548.
- [25] Law CK, Yip PS, Chan WS, Fu KW, Wong PW, Law YW (2009) Evalua-

- ting the effectiveness of barrier installation for preventing railway suicides in Hong Kong. *J Affect Disord* 114:254–262.
- [26] Matsubayashi T, Sawada Y, Ueda M (2013) Does the installation of blue lights on train platforms prevent suicide? A before-and-after observational study from Japan. *J Affect Disord* 147:385–388.
- [27] Hawton K, Bergen H, Simkin S et al. (2013) Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ* 346:f403.
- [28] Gunnell D, Knipe D, Chang SS et al. (2017) Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *Lancet Glob Health* 5:e1026–e1037.
- [29] Hegerl U, Koburger N, Rummel-Kluge C, Gravert C, Walden M, Mergl R (2013) One followed by many?—Long-term effects of a celebrity suicide on the number of suicidal acts on the German railway net. *J Affect Disord* 146:39–44.
- [30] Niederkrotenthaler T, Kirchner S, Till B et al. (2021) Systematic review and meta-analyses of suicidal outcomes following fictional portrayals of suicide and suicide attempt in entertainment media. *EClinicalMedicine* 36:100922.
- [31] Niedzwiedz C, Haw C, Hawton K, Platt S (2014) The definition and epidemiology of clusters of suicidal behavior: A systematic review. *Suicide Life Threat Behav* 44:569–581.
- [32] Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U (2007) Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression“ [Changes in the frequency of suicidal behaviour after a 2-year intervention campaign]. *Nervenarzt* 78:272–280, 282.
- [33] Pearson A, Saini P, Da Cruz D et al. (2009) Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. *Br J Gen Pract* 59:825–832.
- [34] Stene-Larsen K, Reneflot A (2019) Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scand J Public Health* 47:9–17.
- [35] Zalsman G, Hawton K, Wasserman D et al. (2016) Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 3:646–659.
- [36] Raue PJ, Ghesquiere AR, Bruce ML (2014) Suicide risk in primary care: identification and management in older adults. *Curr Psychiatry Rep* 16:466.
- [37] Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K (2016) A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Med* 13:e1001968.
- [38] Hoffmann-Richter U, Kanzig S, Frei A, Finzen A (2002) Suicide after discharge from psychiatric hospital. *Psychiatr Prax* 29:22–24.
- [39] Krause TJ, Lederer A, Sauer M et al. (2020) Suicide risk after psychiatric discharge: study protocol of a naturalistic, long-term, prospective observational study. *Pilot Feasibility Stud* 6:145.
- [40] Sakinofsky I (2014) Preventing suicide among inpatients. *Can J Psychiatry* 59:131–140.
- [41] Deisenhammer EA, Ing CM, Strauss R, Kemmler G, Hinterhuber H, Weiss EM (2009) The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *J Clin Psychiatry* 70:19–24.
- [42] Birtwistle J, Kelley R, House A, Owens D (2017) Combination of self-harm methods and fatal and non-fatal repetition: A cohort study. *J Affect Disord* 218:188–194.
- [43] Owens D, Horrocks J, House A (2002) Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 181:193–199.
- [44] Schneider B, Wolfersdorf M, Wurst FM (2017) Suizid und Suizidprävention im psychiatrischen Krankenhaus. *Psych up2date* 5:445–463.
- [45] Lewitzka U, Sperling U (2021) Niedrigschwellige Prävention! Initiative für ein Suizidpräventionsgesetz in Deutschland. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention DGS. Teil 1. https://www.suizidprophylaxe.de/files/2021_Initiative%20Suizidpraeventionsgesetz_Teil_1.pdf oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/55hyyz7u>
- [46] Schneider B, Lindner R, Giegling I et al. (2021) Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven [Suicide Prevention Germany – Current Situation and Future Outlook]. *Deutsche Akademie für Suizidprävention, Kassel*
- [47] Beig I, Gebhardt R, Hauschild N et al. (2020) Daten des Frankfurter Netzwerks für Suizidprävention (FRANS): Suizidstatistik 2014–2017 [Data by the Frankfurt Network for Suicide Prevention (FRANS): Suicide Statistics 2014–2017]. *Psychiatr Prax* 47:376–382.
- [48] Gruebner O, Rapp MA, Adli M, Kluge U, Galea S, Heinz A (2017) Cities and Mental Health. *Dtsch Arztebl Int* 114:121–127.
- [49] Van Den Bosch M, Meyer-Lindenberg A (2019) Environmental expo-

- asures and depression: Biological mechanisms and epidemiological evidence. *Annu Rev Public Health* 40:239–259.
- [50] Dutheil F, Aubert C, Pereira B et al. (2019) Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 14:e0226361.
- [51] Petrie K, Crawford J, Shand F, Harvey SB (2021) Workplace stress, common mental disorder and suicidal ideation in junior doctors. *Intern Med J* 51:1074–1080.
- [52] Petrie K, Crawford J, Lamontagne AD et al. (2020) Working hours, common mental disorder and suicidal ideation among junior doctors in Australia: a cross-sectional survey. *BMJ Open* 10:e033525.
- [53] Sansone RA, Sansone LA (2009) Physician suicide: a fleeting moment of despair. *Psychiatry (Edgmont)* 6:18–22.
- [54] Abele AE (2010) Erwerbsverläufe von Frauen und Männern in der Medizin. In: Schwartz FW, Angerer P (eds) *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten*. Deutscher Ärzteverlag, Köln, p 149–158
- [55] Beschoner P, Limbrecht-Ecklundt K, Jerg-Bretzke L (2019) Psychische Gesundheit von Ärzten [Mental health among physicians : Burnout, depression, anxiety and substance abuse in the occupational context]. *Nervenarzt* 90:961–974.
- [56] Dyrbye LN, West CP, Satele D et al. (2014) Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med* 89:443–451.
- [57] De Oliveira GS, Jr., Chang R, Fitzgerald PC et al. (2013) The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg* 117:182–193.
- [58] Tawfik DS, Profit J, Morgenthaler TI et al. (2018) Physician burnout, Well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors. *Mayo Clin Proc* 93:1571–1580.
- [59] Sen S (2022) Is it burnout or depression? Expanding efforts to improve physician well-being. *N Engl J Med* 387:1629–1630.
- [60] Mata DA, Ramos MA, Bansal N et al. (2015) Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 314:2373–2383.
- [61] Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L et al. (2011) Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg* 146:54–62.
- [62] Schernhammer ES, Colditz GA (2004) Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 161:2295–2302.
- [63] Zalsman G, Hawton K, Wasserman D et al. (2017) Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *Eur Neuropsychopharmacol* 27:418–421.



Übergabe vor der Apotheke des Universitätsklinikums Frankfurt: (von links) Katja Jörg (LÄKH), Eduard Susla (Repräsentant der Ukraine und Fahrer), Manuel Maier (LÄKH), Dr. Alexander Markovic (LÄKH), Prof. Dr. Jürgen Graf (Universitätsklinikum Frankfurt), Dr. Edgar Pinkowski (LÄKH), Markus Jones (Universitätsklinikum Frankfurt), Dr. Nils Keiner (Apotheke Universitätsklinikum Frankfurt).

Landesärztekammer bringt Arzneimittel aus Hessen für drei ukrainische Krankenhäuser auf den Weg

„Die bewaffnete Aggression Putin-Russlands in der Ukraine ist uns täglich vor Augen; insbesondere der Fokus der Angriffe auf die ukrainische Zivilbevölkerung macht anhaltende medizinische Hilfe notwendig“, betont der hessische Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski. Mit Unterstützung des „Ukraine Medical Help Fund“ leistet die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) einen Beitrag zu dieser Hilfe und hat Anfang März auf dem Gelände des Universitätsklinikums Frankfurt am Main einen Transport von Arzneimitteln für die Ukraine auf den Weg gebracht.

Möglich wurde dies durch die Zusammenarbeit mit Prof. Dr. med. Jürgen Graf, Ärztlicher Direktor und Vorsitzender des Vorstands des Universitätsklinikums Frankfurt (KGU), Markus Jones, Kaufmännischer

Direktor des Universitätsklinikums Frankfurt, und Dr. Nils Keiner, Leitender Apotheker des Universitätsklinikums Frankfurt, der die dringend benötigten Medikamente kurzfristig beschaffen und transportfertig bereitstellen konnte.

Im Vorfeld der Aktion hatte die LÄKH Kontakt mit dem Weltärztebund (WMA) und dem Ständigen Ausschuss der Ärztinnen und Ärzte der Europäischen Union (CPME) aufgenommen, die mit weiteren Organisationen den „Ukraine Medical Help Fund“ ins Leben gerufen haben. Ziel des UMHF ist es, in Kooperation mit dem ukrainischen Ärzteverband und weiteren Partnern Arzneimittel und medizinische Güter in die Ukraine zu schicken und den Kliniken zukommen zu lassen.

Aus diesem Fonds erhielt die Landesärztekammer den relevanten Betrag von über 113.000 Euro, der konkret für den Bedarf von drei Krankenhäusern vorgesehen ist. Zwei der Einrichtungen befinden sich in Odessa, eine in Kiew. Dank der Beratung durch die befreundete und in entspre-

chenden Aktionen erfahrene Landesärztekammer Sachsen gelang die Vorbereitung des Transports auf behördlicher Ebene auch außerhalb der EU völlig problemlos.

Der Transfer zu den ukrainischen Einrichtungen und die transparente Übergabe erfolgt nun über die hier für dieses Projekt



Prof. Dr. med. Jürgen Graf, Universitätsklinikum Frankfurt, und Dr. med. Edgar Pinkowski, Landesärztekammer Hessen (LÄKH).

Fotos: Isolde Asbeck



Eduard Susla stammt aus der Ukraine. Als Fahrer ist er aus Dresden gekommen, um die Güter in Frankfurt abzuholen.

unentgeltlich arbeitende Hilfsorganisation (NGO) „Hope for Ukraine e. V.“ mit Sitz in Dresden. Die Arzneimittel wurden am Universitätsklinikum Frankfurt abgeholt, um mit geeigneten Transport-Fahrzeugen zu den Zielkrankenhäusern gebracht zu werden.

Dr. med. Alexander Marković
Ärztlicher Geschäftsführer LÄKH



Befugnisse zur Weiterbildung nach 2005 laufen aus und müssen erneuert werden

Informationen zum Ende der Übergangsfrist für die Befugnisse nach der neuen Weiterbildungsordnung 2020

Die neue Weiterbildungsordnung 2020 ist am 1. Juli 2020 in Kraft getreten. Neben verbindlich zu erfüllenden Zeiten werden in der neuen Weiterbildungsordnung Kompetenzen vermittelt und diese werden im eLogbuch sowie parallel in den persönlichen schriftlichen Zeugnissen nachgewiesen.

Die vielfältigen inhaltlichen und formalen Veränderungen der Weiterbildungsordnung 2020 (WBO 2020) erfordern die Neubewertung der Befugnisse in allen Gebieten, Schwerpunkten und Zusatzweiterbildungen. Die vielfältigen Befugnisse konnten nicht an einem Tag geprüft und beschieden werden. Die Gremien der Landesärztekammer Hessen haben daher eine Übergangsfrist von drei Jahren bis zum 30. Juni 2023 vorgesehen.

Dieser Stichtag hat Konsequenzen. Alle alten Befugnisse nach der WBO 2005 und älter laufen ersatzlos aus. Um eine nahtlose Weiterbildung zu gewährleisten muss bis zu diesem Stichtag eine neue Befugnis beantragt werden.

Eine automatische Umschreibung der Befugnisse ist aus mehreren Gründen nicht möglich. So haben sich Zeiten, Kompetenzen und Anforderungen teilweise grundlegend geändert. Sämtliche Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen haben keine versenkbaren Zeiten mehr, wurden aber um die versenkbare Zeit in der Mindestweiterbildungszeit gekürzt. Einige Anforderungen, wie z.B. der „Common Trunk“ sind anderweitig in die WBO 2020 geflossen und werden nun völlig anders dargestellt. Dies alles führt dazu, dass die Befugnisse neu bewertet werden müssen. Letztes Datum für den Antrag der Neubewertung ist der 30. Juni 2023. Bis zu diesem Tag muss zumindest die Vorabauskunft im Online-Beantragungstool der LÄKH eingereicht werden. Bis zum endgültigen Bescheid der weiteren Befugnis

können Weiterbildungen dann zunächst unverändert fortgeführt werden.

Beachten Sie dabei, dass sehr viele nun im letzten Moment von dieser Möglichkeit Gebrauch machen werden und sich entsprechend die Bearbeitung seitens der LÄKH verzögern wird. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind aber darauf vorbereitet und werden ihr Bestes tun, um schnellstmöglich die eingehenden Anträge zu bearbeiten.

Die Befugten, die aufgrund einer Nachfolgeregelung noch eine Befugnis nach WBO 2005 ausgesprochen bekamen, sind zunächst nicht von dieser Frist betroffen, müssen aber ohnehin ihre Befugnis fristgerecht nach 12 Monaten aktualisieren.

Mit Einführung des Online-Beantragungstools der LÄKH im Frühjahr 2022 ist die Beantragung der Befugnis komfortabler geworden. Der Antrag ist aufgeteilt in eine Vorabauskunft und in die eigentliche Antragstellung. Bereits nach der Vorabauskunft kann so festgestellt werden, ob

der Antragsteller die grundsätzlichen Voraussetzungen für eine Befugnis erfüllt. Dies hat den Vorteil, dass die – je nach beantragtem Umfang – auch sehr komplexe Antragstellung bereits am Anfang vermieden wird.

Zur Veranschaulichung die Online-Antragsstellung via Portal

Anmeldung im Portal der LÄKH: <https://portal.laekh.de>.

Unter dem Menüpunkt Fort- und Weiterbildung finden Sie den Unterpunkt „Befugnisse“.

Dort gelangen Sie zur Vorabauskunft (siehe Abb. 1).

Nachdem Sie die Vorabauskunft vollständig und korrekt ausgefüllt haben, erfolgt die Freigabe durch die Landesärztekammer, in der Ihnen mitgeteilt wird, welche Unterlagen für den beantragten Befugnisumfang einzureichen sind (siehe Abb. 2).

Vorabauskunft
für die Erteilung einer Befugnis zur Weiterbildung
069 97672-0 • weiterbildung@laekh.de

Bezeichnung | Daten | zusätzliche Angaben | Weiterbildungsbefugnisse | Tätigkeit | Zusammenfassung

In welchem Bereich sind Sie tätig?

Versorgungsart * stationäre Versorgung

Dienstliche Stellung * Ltd. Oberarzt

Welche Weiterbildungsbefugnis möchten Sie beantragen?

Facharztbezeichnung * Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Beantragter Befugnisumfang * 12 Monate

Führen Sie selbst die Bezeichnung, in der Sie weiterbilden möchten?

Ja Nein

Seit wann besitzen Sie die Bezeichnung? **i**

Seit * 01.01.2019

Abb. 1

Das weitere Vorgehen wurde im Hessischen Ärzteblatt in der Ausgabe 06/2022 genau beschrieben.

Niemand sollte Angst oder Sorge haben, einen Antrag zu stellen. Der daraufhin erteilte Befugnisumfang bildet die Realität ab, somit was tatsächlich in welchem Umfang an der Stätte weitergebildet werden kann. Das hilft der realistischen Eigeneinschätzung und vermeidet Enttäuschungen bei Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, die gerne in einer angemessenen Zeit ihre Weiterbildung abschließen wollen. Ihnen kann dann besser gezeigt werden, was vermittelbar ist.

Für vertragsärztlich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gibt es eine erleichterte Befugnisbeantragung für Befugnisse, bis zu einer maximalen Dauer von 24 Monaten. Für diese Anträge ist es nicht erforderlich, eine Statistik einzureichen. Alle anderen Antragstellenden sind dazu verpflichtet. Die Generierung der Statistik sollte aus den meisten verfügbaren Praxisinformationssystemen möglich sein. Die Mehrzahl der Softwarehersteller ist bereits auf diese Anforderung sensibilisiert. Für alle Antragsteller gilt, dass eine Liste mit der apparativen Ausstattung mit eingereicht werden muss. Was konkret im Einzelfall eingereicht werden muss, zeigt das Online-Befugnis-Tool sobald die Antragsstellung freigegeben wird.

Für alle Befugten, die noch keine Befugnis nach WBO 2020 beantragt haben, wird es jetzt allerhöchste Zeit zu handeln, sofern sie auch nach dem 30.06.2023 Ärztinnen und Ärzte gemäß WBO 2020 weiterbilden wollen. Die Abteilung für Ärztliche Weiterbildung steht gerne unterstützend bereit.

Status

Facharztbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

069 97672-0 · weiterbildung@laekh.de



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Hinweise zur Bearbeitung

Der nächste Schritt:

Bitte füllen Sie die folgenden Formulare aus, die elektronisch beigefügt sind:

- Antragsformular
- Apparative Ausstattung
- Anlage zum Antrag Facharztbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Zusätzlich bitten wir Sie, ergänzende Dokumente zum Antrag hochzuladen:

- Dokumente zum Antrag

Im Anschluss bestätigen Sie bitte die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben:

- Bestätigung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.
- Bestätigung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Dokumente.

Ihr Antrag
Dokumente zum Antrag
Historie

Dokument	Status	Aktion
Vorabauskunft (für Ihre Unterlagen)	Abgeschlossen	
Antragsformular *	Offen	
Apparative Ausstattung *	Offen	
Anlage zum Antrag Facharztbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe *	Offen	

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

[Impressum](#) [Datenschutz](#)

Schließen
Einreichen

Abb. 2

Daniel Libertus, M.A.
Leiter der Abteilung
für Ärztliche Weiterbildung

Heike Bünger
Petra Hench-Rueda
Koordinatorinnen der Abteilung
für Ärztliche Weiterbildung

E-Mail: weiterbildung@laekh.de

Geburtstage werden künftig auch online veröffentlicht

Ab dem 1. September 2023 ist die Online-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes das „Leitmedium“, nicht mehr die Print-Ausgabe. Damit sollen neu auch die Geburtstage online veröffentlicht werden. Die Bezirksärztekammern werden die Zustimmung dafür bei ihrer mo-

natlichen Abfrage zu den Geburtstagen einholen. Die Zustimmung zur Veröffentlichung der Geburtstage gilt dann sowohl für die Print- als auch für alle Online-Ausgaben einschließlich der App. Gleiches gilt auch für die Goldenen Doktorjubiläen. (red)

Neuwahlen beim Verband Freier Berufe Hessen

Der Verband Freier Berufe (VFBH) Hessen hat das Präsidium neu gewählt. Die amtierende Präsidentin, Rechtsanwältin Dr. Karin Hahne, wurde dabei zum zweiten Mal in ihrem Amt bestätigt. Ebenso wiedergewählt wurden der erste Vizepräsident Dr. Michael Griem, Präsident der Rechtsanwaltskammer Frankfurt, Dr. Martin Kraushaar, Geschäftsführer der Architekten- und Stadtplanerkammer Hessen, sowie Dr. Elke Vietor als Vertreterin der Landeszahnärztekammer Hessen. Neu ins Präsidium gewählt wurden als zweiter Vizepräsident Hartmut Ruppricht als Präsident der Steuerberaterkammer Hessen und Dr. med. Michael Weidenfeld als Repräsentant der Landesärztekammer Hessen. Harald Gallus, der frühere Präsident der Wirtschaftsprüferkammer Hessen, und Manuel Maier, Geschäftsführer der Lan-

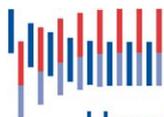
desärztekammer Hessen, waren nicht mehr zur Wahl angetreten. Der Verband Freier Berufe in Hessen vertritt die gemeinsamen Interessen der Freien Berufe (z. B. der Ärzte, Rechtsanwälte oder Ingenieure) in Hessen in Wirtschaft und Politik. „Die Freien Berufe waren als Motor des Mittelstandes in den Krisen der letzten Jahren nicht wegzudenken; die Krisen sind noch nicht vorbei – deshalb gilt es weiter, alle Kraft darauf zu verwenden, die Herausforderungen dieser Zeit zu meistern, damit unsere Mandaten,



Foto: Manuel Maier

Dr. Karin Hahne bleibt Präsidentin – das Präsidium (von links): Dr. Martin Kraushaar, Dr. Karin Hahne, Dr. Elke Vietor, Dr. med. Michael Weidenfeld, Dr. Michael Griem (nicht auf dem Bild: Hartmut Ruppricht).

Patientinnen und Klienten aber auch unsere Kolleginnen und Kollegen weitgehend unbeschadet aus dieser Lage hervorgehen“, kommentiert die wiedergewählte Präsidentin Hahne. (red)



Hessisches Krebsregister

Klinisch-epidemiologische Krebsregistrierung in Hessen

Webseminare des Hessischen Krebsregisters

Ärztinnen und Ärzte, die eine Abteilung leiten bzw. eine Praxis in Hessen führen, sind verpflichtet, Informationen über die Krebsdiagnose und -behandlung an das Hessische Krebsregister (HKR) zu melden. In den HKR-Seminaren, die online als Webseminare angeboten werden, gibt es Hilfestellungen und Informationen rund um die Meldetätigkeit.

Online-Erfassung im Meldeportal	Vorgestellt werden die Online-Erfassung von Krebsinformationen im kostenlosen Meldeportal und die unterschiedlichen Erfassungsmasken. Zudem werden die Meldeabläufe im Krebsregister erläutert.	Mi., 17.05.2023, 14:00–15:30 Uhr, online (Webex), 2 Fortbildungspunkte
Grundlagen der Tumordokumentation	Grundlegende Aspekte der Tumordokumentation werden zusammen mit Wissen zu den gängigen Klassifikationssystemen (ICD-10, ICD-O, TNM und OPS) vermittelt.	Di., 16.05.2023, 14:00–16:00 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte
Dokumentation des kolorektalen Karzinoms	Es werden Hinweise zur Tumordokumentation von kolorektalen Karzinomen gegeben.	Do., 20.04.2023, 14:00–16:00 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte
Dokumentation des Mammakarzinoms	Themen sind die standardisierte Tumordokumentation von Brusttumoren, die geforderten Mindestanforderungen und das Ergänzungsmodul „Mammakarzinom“.	Mi., 19.07.2023, 13:30–15:30 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte

Weitere Termine finden sich auf der HKR-Website, eine vorherige Anmeldung ist erforderlich: www.hessisches-krebsregister.de → Über uns → Veranstaltungen
Der QR-Code für Smartphones führt direkt dorthin.





Das eLogbuch – eine Kurzeinführung für Befugte

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen wurde mit Startdatum 01.07.2020 reformiert (WBO 2020). Seitdem hat sich nicht nur in den zu vermittelnden Kompetenzen etwas getan, sondern auch in der strukturellen Dokumentation der Weiterbildung. Gemäß § 8 Abs. 1 i.V.m. § 2a Abs. 7 WBO 2020 ist die Verwendung des elektronischen Logbuchs (eLogbuch) für die Dokumentation der Weiterbildung verpflichtend geworden. Das eLogbuch ist seit Anfang 2021 verfügbar und steht nun jeder Ärztin in Weiterbildung und jedem Arzt in Weiterbildung sowie den Befugten zur Verfügung. Befugte sind verpflichtet, die Dokumentation im eLogbuch vorzunehmen.

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung müssen ihr eLogbuch für die Befugten freigeben, damit diese die erforderlichen Bestätigungen vornehmen können. Die Freigabe zur Eintragung der erworbenen Kompetenzen erfolgt über die Eingabe des Benutzernamens des Befugten. Die frühere Bestätigung auf Papier-Anlagen entfällt damit. Befugte sind verpflichtet, die Dokumentationsbeiträge der Weiterzubildenden ausschließlich im eLogbuch zu bestätigen.

Bisher mussten Sie als Befugte sich aktiv für das eLogbuch registrieren. Dies übernimmt die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) zukünftig als Service für Sie. Sie können sich dann im Mitgliederportal mit einem Klick im eLogbuch anmelden. Eine entsprechende Information darüber erhalten Sie per E-Mail.

In den nachfolgenden Bildern wird anschaulich gezeigt, wie Sie als Befugte Ihren Benutzernamen finden und sich im eLogbuch anmelden können. Eine ausführliche, teils auch bebilderte Beschreibung finden Sie auf unserer Website unter dem folgenden Link: https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Aerzte/Weiterbildung/eLogbuch/Leitfaden_eLogbuch_Registrierung.pdf oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/3w4zab8w>

- Loggen Sie sich auf der Website der Landesärztekammer Hessen www.laekh.de unter „Portal“ mit Ihrem Portal-Benutzernamen und dem Passwort für das Portal ein.

Unter dem Punkt „Fort- und Weiterbildung“ finden Sie im Untermenü „zum eLogbuch“ und Sie gelangen auf die Zugangsseite zum eLogbuch (siehe Abb. 1).

Benutzerkonto

Benutzername eLogbuch-060-14371U

Kontonummer

Abb. 3

Ihren automatisch von der Anwendung vergebenen Benutzernamen für die eLogbuch-Anwendung finden Sie in dem blauen Kasten.

Zusätzlich finden Sie diesen in Ihren persönlichen Einstellungen im eLogbuch:

In der Übersicht „Freigaben für mich“ rechts oben den Namen anklicken und Sie kommen direkt in Ihre persönlichen Einstellungen (siehe Abb. 2).

Dort sehen Sie an erster Stelle Ihren Benutzernamen (siehe Abb. 3). Für Fragen zum eLogbuch steht die Abteilung für Ärztliche Weiterbildung auch unter der E-Mail-Adresse: elogbuch@laekh.de zur Verfügung. Gerne kann über diese Adresse auch für größere Gruppen nach einer Schulungsveranstaltung gefragt werden.

Zusammenfassung

Befugte mit Portalzugang brauchen sich nicht mehr selbst für das eLogbuch zu registrieren. Die Registrierung übernimmt die LÄKH. Sobald der Benutzername vorliegt, geben Sie diesen bitte vollständig mit allen Buchstaben, Zeichen und Ziffern an Ihre Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung weiter. Nur dann ist eine regelmäßige Dokumentation im eLogbuch möglich.

Nina Walter, M.A.

Stellv. Ärztliche Geschäftsführerin der LÄKH

Ralf Münzing

Leiter der Abteilung EDV und Organisationsentwicklung

Daniel Libertus, M.A.

Leiter der LÄKH-Abteilung für Ärztliche Weiterbildung



Abb. 1



Abb. 2

Der Nutzen einer individualisierten Tumorthherapie

Case report: Atypischer Verlauf eines muzinösen Adenokarzinoms der Appendix



Fotos: Rechte bei den Autoren

Abb. 1: CT Abdomen vom 24.05.2016 mit Nachweis der Tumormasse im Becken.

Im Mai 2016 stellte sich der damals 57-jährige Patient mit einer symptomatischen Leistenhernie zur laparoskopischen Hernienreparation in einer auswärtigen Klinik vor. Bei der Laparoskopie wurde als Zufallsbefund eine bis dato symptomlose diffuse Peritonealkarzinose diagnostiziert. Makroskopisch war insbesondere das Colon sigmoideum aufgetrieben und tumorinfiltriert. Die Proben-Entnahme vom Mesenterium und parietalen Peritoneum wies histologisch Karzinominfiltrate durch einen CK20- und CDX2-positiven Tumor nach. Postoperativ erfolgten zum Staging ein CT Thorax/Abdomen, eine unauffällige Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD, Magenspiegelung) sowie eine Koloskopie, die am rektosigmoidalen Übergang eine schüsselförmige Ulzeration mit leichtgradiger Lumenstenosierung, vereinbar mit einem Sigmakarzinom, nachwies (siehe Abb.1).

Im auswärtigen interdisziplinären Tumorboard wurde bei angenommener Peritonealkarzinose durch ein Adenokarzinom des Colon sigmoideum nach Eingang des RAS-Status (siehe Kasten) eine palliative Chemotherapie mit Panitumumab und

modifiziertem FOLFOX 6-Schema empfohlen und durchgeführt.

Erneute Vorstellung

Im September 2016 erfolgte ein Re-Staging mit Nachweis eines sehr guten Ansprechens der Therapie sowie eines abdominalen Tumorrückgangs. Der Patient wurde uns mit der Frage zur Durchführung einer maximal zytoreduktiven Chirurgie und HIPEC (hypertherme intraoperative intraperitoneale Chemotherapie¹) vorgestellt. Bei gutem Ansprechen auf die Therapie und ausgeschlossener extraabdomineller Metastasierung haben wir uns nach Gabe zweier weiterer Zyklen der Chemotherapie im November 2016 zur Operation entschlossen. Es erfolgte die Multiviszeralresektion mit tiefer anteriorer Rektumresektion unter Anlage eines protektiven doppelläufigen

Ileostomas, eine Zwerchfellresektion und Anlage einer Thoraxdrainage rechts; eine Appendektomie und Cholezystektomie sowie die subtotale parietale Peritonektomie mit Resektion des Ligamentum falciforme, eine vollständige Omentektomie sowie die HIPEC mit Oxaliplatin 30 mg/m² KOF² intraperitoneal sowie 400 mg 5-FU plus 20 mg Leukovorin/m² KOF i.v.

Histologisch wurde überraschenderweise ein muzinöses Adenokarzinom der Appendix vermiformis mit Wandperforation und muzinöser Peritonealkarzinose innerhalb und außerhalb des rechten unteren Abdominalquadranten nachgewiesen. Die Tumorformel lautete: pT4a pN0 (0/26 Lk) pM1a (PER) pL0 pV0 RX G2.

Weiterer Verlauf

Der postoperative Verlauf war komplikationslos und die Entlassung des Patienten erfolgte am 9. postoperativen Tag. Gemäß Empfehlung des interdisziplinären Tumorboards in unserem Hause wurde die systemische, nunmehr adjuvante Chemotherapie mit FOLFOX und Panitumumab bis Mai 2017 fortgesetzt. Nach komplikationsloser Rückverlagerung des doppel-

RAS-Status

(RAS = Akronym für rat sarcoma)

Im Sarkom von Ratten wurde dieses Protoonkogen zuerst nachgewiesen. Der RAS-Status zeigt, ob bei einem Krebspatienten eine onkogene KRAS-Mutation vorliegt. Das KRAS-Protein gehört zu den Produkten der ras-Proto-Onkogen-Familie. Es wird durch den epidermalen Wachstumsfaktor EGFR aktiviert – sofern genetisch der KRAS-Wildtyp vorliegt. Falls das KRAS-Gen jedoch mutiert

ist, ist seine tumorstimulierende Wirkung nicht mehr abzuschalten. Medikamente wie der EGFR-Inhibitor Panitumumab wirken mithin nur bei Patienten mit KRAS-Wildtyp. Mehr dazu z. B. der Artikel von Martina Lenzen-Schulte, „Metastasiertes Kolorektales Karzinom: Keine Therapie ohne RAS-Status“ [Dtsch Arztebl 2017; 114(24): A-1192] (red)

¹ HIPEC: Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie – lokale Behandlung in der Bauchhöhle mit einer erwärmten Chemotherapie-Lösung.

² KOF: Körperoberfläche

³ LAMN: Low-grade muzinöse Neoplasie der Appendix – eine expansiv wachsende, schleimhaltige tumoröse Veränderung der Appendix vermiformis, die eine Vorstufe für das Pseudomyxoma peritonei ist.

läufigen Ileostomas im Februar 2017 befand sich der Patient bis zum September 2019 in der onkologischen Nachsorge. Zu diesem Zeitpunkt wurde abdomensonografisch und CT-radiologisch ein solitäres Tumorrezidiv im Milzhilus mit begleitendem Tumormarkeranstieg nachgewiesen, sodass nach der präoperativen Vierfach-Immunsierung vor geplanter Splenektomie am 16.10.2019 die Relaparotomie mit En-bloc-Resektion von Pankreasschwanz und Milz sowie die erneute HIPEC mit Mitomycin C 30 mg/m² KOF erfolgten. Bei endoskopisch und intraoperativ fehlendem Tumornachweis am Zökum erfolgte keine Nachresektion der Primärtumorregion (siehe Abb. 2).

Der Patient wurde nach komplikationslosem Verlauf am 8. postoperativen Tag entlassen.

Im Tumorboard wurde nunmehr die Durchführung einer onkologischen Tumornachsorge empfohlen. Dieser unterzieht sich der Patient bis heute in viertel- bis halbjährlichen Abständen ohne erneuten Nachweis eines Tumorrezidivs. Der jetzt 63-jährige Patient befindet sich in sehr gutem Allgemeinzustand und ist voll berufstätig.

Diskussion

Ausschlaggebend für den positiven Verlauf in diesem Fall sind aus unserer Sicht mehrere Faktoren: Zum einen die konsequente Reevaluation der durchgeführten Therapie als „tailored approach“ mit einer aussagekräftigen bildgebenden Diagnostik, zum anderen die Zusammenarbeit über Klinikgrenzen hinaus im Interesse des Patienten. Zwar ist initial die Diagnosesicherung histologisch nicht eindeutig erfolgt, da auch andere maligne Tumore CK20 und besonders CDX2 exprimieren können (muzinöse Malignome der Lunge, der Harnblase, des Ovars bzw. des Thyms [7]); insgesamt ist jedoch die Diagnosestellung eines peritoneal metastasierten Sigmakarzinoms völlig nachvollziehbar.

Warum aber hat ein peritoneal metastasiertes muzinöses Appendixkarzinom so gut und langfristig auf die in zunächst palliativer Intention vorgenommene Chemotherapie mit FOLFOX 6 und Panitumumab angesprochen, obwohl bekanntermaßen

bei Appendixkarzinomen die systemische Chemotherapie des kolorektalen Karzinoms schlechter wirkt und Panitumumab als EGFR-Antikörper bei den linksseitigen Kolonkarzinomen eingesetzt wird?

Appendixkarzinome werden allgemein in vier Subtypen (colonic-type-adenocarcinoma, muzinöse Neoplasien, siegelringzellige Karzinome und neuroendokrine Neoplasien) eingeteilt. Bei den muzinösen Appendixneoplasien werden weitere Subtypen (LAMN³, HAMN, muzinöses Adenokarzinom, muzinöses Adenokarzinom mit Siegelringzellen, muzinöses Siegelringzellkarzinom) nach spezifischen histologischen Kriterien unterschieden [1].

Für Patienten mit disseminierter muzinöser Appendixneoplasie wurde das pathologische Grading als unabhängiger Prognosefaktor identifiziert. Patienten mit G2- oder G3-muzinösen Adenokarzinomen haben ein signifikant schlechteres Gesamtüberleben im Vergleich zu Patienten mit G1-Tumoren. Das Fünfjahres-Gesamtüberleben für Patienten mit G2-Karzinomen liegt zwischen 30–60 %. Im Gegensatz zum pathologischen Grading spricht jedoch die systemische Chemotherapie bei G2- oder G3-muzinösen Adenokarzinomen besser an und verbessert das Gesamtüberleben. Für diese Patientengruppe wird auch explizit das Konzept der zytoreduktiven Chirurgie und HIPEC empfohlen [1, 2, 3, 4].

Interessanterweise wurde in diesem Fall unter der Annahme eines linksseitigen Kolonkarzinoms mit RAS-Wildtyp eine EGFR-Inhibition durch Panitumumab als humaner IgG2-Antikörper gegen den epidermalen Wachstumsfaktor in Kombination mit einer 5-FU-haltigen Chemotherapie angewendet. Die Blockade des epidermalen Wachstumsfaktors hat pathologisch aktivierte Signalkaskaden, die unter anderem an der Zellproliferation, Angio-

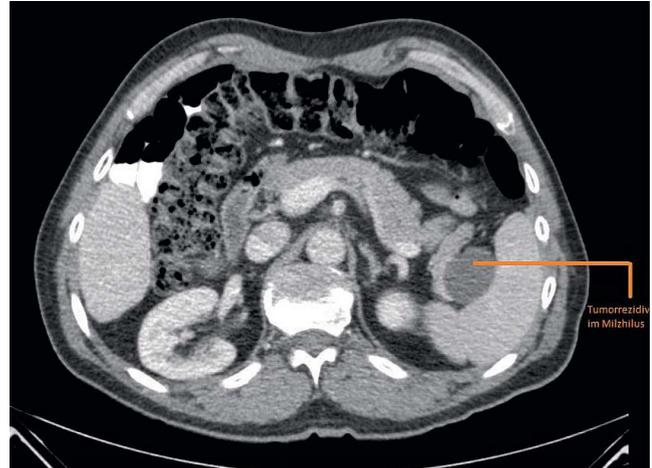


Abb. 2: CT Abdomen vom 23.09.2019 mit Darstellung des solitären Tumorrezidivs im Milzhilus.

genese und Apoptose beteiligt ist, wirksam unterbrochen.

Auch nach kompletter Zytoreduktion und intraperitonealer Chemotherapie sind Rezidive häufig, sowohl bei G1- als auch bei G2/G3 Tumoren, deren medianes krankheitsfreies Überleben in einer Studie bei 21,6 Monaten lag [5, 6].

Rezidive treten meist innerhalb der Peritonealhöhle auf und sind typischerweise kaum schmerzhaft und langsam wachsend. Wiederholte Debulking-Operationen bzw. eine komplette Zytoreduktion mit intraperitonealer Chemotherapie sind vertretbar und können zu einem Langzeitüberleben führen [6]. Dazu sollte die Behandlung in Zentren mit nachgewiesener geringer perioperativer Morbidität erfolgen. Unser Patient weist nunmehr ein Gesamtüberleben von 76 Monaten (6,4 Jahre) auf und ist derzeit rezidivfrei.

Dr. med. Ulrike Wauer

Dr. med. Michael Pauthner

Sana Klinikum Offenbach,
Klinik für Allgemein-
und Viszeralchirurgie

Dr. phil. nat. Ernst Reitsamer

Sana Klinikum Offenbach,
Med. Klinik IV für Hämatologie
und Onkologie

Interessenskonflikt: Es liegen keine Interessenskonflikte vor. Die Literatur findet sich in der Online-Ausgabe im Internet unter www.laekh.de.

Literatur zum Artikel:

Der Nutzen einer individualisierten Tumorthherapie

Case report: Atypischer Verlauf eines muzinösen Adenokarzinoms der Appendix

von Dr. med. Ulrike Wauer, Dr. med. Michael Pauthner und Dr. phil. nat. Ernst Reitsamer

- [1] Van de Moortele M et al.: Appendiceal cancer: a review of the literature Acta Gastro-Enterologica Belgica, Vol 83, July-September 2020; 441–448
- [2] Davison J. et al: Clinicopathologic and molecular analysis of disseminated appendiceal mucinous neoplasms: identification of factors predicting survival and proposed criteria for a three-tiered assessment of tumor grade Mod.Pathol. 214,27: 1521–1539
- [3] Chua T.et al:Early-and longterm outcome data of patients with pseudomyxoma peritonei from appendiceal origin treated by a strategy of cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy J.Clin.Oncol. 2012, 30: 2449–2456
- [4] Barrios P. et al: Recommendations in the management of epithelial appendiceal neoplasms and peritoneal dissemination from mucinous tumors (pseudomyxoma peritonei) Clin.Transl.Oncol.,2016,18:437–448
- [5] McConnell YJ. Et al: Cytoreductive surgery with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy: an emerging treatment option for advanced goblet cell tumors of the appendix Ann Surg Oncol 2014;21(6):1975–1982
- [6] Kelly K.J.: Management of appendix cancer Clin Colon Rectal Surg 2015;28:247–255



Behandlungsfehler und der Beweis für die verursachte Gesundheits-schädigung

Ein Fall aus der Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der LÄKH

Der Patient, Jahrgang 1983, wurde in 2020 in einer internistischen Klinik eines Krankenhauses in Hessen mit einem pulmonalen Infekt stationär aufgenommen, der in der Folge als Mykoplasmenpneumonie klassifiziert werden konnte. Zehn Tage später beklagte der Patient starke Schmerzen im rechten Unterschenkel, „wie zuvor noch nie gehabt“. Trotz ärztlichen Vermerks „Klären: Echo/Beinvenenkompression Sono/CT-Thorax“ erfolgten diese Maßnahmen erst drei Tage später, Diagnose: Ausgedehnte tiefe Beinvenenthrombose im rechten Bein bis zur Leistenregion.

Der Patient will bei der Gutachter- und Schlichtungsstelle (GuS) der Landesärztekammer Hessen prüfen lassen, ob ihm wegen der durch die Thrombose verursachten erheblichen gesundheitlichen Schädigung Schadensersatzanspruch zusteht. Insbesondere bemängelte er, dass keine sachgerechte Thromboseprophylaxe erfolgt sei und dann trotz mehrfachen Hinweises auf Schmerzen im rechten Bein eine sonografische Abklärung und Thrombosesicherung erst verzögert passierte.

Ein von der GuS beauftragter Sachverständiger – Facharzt für Innere Medizin/Angiologie/Hämostaseologie – führte in seinem Gutachten aus: Unter Berücksichtigung der Umstände, insbesondere glaubhafte Schilderung des Patienten, dokumentierte Schwere der Erkrankung und starke Medikation, sei davon auszugehen, dass bei dem Patienten eine Bettlägerigkeit bestanden habe. Dies bedeute, dass nach der AWMF-S3-Leitlinie zumindest ein mittleres Risiko für eine venöse Thromboembolie (VTE) bestanden habe, bei dem Thromboseprophylaxe durchgeführt werden „soll“. Behandlungsfehlerhaft sei deshalb die frühzeitige Prophylaxe unterblieben, Gründe dafür seien nicht er-

sichtlich. Mit einer adäquaten Thromboseprophylaxe könne das Risiko einer Thrombose um ca. 50–65 % gesenkt werden, sie bedeute also eine hocheffektive Maßnahme zur Risikosenkung.

Prophylaxe ist medizinischer Standard

Die Kommission hat dazu entschieden: Die gebotene Prophylaxe ist in der S3-Leitlinie als sogenannte „Soll“-Regelung festgehalten. Daraus folgt unzweifelhaft, dass die Durchführung einer medikamentösen VTE-Prophylaxe bei dem Patienten indiziert war und dass eine solche Prophylaxe hier als geschuldeter „medizinischer Standard“ zu bewerten ist. Selbstverständlich ist eine S3-Leitlinie nicht absolut bindend, das Abweichen von der Leitlinie bedarf jedoch einer sachgerechten medizinischen Begründung und einem Abwägen der Vor- und Nachteile. Dass eine entsprechende Abwägung ärztlich erfolgte, ist aus der gesamten Dokumentation nicht ersichtlich. Daher: Die unterlassene Thromboseprophylaxe bedeutet eindeutig einen Behandlungsfehler.

Dieser Behandlungsfehler hat aber nicht ohne weiteres zur Folge, dass eine Haftung der Behandlerseite für die eingetretene Gesundheitsschädigung besteht. Im Gutachten ist nämlich zutreffend ausgeführt, dass die geschuldete Prophylaxe das Risiko einer Thrombose zwar erheblich reduziert (50–65 %), aber nicht sicher verhindert hätte.

Gericht: Patient muss Kausalzusammenhang nachweisen

Dazu ist durch den Bundesgerichtshof (BGH) geklärt: Im Arzthaftungsrecht muss der Patient nicht nur das Vorliegen

eines Behandlungsfehlers, sondern grundsätzlich auch dessen für die Gesundheit nachteilige Wirkung, also den Kausalzusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem eingetretenen Gesundheitsschaden nachweisen [1]. Dieser notwendige Kausalitätsnachweis ist nicht geführt, wenn zu fast 50 % die Schädigung auch bei adäquater Behandlung – schicksalhaft – hätte eintreten können. Hier war deshalb weiter zu prüfen, ob zugunsten des Patienten eine Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität aus dem Gesichtspunkt des groben Behandlungsfehlers anzunehmen war:

Liegt ein grober Behandlungsfehler vor, der geeignet ist, die beklagte Schädigung herbeizuführen, wird vermutet, dass der Fehler hierfür ursächlich war (§ 630h Abs. 5 Satz 1 BGB – Patientenrechtegesetz). Die Kommission bewertet das Unterlassen der Thromboseprophylaxe hier als einen Fehler, der schlechterdings nicht in einer internistischen Klinik vorkommen darf und der deshalb als grober Fehler zu bewerten ist. Die Indikation zur Prophylaxe war unter den gegebenen Umständen absolut eindeutig, nachvollziehbare ärztliche Erwägungen, die Prophylaxe zu unterlassen, wurden nicht ange stellt.

Daher ist als bewiesen anzusehen, dass die Behandlerseite das Eintreten der Venenthrombose verursacht hat, sie haftet dann für die gesamte gesundheitliche Schädigung.

Hier ist ergänzend nach zehn stationären Tagen ein weiterer Behandlungsfehler unterlaufen: Zutreffend hat der Sachverständige ausgeführt, dass gleich an dem Tag, als der Patient die massiven Schmerzen im rechten Bein klagte, die weitergehende klinische Untersuchung und adäquate Behandlung hätte durchgeführt werden



Zehn Tage nach einem Aufenthalt in einer Klinik klagt ein Patient über starke Schmerzen. Diagnose: eine ausgedehnte Beinvenenthrombose.

müssen, (wie in der Klinik eigentlich auch erkannt, dann aber aus nicht bekannten Gründen nicht weiter verfolgt wurde), und nicht erst drei Tage später.

Auch hier ist der Patient eigentlich beweispflichtig dafür, dass bei rechtzeitiger Untersuchung und Behandlung sein Gesundheitsschaden erheblich geringer ausgefallen wäre. In gewissem Umfang ergibt sich der volle Beweis aus dem Krankheitsverlauf an sich. Soweit Unsicherheit noch besteht, ob die gesamte Schädigung sicher bei rechtzeitiger Behandlung drei Tage früher verhindert worden wäre, kommt wieder zu Gunsten des Patienten eine Umkehr der Beweislast zur Anwendung: Die verzögerte Untersuchung bedeutet bekanntlich einen Befunderhebungsfehler, der von großer beweisrechtlicher Bedeutung ist. Ist nämlich eine gebotene Befunderhebung schuldhaft unterblieben, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein dringend behandlungsbedürftiges Ergebnis erbracht hätte, so tritt ebenfalls eine Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität der Gesundheitsschädigung ein (§ 630h Abs. 5 Satz 2 BGB). Die rechtzeitige Befunderhebung hätte hier ohne

Zweifel die entstandene Thrombose schon offenbart, die sofort adäquat hätte behandelt werden müssen. Alle Zweifel, in welchem Maße durch die adäquate unverzügliche Behandlung die Folgen hätten verhindert werden können, gehen danach zugunsten der Behandlerseite.

Demnach liegen ein grober Behandlungsfehler und ergänzend ein Befunderhebungsfehler vor.

Beide Fehler haben eine Beweislastumkehr hinsichtlich der Kausalität zwischen Fehler und der Gesundheitsschädigung zur Folge. Die Behandlerseite haftet daher für alle Folgen, die zwar nicht sicher, aber jedenfalls möglicherweise durch die Fehler verursacht sind.

Fazit

Der Nachweis der Kausalität zwischen einem Behandlungsfehler und einer geltend gemachten gesundheitlichen Schädigung ist oftmals für einen Patienten schwierig und hat in nicht wenigen Fällen zur Folge, dass ein Schadensersatzanspruch trotz nachgewiesenen Behandlungsfehlers nicht verwirklicht werden kann. Nach der Rechtsprechung des BGH bedarf es – wie im Schadensersatzrecht auf allen Rechtsgebieten üblich – der vollen Beweisführung der Kausalität, also eines „für das praktische Leben brauchbaren Grades an Gewissheit, der vernünftigen Zweifeln Schweigen gebietet“. Diese Beweisschwierigkeiten eines Patienten hat der BGH dadurch zugunsten eines Patienten zu mildern versucht, dass – wie oben ausgeführt

– eine Umkehr der Beweislast anerkannt worden ist in Fällen eines groben Behandlungsfehlers und eines Befunderhebungsfehlers. Diese Rechtsprechung ist durch das Patientenrechtegesetz übernommen worden. Das jeweilige Ergebnis erscheint aber manchmal recht krass, eben alles oder nichts.

Zum Vergleich sei auf ausländische Rechtslage verwiesen. In Österreich ist maßgeblich: „Wenn möglicherweise mit ärztlichen Behandlungsfehlern zusammenhängende Gesundheitsschäden des Patienten vorliegen, sind wegen der besonderen Schwierigkeiten eines exakten Beweises an den Kausalitätsbeweis geringere Anforderungen zu stellen, zumal ein festgestellter schuldhafter Behandlungsfehler auf einen nachteiligen Kausalverlauf geradezu hinweist.“ Gefordert wird nur der „Nachweis einer hohen Wahrscheinlichkeit“. Der Tendenz nach entspricht das dem im amerikanischen Zivilprozessrecht allgemeingültigen „Überwiegensprinzip“, d. h. Haftung schon, wenn Kausalität nicht streng bewiesen, aber in „überwiegendem Maße“ anzunehmen ist. Ähnlich die Rechtsprechung des schweizerischen Bundesgerichtshofs: Wo nach der Natur der Sache ein direkter Beweis nicht geführt werden kann, genügt es, dass die „überwiegende Wahrscheinlichkeit“ für den behaupteten Kausalverlauf spricht. Wegen dieser anerkannten leichteren Beweisführung kennt die Rechtsprechung in den genannten Ländern nicht die Konstruktionen der deutschen Rechtsprechung zur Beweislastumkehr, mit der die sehr strengen deutschen Beweisanforderungen einen gewissen Ausgleich erfahren sollen. Eine Beweiserleichterung über die jetzige Rechtslage hinaus wird in Literatur und Praxis diskutiert.

Friedhelm Damm – VRLG a. D.

Stellvertretender Vorsitzender der Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Landesärztekammer Hessen
E-Mail: gg.friedhelm.damm@gmx.de

[1] Martis-Winkhart, Arzthaftungsrecht RdN A 239a und K 15; OLG München 09.11.2006 1 U 2742/06 OLGR München 2007, 158–160 und OLG Saarbrücken 29.11.2000 1 U 69/00–15.

Ärzte-Siegel sind irreführend

Das LG München I hatte über Ärzte-Siegel zu entscheiden

Das Landgericht München I hat am 13. Februar 2023 (4 HK O 14545/21) entschieden, dass sogenannte „Ärzte-Siegel“ wettbewerbsrechtlich unzulässig sind. In dem genannten Verfahren wendete sich die Zentrale zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs e. V., deren Mitglied auch die Landesärztekammer Hessen ist, gegen die Verleihung der Focus-Siegel „Top Mediziner“ bzw. „Focus Empfehlung“ für Ärztinnen und Ärzte. Nach Zahlung einer Lizenzgebühr konnten Ärztinnen und Ärzte mit diesen Siegeln werben.

Keine objektive Kriterien zugrundegelegt

Das Gericht führt hierzu aus, dass nach der allgemeinen Lebenserfahrung der Hinweis auf ein Prüfzeichen für die geschäftliche Entscheidung des Verbrauchers, in diesem Falle der Patientinnen und Patienten, eine erhebliche Bedeutung hat. Die Patientinnen und Patienten erwarten, dass ein mit einem Prüfzeichen versehene Dienstleistung von einer neutralen Stelle auf die Erfüllung der Mindestanforderungen anhand objektiver Kriterien geprüft wurde und bestimmte von ihm für die Güte und Brauchbarkeit als wesentlich angesehene Eigenschaften aufweisen.

Bei den Focus Siegeln „Top Mediziner“ und „Focus Empfehlung“ werden allerdings hauptsächlich Kriterien berücksichtigt, die auf subjektiven Wahrnehmungen beruhen, wie die Eigeneinschätzung, eine Kollegenempfehlung oder die Patientenzufriedenheit. Interessant sind auch die Ausführungen des Gerichts zur Meinungs- und Pressefreiheit, mit der der Burda Verlag argumentiert hat. Das Landgericht führt hierzu aus, dass aufgrund des für die Siegelnutzung durch die Ärztinnen und Ärzte zu entrichtenden nicht unerheblichen Lizenzentgelts, der Bereich der von der Meinungs- und Pressefreiheit gedeckten redaktionellen bewertenden Beurteilung verlassen wird. Vielmehr wird zusätzlich gerade dann der irreführende Eindruck erweckt, dass deren Verleihung auf objektiven nachprüfbar Kriterien beruhen, wenn die „Ärzte-Listen“ nicht nur in der Zeitschrift „Focus“ veröffentlicht werden, sondern die Siegel darüber hinaus individuell zu Werbezwecken eingesetzt werden dürfen.

Das Gericht führt zudem aus, dass die Focus-Siegel „Top Mediziner“ und „Focus-Empfehlung“ für Ärztinnen und Ärzte gerade nicht den Eindruck erwecken, dass diesen eine mathematisch nicht nachvollziehbaren Wertungsentscheidung zugrunde läge. Das von Patientinnen und Patienten durch das Siegel verstandene „Qualitätsurteil“ sei tatsächlich ein rein subjektives Urteil, das von vielen durch Ärztinnen und Ärzte und ihre Leistungen nicht beeinflussbaren Faktoren abhängt. Beispielsweise die Patientenzufriedenheit, diese ist jedoch anhand von Bewertungsplattformen etc. schwer messbar und wird häufig in subjektiven Eindrücken und Empfindungen geäußert und ist selten von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten beeinflussbar.

Nach dem Urteil des Landgerichts München I muss der Burda-Verlag, der die Focus-Siegel veröffentlicht, die Verleihung und Publizierung von diesen „Ärzte-Siegeln“ unterlassen. Nach Ansicht des Gerichts haben diese „Ärzte-Siegel“ die optische Aufmachung eines Prüfzeichens und seien irreführend. Mit ihnen werde bei den Patientinnen und Patienten der fälschliche Eindruck erweckt, damit versehene Ärztinnen und Ärzte seien aufgrund einer neutralen und sachgerechten Prüfung ausgezeichnet worden und seien deshalb gesondert zu würdigen.

Zu den genannten Bewertungskriterien gehört beispielsweise die Empfehlung von Kollegen, welche auch die Wettbewerbszentrale in ihrer Klage als „subjektives Element“ angemahnt hatte. Betrachtet man dieses Kriterium, so erscheint es logisch, dass es sich hierbei um ein überwiegend subjektives Empfinden handelt, da Kollegen-Empfehlungen zumeist auf persönlicher Sympathie basieren.

Wettbewerbswidrige Werbung

Das Urteil des Landgerichts München I stellt klar heraus, dass eine Werbung mit Siegeln, deren Verleihung nicht auf objektiv nachprüfbar Kriterien basiert, irreführend ist und somit wettbewerbswidrig im Sinne des UWG.

Die Landesärztekammer Hessen begrüßt das vorliegende Urteil. Die Qualität ärztlicher Arbeit lässt sich weder durch ein solches Ärztesiegel, noch durch eine Internetbewertung seriös einordnen. Maßgeblich für beide Einordnungen sind subjektive Kriterien, die vor allem auf der persönlichen Sympathie Dritter beruhen.

Seitens der Landesärztekammer Hessen wird angeraten, zukünftig die gegen Entgelt erteilten Siegel nicht mehr anzunehmen, um die gerichtlich festgestellte Irreführung zu vermeiden. Ärztinnen und Ärzten, die aktuell gegen Entgelt mit den Siegeln werben, wird dringend angeraten, mit diesen ab sofort nicht mehr zu werben, um so einer Irreführung vorzubeugen und um berufs- und wettbewerbsrechtliche Weiterungen zu vermeiden.

Das Urteil ist nicht rechtskräftig, es wurde bereits Berufung seitens des Verlages eingereicht. Es ist deshalb nun zu erwarten, dass eine weitere Instanz hierüber urteilen wird. Es wäre sehr zu begrüßen, wenn es zukünftig ein wegweisendes Grundsatzurteil dazu gäbe.

Petra Faath, LL.M.
Rechtsreferentin
der Landesärztekammer Hessen



Foto: privat



Aufruf: Mehr Frauen in die ärztliche Selbstverwaltung!

Der internationale Frauentag wurde vor mehr als hundert Jahren ins Leben gerufen. An diesem Tag werden Frauenrechte und die Gleichberechtigung der Geschlechter in den Fokus gerückt. Frauen sind mittlerweile in der Medizin angekommen. Deutschlandweit liegt der Anteil weiblicher Studierender im Winter-

semester 2021/22 bei etwa 63 % (Quelle: Destatis). Auch die Anzahl der in Hessen tätigen Ärztinnen nähert sich stetig der Zahl der Ärzte an. So sind von 39.654 gemeldeten Mitgliedern der Landesärztekammer Hessen 19.226 weiblichen Geschlechts (Stand: 01.03.2023). Dies entspricht ungefähr der Hälfte. Zwar ist das ein gutes Zeichen, doch ist dieses Verhältnis in der ärztlichen Selbstverwaltung noch nicht sichtbar.

Im vergangenen Jahr rief Landesärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski zu mehr weiblichem Engagement in der Kammer auf. Dieser Aufruf soll anlässlich des Weltfrauentags erneuert werden. „Es geht mir weniger um eine exakte Projektion der Geschlechterverhältnisse, aber doch um mehr Sichtbarkeit von Frauen in unserer Kammer“, so Pinkowski. „Ich

würde mich sehr freuen, wenn sich die Vielfalt der hessischen Ärzteschaft auch in Ausschüssen, Kommissionen und vor allem im Prüfungswesen abbildet.“

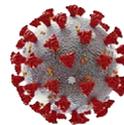
Das Präsidium der Landesärztekammer Hessen nähert sich mit Vizepräsidentin Monika Buchalik und vier weiteren weiblichen beisitzenden Mitgliedern schon der Verteilungsrealität in der hessischen Ärzteschaft an. „Wir arbeiten in dieser Konstellation nun schon seit mehreren Jahren Seite an Seite – durchaus erfolgreich, wie ich finde“, äußert der hessische Ärztekammerpräsident. „Ich hoffe sehr, dass künftig noch mehr Frauen den Schritt in die Berufspolitik wagen. Nur so werden Entscheidungen vorangebracht, die für alle relevant sind. Bitte verstehen Sie das als ausdrückliche Ermutigung.“

Marissa Leister



Grafik: Marissa Leister

Studie zu Long Covid



Symptome, die mehr als vier Wochen nach akuten Coronainfektionen noch fortbestehen oder neu auftreten, werden als Long Covid bezeichnet. Wie lange solche Symptome nach milden Verläufen anhalten, untersuchte ein Team um Dr. Maytal Bivas-Benita vom KI Research Institute in Kfar Malal, Israel.

Nach einem milden Verlauf einer SARS-CoV-2-Infektion verschwinden die meisten Langzeitfolgen innerhalb eines Jahres – so das Ergebnis der kürzlich im British Medical Journal veröffentlichten Studie. Die Forscher hatten den Gesundheitszustand von nicht infizierten Personen mit Menschen verglichen, die sich ein Jahr nach einer leichten Covid-19-Infektion erholt hatten. Für die Studie wurden Daten des zweitgrößten Gesundheitsfonds Israel ausgewertet, dessen Mitglieder zwischen dem 1. März 2020 und dem 1. Oktober 2021 auf Covid-19 getestet worden waren. Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen betrug 25 Jahre, 51 % von ihnen waren weiblich.

Über 70 mögliche Symptome

Insgesamt untersuchte das Forscherteam den Gesundheitszustand von 299.870 Personen, die sich innerhalb eines Jahres von einer leichten Covid-19-Infektion erholt hatten und stellte die Ergebnisse den Daten der gleichen Zahl nicht infizierter Personen gegenüber. Außerdem verglichen die Forscher die Unterschiede bei geimpften und ungeimpften Erkrankten über zwei verschiedene Zeiträume: Die ersten 30 bis 180 Tage nach der Infektion sowie 180 bis 360 Tage danach. Auch Alter, Geschlecht, Virusvariante und Impfstatus wurden in der Analyse berücksichtigt.

Die Arbeitsgruppe erfasste über 70 mögliche Symptome, die mit Long Covid einhergehen können, darunter Müdigkeit, Kurzatmigkeit, Geruchs- und Geschmacksverlust sowie Konzentrationsschwierigkeiten. Dabei traten Atembeschwerden und Müdigkeit am häufigsten auf. Die Analyse der Daten ergab ein erhöhtes Risiko für unterschiedliche Long Covid-Symptome nach einer milden Covid 19-Infektion, das in den ersten sechs Monaten nach der Infektion stärker ausgeprägt war und danach abnahm.

Fort- und Weiterbildung

Fazit

Wie die Studie ergab, hatten sowohl geimpfte als auch ungeimpfte Menschen ein ähnliches Risiko, Symptome im Zusammenhang mit Long Covid zu entwickeln. Während die Forscher kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder zwischen einzelnen Virusvarianten (Wildtyp, Alpha und Delta) feststellen konnten, fanden sie heraus, dass gegen SARS-CoV-2 geimpfte Personen im Vergleich zu Ungeimpften ein geringeres Risiko für Atembeschwerden hatten. Für andere Long-Covid-Symptome unterschied sich das Risiko nicht. Die überwiegende Mehrheit der Patienten hatte sich nach einem Jahr von den Beschwerden erholt.

Katja Möhrle

Maytal Bivas-Benita et al.: Long covid outcomes at one year after mild SARS-CoV-2 infection: nationwide cohort study, BMJ 2023;380:e072529. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072529>



Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

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

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

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Innere Medizin

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., 27. September 2023** **5 P**
(Live-Online-Veranstaltung)

Gesamtleitung: Dr. med. M. Eckhard, Gießen
Gebühr: 90 € (Akademiestudenten 81 €)

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

EKG-Kurs

Fr., 28.–Sa., 29. April 2023 **18 P**

Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich
Gebühr: 440 € (Akademiestudenten 396 €)

EKG-Refresher

Mi., 11. Oktober 2023 **9 P**

Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Prof. B. Kaess
Gebühr: 200 € (Akademiestudenten 180 €)

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

Arbeits- und Betriebsmedizin

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

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

MIMA: **Mi., 10. Mai 2023**

FOBI: **Mi., 21. Juni 2023**

FOBI: **Mi., 12. Juli 2023**

Weitere Termine unter

<https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/betriebsaerztliche-betreuung-von-arztpraxen>

Gebühr: je 160 € (Akademiestudenten 144 €)

Leitung: Dr. med. A. Rauch

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

Patientensicherheit und Qualitätssicherung

In Kooperation mit der Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen.

Mi., 22. November 2023 (Live-Online)

Leitung: K. Israel-Laubinger, Frankfurt
Gebühr: 130 € (Akademiestudenten 117 €)

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

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS):

Modul I: Grundkurs „Antiinfektiva“

Mo., 22.–Fr., 26. Mai 2023 **40 P**

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf,
Dr. med. J. Kessel,
Prof. Dr. med. C. Stephan,
Prof. Dr. med. T. A. Wichelhaus,
PD Dr. med. M. Hogardt, Frankfurt
Gebühr: 990 € (Akademiestudenten 891 €)

Modul 5 – Kolloquium

Mo., 30. Oktober–Mi., 01. November 2023

Leitung: Prof. Dr. med. K.-P. Hunfeld, Frankfurt
Gebühr: 830 € (Akademiestudenten 747 €)

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

Palliativmedizin

Refresher

Mi., 16. September 2023 **9 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

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

**Transfusionsverantwortlicher/Transfusionsbeauftragter/
Leiter Blutdepot (16 Std.)** 16 P

Mi., 08. November 2023 (Live-Online)

Beginn Telelernphase: 09. 10.2023

Leitung: Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach
Gebühr: 400 € (Akademiestudent 360 €)

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

Notfall- und Intensivmedizin

**Wiederholungsseminar Seminar Leitender Notarzt
Sa., 04. November 2023**

Leitung: Dr. med. G. Appel, T. Winter
Gebühr: 320 € (Akademiestudent 288 €)
Ort: Kassel, Hess. Landesfeuerwehrschule

Auskunft/Anmeldung: P. Glitsch, Fon: 06032 782-219
E-Mail: patrizia.glitsch@laekh.de

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Do., 02.–Sa., 04. November 2023 26 P

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
M. Leimbeck, Marburg
Gebühr: 580 € (Akademiestudent 522 €)

Notfallmedizin machbar machen 8 P
Mi., 22. November 2023

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
Gebühr: 200 € (Akademiestudent 180 €)

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

48. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

Mo., 24.–Fr., 28. April 2023 50 P

Leitung: Prof. Dr. med. F. Finkelmeier,
Dr. med. A. Grünewaldt,
Dr. med. S. Heyl, Frankfurt
Gebühr: 800 € (Akademiestudent 720 €)
Ort: Frankfurt, Uniklinikum

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

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“

Mi., 28. Juni 2023 6 P

Leitung: PD Dr. med. L. Schrod
Gebühr: 80 € (Akademiestudent 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., 16.–Sa., 17. Juni 2023

Teil 2: Fr., 23.–Sa., 24. Juni 2023

Teil 3 – Praktikum: Fr., 30. Juni 2023

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

Gebühr: 750 € (Akademiestudent 675 €)

Auskunft/Anmeldung: P. Glitsch, Fon: 06032 782-219
E-Mail: patrizia.glitsch@laekh.de

Qualitätsmanagement

**Moderation von Morbiditäts- & Mortalitätskonferenzen
(M&M-K)**

Do., 12.–Fr., 13. Oktober 2023

Beginn der Telelernphase: 11.09.2023

Leitung: Dr. med. K. Schneider
Gebühr: 480 € (Akademiestudent 432 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,
Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiel.candelo-roemer@laekh.de

**Hygiene und Umweltmedizin,
Öffentliches Gesundheitswesen**

Hygienebeauftragter Arzt (40 Std)

Mo., 08.–Fr., 12. Mai 2023

Leitung: D. Ziedorn, Wetzlar
Gebühr: 980 € (Akademiestudent 882 €)

Ort: **Mo. + Fr.: Live-Online**
Di.–Do.: Wetzlar, Lahn-Dill-Klinikum

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

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

Ultraschall

Gefäße: Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren Arterien und Venen

Aufbaukurs

Theorie: Do., 22.–Fr., 23. Juni 2023

Praktischer Teil: Sa., 24. Juni 2023

Gebühr: 660 € (Akademiestudenten 594 €)

Ort:

Theorie: Bad Nauheim, BZ der LÄK Hessen

Praktischer Teil: Frankfurt, KKH Nordwest Kommunikationszentrum

Abschlusskurs

Theorie: Fr., 17. November 2023

Praktischer Teil: Sa., 18. November 2023

Gebühr: 560 € (Akademiestudenten 504 €)

Ort:

Theorie: Bad Nauheim, BZ der LÄK Hessen

Praktischer Teil: Frankfurt, KKH Nordwest Kommunikationszentrum

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

Ultraschall- Trainingstag

Sa., 01. Juli 2023

Gebühr: 350 € (Akademiestudenten 315 €)

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

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

Transplantationsmedizin

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

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

Kriseninterventionsseminar: Mi., 03. Mai oder Do., 06. Juli 2023 **8 P**

Gebühr: je 200 € (Akademiestudenten 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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul Ic: Fr., 12.–Sa., 13. Mai 2023

Gebühr: 400 € (Akademiestudenten 360 €)

Modul II: Sa., 04. November 2023

Gebühr: 200 € (Akademiestudenten 180 €)

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul I-III: Fr., 02.–Sa., 03. Juni 2023

Gebühr: 330 € (Akademiestudenten 297 €)

Modul IV: Fr., 06.–Sa., 07. Oktober 2023

Gebühr: 330 € (Akademiestudenten 297 €)

Modul V: Sa., 07. Oktober 2023

Gebühr: 110 € (Akademiestudenten 99 €)

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

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Grundkurs

Theorie: Fr., 05.–Sa., 06. Mai 2023 **25 P**

Praktikum: Mo., 08. Mai oder Di., 09. Mai 2023

Gebühr: 480 € (Akademiestudenten 432 €)

Ort:

Theorie: Frankfurt, LÄKH

Praxis: Bad Nauheim, Hochwaldkrankenhaus

Aktualisierungskurs Sa., 20. Mai 2023 **8 P**

Gebühr: 220 € (Akademiestudenten 198 €)

Ort: Frankfurt, LÄKH

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Theorie: Fr., 08.–Sa., 09. September 2023 **22 P**

Praktikum: Mo., 25. September 2023

Gebühr: 420 € (Akademiestudenten 378 €)

Ort:

Theorie: Frankfurt, LÄKH

Praxis: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

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

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

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter 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.

Modul VIII: Fr., 05.–Sa., 06. Mai 2023 und
Fr., 12.–Sa., 13. Mai 2023

Beginn Telelernphase: 05.04.2023

Gebühr: 1.090 € (Akademiestatistiker 981 €)

Modul I: Do., 22.–Sa., 24. Juni 2023

Beginn Telelernphase: 22.05.2023

Gebühr: 660 € (Akademiestatistiker 594 €)

Modul II: Do., 29. Juni–Sa., 01. Juli 2023

Beginn Telelernphase: 29.05.2023

Gebühr: 660 € (Akademiestatistiker 594 €)

Modul III: Do., 12.–Sa., 14. Oktober 2023

Beginn Telelernphase: 12.09.2023

Gebühr: 660 € (Akademiestatistiker 594 €)

Modul IV: Do., 19.–Sa., 21. Oktober 2023

Beginn Telelernphase: 19.09.2023

Gebühr: 660 € (Akademiestatistiker 594 €)

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

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

Palliativmedizin

Fallseminar Modul II Mo., 26.–Fr., 30. Juni 2023

Leitung: M.-S. Jost, Eschwege

Gebühr: 950 € (Akademiestatistiker 855 €)

Fallseminar Modul III Mo., 20.–Fr., 24. November 2023

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: 1050,00 € (Akademiestatistiker 945 €)

Kurs-Weiterbildung Di. 28.11.2023 – Sa. 02.12.2023

Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau

Gebühr: 950 € (Akademiestatistiker 855 €)

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

Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

Modul V: Mo., 04.–Fr., 08. September 2023

Modul VI: Mo., 11.–Fr., 15. September 2023

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

Allgemeinmedizin

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

Kurs A: Di., 18.–Mi., 19. April 2023

Leitung: Prof. Dr. med. S. Bösner, Marburg
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Gebühr: 380 € (Akademiestatistiker 342 €)

Kurs A: Di., 14.–Mi., 15. November 2023

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

Gebühr: 380 € (Akademiestatistiker 342 €)

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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Mo., 12.–Fr., 16. Juni 2023

Ort: Mo.–Do. Bad Nauheim,
Fr. Live-Online

Gebühren: 610 € (Akademiestatistiker 549 €)

Gesamtleitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt

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

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

Psychosomatische Grundversorgung

29. 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.

29. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Block III:	Fr., 14.–Sa., 15. Juli 2023	16 P
Block IV:	Fr., 29.–Sa., 30. September 2023	16 P
Block V:	Fr., 10.–Sa., 11. November 2023	16 P
Block VI:	Fr., 08.–Sa., 09. Dezember 2023	16 P

Gebühren: je Block 310 €
(Akademiestudenten 279 €)

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

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

G7-G8	Fr., 02.–Sa., 03. Juni 2023
G9-G10	Fr., 07.–Sa., 08. Juli 2023
G11-G12	Fr., 15.–Sa., 16. September 2023

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

GP	Fr., 02.–Sa., 03. Juni 2023
GP	Fr., 07.–Sa., 08. Juli 2023
GP	Fr., 15.–Sa., 16. September 2023

Leitung: H. Luxenburger, München

Gebühren:
Einzelkurs: 240 €
(Akademiestudenten oder Mitglieder DÄGfA: 190 €)

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

Sportmedizin

Modul 9: Mo., 25.–Di., 26. September 2023
Modul 7: Mi., 27.–Do., 28. September 2023
Modul 14: Fr., 29.–Sa., 30. September 2023

Modul 13: Mo., 13.–Di., 14. November 2023
Modul 12: Mi., 15.–Do., 16. November 2023
Modul 11: Fr., 18.–Sa., 19. November 2023

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer
Gebühren: je 330 € (Akademiestudent 297 €)

Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: caroline.winkler@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 3: Beginn der Telearnphase: 04.04.2023
Sa., 29. April 2023 und
Mo., 08.–Fr., 12. Mai 2023

Modul 5: Beginn der Telearnphase: 09.08.2023
Sa., 02. September 2023 und
Mo., 11.–Fr., 15. September 2023

Gebühr: je 930 € (Akademiestudenten 837 €)
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

Paket 1: Telearnphase I & Block 3 **51 P**
Telearnphase I: Mo., 25. September–
So., 29. Oktober 2023
Block I: Mo., 30. Oktober–
Fr., 03. November 2023
Leitung: K. Israel-Laubinger, Frankfurt
Gebühr: 1.300 € (Akademiestudent 1.170 €)

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

Auskunft/Anmeldung:
A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

Modul III: Fr., 12.–Sa., 13. Mai 2023 21 P

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

Modul IV: Fr., 08.–Sa., 09. September 2023 20 P

Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt
S. Stahlberg, Frankfurt

Modul II: Fr., 03.–Sa., 04. November 2023 21 P

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

Gebühr: je 390 € (Akamitgl. 351 €)

Ort: Modul II: Kassel
Module III+IV: Bad Nauheim

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 08.–Sa., 11. November 2023

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.
H.-R. Tinneberg, Frankfurt

Gebühr: 640 € (Akademiestudenten 576 €)

Gebühr/Tag: 200 € (Akademiestudenten 180 €)

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 24.–Sa., 29. April 2023 ges. 61 P

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

Gebühr ges.: 770 € (Akamitgl., BDI, DGIM 693 €)

Gebühr/Tag: 200 € (Akamitgl., BDI, DGIM 180 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,
Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

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

Gerne können Sie sich auch schriftlich zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-200, Fax: 06032 782-220.

Erst nach Rücksendung Ihrer unterschriebenen Anmeldeunterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Bitte beachten Sie die Allgemeinen Vertragsbedingungen und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn Veranstaltungen kurzfristig abgesagt werden müssen, werden Sie von der Akademie benachrichtigt.

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

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

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

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

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Gebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Bitte informieren Sie sich über:

Fon: 06032 782-204,
E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de
Akademie online:

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





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

Neu: Klimawandel und Gesundheit (KLG) 48 Stunden

Der neue Qualifizierungslehrgang wird in Zusammenarbeit mit der DAGP e. V. und nach dem Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer veranstaltet. Die Fortbildung im Blended-Learning-Konzept gliedert sich in drei Teile:

- Teil 1 (4 Std.): Ursachen des Klimawandels
- Teil 2 (8 Std.): Wahrnehmung und Motivation
- Teil 3 (36 Std.): Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit; Gesundheitskompetenz und Präventionsmaßnahmen; Handlungsfelder in Gesundheitseinrichtungen; Hausarbeit und Vorstellung

Termine Teil 1: Anmeldung über www.dapg.info/termine

Gebühr: 85 €

Termine Teil 2: auf Anfrage

Gebühr: 105 €

Termine Teil 3: Interessentenliste

Gebühr: 455 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Tanja Oberwallner, Fon: 06032 782-131, Fax -180

Onkologie (ONK) 120 Stunden

Der Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung der Ärztin/des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Onkologiepatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen besteht aus den nachfolgenden Modulen, die einzeln buchbar sind.

Termin ONK PAL: ab 22.06.2023

Gebühr: 275 €

Termin ONK: ab 13.07.2023

Gebühr: 665 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Kurse Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) zu belegen.

Kontakt: Tanja Oberwallner, Fon: 06032 782-131, Fax -180

Aktualisierung Onkologie: Nebenwirkungsmanagement (ONK A 2) 16 Stunden

Die Aufbaufortbildung richtet sich insbesondere an Medizinische Fachangestellte, die bereits am 120-stündigen Qualifizierungslehrgang Onkologie teilgenommen haben und gemäß „Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum BMV-Ä)“ ihren Wissenstand aktualisieren bzw. erweitern wollen.

Termin ONK A2: Fr., 28.04.-Sa., 29.04.2023

Gebühr: 165 €

Kontakt: Julia Werner, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

Ernährungsmedizin (ERM) 120 Stunden

In einem ernährungstherapeutischen Team sollen die fortgebildeten Mitarbeiter/-innen bei Maßnahmen der Koordination und Organisation von Präventionsleistungen sowie Therapie-maßnahmen ernährungsbedingter Krankheiten qualifiziert unterstützen und delegierbare ärztliche Leistungen durchführen.

Termin (ERM): ab 30.05.2023

Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Kurse Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) zu belegen.

Kontakt: Julia Werner, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

Kenntnisse im Strahlenschutz (STR) 90 Stunden

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.

Termin 23 STR 1: ab 03.05.2023

Gebühr: 1.080 € zzgl. 55 € Prüfungsgebühr

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

Aktualisierungskurse „Kenntnisse im Strahlenschutz“ (STR A)

Ziel der Veranstaltung ist die Aktualisierung der Fachkunde und erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz nach § 49 Abs. 3 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV). Zielgruppe sind Medizinische Fachangestellte, Arzthelfer/-innen und Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, MTA, MTRA und MTLA.

Termin STR A 1_2: Sa., 13.05.2023

Termin STR A 1_3: Sa., 23.09.2023

Gebühr: 125 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Wurde die Frist zur Aktualisierung versäumt, kann der Sonderkurs (16 Stunden) besucht werden:

Termin STR A 2_2: Fr., 22.09.- Sa., 23.09.2023

Gebühr: 310 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

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

Neurologie und Psychiatrie (NP) 120 Stunden

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

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: Interessentenliste

Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Tanja Oberwallner, Fon: 06032 782-131, Fax -180

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

Die Aufstiegsfortbildung richtet sich an ausgebildete Medizinische Fachangestellte, die eine neue Herausforderung suchen und sich beruflich weiter qualifizieren möchten.

Die Module des Pflichtteils sind:

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

Durch die Kombination von **300 Std. Pflichtteil** und **120 Std. medizinischen Wahlteil** hat der/die Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Bereich des Praxismanagements, als auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin. Für den Wahlteil werden Qualifizierungslehrgänge anerkannt, die mindestens 40 Stunden umfassen und auf einem Curriculum der Bundesärztekammer oder einer Landesärztekammer basieren.

Termin FAW_3: ab 05.06.2023

Termin FAW_4: ab 28.08.2023

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

Nichtärztliche Praxisassistenten (NÄPA)

Nichtärztliche Praxisassistenten und Praxisassistentinnen unterstützen Haus- und Fachärzte bei der Versorgung der Patienten. Im Rahmen der delegationsfähigen ärztlichen Leistungen können sie selbständig Hausbesuche und Besuche in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durchführen und z. B. Wunden versorgen, Blutdruck- und Blutzuckerwerte kontrollieren und die Sturzprophylaxe übernehmen. Der Fortbildungsumfang richtet sich nach der Dauer der Berufstätigkeit.

Termin: ab 29.06.2023

Gebühr: 1.925 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Injektionen/Infusionen (MED 3) 7 Stunden

Der Notfall in der Arztpraxis ist immer wieder eine Herausforderung für das gesamte Praxisteam. Das praxisorientierte Training schafft Anwendersicherheit für die Notfallversorgung.

Termin MED 3: Sa., 29.04.2023

Gebühr: 125 €

Kontakt: Danuta Scherber, Fon: 06032 782-189, Fax: -180

Notfalltraining (MED 9) 9 Stunden

Der Notfall in der Arztpraxis ist immer wieder eine Herausforderung für das gesamte Praxisteam. Das praxisorientierte Training schafft Anwendersicherheit für die Notfallversorgung.

Termin MED 9: Sa., 03.06.2023

Gebühr: 125 €

Kontakt: Zakia Ahmad, Fon 06032 782-172, Fax -180

Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende

Informationen und Termine zu den Prüfungsvorbereitungskursen für die **Abschlussprüfung Sommer 2023** für Medizinische Fachangestellte finden Sie auf unserer Website.

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

Tagesaktuelle Informationen

Über unsere tagesaktuellen Fortbildungsangebote informieren wir Sie auch auf unserer Website www.carl-oelemann-schule.de und über Facebook www.facebook.com/LAEKHessen/. Der QR-Code führt direkt dorthin.





Weniger Empfindlichkeit – mehr Empfindsamkeit!

Rassismus in Praxis und Klinik: Bericht des Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragten der Landesärztkammer Hessen

Dr. med. Ernst Girth

Seit 2020 hat die Landesärztkammer Hessen (LÄKH) die Zuständigkeit des Menschenrechtsbeauftragten um Rassismus und Diskriminierung erweitert. Es ist daher an der Zeit, den Kolleginnen und Kollegen einen ersten Einblick zu vermitteln, mit welchen Problemen ich seitdem konfrontiert bin.

Risikofaktor Rassismus

In einer Arbeit aus diesem Jahr im JAMA hat sich der amerikanische Sozialmediziner Dave A. Chokshi mit der medizinischen Problematik auseinandergesetzt, den Faktor Rasse bei verschiedenen Risiko-Parametern zu verwenden, z. B. erhöhtes Risiko bei Nierensuffizienz oder Covid-19 [1]. Er weist nach, dass durch das Ausklammern soziokultureller Faktoren völlig falsche Bilder entstehen. Wenn also beispielsweise schwarze Menschen mit akutem Herzinfarkt verglichen mit Weißen vermehrt in eine Normalabteilung statt in eine Cardiac Care Unit eingewiesen werden, dann ist nicht der Faktor Rasse für die erhöhte Sterblichkeit verantwortlich, sondern die gesellschaftlich bedingte Einweisungspraxis. Nicht Rasse, sondern Rassismus ist der Risikofaktor. Die grauenhafte pseudowissenschaftliche Etablierung des Konzepts von „Rasse“ und dessen nicht minder grauenhaften Folgen in unserem Land sind zwar hier nicht mein Thema, aber ohne den Kolonialismus und den Nationalsozialismus sind weder der manifeste Rassismus noch die Spuren zu verstehen, die in vielen von uns qua Erziehung als unreflektierter, latenter Rassismus fortbestehen. Der Philosoph Søren Kierkegaard hat das sehr prägnant auf den Punkt gebracht: „Verstehen kann man das Leben nur rückwärts, leben muss man es vorwärts.“

Auch wenn wir mit dem Glauben aufgewachsen sind, dass Wissenschaft Wissen schafft, vergessen wir allzu gern, dass

Wissenschaft auch Mythen schafft, die leider oft schwer wieder aus der Welt und unseren Köpfen oder besser unserem – individuellen wie kollektiven – Unbewussten zu schaffen sind. Und das heißt: Rassismus ist ein medizinischer und vor allem ein gesellschaftlicher Risikofaktor.

Fortschritte für eine humane und soziale Medizin

Es ist 25 Jahre her, dass die LÄKH einen Menschenrechtsbeauftragten ernannt hat. Vorreiter war die Berliner Ärztkammer unter Dr. med. Ellis Huber [2] und seine „Fraktion Gesundheit“.

In Hessen hat dies die Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (LDÄÄ) gegen mannigfaltige Widerstände durchgesetzt. Heute hat jede Landesärztkammer eine(n) Menschenrechtsbeauftragte(n). 2020 kam der Vorschlag, einen Rassismusbeauftragten zu benennen, nicht von einer Liste, sondern mitten aus dem Präsidium der LÄKH. Das allein zeigt schon, dass sich in den vergangenen 25 Jahren sehr viel verändert hat und der Kampf für eine humane und soziale Medizin in der verfassten Ärzteschaft wesentlich breiter aufgestellt ist.

So sehr es mich gefreut hat, dass man mir antrag, dieses Amt zu übernehmen, dachte ich spontan, dass dieser neue Titel eigentlich überflüssig sei. Denn natürlich ist Rassismus ein Menschenrechtsproblem. Heute weiß ich, dass es richtig und wichtig war, das Thema Rassismus auch im Titel des Beauftragten zu nennen. Denn verglichen mit einer Handvoll Beschwerden über Rassismus in den 25 Jahren als Menschenrechtsbeauftragter sind es nach der Namensweiterung in nur zwei Jahren etwa 40 Eingaben geworden.

Dabei glaube ich nicht, das man daraus auf eine Zunahme des Rassismus in Praxen und Krankenhäusern schließen kann. Auch die internationale Fokussierung auf

das Problem, wie die „Black Lives Matter“-Bewegung in den USA und das enorme bundesweite Presseecho auf die hessische Entscheidung erklären meines Erachtens die steigenden Beschwerdezahlen nicht ausreichend. Mir scheint eher, dass der Begriff „Menschenrechte“ für viele Menschen einfach zu abstrakt ist. Rassismus dagegen bedarf keiner weiteren Erklärung und ist in der Lebenswirklichkeit der Betroffenen eine traurige Realität. Aus vielen Zuschriften weiß ich, dass es für sie eine große Erleichterung war und ist, ernst genommen zu werden und einen ärztlichen Ansprechpartner für ihre Beschwerden zu finden.

Berufsordnung als Grundlage

Zu meinem Vorgehen schreibe ich den Betroffenen nach ihrer Eingabe Folgendes: „Vorab möchte ich Ihnen ein paar Gedanken mitteilen, die zur Einrichtung eines Rassismusbeauftragten bei der Landesärztkammer Hessen geführt haben. Es waren weniger Klagen oder Berichte über rassistische Vorfälle, als vielmehr die Überlegung, dass es so wie in der Gesamtbevölkerung auch unter Ärztinnen und Ärzten einen gewissen Prozentsatz rassistischer und fremdenfeindlicher Einstellungen geben wird und wir als Ärztkammer unseren Beitrag leisten wollen, dass sich alle hessischen ÄrztInnen immer an die in der Berufsordnung niedergelegten Rechte und Pflichten gegenüber PatientInnen halten. In dem Gelöbnis, das der Berufsordnung vorangestellt ist, heißt es unter anderem: „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.“

Latenter Rassismus

Eine Patienten-Beschwerde lege ich dem oder der Beschuldigten zur Stellungnahme vor, um den Sachverhalt zu klären und bestenfalls mit beiden Parteien zu einer einvernehmlichen Lösung zu kommen. Gelingt das nicht, übergebe ich die Beschwerde der Rechtsabteilung der Landesärztkammer, die dann rechtliche Schritte prüfen wird.

Neben der erstaunlich großen Zahl der Beschwerden habe ich eine zweite wichti-

Gemeinsam gegen Ausländerfeindlichkeit und Rassismus

Diese aufzuklären ist nicht allein meine Aufgabe, das geht uns alle an. In vielen von uns, die wir uns auf die Seite der „Guten“ rechnen, steckt aus den genannten geschichtlichen und biografischen Gründen mehr Rassismus als wir wahrhaben wollen. Anhand folgender Beispiele kann die eigene Einstellung gut selbst überprüft werden.

sagt, ebenfalls erregt: „Aber ich bin eine christliche Ärztin und wünsche Ihnen trotzdem alles Gute.“ Sie erklärt später, der Ehemann habe sie durch seine Aggression so aus der Fassung gebracht, dass sie nur ihr christliches Ethos bekräftigen wollte.

- Eine Patientin geht vom Wartezimmer eines MVZ auf die Toilette und findet bei der Rückkehr ihre Tochter nicht. Sie klopft an eine Tür und der Arzt schreit sie an: „Wir sind hier nicht auf einem türkischen Basar.“ Die MVZ-Leitung bietet ein Dreiergespräch mit Entschuldigung an. Die Patientin ist zufrieden, schreibt mir aber danach, weniger mit dem Arzt als mit der empathischen MVZ-Leiterin.

- Ein türkischer Patient kommt mit Kind in eine Kinderarztpraxis, wird in das Untersuchungszimmer gebeten und muss dort 40 Minuten auf den Arzt warten. Das Kind bemalt mit Stiften Schreibtisch und Untersuchungsliege und schlägt mit dem Spielzeugauto auf die PC-Tastatur. Der Vater findet, das sei ein normales kindliches Verhalten. Der erregte Arzt verweist beide aus der Praxis. Der Vater geht zur einzigen lokalen Alternative, einer Kinderärztin, die keine neue Patienten aufnimmt, aber in dieser Situation eine Ausnahme macht. Er verlangt eine Krankmeldung für sich, da sich seine Frau nicht wohl fühlt und er das Kind in die sehr nahe Schule fahren muss. Die Ärztin verweigert dies und sagt: „Aha, Taxifahrer! Und für 20 Minuten Autofahrt soll ich Sie den ganzen Tag krank schreiben? Dafür kann die Krankenkasse nicht aufkommen. Das ist Sozialbetrug.“

- Ein Ehemann kommt mit seiner indischen, kein Deutsch, aber Englisch sprechenden Ehefrau zu einer Allgemeinärztin, die auf ihrer Website angibt, Englisch zu sprechen. Die Ärztin fragt so lange, warum sie kein Deutsch spreche und wie lange sie schon in Deutschland sei, und dass man in Deutschland Deutsch sprechen müsse, bis die Patientin in Tränen ausbricht, aufsteht und geht. Eine Frage nach dem Grund ihres Arztbesuchs wird bis dahin gar nicht gestellt.
- Eine türkische Mutter kommt mit einer Kopftuch tragenden Tochter wegen ei-



Foto: © Jeremy Pawlowski/Stocksy – stock.adobe.com

ge Erfahrung gemacht, die sehr irritierend war. Da mir die Studienergebnisse über rechtsradikale und ausländerfeindliche Einstellungen in der Bevölkerung bekannt waren, habe ich auch in der Ärzteschaft mit einem nicht unerheblichem Anteil gerechnet. Dagegen war ich nach der Analyse der ersten Beschwerden zunächst eigentlich erleichtert und fand manches vielleicht übertrieben, zumindest aber die inkriminierte Situation nicht offensichtlich rassistisch. Mit zunehmender Erfahrung, Gesprächen mit Betroffenen und einer antirassistisch aktiven, muslimischen Kollegin sehe ich das heute ganz anders. Das, was ich anfangs noch als „nicht böse gemeint“ angesehen habe, war für die Betroffenen offensichtlich sehr schmerzhaft. Und doch haben sich praktisch alle KollegInnen als nicht rassistisch oder ausländerfeindlich beschrieben. Hier besteht eine offensichtliche Diskrepanz.

Fallbeispiele

- Eine Sozialarbeiterin begleitet eine junge kurdische Frau zur Beratung vor einem Schwangerschaftsabbruch. Die Ärztin doziert über die Minderwertigkeit der arabischen Sprachen. Im Gespräch mit der Bezirksärztkammer erfolgt eine Entschuldigung der Ärztin. Das Präsidium der Kammer verlangt trotzdem ein Ermittlungsverfahren.
- Eine schlecht deutsch sprechende türkische Frau kommt zur Gynäkologin. Die Ärztin verweigert dem Ehemann die Begleitung in den Untersuchungsraum. Es kommt zum lautstarken Disput. Der Ehemann fragt, ob er sie richtig versteht und sie die Praxis verlassen sollen. Die Ärztin sagt: Ja, und ich wünsche Ihnen alles Gute. Darauf der Ehemann erregt: „Ich wünsche Ihnen nicht alles Gute.“ Die Ärztin



nes Ausschlags auf der Wange in die Praxis. Die Ärztin hält das sehr stramm angelegte Kopftuch für die Ursache und versucht der Tochter das Kopftuch auszulegen, sie würde damit ja aussehen wie eine alte Frau. Eine türkische Medizinische Fachangestellte (MFA) bestätigt Schnürfurchen durch das Kopftuch. Die Ärztin verneint glaubwürdig eine von der Mutter beklagte ausländerfeindliche Einstellung in ihrer Praxis mit hohem Ausländeranteil.

- Ein türkischer Patient verlangt eine Krankmeldung für sich wegen einer Corona-Erkrankung der Ehefrau. Dies wird von Arzthelferin abgelehnt. Nach lautstarkem Protest sagt sie angeblich: „Wir sind hier nicht auf einem orientalischen Basar“, und ruft die Ärztin dazu. Um die Situation zu deeskalieren, schreibt sie eine Krankmeldung aus. Der Patient verlässt polternd die Praxis, zerreißt die Krankmeldung und wirft sie der Ärztin vor die Füße mit dem Satz: „Die können Sie sich in den A... stecken.“

Oftmals Aussage gegen Aussage

Natürlich gibt es auch noch eindeutige Fälle mit klar rassistischer Wortwahl, die aber immer abgestritten wird, so dass Aussage gegen Aussage steht. Auch werden inkriminierte Äußerungen oft von MFA gemacht, die dann aber in der Regel von den Praxisinhabern geschützt werden. In solchen Fällen oder bei nicht kooperierenden KollegInnen kann ich die Vorfälle der Rechtsabteilung der Kammer übergeben, die dann einen Verstoß gegen die ärztliche Berufsordnung prüfen muss. Es ist interessant, dass es nur sehr selten Fälle aus Krankenhäusern gibt. Hier scheint die größere Öffentlichkeit einen gewissen Schutz vor rassistischen Äußerungen zu bieten.

Fazit

Ja, es gibt leider rassistische Einstellungen in medizinischen Einrichtungen und es ist gut, dass durch die Bestellung eines Rassismusbeauftragten etwas Licht auf einen bislang sehr abgeschotteten Bereich geworfen wird. Ich erlebe die Mehrheit der

KollegInnen, die ein solches Verfahren durchlaufen müssen, als kooperativ und auch nachdenklich. Wobei es sicher nicht einfach ist, mit Patienten aus anderen Kulturkreisen und mit Sprachhindernissen – vor allem unter Stressbedingungen – so umzugehen, dass sie sich in ihren Bedürfnissen immer verstanden fühlen. Oft triggern Reizworte wie „Kopftuch“, „Basar“ oder der Satz „In Deutschland muss jeder Deutsch sprechen“ die alltagsrassistischen Erfahrungen der PatientInnen und setzen Erregungsspiralen in Gang.

Das Thema Rassismus in der Medizin stößt aktuell auf viel Interesse, vor allem in den Sozialwissenschaften. Ich erhoffe mir davon u. a., dass lange vernachlässigte Probleme wie beispielsweise die bessere Organisation und Bezahlung von Dolmetscherdiensten in den Fokus rücken. Bislang habe ich mich bewusst zurückgehalten mit schnellen Schlussfolgerungen und meinen Schwerpunkt auf die praktische Hilfe für alle Beteiligten gelegt. Der nächste Schritt wird sein, dieses Wissen zu systematisieren, zu analysieren und in Fortbildungen weiterzugeben.

Erst mal schauen, was ist, Vertrauen bei PatientInnen erarbeiten, deren Verletzungen ernst nehmen. Aber auch versuchen, die Ärztinnen und Ärzte zu verstehen. Unsere PatientInnen sind immer unterlegen, so sehr wir uns als Ärzte auch um Augenhöhe bemühen. Autorität müssen wir durch Wissen, Können und Empathie ausstrahlen, nicht durch Machtgebaren. Ungebührliches Verhalten von PatientInnen müssen wir nicht akzeptieren. Aber bevor wir in eine Verteidigungshaltung gehen, sollten wir versuchen zu verstehen, wodurch die Patientin oder der Patient sich rassistisch diskriminiert gefühlt hat.

Wir wissen, wie verletzlich und auch irrational wir selber sind, wenn wir krank werden. Wie viel ängstigender es ist, wenn man sich als Kranker nicht richtig ausdrücken kann und sich im wahrsten Sinne des Wortes nicht verstanden fühlt? Wenn es gelingt, eine schriftliche oder besser mündliche, ernst gemeinte Entschuldigung auszusprechen, führt dies meiner Erfahrung nach praktisch immer zu einer Befriedung.

Bestärkt hat mich in dieser Vorgehensweise das Buch „Zwei Enthüllungen über die

Scham“ von Robert Pfaller [3]. Wir denken ja oft, die Konflikte um Rassismus lägen unter anderem im jeweiligen Anders-Sein. Pfaller zeigt aber, dass es durchaus ähnliche psychische Konstellationen sind, die hier aufeinanderprallen. In der gegenwärtigen „Abstiegsgesellschaft“ leiden immer mehr Menschen unter dem Gefühl, keinen Wert mehr für die Gesellschaft zu besitzen und ziehen sich zurück. Diese Empfindlichkeit mag für ÄrztInnen und die gesamte Gesellschaft relativ neu sein, für von Rassismus Betroffene ist es allerdings ein lange bekanntes Gefühl.

Umso mehr gilt für beide Seiten, was Christina Lenz in ihrer Rezension über Pfallers Buch [4] schreibt: „Alleine mit der Betonung des Opferseins, mit dem Beschämen anderer oder mit dem starren Beharren auf einem vermeintlich authentischen und verletzten Ich sind demnach keine emanzipatorischen Erfolge auf so wichtigen Gebieten wie Antirassismus oder Feminismus zu erzielen. Wer gesellschaftliche Ungleichheit bekämpfen will, muss sich ein Stück weit von seiner eigenen Befindlichkeit distanzieren können, es schaffen, sich mit anderen in einem gemeinsamen Diskurs zu verbinden und sich dazu aufrufen, Argumente auszutauschen.“

Wir brauchen die PatientInnen, sie brauchen uns. Leisten wir uns weniger Empfindlichkeit und mehr Empfindsamkeit! Die beiden Worte unterscheiden sich nur wenig. In der Alltagspraxis sind sie meilenweit voneinander entfernt.

Dr. med. Ernst Girth

Facharzt für Innere Medizin,

Menschenrechts-,
Rassismus-
und Diskriminierungsbeauftragter
der Landesärztekammer
Hessen



Foto: privat

Kontakt via E-Mail:
menschenrechtsbeauftragter@laekh.de

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



Literatur zum Artikel:

Weniger Empfindlichkeit – mehr Empfindsamkeit!

Rassismus in Praxis und Klinik ...

von Dr. med. Ernst Girth

- [1] JAMA Forum February 24, 2022: „How to Act Upon Racism – not Race – as a Risk Factor“ von Dave A. Chokshi, Mary M. K. Foote, Michelle E. Morse. Frei abrufbar unter <https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2789583> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/n7ntka9w>
- [2] Dr. med. Ellis E. Huber, Jahrgang 1949, war Präsident der Ärztekammer Berlin von 1987–1999. Seit 2007 ist er Vorsitzender des Berufsverbandes der Präventologen.
- [3] Robert Pfaller: Zwei Enthüllungen über die Scham. S. Fischer, Frankfurt a. M. 2022, 208 S., 22 Euro.
- [4] Christina Lenz: „Robert Pfaller: ‚Zwei Enthüllungen über die Scham‘ – Schäm dich!, ruft die Gegenwart“, Frankfurter Rundschau online erstellt am 21.06.2022, frei abrufbar unter Kurzlink: <https://tinyurl.com/yc4k332c>

Dort, wo Zitronen und Orangen blühen

Eine Ausstellung früher Italien-Fotografien im Städel

„Kennst du das Land, wo die Zitronen blühen/Im dunkeln Laub die Goldorangen glühen ...?“ In Goethes Gedicht Mignon spiegelt sich die deutsche Sehnsucht nach Italien. Spätestens seit der italienischen Reise des gebürtigen Frankfurters träumen sich Menschen in das Land von Kunst und Myrte. Nach Italien reisen und sich selber – oder ein idealisiertes Bild der eigenen Person – in südlichem Ambiente finden: Diese Hoffnung hat Generationen



Carlo Naya (1816–1882): Venedig – Blick auf Markusbibliothek, Campanile und Dogenpalast, um 1875.

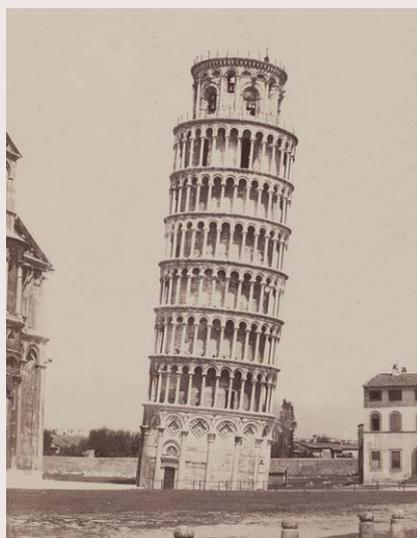
von Germanen dazu inspiriert, auf Goethes Spuren die Alpen zu überqueren. Die Seufzerbrücke in Venedig, Blick in die elegante Mailänder Galleria Vittorio Emanuele II, der Schiefe Turm von Pisa oder römische Fischer am Tiber nahe der Engelsburg: Unter dem Titel „Italien vor Augen“ lädt das Städel mit einer Auswahl früher Italienfotografien zu einer Reise an italienische Sehnsuchtsorte ein, die bis in den Süden zum Golf von Neapel führt. Es ist eine Tour entlang der bekanntesten Routen mit Motiven, die jeder kennt. Unzählige Male sind sie bis heute fotografiert worden, zieren Plakate, kleben in Fotoalben und sind auf modernen Smartphones gespeichert.

Fotografien mit eigener Sprache

Doch die 90 in der Ausstellung gezeigten Fotografien von Giorgio Sommer, dem Unternehmen der Gebrüder Alinari, Carlo Naya oder auch Robert Macpherson aus der fotografischen Sammlung des Städel

Museums sprechen eine eigene Sprache. Anders als die inflationären, die Speicherkapazität mancher Handys sprengenden Urlaubsbilder der Gegenwart, erforderte das Fotografieren vor über 150 Jahren besondere technische Kenntnisse. Die Ausrüstungen waren schwer und die Belichtungszeiten lang. Nicht Schnappschüsse, sondern sorgfältig ausgesuchte Motive – Landschafts- und Städtebilder – prägten in den Jahren 1850 bis 1880 die Vorstellung von Italien als Sehnsuchtsort.

Mit dem Ausbau der Eisenbahnstrecken in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts fanden viele Reisende den Weg zu den oberitalienischen Seen, an die Küste oder zu den unzähligen Kulturstätten entlang des Stiefels. An Plätzen mit wichtigen Sehenswürdigkeiten entstanden Fotografenstudios und ließen Fotos noch vor Erfindung der Bildpostkarte zu einem beliebten Souvenir werden. Einige der künstlerischsten Exemplare gelangten nach Frankfurt: Der damalige Direktor des Städel, Johann David Passavant, erwarb in den 1850er-Jahren Fotografien für die Sammlung des Museums. Anhand der Abzüge sollten sich kunstinteressierte Besucher und Schüler der angegliederten Kunstakademie ein Bild von Italien und seinen Kunst- und Naturschätzen machen.



Enrico Van Lint (1808–1884): Pisa – Schiefer Turm, um 1855.



Giorgio Sommer (1834–1914): Golf von Neapel – Blick auf Sorrent, um 1880–1890.

Menschenleere Kulturrorte

Auf spiegelglattem Wasser gleitet eine venezianische Gondel an Markusplatz, Campanile und Dogenpalast vorbei. Der Wasserfall von Tivoli ergießt sich in die Tiefe und, wie von dem Fotografen auf einem Felsvorsprung drapiert, blicken zwei Gestalten auf Sorrent. Heute von Touristen bevölkert, zeigen sich die italienischen Kulturrorte auf den Fotografien meist menschenleer und strahlen damit eine fast unwirkliche Ruhe aus: Keine undurchdringlichen Menschentrauben in Venedig oder Florenz, keine überfüllten Badestrände an der ligurischen Küste. Selbst die Aschewolke auf dem Foto des Vesuv-Ausbruchs von 1872 wirkt wie erstarrt.

Nostalgischer Augenschmaus: Die sepiafarbigen Fotografien in der in Grün- und Rosa gehaltenen Ausstellung verzaubern als Zeugen eines vergangenen Italiens und sorgen zugleich für Wiedererkennungseffekte. Denn die Motive sind über die Jahrhunderte hinweg die gleichen geblieben. Während der Zeitgeist sie regelmäßig mit immer neuen Attributen, Farben, Tönen und Gerüchen überzieht, bleiben sie doch im Kern das, was sie immer waren: geliebte Sehnsuchtsorte.

Katja Möhrle

Ausstellung Italien vor Augen. Frühe Fotografien ewiger Sehnsuchtsorte
<https://www.staedelmuseum.de/de/italien-vor-auge>
 23. Februar bis 3. September 2023

Vertrag über Finanzierung der privatisierten Universitätsklinik Gießen-Marburg unterzeichnet

Landesregierung und Rhön/Asklepios: Regeln für die nächsten zehn Jahre

Es nennt sich „Zukunftspapier Plus“ und ist mit der Hoffnung verbunden, dass endlich Ruhe einkehrt in die Universitätsmedizin in Mittelhessen: Fast 850 Millionen Euro wollen das Land Hessen, die privatisierte Universitätsklinik Gießen-Marburg (UKGM) und die Rhön-Klinikum Aktiengesellschaft in den kommenden zehn Jahren in den privatisierten Betrieb investieren. Die Vereinbarung dazu haben Vertreter des Landes, von Rhön und ihrer Muttergesellschaft Asklepios Kliniken, des Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM) sowie der Universitäten in Gießen und Marburg und ihre Fachbereiche Medizin Ende Februar unterzeichnet.

Vorausgegangen war ein zähes Ringen und wochenlanger Stillstand bei den Verhandlungen, nachdem der Konzern den im Dezember 2021 der Öffentlichkeit vorgestellten „Letter of Intent“ überraschend infrage gestellt hatte. Als Knackpunkt kristallisierte sich schlussendlich das Beharren des Landes heraus, im Fall eines Verkaufs oder Rückkaufs der Klinik den durch öffentliche Zuschüsse erworbenen Wertezuwachs zurück zu bekommen. Hier konnte sich das Land durchsetzen. Ein Modus Vivendi sei gefunden, hieß es bei der Vorstellung des Papiers Ende Februar in Marburg. Sie hätten „vertragliche Regelungen für die komplexen Vereinbarungen und Auszahlungsmechanismen entwickelt, um den Vertrag über eine so herausragende Investitionssumme für die kommende Dekade rechtssicher zu gestalten“, teilten die Beteiligten in einem gemeinsamen Statement mit.

Bei der bundesweit einmaligen Privatisierung einer Uniklinik im Jahr 2006 hatte Rhön auf jegliche staatliche Zuwendungen verzichtet. Gleichwohl stellt das Land nun jährliche Investitionsmittel für neuestes medizinisches Gerät und Bautätigkeiten zur Verfügung. In diesem Jahr beträgt die Summe 48,15 Millionen Euro, das UKGM steckt 23,5 Millionen Euro in die beiden Standorte. Verabredet ist eine Prioritätenliste, die wird jedes Jahr aktualisiert.



Foto: Philipps-Universität Marburg © Christian Stein

Pressekonferenz zur Unterzeichnung des „Zukunftspapiers Plus“ mit Vertreterinnen und Vertreter des UKGM, vom Land Hessen und der Rhön Klinikum AG (von links): Susanne Kraus, Kanzlerin der Justus-Liebig-Universität Gießen; Prof. Dr. Thomas Nauss, Präsident der Philipps-Universität Marburg; Finanzminister Michael Boddenberg; Angela Dorn, Ministerin für Wissenschaft und Kunst; Prof. Dr. Tobias Kaltenbach, Vorstandsvorsitzender der Rhön Klinikum AG; Prof. Dr. Werner Seeger, Ärztlicher Geschäftsführer des UKGM und Dr. Gunther K. Weiß, Vorsitzender der Geschäftsführung des UKGM.

Change-of-Control-Klausel zurück

Betriebsbedingte Kündigungen bleiben ausgeschlossen. Ausgliederungen von Betriebsteilen sind nur in Ausnahmen möglich. Sie bedürfen der Zustimmung des Landes, im Gegenzug soll es dann zu Wiedereingliederung derzeit ausgelagerter Bereiche kommen. Die Übernahmegarantie für Auszubildende gilt weiter. Aufgrund der Kostenexplosion in Folge des russischen Angriffskrieges gegen die Ukraine hat das Land mit 50 Millionen Euro noch eine Schippe draufgelegt. Sollte sich die Inflation während der Laufzeit des Vertrages extrem entwickeln, sind Anpassungsklauseln für beide Seiten vereinbart. Die Ende 2019 ausgelaufene Change-of-Control-Klausel ist zurück. Sie sichert dem Land für den Fall eines Kontrollwechsels in der Eigentümerstruktur ein Rückkaufrecht. Sie ist auf Asklepios erweitert und nimmt erbrechtliche Bestimmungen aus – eine Konzession an die Familie von Gesellschafter Dr. jur. Bernard Broermann.

Hessens Wissenschaftsminister Angela Dorn betonte, dass sie die Privatisierung nach wie vor für einen Fehler hält. Die Grünen-Politikerin zeigte sich gleichwohl nach der Vertragsunterzeichnung erleichtert. „Sowohl das Land als auch die Rhön-

Klinikum AG bekennen sich mit dem Zukunftspapier Plus klar und deutlich zum Gesundheits- und zum Forschungsstandort Mittelhessen. Damit ist vor allem der Weg frei für die notwendigen Investitionen.“ Wichtig für das Land sei zu regeln, was bei einem möglichen Rückkauf oder Verkauf des Klinikums geschieht. „Wir haben ein Berechnungsverfahren vereinbart, das sicherstellt, dass dann der jeweilige Restwert an das Land zurückfließt.“ Das Land übernehme zwei Drittel der Investitionskosten, das Unternehmen ein Drittel. Gewinne des UKGM würden dort bleiben – bis zur Inbetriebnahme aller mit erster Priorität vereinbarten Investitionen, auch über die Vertragslaufzeit hinaus. Rhön habe sich verpflichtet, wenn nötig Eigenmittel bereitzustellen. Dorn: „Damit ist klar, dass die Investitionen umgesetzt werden, auch wenn das UKGM die Mittel nicht vollständig selbst erwirtschaften kann, um die Belastung für das UKGM und dessen Beschäftigte zu begrenzen.“

Dem Ärztlichen Geschäftsführer des Standortes Gießen, Prof. Dr. Werner Seeger, war dieser Punkt besonders wichtig. Bislang hatte Rhön im besten Fall dem UKGM Kredite zu Verfügung gestellt, die es samt Zinsen zurückzahlen hatte. Die Klinikdirektoren, sagte er, forderten seit

Jahren, die Arbeits- und Finanzierungsbedingungen an denen anderer deutscher Universitätskliniken anzugleichen.

Joint Venture von Klinikum und Universitäten

Der Konzern wolle nun das UKGM als bundesweit drittgrößte Uniklinikum weiter ausbauen und stärken, kündigte Rhön-Vorstandschef Prof. Dr. Tobias Kaltenbach an. „Seiner Rolle als Innovationsführer in der Rhön-Klinikum AG und darüber hinaus auch in der Asklepios Gruppe kann es so aus einer gestärkten Position gerecht werden.“ Dazu beitragen könnte auch das im Zukunftsvertrag verabredete Joint Ventures des Klinikums und der beiden Universitäten, die die bessere Übertragung von Forschungsergebnissen in die klinische Anwendung ermöglichen soll. Das dafür benötigte Finanzvolumen von über die Vertragslaufzeit knapp 60 Millionen Euro stellt das UKGM bereit.

Nach Ansicht der Gewerkschaften kann der Vertrag nur ein Anfang sein. „Jetzt dürfen wir nicht auf halber Strecke stehen bleiben“, sagte Dr. med. Christian Schwark, Landesvorsitzender des Marburger Bunds. Folgend müssten nun Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärz-

tinnen und Ärzte am UKGM. In allen hessischen Unikliniken klagten Ärztinnen und Ärzte über tausende unbezahlte Überstunden, unbesetzte Stellen und Arbeitsüberlastung. Tariflich vereinbarte Regelungen zu einer lückenlosen und ehrlichen Arbeitszeiterfassung würden ignoriert, medizinische Forschung in vielen Fällen als „Privatvergnügen“ angesehen, so Schwark. Regelmäßiger Zeitdruck, Schlafstörungen, keine Pausen, Übernahme von Schichten krank gewordener Kolleginnen und Kollegen prägten den Arbeitsalltag. „All dies ist den Verantwortlichen seit Jahren bekannt, ohne dass relevante Verbesserungen herbeigeführt werden.“ Die erste Gelegenheit dazu bestehe bei den in Kürze beginnenden Gesprächen über Arbeitszeiterfassung und Arbeitsentlastung für die Ärztinnen und Ärzte.

Gewerkschaften fordern bessere Arbeitsbedingungen

Das Zukunftspapier sei „nicht ausreichend“ urteilte die Gewerkschaft Verdi, die die nicht-ärztliche Seite vertritt. Die rund 300 Beschäftigten der UKGM Servicegesellschaft blieben weiter geschützt vor Ausgliederung und Kündigung. „Die Politik hätte die Kolleg:innen

vor den Erpressungen des Konzerns schützen können. Nun drohen die gleichen Skandale wie an anderen Standorten von Asklepios/Rhön“, befürchtete Fabian Dzewas-Rehm, Verdi-Gewerkschaftssekretär, mit Blick auf Ausgliederungen in Asklepios-Kliniken in Hamburg oder Lich. Ungelöst bleibe ebenso die sich verschlechternde Versorgungsqualität. Verdi fordert einen so genannten Entlastungstarifvertrag mit klaren Vorgaben für verbindliche Personalmindeststandards und hat dem Arbeitgeber dazu ein Ultimatum bis zum 24. März gesetzt. Positiv bewertet die Gewerkschaft, dass die Investitionsmittel den wirtschaftlichen Druck auf die Beschäftigten mindern. Sie mahnt zugleich Investitionen in die Zukunftsfähigkeit des Uniklinikums an: „Das Land Hessen muss sicherstellen, dass die Investitionen zu einer Verbesserung der Aus- und Weiterbildung führen. Baufällige Wohnheime, zu wenig Wohnheimplätze, fehlende digitale Ausstattung in den Schulen, veraltete Unterrichtsräume und insgesamt zu wenig Räume sind aktuell der Standard. Fachkräfte werden am Uniklinikum nur bleiben, wenn hier kurzfristig investiert wird.“

Jutta Rippegather

„Als Fachkräfte unentbehrlich“

Abschlussfeier der Medizinischen Fachangestellten in Wiesbaden

„Medizinische Fachangestellte organisieren Praxisabläufe, beraten Patienten und assistieren bei der Behandlung. In einem Gesundheitssystem, das dem einzelnen Arzt immer weniger Zeit für die Patientenbetreuung lässt, sind sie als unterstützende und entlastende Fachkräfte unentbehrlich!“ Mit diesem Worten eröffnete Dr. med. Michael Weidenfeld, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden, die Abschlussfeier der Medizinischen Fachangestellten im Meistersaal der Handwerkskammer Wiesbaden.

Endlich konnte Mitte Februar wieder eine feierliche Zeugnisübergabe und Freisprechung der Medizinischen Fachangestellten in Präsenz erfolgen. Musikalisch un-



termalt wurde der Festakt durch die „Männer-WG“ des Diltthey-Gymnasiums Wiesbaden unter der Leitung von Tilman Jerrentrup.

Weitere Festansprachen hielten Oberstudienrätin Ute Stauch-Schauder sowie Nicole Morales Kränzle vom Verband medizinischer Fachberufe e. V. Insgesamt sei es eine sehr festliche und schöne Veranstaltung gewesen, sind sich

alle Beteiligten einig. Begleitet wurden die neuen Medizinischen Fachangestellten von ihren Familienangehörigen sowie einigen auszubildenden Ärztinnen und Ärzten.

Langjährig Mitarbeitende vorschlagen

„Ich fände es schön, wenn wir bei der nächsten Abschlussfeier auch wieder langgediente Medizinische Fachangestellte ehren könnten. Ich ermutige die Kolleginnen und Kollegen im Bereich Wiesbaden und Limburg, langgediente Medizinische Fachangestellte für eine Ehrung vorzuschlagen“, wünscht sich Weidenfeld.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Wirkt Kaffee nephroprotektiv?

Prof. Dr. Wilfred Druml, Medizinische Universität Wien

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Medicom Verlags GmbH aus der Zeitschrift Nephro-News Jahrgang 22, Ausgabe 6/20 Seite 27–30.

Kaffee ist „in aller Munde“: Die wissenschaftliche Literatur des vergangenen Jahrzehnts ist voll von Beiträgen über günstige gesundheitliche Effekte von Kaffee bei verschiedensten Erkrankungen oder deren Prävention. Das reicht unter anderem von Diabetes Mellitus Typ 2, kardiovaskulären Erkrankungen, Hypertonie, nichtalkoholischer Lebersteatose, Leberzirrhose, zahlreichen Tumorerkrankungen, M. Alzheimer und vielen anderen Erkrankungen bis hin zu verschiedenen Nierenerkrankungen. Letzteres betrifft die Inzidenz und Progression der chronischen Niereninsuffizienz (CKD), Nierensteine, Harnwegsinfekte, urologische Tumore und bezüglich des akuten Nierenversagens dessen Prävention und Therapie. Im Folgenden soll nur auf die CKD und ihren wesentlichen Risikofaktor Hypertonie eingegangen werden.

Kaffee enthält nicht nur Koffein, sondern ist ein Gemisch von zahlreichen Alkaloiden, von verschiedenen sekundären Pflanzeninhaltsstoffen mit möglichen antioxidativen und antiinflammatorischen Eigenschaften und Aromastoffen [1]. Damit stellt sich die Frage, welches Agens für mögliche gesundheitliche Auswirkungen von Kaffee verantwortlich zu machen ist. Auch muss abgeklärt werden, ob günstige Gesundheitseffekte von Kaffee durch spezifisch renale oder aber eher systemische Auswirkungen vermittelt werden, ob Komorbiditäten und Risikofaktoren für eine CKD, wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Atherosklerose, Diabetes Mellitus Typ 2 oder die Hypertonie durch Kaffee günstig beeinflusst werden.

Wie ist nun die derzeitige Datenlage?

Die Qualität von Ernährungsstudien ist grundsätzlich meist limitiert. In Kohorten-



Foto: Alexander Rath - stock.adobe.com

analysen oder Querschnittsuntersuchungen kann kaum davon ausgegangen werden, dass die untersuchten Personen über mehrere Jahre die gleichen Konsumgewohnheiten beibehalten werden. Ernährung ist immer auch Ausdruck des Lebensstils, der bei Kaffeetrinkern eben anders sein kann als bei Nichttrinkern, sie sind möglicherweise aktivere Menschen, die in der Nacht arbeiten und wach bleiben möchten, damit eher geringere körperliche Aktivität ausweisen. Insgesamt kann bei diesen Personen ein ungesünderer Lebensstil vorliegen, wohl ein Grund dafür, dass frühere Studien ein erhöhtes Risiko von CKD bei Kaffeekonsum beschrieben haben. Wenn dann eine CKD besteht, trinken Patienten möglicherweise weniger Kaffee.

In Kohortenanalysen können alle diese Faktoren nicht berücksichtigt werden, es verbleibt immer ein „residual confounding“. Mit diesen Untersuchungen können daher nur Assoziationen festgestellt, aber keine Kausalität belegt werden. Andererseits sind wünschenswerte randomisiert-kontrollierte Studien kaum durchführbar, was sowohl die erforderliche Zahl der Teilnehmer als auch die notwendige jahrelange Studiendauer betrifft.

Die neueste und bezüglich der eingeschlossenen Studien bei weitem vollstän-

digste Metaanalyse zur Auswirkung von Kaffee auf die CKD listet zwölf Studien, sieben Kohortenanalysen und fünf Querschnittsuntersuchungen auf [2]. Kurz sollen beispielhaft drei der rezentesten Studien angeführt werden: In einer Sekundäranalyse der Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Studie untersuchten Hu und Mitarbeiter 3.845 inzidente CKD-Patienten über 24 Jahre [3]. Nach Adjustierung für zahlreiche demographische, klinische und diätetische Faktoren war Kaffeekonsum mit einem niedrigeren Risiko verbunden, eine CKD auszubilden. Jede zusätzliche Tasse Kaffee pro Tag reduzierte dieses Risiko um 3 %. Dabei haben weiße, nicht-diabetische Frauen, frühere Raucherinnen, am meisten profitiert. Sehr ähnliche positive Ergebnisse hat auch eine koreanische Arbeit berichtet [4].

Bei 4.863 US-amerikanischen Patienten aus dem NHANE Survey mit CKD (eGFR 15–50 ml/min) und Albuminurie untersuchten Bigotte Vieira et al. den Einfluss des Kaffeekonsums (nach vier Quartilen unterteilt) auf die Mortalität [5]. Es fand sich ein dosisunabhängiger inverser Zusammenhang zwischen Kaffeekonsum und der Mortalität, der auch durch das Stadium der CKD und das Ausmaß der Albuminurie nicht beeinflusst wurde.

In der neuesten Studie wurde versucht, das Problem der verschiedenen Störfaktoren (Confounder) durch eine „genetische Epidemiologie“ des Kaffeetrinkers zu eliminieren [6]. Dazu wurden aus einer UK-Biobank, dem CKDGen Konsortium, in einer genweiten Assoziationsstudie (GWAS) 222.666 Teilnehmer analysiert und 2.126 mit Kaffeekonsum assoziierte single nucleotide polymorphisms (SNPs) identifiziert.

Daraufhin wurde eine Mendelsche Randomisierungsanalyse (MR) vorgenommen, eine epidemiologische Methode, in der genetische Varianten verwendet werden, um in Beobachtungsdaten eine Korrelation von einer Kausalität differenzieren zu können. Dabei wurde gezeigt, dass jede zusätzliche Tasse Kaffee, die pro Tag getrunken wird, einen protektiven Effekt auf die Ausbildung einer CKD 3–5 (OR 0.84; 95 % 0.72–0.98) oder Albuminurie (OR 0.81; 95 % 0.67–0.97) hatte und mit einer höheren eGFR assoziiert war.

Die bisherige Datenlage wird in der erwähnten neuen Metaanalyse zusammengefasst, in die zwölf Studien mit insgesamt mehr als 500.000 Patienten eingeschlossen wurden [Kanbay, 7]. Bezüglich der Prävention einer CKD konnten sechs Studien gefunden werden. Dabei fand sich ein signifikant verringertes Risiko, eine CKD auszubilden (RR 0.86; 95 % CI 0.76–0.97, $p < 0.01$).

Zu weiteren Endpunkten ist die Datenlage sehr limitiert. Zur Dosisabhängigkeit dieses präventiven Effektes liegen drei Studien vor, wobei bei Personen, die mehr als eine Tasse pro Tag trinken, das CKD-Risiko deutlicher vermindert war. Bei Patienten mit bestehender CKD war das Risiko, dialysepflichtig zu werden, herabgesetzt (HR 0.82; 95 % CI 0.72–0.94, $p < 0.005$; zwei Studien). Bezüglich der Verminderung der Albuminurie – ebenfalls nur zwei Studien – war ebenfalls ein günstiger Effekt zu beobachten (OR 0.72; 95 % CI 0.54–0.96, $p < 0.02$). Die Mortalität von CKD-Patienten, wiederum nur zwei Studien, war bei Kaffeetrinkern niedriger (HR 0.72; 95 % CI 0.54–0.96, $p < 0.02$). Auch diese Reduktion war dosisabhängig, am ausgeprägtesten bei mehr als vier Tassen pro Tag.

Zwei weitere Metaanalysen hatten bemerkenswerterweise jeweils nur vier Studien inkludiert. In der älteren Analyse konnte

kein positiver Effekt von Kaffee auf die Inzidenz einer CKD nachgewiesen werden [8]; dagegen war in der neueren ein mit der Metaanalyse von Kanbay vergleichbarer positiver Effekt zu sehen [9].

Was vermittelt mögliche positive Effekte?

Am naheliegendsten wäre wohl die Wirkung von Koffein (Trimethylxanthin), einem Alkaloid aus der Familie der Methylxanthine, das in verschiedensten Getränken, wie eben Kaffee und Tee, in Cola-Getränken, Energy-Drinks und Lebensmitteln wie Schokolade, aber auch in der Pharmakotherapie in analgetischen Mischpräparaten vorkommt.

Koffein ist ein nicht-selektiver Antagonist von Adenosin-Rezeptoren, die im Körper weit verbreitet sind und in Gehirn, Herz, Gefäßsystem und eben auch in der Niere vorkommen. Durch Hemmung der Adenosin-A1-vermittelten Vasokonstriktion des Vas afferens erhöht Koffein die glomeruläre Filtration und hemmt die Natrium-Rückresorption im proximalen Tubulus, aber auch das tubuloglomeruläre Feedback. Koffein führt auch zu einer erhöhten renalen Ausscheidung von Kalzium, Magnesium, Kalium, aber auch Harnsäure, ein viel diskutierter Risikofaktor für die Hypertonie.

Medizingeschichtlich ist Koffein schon 1819 auf Anregung Goethes rein dargestellt worden und war das erste pharmakologisch genutzte Diuretikum [10]. Auch das kurz später entdeckte, ebenfalls im Kaffee vorkommende und erstmals künstlich hergestellte Theophyllin (Dimethylxanthin) wurde zunächst als Diuretikum eingesetzt. Theophyllin wurde bis Ende des vergangenen Jahrhunderts intensivmedizinisch als Diuretikum [11] und zur Prävention des akuten Nierenversagens (beispielsweise nach Kontrastmittelgabe) eingesetzt [12] und wird auch heute noch in der pädiatrischen Intensivmedizin verwendet, z. B. [13].

Die Pharmaindustrie hat das Therapieprinzip Adenosin-Hemmung als Diuretikum in der Entwicklung von spezifischen Adenosin-Rezeptor-A1-Antagonisten aufgenommen [14]. Bedauerlicherweise konnten – nach positiven Studien – für den bekanntesten Vertreter dieser neuen Substanz-

klasse, für Rolofylline, im großen PROTECT-Trial keine günstigen Effekte nachgewiesen werden, weshalb dieses – meines Erachtens – interessante Therapieprinzip leider verlassen wurde [15].

Ob Koffein tatsächlich das wesentliche protektive Prinzip bezüglich der Prävention und Therapie einer CKD ist, ist eher unwahrscheinlich. Man würde erwarten, dass eine präglomeruläre Vasodilatation zu einer Erhöhung des glomerulären Filtrationsdruckes führt und damit zu einer Steigerung der Albuminurie und, chronisch gesehen, auch zu einer Erhöhung des Risikos, eine Glomerulosklerose auszubilden. Beides wurde in den vorliegenden Studien nicht gefunden.

Im Tierexperiment ist auch eine Erhöhung der Reninkonzentration durch Hemmung des Adenosinrezeptors am juxtaglomerulären Apparat festzustellen, was aber bei physiologischen Koffein-Konzentrationen nicht zu beobachten ist.

Systemische Auswirkungen von Kaffee

Wenn man das breite Spektrum an möglichen günstigen Gesundheitseffekten von Kaffee betrachtet, muss man wohl davon ausgehen, dass diese nicht vorwiegend durch spezifisch renale Mechanismen, sondern eher durch systemische Auswirkungen vermittelt werden. Die Literatur zu diesem Thema ist extrem umfangreich und oft widersprüchlich, sodass nur einige Punkte angeführt werden sollen [16].

Zum Einfluss auf die Hypertonie, dem wichtigsten Risikofaktor für eine Progression einer CKD, der auch mit den renalen Auswirkungen von Koffein zusammenhängen kann: Traditionellerweise wird wohl davon ausgegangen, dass Kaffee durch die stimulierenden Wirkungen und seine kardialen Effekte eher zu einer Steigerung des Blutdruckes führt [17]. Frühere Untersuchungen haben sich daher eher darauf konzentriert, negative Effekte auf den Blutdruck abzuklären.

Tatsächlich führt der Konsum von Kaffee kurzfristig zu einer Steigerung des Blutdruckes, insbesondere bei Personen mit Hypertonie [18]. Dagegen führt ein regelmäßiger Konsum von Kaffee, was vor allem neuere Studien belegen, zu keiner

Steigerung des Blutdrucks, eher zu einer Reduktion des Risikos, eine Hypertonie auszubilden. Zum oben beschriebenen präventiven Effekt von Kaffee auf die Niere könnte diese moderate Reduktion des Blutdrucks wohl beitragen, diesen aber nicht erklären.

Neuere Studien haben kein einheitliches Bild gezeichnet, keine der Untersuchungen hat jedoch ein erhöhtes Hypertonie-Risiko unter Kaffeeconsum gefunden. Bei fast 30.000 postmenopausalen Frauen fanden Rhee und Mitarbeiter keinen Hinweis dafür, dass der Kaffeeconsum zu einer Steigerung des Blutdrucks führt [19]. Bei über 20.000 spanischen Universitätsgraduierten fand sich bei Frauen ein um 26 % vermindertes Risiko, eine Hypertonie auszubilden [20]. In einer ganz neuen Studie aus Brasilien war ein protektiver Effekt von mäßiggradigem Konsum von Kaffee (1–3 Tassen/Tag) auf die Hypertonie nachweisbar, allerdings war dies nur bei Nichtrauchern signifikant [21].

Zu diesem Thema gibt es mehr Metaanalysen als Studien, wovon drei angeführt werden sollen.

Die Analyse von Grosse und Mitarbeitern hatte sieben Studien mit über 205.000 Personen einbezogen [22]. Dabei fand sich eine mäßiggradige, dosisabhängige Reduktion des Hypertonierisikos um 1 % pro Tasse/Tag. Der Effekt war bei Rauchern weniger ausgeprägt. Die Metaanalyse von Xie und Mitarbeitern hatte zehn Studien mit insgesamt etwa 244.000 Personen umfasst [23]. Auch hier ergab sich eine dosisabhängige Verminderung des Risikos um 2 % pro Tasse/Tag.

Eine weitere Metaanalyse von D'Elia mit nur vier prospektiven Studien und fast 200.000 Personen fand keine Risikoerhöhung für die Ausbildung einer Hypertonie bei niedrigem Konsum und einen protektiven Effekt bei drei oder mehr Tassen/Tag [24].

Bei bestehender (schlecht eingestellter?) Hypertonie gibt es auch warnende Studien. In einer kleinen Studie mit nur 1.204 hypertensiven Personen und einem Beobachtungszeitraum von 12,6 Jahren waren kardiovaskuläre Ereignisse dosisabhängig häufiger bei Kaffeetrinkern (2,2 % bei keinem, 7 % bei mäßigem und 14 % bei hohem Kaffeeconsum), [25]. Nach Korrektur der Ergebnisse für verschiedene Confoun-

der war dieser negative Effekt nur bei hohem Kaffeeconsum nachweisbar.

Mögliche Mechanismen eines nephroprotektiven Effektes von Kaffee

Was könnte nun einen möglichen günstigen Effekt von Kaffee bezüglich der Ausbildung oder Progression einer CKD vermitteln? Direkte renale Effekte und die Auswirkungen von Koffein und seine Folgen für die Hypertonie können diesen protektiven Effekt wohl nur zum Teil erklären. Somit sind allgemeine Auswirkungen verschiedenster Inhaltsstoffe für günstige Effekte von Kaffee auf CKD, Hypertonie, aber insbesondere auch auf verschiedene Komorbiditäten, die das Risiko für eine CKD erhöhen, verantwortlich zu machen [26]. Wie schon betont, ist Kaffee ein Gemisch von unzähligen bioaktiven Substanzen, Alkaloiden, Polyphenolen, sekundären Pflanzeninhaltsstoffen mit umfangreichen metabolischen Effekten, antioxidativen, antiinflammatorischen und antifibrotischen Eigenschaften. Beispielsweise soll das Polyphenol Chlorogensäure die Ausschüttung der inflammatorischen Cytokine IL-6 und TNF- α und auch die Bildung von intrazellulären Sauerstoffradikalen hemmen [27]. Verschiedene dieser Substanzen haben auch vielfältige vaskuläre, wie vasodilatatorische und antisklerotische Effekte [28].

Insgesamt haben diese bioaktiven Inhaltsstoffe des Kaffees Auswirkungen auf verschiedenste Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen und auch die CKD, können nicht nur die Hypertonie günstig beeinflussen, sondern auch die Glukosetoleranz verbessern und das Risiko für das Auftreten von kardiovaskulären Ereignissen [29], eines Typ 2 Diabetes Mellitus [30] und dessen Mortalität vermindern [31].

Auch die Mortalität jeder Ursache war bei moderatem Kaffeeconsum reduziert [32]. Kaffeetrinker haben auch aus verschiedenen Gründen ein niedrigeres Körpergewicht [33, 34]

Schlussbemerkungen

Da Kaffee weltweit eines der meistgetrunkenen Getränke darstellt, haben seine Ge-

sundheitseffekte ausgeprägte gesundheitspolitische Implikationen. Frühere Berichte über negative Auswirkungen haben sich als falsch herausgestellt, eine zunehmende Anzahl von Publikationen legt nahe, dass Kaffee umfangreiche günstige Auswirkungen auf verschiedene Erkrankungen hat und auch präventiv bezüglich einer CKD und deren Progression wirken kann.

In Anbetracht der hohen und weiter steigenden Prävalenz der CKD und des eher limitierten therapeutischen Arsenal, das wir für eine Behandlung zur Verfügung haben, finden ernährungsassoziierte Maßnahmen zunehmendes Interesse. Dabei spielen verschiedenste Faktoren, wie die Art und Menge des Proteins, die diätetische Säurebelastung, die Zufuhr von Antioxidantien, von alkalisierenden Nahrungsbestandteilen, von Ballaststoffen mit möglichen Effekten auf das in der CKD geänderte Mikrobiom, auf Inflammation und Bildung von urämischen Toxinen eine Rolle, was am ehesten mit einer vegetarischen Diät erreicht werden kann [35].

Müssen alle CKD-Patienten nun das Kaffeehaus stürmen? Ich denke, nein. In jüngerer Zeit sind eine Reihe von hochrangig publizierten Studien erschienen, die nachgewiesen haben, dass Modifikationen der Diät, wie eine DASH-Diät, eine mediterrane Diät, eine obst- und gemüsereiche Kost oder eben auch eine vegetarische Diät die Progression einer CKD verzögern können, z. B. [36–38].

Änderungen des Lebensstils – und dazu gehören eben auch die „gesunde“ Ernährung, aber auch die körperliche Aktivität – spielen in der Prävention und Behandlung von chronischen Erkrankungen und auch der CKD eine immer größere Rolle; und dazu gehört auch ein vernünftiger Kaffeeconsum.

Interessenkonflikte: Ich liebe Kaffee.

Prof. Dr. Wilfred Druml
Abteilung für Nephrologie
Medizinische Universität Wien



Foto: privat

E-Mail: wilfred.druml@meduniwien.ac.at

Wirkt Kaffee nephroprotektiv?

Prof. Dr. Wilfred Druml, Medizinische Universität Wien

- [1] Hu GL; Food Funct 2019; 10:3113
- [2] Kanbay M; J RenNutr 2020, Sept 18; e-pub
- [3] Hu EA; Am J Kidney Dis 2018; 72:214
- [4] Jhee JH; Am J Med 2018; 131:1482
- [5] Bigotte Vieira M; Nephrol Dial Transpl 2019; 34:974
- [6] Kennedy OJ; Am J Kidney Dis 2020; 75:753
- [7] Kanbay M; J RenNutr 2020, Sept 18; e-pub
- [8] Wijarnpreecha K; Int J Clin Pract 2017; 71
- [9] Srithongkul T; Eur J Intern Med 2020; 77:111
- [10] von Schröder W; Arch f exp Path 1887; 22:39
- [11] Pretzlaff RK; Crit Care Med 1999; 27:2782
- [12] Huber W; Am J Cardiol 2003; 91:1157
- [13] Onder AM; Pediatr Crit Care Med 2016; 17:753
- [14] Jacobson KA; Br J Pharmacol 2020, May 18; e-pub
- [15] Massi BM; N Engl J Med 2010; 363:1419
- [16] Poole R; BMJ 2017; 359:j5024
- [17] Nurminen ML; Eur J Clin Nutr 1999; 53:831
- [18] Masas AE; Am J Clin Nutr 2011; 94:1113
- [19] Rhee JJ; Am J Clin Nutr 2016; 103:210
- [20] Navarro AM; Clin Nutr 2019; 38:389
- [21] Miranda AM; Clin Nutr 2020; e-pub
- [22] Grosso G; Nutrients 2017; 9:890
- [23] Xie C; J Hum Hypertens 2018; 32:83
- [24] D'Elia L; Eur J Nutr 2019; 58:271
- [25] Palatini P; Int J Cardiol 2016; 212:131
- [26] Grosso G; Ann Rev Nutr 2017; 37:131
- [27] Godos J; Int J Food Sci Nutr 2014; 65:925
- [28] Suzuki A; Am J Hypertens 2007; 20:508
- [29] Poole R; BMJ 2017; 359:j5024
- [30] Ding M; Diabetes Care 2014; 37:569
- [31] Komorita Y; BMJ Open Diabet Res Care 2020; e-pub
- [32] Kim Y; Eur J Epidemiol 2019; 34:731
- [33] Lopes-Garcia E; Am J Clin Nutr 2006; 83:674; .
- [34] Lee A; Nutrients 2019; 11:1274
- [35] Carrero JJ; Nat Rev Nephrol 2020; 16:525
- [36] Kelly JT; Clin JASN 2017; 12:272;
- [37] Bach KE; Clin JASN 2019; 14:1441
- [38] Hu EA; Am J Clin Nutr 2019; 110:713

MMM-Praxis bietet unbürokratisch ärztliche Hilfe

Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung in Darmstadt sucht Ehrenamtliche zur Unterstützung

Bereits seit Oktober 2006 finden bedürftige Menschen in Not in der Praxis der „Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung – MMM Darmstadt“ medizinische Versorgung bei Krankheit, Schwangerschaft und Unfällen. Die Darmstädter „Armen-Praxis“ war 2006 die dritte Praxis dieser Art des Malteser Hilfsdienstes bundesweit von mittlerweile zwanzig Praxen dieser Art.

Gründer war Dr. med. Wolfgang Kauder, Internist und langjähriger ärztlicher Direktor des Marienhospitals. Er war von 2006 bis 2021 Leiter der Praxis „Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung“ in Darmstadt.

Die Praxisräume befinden sich im Erdgeschoss des Marienhospitals Darmstadt. Hier werden regelmäßig Sprechstunden von einem ehrenamtlich tätigen Team mit Ärztinnen und Ärzten sowie medizinischem Assistenzpersonal angeboten. Neben der offenen Sprechstunde am Mittwochnachmittag ist die Praxisrezeption jeweils dienstags und donnerstags am Vormittag besetzt, um Anmeldungen entgegenzunehmen oder Auskünfte und Beratungen geben zu können.

Die Ausstattung der Praxis ähnelt der einer Hausarzt- oder Praxis für Allgemeinmedizin; typische Untersuchungen und Behandlungen werden vorgehalten. Neben der körperlichen Untersuchung und der oftmals wegen der Sprachbarrieren schwierigen Anamneseerhebung werden technische Untersuchungen wie EKG, Spirometrie, Ultraschall und Laboruntersuchungen – diese durch eine kooperierende Laborarztpraxis – durchgeführt. Dabei spielt die Fachkompetenz der ärztlichen Kollegen – erworben in jahrelanger Tätigkeit in eigener Praxis oder Klinik – eine wesentliche Rolle.

Zurzeit arbeiten im Team Fachärzte für Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde, Innere Medizin mit Lungenheilkunde und Neurologie/Psychiatrie. Die Praxis ist so in der Lage, ein weites Spektrum anfallender Probleme abzudecken. Darüber hinaus ist ein Netz von etwa 40 Fachärzten fast aller



Foto: privat

Sprechstunde in der Darmstädter Praxis der Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung mit Dr. med. Wolfgang Kauder.

Fachrichtungen auf ehrenamtlicher Überweisungsbasis erreichbar.

Das Klientel der Praxis sind mittellose Bedürftige ohne Krankenversicherung, von denen es im Großraum Darmstadt schätzungsweise 6.000 bis 10.000 Menschen, in Deutschland mehr als 500.000 gibt – die amtlichen Angaben schwanken zwischen 145.000 bis zu einer Million. Die zahlenmäßige Erfassung ist wegen der hohen Dunkelziffer schwierig, da es sich oft um Menschen mit unklarem Aufenthaltsstatus handelt.

Seit Bestehen der Darmstädter Praxis 2006 wurden fast 10.000 Patientinnen und Patienten aus 112 Ländern behandelt, davon etwa 80 % Migranten und 20 % Deutsche, deren Zahl zurzeit ansteigt. Dies ist unter anderem auch eine Folge der Coronapandemie, da es sich häufig um insolvent gewordene Privatversicherte aus dem Kleinunternehmerbereich handelt. Die Migranten sind meist papierlose Zuwanderer aus Südosteuropa, Afrika, aus den Krisengebieten des Nahen und Mittleren Ostens sowie aus sonstigen Ländern der Welt.

Träger der Praxis und Verwaltungsinstantz ist der Malteser Hilfsdienst e. V. (Diözese Mainz), ideale und finanzielle Unterstützung bietet ein großer Freundes-

und Förderkreis in Darmstadt und Umgebung.

Das ausschließlich ehrenamtlich arbeitende Praxisteam sucht zur Sicherung des Fortbestandes der Praxis Fachärztinnen und Fachärzte sowie medizinisches Personal, beispielsweise Pflegefachkräfte, medizinische Fachangestellte und Mitarbeitende aus dem Pflegedienst aus dem Großraum Darmstadt und Südhessen sowie bei den Sozialämtern Tätige für die Sprechstunden, organisatorische und beratende Tätigkeiten. Die Mitarbeit in der MMM-Praxis Darmstadt ist insbesondere für Menschen aus den genannten Bereichen geeignet, die sich im Ruhestand befinden.

Kontakt & Spendenkonto

Die Kontaktaufnahme ist gerne erwünscht über das Praxissekretariat, Susanne Raab, dienstags und donnerstags, 10 bis 12 Uhr, unter Fon: 06151 1595795 oder per E-Mail: mmm.darmstadt@malteser.org. Gerne auch über den Autor, Fon: 06158 4246. IBAN: DE19 3706 0193 4001 1550 11

Dr. med. Christoph Weber
E-Mail: drchweber@t-online.de

Zum Artikel „Kulturkampf in westlichen Medien – Meinungsvielfalt in der Kammer“ von Dr. med. Peter Zürner, HÄBL 03/2023, S. 139

Dominanz gewisser Themen

Sehr geehrter Herr Kollege Zürner, Ihr Beitrag in der aktuellen Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes unter der Überschrift „Kulturkampf in westlichen Medien – Meinungsvielfalt in der Kammer“ hat mich einerseits sehr beeindruckt, andererseits aber auch sehr verwundert.

Nicht allein, dass das Hess. Ärzteblatt sich mit der Einführung der Gendersprache „von oben“ sich am „Kulturkampf“ beteiligt, sondern auch die Dominanz gewisser Themen wie Klima, Flüchtlinge und Nazi-Zeit fördert. Medizinische Themen oder auch berufspolitische Belange sind eher randständig geworden.

Ihre Handschrift als Verantwortlicher Redakteur konnte ich während der unseligen „Corona-Zeit“ überhaupt nicht erkennen und wenn Sie schreiben, es ginge Ihnen um Meinungsvielfalt, Diskurs und Respekt gegenüber Andersdenkenden, so kann ich dies nur als unverbindliche „Sonntagsre-

de“ einordnen. Jetzt, wo es sich abzeichnet, dass sich das Blatt wendet und sowohl der frühere als auch der aktuelle Gesundheitsminister Fehler bei den „Corona-Maßnahmen“ einräumten, ist es nicht gerade mutig und heroisch, zum Teil maßnahmenkritische Artikel im HÄBL abzu drucken. Hier ging es vornehmlich um die Belastungen der Kinder und Jugendlichen, was selbstverständlich absolut begrüßenswert ist. Aber was ist mit den „Alten“ in Pflegeeinrichtungen? Sie starben vereinsamt und isoliert – ob nicht hier die Maßnahmen zum Teil eher kontraproduktiv wirkten?

Und was ist mit all denen, die man in eine neuartige „Impfung“ gezwungen hat, die unter Umgehung aller Bestimmungen und Kautelen, die seinerzeit nicht zuletzt aufgrund der Contergan-Affäre gefasst wurden, lediglich bedingt zugelassen war? Wann erscheinen denn kritische Artikel zu

dem umstrittenen Zulassungsprozedere? Wann gibt es Beiträge zu dem „Post-Vac“-Syndrom bzw. zur Aufarbeitung der Impfnebenwirkungen? Warum wird die momentane Übersterblichkeit bzw. der rasante Anstieg verschiedener Krankheitsbilder im HÄBL nicht thematisiert?

Zu vielen Themen gab seit 2020 zahlreiche, nicht-unidirektionale Beiträge, die aber im HÄBL kaum Niederschlag fanden. Meinungsvielfalt???? Cancel culture???? Maßnahmen-Kritiker aus der Medizin wurden aus ihren Ämtern entfernt, diffamiert, der Professoren-Titel aberkannt. Wo war der Aufschrei der pluralistischen Organe? Stromlinienförmige Ja-Sagerei hatten wir in der Vergangenheit zur Genüge – hat sich denn viel verändert? Mit kollegialen Grüßen eines „Schwurb- lers“

Dr. med. Lothar Matzanke
Seligenstadt

Gleichzeitig und unabhängig zu obigem Brief erreichte uns folgende Zuschrift:

Zum Schwerpunktheft Kinder- und Jugendliche Ausgabe 03/2023 und zum Artikel „Kulturkampf in westlichen Medien – Meinungsvielfalt in der Kammer“ von Dr. med. Peter Zürner, HÄBL 03/2023, S. 139

Vielen Dank für das schöne Heft

Vielen Dank für das schöne Heft mit den verschiedenen „Kinderbeiträgen“, das hat mir gut gefallen.

Was mir aber besonders gut gefallen hat, war Ihr Beitrag „Kulturkampf in westlichen Medien – Meinungsvielfalt in der Kammer.“ Sie haben mir so aus der Seele gesprochen.

Diese gesellschaftliche Entwicklung macht mir große Sorgen. Ich habe das HÄBL mit Ihrem Beitrag gestern einer Freundin aus NRW gemailt, Kinderärztin in NRW, ehemalige Wissenschaftsjournalistin mit Kontakten überallhin und ich leite einmal weiter, was sie zurückschrieb: „Der Beitrag von Herrn Zürner gefällt mir sehr gut. Was ich wirklich gut finde, ist, dass das HÄBL

auch und gerade in der Pandemie, als das noch nicht üblich war, immer auch anderen Meinungen einen Platz gegeben hat. Ich weiß von keinem anderen Landesverband, bei dem das auch der Fall war“ – und sie muss es wissen mit ihren tausend Kontakten.

Dem kann ich mich nur anschließen, mit großem Dank. Wenn Sie, das HÄBL, nicht meine bzw. Gottschalks und meine Beiträge gebracht hätten, hätten wir uns nie äußern können. Unsere Beiträge wären nirgendwo sonst erschienen. Danke, dass Sie, die Redaktion des HÄBL, das ermöglicht haben!

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

Schreiben Sie uns!



Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an:

haebl@la.ehk.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt.

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com

Leserbrief zu „Senckenberg und die Frankfurter Universitätsmedizin“, HÄBL 01/2023, S. 36–39, von Isolde Asbeck

Die Senckenbergische Stiftung und die Johann Wolfgang Goethe-Universität

Eine informative Zusammenfassung im Hessischen Ärzteblatt eines interessanten Symposiums über den wesentlichen Beitrag von Johann Christian Senckenberg und seiner Stiftung bei der Entstehung einer medizinischen Fakultät und, damit verbunden, der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt.

Ob jedoch Senckenberg selbst (oder seine Brüder) damit einverstanden gewesen wären, über die Stiftung namentlich mit Johann-Wolfgang Goethe verbunden zu werden, muss bezweifelt werden. In „Dichtung und Wahrheit“ [1] bezeichnet Goethe die drei Brüder als „Sonderlinge“ und hinterlässt der staunenden Nachwelt ihren Frankfurter Spitznamen: die „Drei Hasen“. Hinsichtlich des – späteren – Stifters Johann Christian klagt Goethe, dass dieser „nur wenig und nur in vornehmen Häusern praktiziere“, ein Vorwurf, den auch 300 Jahre später Ärzte nicht gern hören, und mokiert sich nicht nur über sein „etwas wunderliches Äußeres“, sondern auch über sein auffälliges Bewegungsmuster. Er schreibt: „... ging er schnell, doch mit einem seltsamen Schwanken vor sich hin, so dass er bald auf dieser bald auf jener Stra-

ßenseite sich befand und im Gehen ein Zickzack bildete.“ Goethe zitiert „Spottvögel“, die meinten, J. C. Senckenberg versuche durch diesen „abweichenden Schritt den abgeschiedenen Seelen aus dem Wege zu gehen, die ihn in gerader Linie wohl zu verfolgen möchten und ahme diejenigen nach, die sich vor Krokodilen fürchten.“

Als echter Sohn seiner Heimatstadt, würdigt der Dichterstern natürlich, dass aller Spott und Scherze über Senckenberg sich in „Ehrfurcht gegen ihn verwandelten“, als er seine „Wohnung mit Hof, Garten und allem Zubehör auf der Eschenheimer Gasse zu einer medizinischen Stiftung widmete“. Natürlich hätte Senckenberg mit seinem eigentümlichen, unkontrollierten Gangbild nicht ein Baugerüst besteigen sollen, als dessen Folge sein Sturz und der resultierende katastrophale, nun medizinisch recht interessante Sektionsbefund anzusehen ist. Hinsichtlich einer, die Gangstörung verursachenden, neurologischen Erkrankung ist meines Erachtens der Sektionsbericht nicht diagnostisch, so dass auch die Frage, ob mittels einer modernen neurologischen Diagnostik und Therapie

(z. B. in „seiner“ Johann-Wolfgang-Goethe-Universität) das fatale Ende zu verhindern gewesen wäre, nicht beantwortet werden kann. (Prof. Helmuth Steinmetz hätte heutzutage allein schon in Kenntnis der Symptomatik ein Besteigen des Gerüsts untersagt.)

Interessant bei Goethe ist die Idee der Frankfurter von Krokodilen im Main [1]. Das erinnert doch sehr an den Sketch vom „Camel Spotter“ in Mittelengland, kreiert von Monty Pythons Flying Circus – über 250 Jahre später! Frankfurt – also damals schon – seiner Zeit voraus!

Schön, dass die Stadt auch den „Sonderling“ Senckenberg, wie andere Menschen, die sich um die Stadt verdient gemacht haben, mit einer städtischen Anlage gewürdigt hat.

Prof. Dr. med. Friedrich Lübbecke, Uelzen

Literatur:

[1] Johann Wolfgang Goethe: Aus meinem Leben – Dichtung und Wahrheit Teil 1, Buch 2: 72–73, 1998
Wiss. Buchgesellschaft, Insel Verlag, Frankfurt am Main & Leipzig

Leserbrief zum Artikel „Physician Assistant – eine kritische Betrachtung“ von Dr. med. Jonathan Stürmer, HÄBL 02/2022, S. 90

Persönlicher Kontakt zum Kranken unabdingbar

Zur Problematik des Physician Assistant möchte ich an die Medizin des Mittelalters und der beginnenden Neuzeit erinnern, mit einer unglaublichen Parallelität zu aktuellen Ideen.

Damals lasen die Professoren an den Universitäten ihre Vorlesung über die Gelehrsamkeit der Medizin aus dem Standardwerk des spätantiken griechisch-römischen Arztes Galenos vor, daher der Begriff Vorlesung. Den Patienten ließen sie außer Acht und draußen vor. Am eigentlichen Gegenstand der Ausbildung, dem kranken Menschen, arbeiteten Barbieri, Bader und Feldschere. Diese, auch Wundärzte genannt, kannten sich mit Gesundheitsstörungen und mit der Behandlung von Unfällen wesentlich besser aus, als die akademisch gebildeten Ärzte.

Das änderte sich – langsam – erst ab dem 16. Jahrhundert durch die anatomischen Studien von Andreas Vesalius und durch ande-

re Forscher und erkenntnisbegeisterte Ärzte. Hier möchte ich als Beispiel den Hessen Euricius Cordus¹ erwähnen.

Der enge persönliche Kontakt zum Kranken ist unabdingbar. Wenn die Ärzte der Zukunft nur noch die Oberaufsicht führen und diese direkte Tätigkeit am Patienten dem Physician Assistant überlassen, dann würden in der Gründlichkeit des Wissens von Diagnostik, Therapie und Einfühlungsvermögen ähnliche Situationen entstehen wie im Mittelalter, nur auf einer moderneren Stufe.

**Univ.-Prof. em. Dr. med.
Hans Kaffarnik**
Marburg-Wehrda

¹ Der hessische Humanist Euricius Cordus aus Simtshausen (1486–1535) war nicht nur Arzt, Medizinprofessor und Botaniker, sondern auch Dichter und Verfasser eines vielseitigen Werks. Kurzbiografie z. B. von Stefan Rieger im Internet unter: <https://www.komoot.de/highlight/3116133>

Kammerwahl 2023

Auslegung der Wählerverzeichnisse für die Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

Ergänzung zur Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt 3/2023, S. 187

Bekanntgabe der Wahlleitung:

Das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen wird während der Zeit der Auslegung des Wählerverzeichnisses (28.03.2023 bis 25.04.2023) umziehen. Aus diesem Grund gibt es zwei Auslegungsorte des Wählerverzeichnisses im Versorgungswerk.

Bis zum Umzug liegt ein Exemplar am aktuellen Standort aus:
Versorgungswerk
der Landesärztekammer Hessen
Erdgeschoss, Empfang-Zentrale, Raum 1
Mittlerer Hasenpfad 25
60598 Frankfurt am Main
Fon: 069 97964-0

Nach dem Umzug liegt ein Exemplar am neuen Standort aus:
Versorgungswerk
der Landesärztekammer Hessen
2. OG, Empfang
Hanauer Landstr. 150
60314 Frankfurt am Main
Fon: 069 97964-0

Frankfurt am Main, 3. März 2023
Landesärztekammer Hessen
gez. Günter Wiegand
Wahlleitung

Bundesärztekammer aktualisiert Handreichung „Ärztinnen und Ärzte in sozialen Medien“

Die Nutzung sozialer Medien gehört für viele Ärztinnen und Ärzte, Medizinstudierende sowie Patientinnen und Patienten mittlerweile zum Alltag. Soziale Medien können ein direktes Arzt-Patient-Gespräch sinnvoll ergänzen. Wichtig aber ist, bei der Nutzung sozialer Medien die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz stets zu beachten. Um Ärztinnen und Ärzte sowie Medizinstudierende für die Besonderheiten der Kommunikation über soziale Medien zu sensibilisieren, hat die Bundesärztekammer (BÄK) ihre Handreichung für Ärztinnen

und Ärzte in den sozialen Medien aktualisiert. Anhand konkreter Fallbeispiele will die BÄK Probleme im Umgang mit sozialen Medien aufzeigen und Lösungsvorschläge anbieten.

Weitere Informationen sowie die aktualisierte Handreichung finden Sie auf der Website der Bundesärztekammer unter Pressemitteilungen (08.02.2023).

Der Kurzlink und der QR-Code führen dorthin: <https://tinyurl.com/2s27hamy/>.



Fortsetzung auf der nächsten Seite



Direktorenwechsel an der Augenklinik am Klinikum Darmstadt: **PD Dr. med. habil. Manuel Hermann** (FEBO MBA) löst **Prof. Dr. med. Karl Heinz Emmerich** (links) ab, der 32 Jahre lang der Klinik vorstand. Hermann kommt vom Klinikum der Universität zu Köln, dort war er seit 2008 als Oberarzt tätig und habilitierte sich in 2013 im Bereich Glaukomtherapie und Netzhautforschung.

Fotos: Klinikum Darmstadt



PD Dr. med. Burkhard Beyer ist neuer Chefarzt der Klinik Wildetal am Urologischen Kompetenzzentrum für die Rehabilitation an den Kliniken Hartenstein in Bad Wildungen. Der wissenschaftliche Schwerpunkt des Facharztes für Urologie liegt in der Analyse von Behandlungsergebnissen nach uro-onkologischen Therapien.

Foto: Kliniken Hartenstein

Die Wicker Klinik in Bad Wildungen hat mit **Dr. med. Catri Tegtmeier** seit Anfang des Jahres eine neue Chefärztin für die Abteilungen Psychosomatik/Psychotherapie und Traumatherapie. Die Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit Zusatzbezeichnung Sozialmedizin ist seit 2008 als Chefärztin tätig, zunächst an der Schön Klinik Große Allee in Bad Arolsen, danach an der Asklepios Fachklinik Fürstenhof in Bad Wildungen.

Foto: Wicker Klinik



PD Dr. med. Nick Spindler (Foto) übernimmt als Chefarzt die Leitung der Klinik für Plastische, Hand- und Rekonstruktive Chirurgie der varisano Kliniken des Main-Taunus-Kreises am Standort Bad Soden. Der Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie mit Zusatzbezeichnung Handchirurgie tritt die Nachfolge von **Dr. med. Olaf Wölfle** an, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

Foto: privat

Prof. Dr. med. Matthias H. Seelig (Foto unten), Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie an den varisano Kliniken des Main-Taunus-Kreises am Standort Bad Soden, ist seit dem 1. Februar 2023 neuer ärztlicher Direktor. Er folgte auf **Dr. med. Thomas Müller**, der dieses Amt seit 2018 inne hatte.

Foto: varisano Kliniken MTK



Erinnerung an Dr. med. Eckhart Mende

* 10.09.1935

† 13.12.2022

Die Landesärztekammer Hessen trauert um Dr. med. Eckhart Mende, der am 13.12.2022 im Alter von 87 Jahren verstorben ist.

Dr. Mende wurde am 10.09.1935 in Niendorf geboren. Er legte 1961 in Kiel sein Staatsexamen ab und ein Jahr später erfolgte die Promotion von der Christian-Albrecht-Universität Kiel. 1963 erhielt er die Approbation vom Innenminister in Schleswig-Holstein.

Seine Tätigkeit im Krankenhaus begann 1963 im Ev. Krankenhaus in Unna, 1964 erfolgte der Wechsel nach Darmstadt. Dort folgten die Facharztanerkennungen im Fach Innere Medizin (1971) und im Fach Radiologie (1974). Von 1976 bis 1984 war er Oberarzt in den Städtischen Kliniken Darmstadt. 1984 wechselte er als angestellter Arzt in die TBC-Fürsorge des Gesundheitsamtes Darmstadt, dort war er bis zu seiner Pensionierung im Jahre 1998 tätig.

Darüber hinaus war er berufspolitisch sehr aktiv, von 1968 bis 1992

war er Delegierter für den Marburger Bund in der Kammerversammlung und von 1986 bis 1992 war er Mitglied im Präsidium der Landesärztekammer Hessen. Von 1984 bis 1986 war er Stellv. Vorsitzender der Bezirksärztekammer Darmstadt.

Für seine Verdienste hat ihm die Landesärztekammer Hessen im Jahre 2000 die Ehrenplakette in Silber überreicht.

Die hessische Ärzteschaft trauert um eine herausragende Persönlichkeit und vorbildlichen Kollegen.



Foto: privat

Prof. Dr. med. Horst Kuni
Marburg

Olaf Bender
Landesärztekammer Hessen

Polizei Westhessen sucht Ärztinnen & Ärzte

Seit jeher arbeitet die Polizei vertrauensvoll mit Ärztinnen und Ärzten zur Erfüllung verschiedener gesetzlicher Aufgaben zusammen. Das Polizeipräsidium Westhessen sucht Ärztinnen und Ärzte zur Durchführung polizeiärztlicher Leistungen. Diese umfassen u. a. Blutabnahmen, Untersuchungen der Gewahrsamkeitsfähigkeit sowie Leichenschau. Interessierte mögen sich per E-Mail wenden an: aerztepool.ppwh@polizei.hessen.de,

Fon: 0611 345 1203. Die Polizei bietet einen Zuschlag von 43 Euro Bereitschaftspauschale für jede Alarmierung zusätzlich zur Vergütung nach der GOÄ. Die Ärztinnen und Ärzte tragen sich hierfür in einen Online-Kalender für Bereitschaftsdienste ein. Das Polizeipräsidium Westhessen umfasst die Landkreise Hochtaunus, Limburg-Weilburg, Main-Taunus, Rheingau-Taunus und die Landeshauptstadt Wiesbaden. (red)

Ergebnisse der Abschlussprüfung im Winter 22/23 für Medizinische Fachangestellte

Bei der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2022/2023 haben am Schriftlichen Teil der Abschlussprüfung 412 Prüflinge teilgenommen, von denen 301 bestanden haben. 412 Prüflinge haben am Praktischen Teil der Abschlussprüfung teilge-

nommen, von denen 296 bestanden haben. Die detaillierten statistischen Angaben zu der Winterprüfung 2022/2023 können demnächst im Internet unter <http://www.laekh.de/aktuelles> abgerufen werden.

Wir gedenken der Verstorbenen

Foto: © bittedankeschön – stock.adobe.com



Geburtstage

Bezirksärztekammer Gießen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060136084 ausgestellt am 20.10.2021 für Dr. med. Dr. rer. nat. Renate Blütters-Sawatzki, Münzenberg

Arztausweis-Nr. 060247487 ausgestellt am 20.12.2022 für Dr. med. Oliver Dippel, Ebsdorfergrund

Arztausweis-Nr. 060254545 ausgestellt am 06.02.2023 für Dr. med. Oliver Dippel, Ebsdorfergrund

Arztausweis-Nr. 060078130 ausgestellt am 11.05.2021 für Joana Giannoulis, Mainz

Arztausweis-Nr. 060251583 ausgestellt am 17.01.2023 für Dr. med. Hans-Ulrich Lawerenz, Kassel

Arztausweis-Nr. 060061076 ausgestellt am 16.09.2019 für Justine Layne, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060056380 ausgestellt am 05.11.2018 für Dr. med. Karin Beate Lindemann, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060066519 ausgestellt am 24.07.2020 für Dr. med. Antje Munk, Hofheim

eHBA-Nr. 80276001081611043469 ausgestellt am 26.04.2021 für Dr. med. Nataly Nizam, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060227839 ausgestellt am 11.10.2022 für Bettina Pallasch, Offenbach

Arztausweis-Nr. 060058605 ausgestellt am 27.03.2019 für Eva Maria Siefert, Wölfersheim

Arztausweis-Nr. 060076443 ausgestellt am 15.04.2021 für Dr. med. Jürgen Vierhaus, Vellmar

Arztausweis-Nr. 060062237 ausgestellt am 15.11.2019 für Monika Wiese-Schröder, Hofheim

Goldenes Doktorjubiläum

Ehrungen MFA/ Arzthelfer*innen

Wir gratulieren zum mehr als zehnjährigen
Berufsjubiläum:

wir gratulieren zum 25-jährigen und
mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum:

Wir gratulieren zum mehr als 40-
jährigen Berufsjubiläum:

Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben.“ Oder: „Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt.“ (LÄKH)

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Förderungsmittel für Digitalisierung jetzt abrufen

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration stellt auch in diesem Jahr wieder Mittel für die Förderung von Digitalisierungsmaßnahmen in der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung zur Verfügung.

Der erste Förderaufruf („Call“) startet am **Mittwoch, 26. April 2023 um 9 Uhr**. Die Antragstellung ist dann für 48 Stunden freigeschaltet.

Die Zuwendung wird im Wege der An-

teilsfinanzierung als nicht rückzahlbarer Zuschuss zu den zuwendungsfähigen Sachausgaben gewährt. Die Förderhöhe ist auf höchstens 6.000 Euro begrenzt. Eine Förderung kann ab zuwendungsfähigen Sachausgaben in Höhe von 2.300 Euro erfolgen.

Informationen zum Zuschuss DIGI-Ambulant sowie die Kontaktdaten für Ihre Fragen finden Sie auf <https://www.wibank.de/wibank/digi-ambulant>

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Praktikanten in Arztpraxen

Praktikantinnen und Praktikanten aus Schule, Berufsschule oder Fachoberschule gehören häufig zum Arbeitsalltag im Gesundheitswesen. Auch in Arztpraxen werden Praktika unterschiedlichster Art angeboten. Sie bieten die Möglichkeit, in einen Gesundheitsberuf hineinzuschmecken und können hilfreich bei der Entscheidung für eine Ausbildung

z. B. zum/zur Medizinischen Fachangestellten sein. Um Praktika in Arztpraxen durchführen zu können, sind Regelungen in Bezug auf Arbeits- und Gesundheitsschutz, Schweigepflicht und Datenschutz und Datenschutz sowie den Schutz der Intimsphäre des Patienten notwendig. Informationen finden Sie unter: www.laekh.de/fuer-mfa/berufsausbildung/betriebspraktika/

Newsletter der Landesärztekammer Hessen

Wir halten Sie auf dem Laufenden: Mit unserem neuen Newsletter erhalten Sie regelmäßig aktuelle Informationen und interessante Themen rund um die Kam-

mer bequem in Ihr E-Mail-Postfach. Den Anmelde-Button finden Sie rechts auf der Startseite in einem Kasten auf www.laekh.de.

Büchertipps von Lesern für Leser

Liebe Leserinnen und Leser,
Bücher sind für viele von uns existenzielle und lehrreiche Begleiter. Vielleicht gibt es unter den zahlreichen Neuerscheinungen jedes Jahr den ein oder anderen Titel, den Sie weiterempfehlen wollen. Sie sind herzlich eingeladen, dies in Form eines kurzen Buchtipps an die Redaktion weiterzugeben.

Wir freuen uns auf Ihre Vorschläge!
E-Mail: haebel@laekh.de

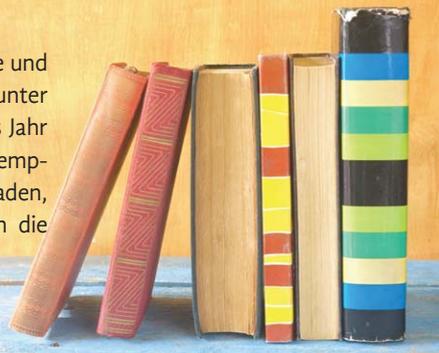


Foto: Thomas Bethge – stock.adobe.com

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; in Elternzeit
Lukas Reus, Referent Stabsstelle Medien

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: haebl@laekh.de
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

Geschäftsführung: Jürgen Führer, Patric Tongbhoyai

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

Abonnementservice: Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314
Abo-Service@aerzteverlag.de

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 140,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00
Einzelheftpreis € 14,00 – Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

Das Abonnement verlängert sich automatisch. Es kann nach Ablauf der Vertragslaufzeit jederzeit mit einer Frist von mindestens einem Monat gekündigt werden.

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. 9, gültig ab 01.01.2023

Auflage Lt. IVW 4. Quartal 2022:

Druckauflage: 39.222 Ex.; Verbreitete Auflage: 38.990 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.

84. Jahrgang

ISSN 0171–9661

Urheber- und Verlagsrecht

Mit dem Einreichen eines Beitrags zur Veröffentlichung erklärt der Autor, dass er über alle Rechte an dem Beitrag verfügt. Er überträgt das Recht, den Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen, auf die Redaktion des Hessischen Ärzteblatts. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlagsrechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Beiträgen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen. Mit Annahme des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeiträge stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in dieser Publikation berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Zumeist handelt es sich dabei um Marken und sonstige geschützte Kennzeichen, auch wenn sie nicht als solche bezeichnet sind.

Haftungsausschluss:

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allgemeinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanleitungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenständiger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Benutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation dargestellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern, dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleistung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publikation dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verursacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln