

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 6 | 2023
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 84. Jahrgang



Klima & Medizin

Ischämischer Schlaganfall

In dem CME-Beitrag bietet der Autor eine aktuelle Übersicht über die Akuttherapie des Schlaganfalls

Buddhismus

In diesem Teil der Serie wird der assistierte Suizid aus der Weltsicht des Buddhismus betrachtet



Ihre Stimme für die Kammer

Sicher erwarten Sie, dass ich Sie noch einmal bitte, Ihr aktives Wahlrecht für die Kammerwahl 2023 auszuüben. Das mache ich und zwar sehr gerne und mit voller Überzeugung: Bitte geben Sie Ihre Stimme ab und stärken so die ärztliche Selbstverwaltung, ein ausgesprochen hohes Gut. Dürften Ärztinnen und Ärzte die Angelegenheiten wie zum Beispiel Weiterbildung und Berufsaufsicht nicht selbst regeln, müsste der Staat diese Aufgaben übernehmen und überwachen. Es wäre sicher naiv zu glauben, dass dann alles einfacher oder gar kostengünstiger würde. Das Zusammenspiel aus hauptamtlich Beschäftigten und ehrenamtlich Wirkenden hat sich über Jahrzehnte bewährt. Während ehrenamtliche Ärztinnen und Ärzte die alltägliche ärztliche Arbeit aus eigener Anschauung kennen und Entscheidungen der Kammer auch sozusagen selbst ausbaden müssen, beherrschen Hauptamtliche das Verwaltungsgeschäft. Beide ergänzen sich hervorragend, um die Anforderungen zu erfüllen, denen die Landesärztekammer Hessen als eine der Aufsicht des Sozialministeriums unterliegende, sogenannte untergesetzliche Behörde genügen muss. Eine derartige Praxisnähe könnte eine echte Behörde wohl kaum erreichen. Dass die Kammer in der bald endenden Wahlperiode viele Aufgaben erfolgreich gemeistert hat, schildert auch Dr. med. Christian Piper (vgl. S. 338), Beisitzer im Präsidium.

Auch in der kommenden Wahlperiode werden sich weder haupt- noch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Kammer langweilen.

Die Diskussionen und Bemühungen, die stationäre Versorgung zu reformieren, werden anhalten. Auch wenn mancher Politiker den Wunsch hat, das ohne ärztlichen Sachverstand aus Klinik und Praxis durchzuziehen, sollten die Diskussionen der jüngeren Zeit nun klar gemacht haben, dass eine Reform ohne Einbezug der Betroffenen zum Scheitern verurteilt wäre.

Die Krankenhausreform ist sicher eine der größten Herausforderungen, die das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren zu bewältigen hat, doch ganz bestimmt nicht die einzige. Vom Nachwuchsmangel, der auch alle anderen Branchen betrifft, will ich gar nicht sprechen. Meine Forderungen nach mehr auskömmlich finanzierten Studienplätzen für Humanmedizin sind hinlänglich bekannt. Zumindest scheint nun wenigstens etwas Bewegung in die Reform des Medizinstudiums gekommen zu sein. Werden sich Bund und Länder einig, könnte die Reform laut Bundesgesundheitsministerium zum Wintersemester 2027 in Kraft treten, also nur schlappe zehn Jahre nach der grundsätzlichen Einigung zwischen Bund und Ländern, das Medizinstudium zu reformieren. Hier hätte ich mir schon früher mehr Engagement im Bundesgesundheitsministerium gewünscht.

Stattdessen wurden offensichtlich viel Zeit und Mühe in die Legalisierung von Cannabis investiert, ein Vorhaben, das ich entschieden ablehne. Cannabis kann bei Jugendlichen und jungen Er-

wachsenen zu ernststen psychischen Erkrankungen und sogar zu dauerhaften Hirnschäden führen. Die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass die Zulassung von Cannabisprodukten trotz aller Begleitprogramme zum Schutz von Minderjährigen auch einen konsumverharmlosenden Effekt hat. Der Anteil insbesondere junger Konsumentinnen und Konsumenten mit täglichem Gebrauch steigt und das voraussichtlich mit bleibenden gesundheitlichen Schäden.

Es ist wahrscheinlich, nein mit Sicherheit naiv, zu glauben, dass Behörden und Regierung mit Schwung an den Abbau der überbordenden Bürokratie gehen, die uns allen Tag für Tag Zeit raubt, die der Patientenversorgung dann fehlt. Das betrifft natürlich nicht das Gesundheitswesen allein, sondern alle Bereiche des Lebens. In dem Versuch, alles möglichst bis in das kleinste Detail zu regeln, entstehen nicht nur Ungerechtigkeiten, die eigentlich damit verhindert werden sollen, sondern sinnvolle Lösungen werden behindert. Im schlimmsten Fall kann die Einhaltung der einen Vorschrift zu einer Missachtung einer anderen Vorschrift führen. Genau dieses Dilemma fürchten psychiatrische Kliniken mit dem gesetzlichen Auftrag der Pflichtversorgung, denn der bereits erwähnte Fachkräftemangel macht auch vor psychiatrischen Kliniken nicht halt. Können diese nun die in der Richtlinie zur Personalausstattung in den psychiatrischen Kliniken festgelegten Personalmindestmengen nicht mehr gewinnen, resultiert daraus eine Begrenzung der belegbaren Betten und damit möglicherweise die Gefahr, den Ordnungsbehörden schwer psychisch kranke Patienten nicht mehr abnehmen zu dürfen und den Versorgungsauftrag nicht mehr sicherstellen zu können. Hier bedarf es einer gesetzlichen Absicherung.

Ähnliche Beispiele finden sich auch in nicht-medizinischen Bereichen. Es gibt auch zukünftig viel zu tun.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: Marissa Leister; © PureSolution und Pixi – stock.adobe.com



Foto: sudok1 – stock.adobe.com

Medizin und Klima

Im Interview mit Dr. med. Martin Herrmann werden die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (Klug e. V.) und die Möglichkeiten innerhalb des Netzwerkes vorgestellt. Ein weiterer Artikel befasst sich mit dem Hitzeaktionsplan in Hessen.

346–349

Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls

Die akute Behandlung des ischämischen Schlaganfalls ist in den vergangenen 15 Jahren revolutioniert worden. Der Autor bietet in diesem zertifizierten Fortbildungsbeitrag ein Update über Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten.

339

Editorial: Ihre Stimme für die Kammer 335

Aus dem Präsidium: Viele Fortschritte, kein Schnecken tempo! 338

Ärztelkammer

Klima- und Gesundheitsschutz: „Hitze ist gefährlich!“ Im Gespräch mit Dr. med. Martin Hermann (KLUG e. V.) 346

Ärztelangel: Nachwuchsbe fragungen der Stabsstelle Qualitätssicherung 354

Laudatio: Christian Neupel, ehemaliger Justitiar der LÄKH, feiert seinen 85. Geburtstag 375

Die Landesärztekammer Hessen zu Gast in der Sanitätsakademie der Bundeswehr in München 375

Fort- und Weiterbildung

Time is brain – Update Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls 339

Paradigmenwechsel bei chronischen Schmerzzuständen 351

Die Behandlung erwachsener Patienten mit Schlafstörungen 356

Weibliche Genitalverstümmelung 372

Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 362

■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 368

■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen:** Die neue Compliance-Richtlinie 379, 383

■ **Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen** 387

Recht: Achtung bei Praxiskaufverträgen 350

Medizinische Fachangestellte: Gute Deutschkenntnisse sind unerlässlich für die Ausbildung 382

Ansichten und Einsichten: Runder Tisch zur MFA-Ausbildung 361



Foto: sebra – stock.adobe.com

Chronische Schmerzzustände

Bei chronischen Schmerzzuständen ist derzeit in mehrfacher Hinsicht ein weitreichender Paradigmenwechsel im Gange. Dies betrifft deren Klassifikation im neuen ICD-11, die Mechanismen der Verarbeitung im Gehirn sowie die Verordnung von Opioiden als Therapiestrategie.

351



Foto: Dr. med. Wolfgang Truescher

Assistierter Suizid aus Sicht des Buddhismus

Der Artikel behandelt den ärztlich assistierten Suizid aus dem Blickwinkel eines eher traditionellen Buddhismus und beschreibt, aus welchen Gründen von Suizid und Suizidassistenz im Zusammenhang mit schweren Erkrankungen abgeraten wird.

358

Aus den Bezirksärztekammern

Begrüßungsabend in Gießen	374
MFA-Abschlussfeier in Marburg	381

Forum

Hitzeschutz als ärztliche Aufgabe – Hitzeaktionsplan in Hessen veröffentlicht	348
Der assistierte Suizid aus Sicht des Buddhismus	358
Train the Trainer-Seminare	370
Intersektorale Kommunikation: Mehr als Bits und Bytes	371
Bücherfund aus der Zeit des Nationalsozialismus	376

Nachruf auf Christiane Loizides	374
----------------------------------------------	-----

Personalien	378
Impressum	393

Bücher



Wir konnten auch anders – Eine kurze Geschichte der Nachhaltigkeit

Annette Kehnel
S. 350

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)

Viele Fortschritte, kein Schneckentempo!

Der Fortschritt sei eine Schnecke, wird gesagt. Das klingt irgendwie nett, bleibt aber doch kritisch frustriert. Schauen wir mit der Schneckentempo-Frage doch einmal auf die fünf ablaufenden Jahre der Wahlperiode bei unserer „LÄKH“. Erfreulicherweise findet man deutlich Anderes, es wurden große Jobs sehr zügig und in bemerkenswerten Leistungssprüngen bewältigt.



Foto: Katarina Ivanisevic

„Ihre Stimme für eine möglichst hohe Wahlbeteiligung“

Umzug ins neue Kammergebäude

Erster Sprung: Die Kammer zieht in ein nachhaltig konzipiertes und im Kostenplan umgesetztes neues Gebäude „HLS 152“. Mit digitaltechnischem Komfort, moderner Klimatechnik und consequentem Anspruch, gesetzlich geforderte Funktionen mit und für die ärztliche Kollegenschaft effektiv und serviceorientiert umzusetzen. Davon profitieren Weiterbildungsprüfungen, Fortbildungen, Meldewesen, Anerkennung von CME-Punkten, MFA-Ausbildung, Ärzteblatt, Website und mehr, wie auch der berufspolitische Diskurs und die Sichtbarkeit nach innen und nach außen. Und auch die Mitarbeitenden in Haupt- und Ehrenamt freuen sich über zeitgemäße Räumlichkeiten.

Neue Weiterbildungsordnung (WBO)

Zweiter Sprung: Vorbereitung und Umsetzung der neuen Muster-WBO mit hohem inhaltlichen Anspruch an Weiterzubildende und didaktisch für Weiterbildende. 440 Seiten Druckdokument wurden ab Ende 2018 diskutiert, Hessenspezifika unfallfrei ergänzt und im November 2019 von der Delegiertenversammlung (DV) beschlossen. Das bundesweit vorgegebene eLogbuch wurde für Hessen adaptiert, mit Pilotphase getestet und im Januar 2021 live gestellt. Über 4.500 Weiterbildungsbefugnisse werden nach der WBO 2020 überprüft und neu ausgefertigt. Dafür hat sich die Personal- und Führungsstruktur von Haupt- und Ehrenamt im Weiterbildungsbereich unter laufendem Optimierungszyklus neu aufgestellt. Keineswegs selbstzufrieden, nachbessern und nachschärfen bei Details der neuen WBO sind aus der Umsetzungspraxis heraus nötig und werden geleistet.

Coronaschock, dann neue Chancen ergriffen

Einige Sofortsprünge forderte Corona mit seinen fatalen Haupt- und Nebenwirkungen seit 2020, um das Wegbrechen der täglichen Arbeitsroutinen, den Stillstand von Fort-, Weiterbildungen in Präsenz und der Prüfungen von Ärzten und MFA aufzuhalten. Die Kammer hat sich dem mit Erfolg gestellt: Sicherheitskonzepte für alle Beteiligten, Durchbruch zum mobilen Arbeiten für viele Mitarbeitende, digitale Formate für Konferenzen und Prüfungen, Live-Online-Veranstaltungen wurden unter Hochdruck etabliert,

um die Kernfunktionen der Kammer stabil zu halten.

Modernisierung der Strukturen

Zu weiteren Sprüngen im Management der LÄKH wurde Anlauf genommen. Alle Akademiestrukturen sind 2022 professionell analysiert worden und nun auf sehr gutem Weg zu neuer Führungsorganisation, attraktiven Formaten, bedarfsorientierter Kundenakquise und Diversität der Angebotsorte. Die Bezirksärztekammern werden in einer strukturierten Pilotphase auf moderne Kooperations- und Funktionsstrukturen mit Ausbau der spezifischen IT-Technologien begleitet. Das Hessische Ärzteblatt wird digital umgebaut, zunächst neben der bekannten Printversion. In den vergangenen zwei Jahren hat sich u. a. als weitere Aufgabe der Kammer etabliert, die approbationsrelevante Fachsprachprüfung für zuwandernde Ärztinnen und Ärzte hessenweit verantwortlich durchzuführen.

Initiativen zum Klimaschutz

„Hic salta“, d. h. sofort Anpacken, ist dringend angesichts zunehmender Risiken und schon jetzt unübersehbarer Folgeschäden durch den globalen Klimawandel. Die Kammer kümmert sich, CO₂-Abdrücke konsequent intern zu reduzieren und Anregungen für Kliniken und Praxen zu unterstützen. Die im wahrsten Sinne brennende Thematik wird vordringlich in Fort- und Weiterbildungen für Ärztinnen, Ärzte und MFA eingebracht: Hitzeschäden und typische Erkrankungsmuster erkennen, Hitzeschutzpläne entwickeln und propagieren, Hitzeerkrankungen richtig behandeln (siehe Artikel im aktuellen Heft ab S. 346).

Resümee zur Ausgangsfrage

Zukunftssichernde, große Fortschritte wurden geschafft. Und das keineswegs im Schneckentempo. Aber: Ja, es bleibt noch mehr zu tun. Wir brauchen dafür weiterhin beste Managementqualitäten und Handlungsstärke für die Gremien und die Hauptamtlichen unserer Landesärztekammer. Sorgen Sie bitte jetzt mit dafür und geben Ihre persönliche Stimme bei der Kammerwahl 2023 ab! Nur eine besonders hohe Wahlbeteiligung wird die berufspolitische Legitimation und die Selbstverwaltung für unseren freien Beruf festigen.

Dr. med. H. Christian Piper

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

Time is brain – Update Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls

VNR: 276060202319129000

Prof. Dr. med. Julian Bösel

Einleitung

Die akute Behandlung des ischämischen Schlaganfalls, also des plötzlichen Verschlusses eines Hirngefäßes, ist in den vergangenen 15 Jahren revolutioniert worden. Hatte man früher oft den Eindruck, dass drei Stunden nach diesem „schicksalhaften“ Ereignis akut kaum noch etwas medizinisch Sinnvolles getan werden kann und man auf eine Erholung in der Rehabilitation hoffen musste, sind die Möglichkeiten heute besser denn je. Dieser Übersichtsartikel wendet sich an alle, die in dieser Prozesskette interdisziplinär eine Rolle spielen. Dazu gehören Hausärztinnen und -ärzte, niedergelassene Neurologen bzw. Internisten, Notärzte, Rettungsdienst, Ärzte und Pflegekräfte in Notaufnahmen, klinisch tätige Neurologen, Neuroradiologen, Pflegekräfte und Therapeuten auf Stroke Units und ggf. Intensivstationen.

Wissenschaftlich belegte Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten wie die Gefäß- und Durchblutungsdarstellung sowie die erweiterte Anwendbarkeit von Rekanalisierung per Thrombolytikum und/oder Katheter erlauben es heute, dass bei raschem und richtigem Handeln ein geringes oder gar kein neurologisches Defizit resultiert – sogar teilweise erstaunlich spät nach dem Gefäßverschluss.

Die folgende Übersicht ist angelehnt an die aktuelle AWMF S2e-Leitlinie [1] zur Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls. Prävention, Sekundärprophylaxe, Spezialfälle, Rehabilitation und Prognose – allesamt sehr wichtige Themen – werden *nicht* behandelt.

Begriffe, Definitionen, Ursachen

Als ischämischer Schlaganfall werden plötzliche neurologische Ausfallerscheinungen (akute(s) (fokal)neurologi-



Bei der Versorgung eines Schlaganfalls zählt jede Minute. So sind in Berlin seit 2011 Stroke-Einsatz-Mobile (STEMO) unterwegs: speziell ausgestattete Rettungsfahrzeuge mit einem mobilen Computertomographen, Möglichkeiten zur Labordiagnostik und Geräten zur telemedizinischen Vernetzung mit Kliniken.

sche(s) Defizit(e)) bezeichnet, denen eine regionale Minderdurchblutung des Gehirns zugrunde liegt. Der ebenfalls gebräuchliche Begriff Hirninfarkt beschreibt bereits das Korrelat des durch die Minderdurchblutung geschädigten Hirngewebes. Daneben sind Begriffe wie Apoplex, Hirninsult, Hirnschlag usw. in Gebrauch, die meist synonym verwendet werden, aber letztlich unschärfer sind. Der Überbegriff Schlaganfall (engl. „stroke“) umfasst jeglichen akuten krankhaften gefäßbedingten Hirnprozess, neben den Ischämien (über 80 % aller Schlaganfälle) auch spontane Blutungen wie intrazerebrale Blutung und Subarachnoidalblutung.

Der akute ischämische Schlaganfall kann mit AIS abgekürzt werden und wird im Folgenden auch so bezeichnet. Dauert ein neurologisches oder auch okuläres Defizit, das durch eine Minderdurchblutung bedingt ist, nicht länger als 24 h an, spricht man von einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA). Dem AIS liegt der Verschluss eines Hirngefäß(es) und damit eine territoriale Minderversorgung des Gehirns durch Blut und Sauerstoff zugrunde. Je nach Ausdehnung und Dauer des

Verschlusses und je nach individuell sehr unterschiedlicher Versorgung jener Hirnregion durch benachbarte „Ersatzgefäße“ (Kollateralisierung) kommt es zunächst rasch zu einem Funktionsverlust und später meist zu einem irreversiblen Schaden des abhängigen Hirngewebes. Die Entstehung des Gefäßverschlusses kann sehr unterschiedliche Ursachen haben. Neben lokalen thrombotischen Verschlüssen, ggf. auf dem Boden atherosklerotischer Verengungen, kommen oft auch embolische Verschlüsse vor, die ihren Ausgang z. B. von vorgeschalteten größeren Hals- oder Hirngefäßen oder auch dem Herzen bzw. Aortenbogen nehmen können. Zu den häufigsten Ursachen des AIS gehören makroangiopathisch die Karotisstenose, das Vorhofflimmern und mikroangiopathisch Hirngefäßverschlüsse infolge Bluthochdruck, Diabetes und Nikotinkonsum.

Erkennung und Graduierung des Hirninfarkts

Je nach betroffener Hirnregion, Ausdehnung der Ischämie, individuell unterschiedlicher Kollateralversorgung und auf-

Foto: Unfallkrankenhaus Berlin

grund der komplexen Netzwerkstruktur des Gehirns können sehr unterschiedliche klinische Auswirkungen des AIS resultieren. Auch die Dynamik variiert stark, so können Symptome für Minuten bis Stunden andauern oder darüber hinaus anhalten, schwanken, in ihrer Ausprägung abnehmen, aber auch zunehmen. Typisch und wichtig in der (Fremd)Anamnese herauszuarbeiten ist der plötzliche (apoplektiforme) Beginn der Symptomatik. Seltenere Schlaganfalltypen wie die Basilaristhrombose oder Hirnvenen- und Sinusthrombose können allerdings auch eine stotternde, schleichende oder schwankende Symptomatik mit sich bringen. Deshalb werden diese oft verspätet erkannt. Prinzipiell kann der AIS jede Art akuter neurologischer Ausfälle hervorrufen. Besonders häufig sind aber plötzliche Extremitäten- oder Gesichtslähmungen, Sprach- oder Sprechstörungen, Sehstörungen und Gefühlsstörungen. Trotz erheblicher Bemühungen von Fachgesellschaften und Gesundheitsorganisationen, den Schlaganfall seit Jahrzehnten zum Notfall zu erklären und ihm mindestens dieselbe Brisanz wie dem Herzinfarkt zu verleihen, deuten viele Umfragestudien auf ein immer noch geringes Wissen zu Anzeichen eines AIS in der Bevölkerung hin. Wegen des zeitkritischen Behandlungsbedarfs ist dies nach wie vor ein großes Problem. Zwar haben öffentliche Aufklärungskampagnen insgesamt zugenommen [2], deren Wirkung scheint

allerdings nicht sehr langlebig zu sein. Weil solche Kampagnen aber mit einer Steigerung vom Thrombolytika-Einsatz assoziiert erscheinen, sollte die Schlaganfall-Aufklärung, auch in den Praxen, weiter verfolgt und gesteigert werden. Für den Rettungsdienst wurden einfache klinische Screening-Instrumente (Skalen und Scores) etabliert, die es erlauben, den Schlaganfall als solchen zu erkennen. Zu empfehlen ist hier insbesondere der Face-Arm-Speech-Time (FAST) Test [3, 4] (siehe Tabelle), der schnell zu erheben und sehr treffsicher ist. Darüber hinaus gibt es – ebenfalls für den Rettungsdienst – mittlerweile etwa 20 verschiedene vereinfachte Scores, von denen es manche erlauben, mit mehr als 80 % Treffsicherheit einen Schlaganfall als besonders schwer zu graduieren [5]. Ein solcher liegt auch dann vor, wenn die Kombination aus Halbseitenlähmung und sog. kortikalen Symptomen (z. B. Sprachstörung, Vernachlässigung einer Seite, Blicklähmung) besteht. Diese Graduierung ist wichtig, weil solche AIS meist durch den Verschluss eines großen Hirngefäßes („large vessel occlusion“, LVO), also der Hauptstämme oder proximalen Abschnitte der distalen Karotis, der mittleren Hirnarterie oder der A. basilaris, verursacht sind, die heutzutage (zusätzlich zur Thrombolyse) einer katheterbasierten Therapie (Thrombektomie) zugeführt werden sollten. Dies kann wichtige versorgungslogistische Implikationen ha-

ben. Die Erkennung eines Schlaganfalls oder der Verdacht darauf müssen den sofortigen Transport des Patienten in ein Klinikum zur Folge haben, nicht den privaten Transport und auch nicht die Vorstellung in der (Hausarzt-)Praxis. Sollte letzteres doch passieren, müssen von dort die sofortige Alarmierung und der Transport durch den Rettungsdienst in eine passende Klinik erfolgen.

Sofortmaßnahmen vor Ort

Bei einem Patienten mit Verdacht auf AIS oder TIA sollte nicht unnötig Zeit vor dem Transport verschwendet werden. Bei einem schweren Schlaganfall, insbesondere im hinteren Hirnkreislauf, der mit Bewusstseinsstörung und/oder Atem-/Kreislaufstörung einhergehen kann, sind aber möglicherweise die Vitalfunktionen nicht intakt. Diese müssen also überprüft und ggf. stabilisiert werden. Letzteres kann sogar (selten) die Intubation vor Ort erfordern. Bei einer Sauerstoffsättigung von < 95 % sollte mit dem Ziel der Normoxämie Sauerstoff verabreicht werden, dies sollte aber nicht routinemäßig erfolgen [6, 7]. Der Blutdruck sollte in den meisten Fällen nicht beeinflusst werden, allenfalls bei Werten von > 220 mmHg systolisch und > 120 mmHg diastolisch kann er vorsichtig gesenkt werden, wobei ein Abfall > 25 % vermieden werden sollte.

Für den Transport sollten ein intravenöser peripherer Zugang gelegt und ein EKG angelegt werden, um etwaige schlaganfallasoziierte Herzrhythmusstörungen zu erkennen. In manchen Regionen sind Rettungsfahrzeuge für Schlaganfallpatienten speziell ausgestattet, z. B. mit einem Schlaganfallbehandlungsteam, erweiterten Sofortlabormöglichkeiten und einem Computertomographen (CT); diese werden mitunter „mobile stroke units“ (MSU) genannt. In solchen Fällen können die Vor-Ort-Maßnahmen sinnvoll über das erweitert werden, was oben beschrieben wurde.

Zuweisung und Transport zur Akuttherapie

Nicht zuletzt mit Etablierung der Katheterbehandlung (Thrombektomie) von durch LVO verursachten AIS haben sich

Tabelle: FAST-Test zur Schlaganfallerkennung

F (Face)	Lächeln lassen	Beide Mundwinkel gehen nach oben?	Ja oder Nein
A (Arm)	Arme mit Handflächen nach oben vorstrecken lassen	Beide Arme können aktiv gehoben werden, keiner sinkt ab oder dreht sich nach innen?	Ja oder Nein
S (Speech)	Einfachen Satz nachsprechen lassen	Sprache deutlich und verständlich?	Ja oder Nein
T (Time)	Jede Minute zählt! TIME IS BRAIN	Ist die Antwort wenigstens einmal „Nein“ besteht Verdacht auf Schlaganfall, der Patient muss sofort in die Klinik.	

FAST (Face-Arm-Speech-Time) Test nach [3, 4]

der Anspruch an und die Organisation von Transportwegen des Patienten in die Klinik grundsätzlich verändert. Ging es früher darum, den Patienten schnellstmöglich in die nächste Klinik mit CT und Möglichkeit zur Thrombolyse zu bringen, muss der Anspruch heute sein, den Patienten schnellstmöglich in das am besten für seine individuelle Rekanalisierung geeignete Krankenhaus zu bringen. Dies kann je nach Situation (z. B. Verdacht auf LVO oder nicht, s. o.) immer noch das nächstgelegene lysefähige Krankenhaus mit CT sein, aber auch ein an ein thrombektomiefähiges Schlaganfallzentrum (telemedizinisch) angeschlossenes lysefähiges Primärkrankenhaus (Konzept „drip-and-ship“) oder direkt in das Schlaganfallzentrum selbst (Konzept „mothership“). Regional und international haben sich so die unterschiedlichsten Schlaganfallnetzwerke entwickelt.

In Deutschland gibt es inzwischen viele telemedizinische Netzwerke unterschiedlicher Größe zur Regelung der optimalen Zuweisung von Schlaganfallpatienten. Etwa zwanzig Schlaganfallnetzwerke, die teils mit diesen überlappen, sind bereits durch die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) als neurovaskuläre Netzwerke zertifiziert, andere befinden sich in der Vorbereitung dazu. In manchen Regionen kommt auch der interventionelle Neuroradiologe per boden- oder luftgebundenem Fahrzeug [8] in ein Primärkrankenhaus, um dort die Rekanalisierung vorzunehmen, statt den Patienten weiter zu transportieren (Konzept „drip-and-drive“). Sicherlich gibt es für unterschiedliche Regionen unterschiedlich gut geeignete Netzwerkkarten, dies ist Gegenstand aktiver Forschung. Bisher kann nicht pauschal einem bestimmten Transportkonzept der Vorzug gegeben werden [9]. Vermutlich ist es in Ballungsgebieten bei einer voraussichtlichen Transportzeit von unter 30 bis 45 Minuten vorteilhaft, gemäß „mothership“ den Patienten direkt ins thrombektomiefähige Schlaganfallzentrum zu bringen, während bei längerer Transportzeit vermutlich gemäß „drip-and-ship“ der Patient zunächst in ein CT- und lysefähiges Primärkrankenhaus gebracht werden sollte, das mit einem Schlaganfallzentrum in Verbindung steht [10]. Sollte dort der AIS in der Bildgebung



Foto: © sudok1 – stock.adobe.com

Bildgebung bei Schlaganfall.

und ebenso ein größerer Gefäßverschluss nachgewiesen werden, kann es geboten sein, eine Thrombolyse zu starten und den Patienten unter laufender Lyse unverzüglich zum Schlaganfallzentrum und zur dortigen Thrombektomie weiter zu transportieren.

Akutbehandlung in der Notaufnahme

Parallel zur Untersuchung durch den Neurologen und der Organisation von Diagnostik und ggf. Rekanalisierung wird der Patient in der Notaufnahme monitoriert und hinsichtlich wichtiger physiologischer Parameter stabilisiert. Zum Monitoring gehören das EKG, die Messung der Sauerstoffsättigung, die Erfassung des Blutdrucks (mind. alle vier Stunden für die ersten 48 Stunden, bei auffälligen Schwankungen kurzfristiger), des Blutzuckers und der Temperatur. Vordringlich ist weiterhin die Sicherung der Vitalfunktionen. Der Blutdruck sollte nur dann vorsichtig (nicht unter 25 % vom Ausgangswert) gesenkt werden, wenn er 220/120 mmHg übersteigt [11, 12]. Vor und während einer systemischen Thrombolyse sollte der Blutdruck auf < 180/105 mmHg gesenkt werden [13], danach ist ein Zielblutdruck von 140–160 mmHg systolisch vermutlich günstig. Auch ein hypertensiver Notfall mit klinischen Begleiterscheinungen wie

hypertensive Enzephalopathie, Nephropathie, Herzinsuffizienz, Aortendissektion, (Prä)Eklampsie o. ä. soll antihypertensiv behandelt werden, wobei generell ein plötzlicher Blutdruckabfall beim AIS zu vermeiden ist. Bei niedrigen Blutdruckwerten (< 120 mmHg systolisch) und Hinweisen auf eine Exsikkose sollten Kristalloide verabreicht werden, eine darüber hinausgehende pharmakologische Steigerung niedriger Blutdruckwerte wird nicht routinemäßig empfohlen. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass erst die Bildgebung klären wird, ob tatsächlich ein AIS oder doch eine intrazerebrale Blutung vorliegt. Letzteres hätte dann andere Implikationen für die Blutdruckbehandlung. Der Blutzucker sollte für die ersten 72 h überwacht und eine Hyperglykämie (Glukose > 180 mg/dl) mit einem Ziel von 70–200 mg/dl (4–11 mmol/l) behandelt werden. Eine Hypoglykämie (< 60 mg/dl) sollte vermieden und z. B. durch Glucose 40 % ausgeglichen werden. Eine prästationäre oder notfällige Routinegabe von Insulin sollte unterbleiben [14, 15]. Die Temperatur, deren Erhöhung z. B. auf eine Endokarditis als Ursache des AIS hinweisen könnte, sollte alle vier Stunden für die ersten 48 Stunden gemessen werden. Bei einer Erhöhung (> 37,5°C), die mit einem schlechteren Verlauf des AIS assoziiert ist, sollte die Ursache gesucht und möglichst behoben werden, zusätzlich kann dann die

Gabe eines Antipyretikums (z. B. Paracetamol) erfolgen, aber nicht prophylaktisch [16, 17].

Bildgebende Diagnostik

Ein Patient mit (V. a.) Schlaganfall muss unverzüglich einer zerebralen Bildgebung zugeführt werden, um einen ischämischen sicher von einem hämorrhagischen Schlaganfall zu unterscheiden, um festzustellen, wie weit fortgeschritten der Hirngewebeschaden ist und um die Gefäßsituation und das Ausmaß einer Minderdurchblutung zu klären. All diese Informationen sind essenziell zur Klärung, ob ein Patient ein Kandidat für eine Rekanalisierungsmaßnahme ist. Am weitesten verbreitet ist zur Bildgebung die kraniale CT, ggf. durch Kontrastmittelgabe erweitert zur CT-Perfusion oder CT-Angiografie. Die kraniale Magnetresonanztomografie (MRT) kann diese Fragen ebenfalls beantworten und ist noch präziser in der Darstellung des Ausmaßes und Alters des Gewebeschadens sowie in der Klärung etwaiger Differentialdiagnosen („stroke mimics“), allerdings ist sie aufwendiger und weniger verfügbar. Auch die MRT kann durch Kontrastmittelgabe zur MR-Perfusion erweitert werden. Die Bildgebung per CT oder MRT sollte bei allen Patienten frühestmöglich nach Symptombeginn erfolgen. Alle AIS-Patienten, die prinzipiell für eine Thrombektomie in Frage kommen, sollen unmittelbar nach der Gewebediagnostik auch eine nicht-invasive Gefäßdiagnostik erhalten, die die Gefäße vom Aortenbogen bis zum Vertex darstellt. Im Zeitfenster jenseits von vierein-

halb Stunden sollte eine erweiterte multimodale Bildgebung (CT- oder MR-Perfusion) erfolgen, wenn gemäß klinischer Situation eine Indikation zur Rekanalisierung bestehen könnte. Allerdings sollte die Gefäßdiagnostik eine ggf. indizierte Thrombolyse nicht verzögern. Daher wird idealerweise eine Thrombolyse nach der Nativ-Bildgebung direkt in der Bildgebungsräumlichkeit begonnen und anschließend die Gefäßdiagnostik durchgeführt, um die Frage der Thrombektomierbarkeit zu klären. In eingespielten Schlaganfallzentren findet dies in kombinierten oder benachbarten Räumen und „in einem Fluss“ statt, ohne viele Unterbrechungen und Zwischenschritte. Neben der Bildgebung sind Labordiagnostik (v. a. Gerinnungsdiagnostik) und ggf. weitere Diagnostik (z. B. Echokardiografie) wichtig, die aus Platzgründen hier nicht vertieft werden können.

Rekanalisierung

Nachdem erst in den 1990er-Jahren die systemische, intravenöse Thrombolyse mit Alteplase als Standardtherapie zur Rekanalisierung bei AIS etabliert und in den ersten drei Stunden angewandt werden konnte, dauerte es bis 2008, diese Therapie evidenzbasiert auf das sog. viereinhalb Stunden-Zeitfenster auszuweiten. Seitdem hat es durch Fortschritte in der erweiterten zerebralen Bildgebung und insbesondere ab 2014/15 durch die wissenschaftliche Etablierung der mechanischen Thrombektomie, also der katheterbasierten Thrombusentfernung, einen revolutionären Progress in der Rekanalisierung

bei AIS gegeben, der zunehmend weg von dem Konzept eines starren Zeitfensters hin zu einer individualisierten, optimalen Therapie des einzelnen Patienten führt. Aber auch wenn dadurch heutzutage – bei selektierten Patienten – sehr gute Ergebnisse sogar bis 24 Stunden nach Symptombeginn erzielt werden können, gilt weiterhin, dass das Ergebnis um so besser ist, je früher das verschlossene Hirngefäß wieder eröffnet wird: Time is brain.

Thrombolyse-Patienten mit einem AIS, die innerhalb von Stunden nach Symptombeginn bzw. nachdem sie zuletzt gesund gesehen wurden, keine Kontraindikationen gegen eine Thrombolyse aufweisen, sollen so schnell wie möglich mit Alteplase IV (0,9 mg/kg, maximal 90 mg, über 60 Minuten, initial 10 % der Dosis als Bolus über eine Minute) behandelt werden [5, 18, 19]. Als vorausgehende Bildgebung ist ein natives kraniales CT ausreichend, wobei eine nicht-invasive Gefäßdiagnostik per CTA oder MRA inkl. Aortenbogen empfohlen wird, um ggf. die Indikation zur Thrombektomie zu stellen. Die Lyse sollte unabhängig vom Alter erfolgen [20–22]. Sie sollte bei behinderndem Defizit unabhängig vom durch die „National Institutes of Health Stroke Scale“ (NIHSS)-graduierten Schweregrad erfolgen, also auch bei NIHSS < 5 oder > 25 [20, 23]. Dabei muss individuell entschieden werden, ob ein bestimmtes Defizit für den jeweiligen Patienten behindernd ist. Bei milden, nicht behindernden Defiziten kann auf eine Lyse verzichtet werden. Auf mögliche Komplikationen wie (zerebrale) Blutungen oder angioneurotisches Ödem muss das Behandlungsteam vorbereitet sein. Sollte der Beginn unklar sein, z. B. weil Patienten mit ihren Schlaganfallsymptomen erwacht sind („wake-up stroke“), gilt Folgendes: Wenn solche Patienten mehr als viereinhalb Stunden zuvor gesund gesehen wurden, aber innerhalb von viereinhalb Stunden in der Klinik vorgestellt werden und in der MRT ein sog. DWI/FLAIR-Mismatch vorliegt, sollte eine Thrombolyse erfolgen [13, 24], ersatzweise ist dies auch mittels erweiterter CT-Bildgebung möglich. Lässt sich das zeitlich unklare Ereignis auf einen Zeitraum von viereinhalb bis neun Stunden eingrenzen und besteht in CT oder MRT ein Mismatch zwischen Infarktkern und Penumbra, soll-

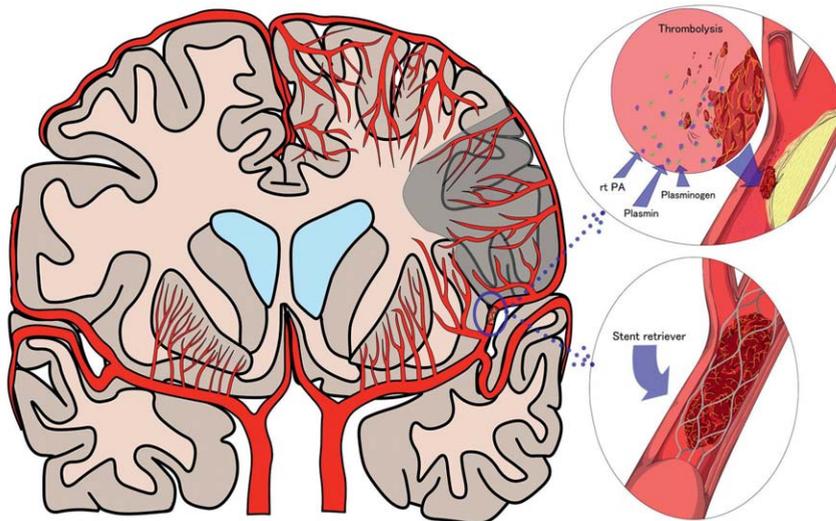
Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Time is brain – Update Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls“ von Prof. Dr. med. Julian Bösel 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. Mai 2023 bis 24. November 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 des Autors sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

Akuttherapien des Hirninfarkts

Foto: © songkram – stock.adobe.com



Akuter ischämischer Schlaganfall durch Verschluss eines großen Hirngefäßes. Grau eingefärbt ist die minderdurchblutete Hirnregion. Dargestellt sind Therapien zur Rekanalisation per Thrombolyse oder Thrombektomie.

te ebenfalls eine Lyse erfolgen [13, 25, 26]. Letztgenanntes Mismatch kann heute durch eine automatisierende Software besser erkannt werden. Derzeit laufen Studien zu dem alternativen Thrombolytikum Tenecteplase, das hinsichtlich bestimmter Applikationsaspekte und seiner Wirkung vorteilhaft sein könnte. Weil dieses derzeit in Europa nur für den Herzinfarkt zugelassen ist und die belastbare Evidenz für die relevanten Situationen der AIS-Akuttherapie noch unvollständig ist, kann der Einsatz aktuell noch nicht durchgehend empfohlen werden.

Thrombektomie

Ist bei Patienten mit AIS, behinderndem Defizit und Verschluss eines großen Gefäßes im vorderen Hirnkreislauf innerhalb von sechs Stunden (Zeit von Symptombeginn bis Leistenpunktion) eine Thrombektomie möglich, sollte diese schnellstmöglich erfolgen [5, 10, 27]. Zunehmend werden gute klinische Ergebnisse auch für mehrere Verschlüsse kleinkalibriger Gefäße berichtet. Wenn durch erweiterte Bildgebung (z.B. CT-Perfusion, MRT-Perfusion, Darstellung kleiner Infarktkern, Mismatch, Kollateralendarstellung, etc.) im Kontext der klinischen Symptomatik zu vermuten ist, dass rettbares Hirngewebe vorliegt, sollte die Thrombektomie relevanter Verschlüsse von Hirngefäßen des

vorderen Kreislaufs auch jenseits des Sechs-Stunden-Zeitfensters so früh wie möglich erfolgen (z. B. bis zu 24 Stunden nach Symptombeginn) [10, 28, 29]. Sie sollte auch jenseits eines Alters von 80 Jahren durchgeführt werden [27, 30]. Patienten, die für eine Thrombektomie in Frage kommen und Thrombolyse-Kriterien erfüllen, sollten letztere auch erhalten, ohne dass sich dadurch die Thrombektomie verzögert. Derzeit laufende bzw. kürzlich abgeschlossene Studien zur Thrombektomie ohne vorherige Lyse haben bisher keine Ergebnisse erbracht, die den Verzicht auf die Lyse nahelegen würden. Zur Thrombektomie bei Verschluss von Gefäßen des hinteren Hirnkreislaufs (z. B. der lebenswichtigen A. basilaris) lauteten die Leitlinienempfehlungen von 2021 noch, dass bei solchen Patienten frühestmöglich eine Thrombektomie erfolgen sollte, sofern nicht klinische Zeichen wie Koma > 4 Stunden oder ausgefallene Hirnstammreflexe bzw. radiologische Befunde ausgedehnter irreversibler Infarktzeichen dagegen sprechen [13, 31]. Bis vor kurzem gab es allerdings keine überzeugende Evidenz dafür, dass diese zusätzliche Thrombektomie der Lyse allein im hinteren Kreislauf überlegen ist. Sehr aktuell haben aber zwei große randomisierte Studien aus China dies belegt [32, 33]. Die Thrombektomie ist eine komplexe Therapie, zu der nicht nur die

Verfügbarkeit einer Angiografie-Einheit und eines interventionellen Neuroradiologen, sondern auch ein peri-interventionelles Management durch darauf spezialisierten Neuro-Anästhesisten oder Neuro-Intensivmediziner gehört, die individuell die optimale Sedierungsart (z. B. Intubationsnarkose) und Blutdrucksteuerung versehen [34]. Der Blutdruck sollte während und in den ersten 24 Stunden nach Thrombektomie $\leq 180/105$ mmHg betragen, es kann sinnvoll sein, ihn nach erfolgreicher Rekanalisation auf systolische Werte von 120 bis 160 mmHg einzustellen [10, 35, 36].

Behandlung auf der Stroke Unit

Die frühzeitige Unterbringung auf einer Schlaganfall-Spezialstation („stroke unit“) ist in ihrer Wichtigkeit mindestens so hoch und „wirksam“ einzuschätzen wie die Rekanalisierungsmaßnahmen. In keinem anderen Land ist die Dichte von Stroke Units so hoch wie in Deutschland, und die Qualität der dortigen Behandlung per Monitoring, Protokollen und insbesondere spezialisierten Teams aus Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten (Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie) ist beispielhaft. Alle Patienten mit AIS und TIA sollten daher auf einer Stroke Unit behandelt werden. Die Überwachung (Monitoring) sollte mindestens die ersten zwei bis drei Tage umfassen und beinhalten: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG (inkl. der Suche nach Vorhofflimmern), Atmung, Sauerstoffsättigung, Körpertemperatur [37]. Auch ein engmaschiges klinisches Monitoring (z. B. alle sechs bis acht Stunden) ist wegen des Risikos einer sekundären Verschlechterung des AIS sinnvoll. Die Dauer des Aufenthalts von Patienten auf der Stroke Unit hängt von Schlaganfallsschwere und -ursache, Komplikationen und Komorbiditäten ab und ist damit individuell unterschiedlich. Da Patienten mit AIS in vielen Fällen (z. B. höhergradige Beinlähmung, Mobilisierungseinschränkung, Dehydrierung) ein erhöhtes Thromboembolierisiko haben, ist ein wichtiger Teil der Behandlung auf der Stroke Unit eine Thromboseprophylaxe. Hier ist evidenzbasiert zuvorderst eine intermittierende pneumatische Kompression bei immobilen Patienten zu empfehlen, dies al-

lerdings nicht bei offenen Wunden an den Beinen [38]. Kompressionsstrümpfe sollten *nicht* verwendet werden [39]. Die gängige Praxis ist aber zumeist die Anwendung niedermolekularer Heparinoide. Alternativ kann bei immobilen Patienten eine prophylaktische Antikoagulation mit unfraktioniertem Heparin (5000 IU zwei bis dreimal täglich) oder niedermolekularem Heparinoid zum Einsatz kommen [40, 41]. So früh wie möglich (< 24 h) sollte auf der Stroke Unit ein Screening auf Schluckstörung (Dysphagie) durchgeführt werden und dies ggf. weiter abgeklärt werden (z. B. per endoskopischer Schluckdiagnostik). Bei schwerer Dysphagie ist eine enterale Ernährung über Magensonde geboten [42, 43]. Infektionen müssen aktiv gesucht und ggf. frühzeitig antibiotisch behandelt werden. Eine prophylaktische Antibiose ist jedoch nicht zu empfehlen [44]. Ein einzelner, selbstlimitierender epileptischer Anfall nach AIS (= akutsymptomatischer Anfall, „post-stroke seizure“) sollte nicht langfristig mit Antiepileptika behandelt werden, wiederkehrende Anfälle schon. Ein Antiepileptikaprophylaxe sollte nicht erfolgen [45]. Nach AIS wird gehäuft ein Delir („post-stroke delir“) beobachtet, also eine akute Hirnfunktionsstörung, gekennzeichnet durch fluktuierende Störung der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins [46]. Da dies mit einem schwerwiegenden klinischen Verlauf und häufig kognitiven Langzeitfolgen assoziiert ist, sollte auf der Stroke Unit ein Delir-Screening mittels etablierter Scoring-Instrumente durchgeführt werden [47]. Zusätzlich sollten nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Delirprävention durchgeführt werden (z. B. frühe Mobilisation, Orientierungshilfen, Licht-/Lärmreduktion, Tag-Nach-Rhythmisierung). Bei Auftreten eines Delirs trotz nichtmedikamentöser Maßnahmen kann symptomorientiert medikamentös behandelt werden. Sollte bei Annahme einer kardialen Emboliequelle die initiale Routinediagnostik inkl. Bildgebung und transthorakaler Echokardiografie die Ursache von AIS oder TIA nicht klären können, sollten die Patienten

eine transösophageale Echokardiografie (TEE) erhalten. Auch eine zusätzliche kardiale CT oder MRT kann in der Frühphase Vorteile bei der Klärung der Ätiologie bieten und eventuell eine frühe Sekundärprophylaxe unterstützen. Innerhalb von 24–48 Stunden sollte zur Klärung der Ätiologie eine Darstellung der extra- und intrakraniellen Gefäße per Duplexsonografie, CT- oder MR-Angiografie erfolgen, um so z. B. Gefäßstenosen zu detektieren, die einer frühen Behandlung bedürfen könnten. Im Rahmen der Stroke Unit -Behandlung sollte eine frühe Sekundärprophylaxe eingeleitet werden, die sich nach Infarktetiologie und -ausmaß richtet und z. B. eine Einfach- oder Doppelthrombozytenaggregationshemmung, eine Antikoagulation, eine Stenoseintervention oder -operation, u. a. beinhalten kann, aber nicht Gegenstand dieser Übersicht ist.

Behandlung auf der neurologischen Intensivstation

Auch wenn die überwiegende Mehrheit aller Patienten mit AIS vollumfänglich auf einer Stroke Unit und im weiteren Verlauf auf einer Post-Stroke Unit bzw. Normalstation behandelt werden kann, ist die Verfügbarkeit einer bzw. die Verlegbarkeit auf eine neurologische(n) Intensivstation sehr wichtig, mitunter lebenswichtig. Eine derart spezialisierte Intensivstation ist dann vonnöten, wenn der Schlaganfall zu einer Instabilität von Vitalfunktionen, also v. a. Atem- und Kreislaufversagen führt, wenn Hemisphären- oder Kleinhirninfarakte durch Schwellung raumfordernd werden, wenn z. B. nach einer Thrombektomie weiter invasiv beatmet werden muss, wenn zusätzlich neurochirurgische Eingriffe erfolgen müssen, oder wenn eine erweiterte Form des bettseitigen Neuromonitorings geboten ist. Sollte die Klinik nicht über eine neurologisch geleitete Intensivstation verfügen, können ersatzweise schwer betroffene Schlaganfallpatienten auch auf interdisziplinären Intensivstationen behandelt werden, sofern die neurologische Expertise

se durch engmaschige, regelmäßige Mitbetreuung durch die Neurologie sichergestellt wird, die idealerweise deutlich über das Konsilwesen hinausgeht.

Bei Patienten bis 60 Jahren mit großem, raumforderndem Mediainfarkt sollte innerhalb von 48 Stunden unabhängig von der betroffenen Hirnseite eine dekompressive Hemikraniektomie durchgeführt werden, um Überleben und funktionelles Outcome zu verbessern [48, 49]. Bei Patienten > 60 Jahren kann dies ebenfalls erwogen werden, allerdings muss eine besonders gründliche Evaluation des Patientenwillens bei erheblichem Risiko des Überlebens mit relevanter Behinderung vorausgehen, weil der Benefit der Operation hier v. a. in einem verbesserten Überleben liegt [48, 50–52]. Bei Patienten mit raumforderndem Infarkt des Kleinhirns kann bei (drohendem) Hydrozephalus die Anlage einer externen Ventrikeldrainage erfolgen [53], zusätzlich sollten diese eine subokzipitale Dekompression erhalten, um vor sekundären Kompressionsschäden des Hirnstamms zu schützen [53]. Der Nutzen einer therapeutischen Hypothermie ist unklar, in Kombination mit einer Dekompression nach raumforderndem Mediainfarkt sollte diese nicht erfolgen [48, 54, 55]. Die Osmotherapie bei AIS-assoziiertem Hirnödem kann ergänzt werden, um Überleben und neurologisches Outcome zu verbessern [29].

Prof. Dr. med. Julian Bösel

1. Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Neuro-Intensiv- und Notfallmedizin (DGNI); Regionalbeauftragter der Deutschen Schlaganfall-Hilfe



Foto: privat

(DSH); Goethestr. 74, 34119 Kassel
Kontakt: mail@julian-boesel.de

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

Multiple-Choice-Fragen: Time is brain – Update Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls

VNR: 276060202319129000

(eine Antwort ist richtig)

1. Wieviel Prozent aller Schlaganfälle sind ischämisch?

- 1) Weniger als 20.
- 2) Etwa 50.
- 3) Mehr als 80.
- 4) Weniger als 40.

2. Welcher Test zur Erkennung des Schlaganfalls ist verbreitet und zuverlässig?

- 1) GCS
- 2) ICH
- 3) FAST
- 4) APACHE

3. Ein 65-jähriger Mann erleidet plötzlich eine Sprachstörung mit rechtsseitiger Halbseitenlähmung. Lässt sich hier klinisch sicher ein ischämischer von einem hämorrhagischen Schlaganfall unterscheiden?

- 1) Nein, dafür ist eine zerebrale Bildgebung erforderlich.
- 2) Ja, weil die Kombination aus beiden Ausfallerscheinungen sehr stark für einen Gefäßverschluss der linken mittleren Hirnarterie spricht.
- 3) Ja, denn bei einer Hirnblutung wären als Begleitsymptome Kopfschmerz und Übelkeit anzunehmen.
- 4) Ja, allerdings nur, wenn man die weitere Dynamik der Symptome beobachtet.

4. Wie sollte ein Patient mit akutem ischämischem Schlaganfall seiner Akuttherapie zugeführt werden?

- 1) Schnellstens. Wenn er dazu in der Lage ist, mit dem eigenen Pkw.

2) Schnellstens. Wenn verfügbar, mittels Transport durch die Angehörigen.

3) Schnellstens. Immer per Rettungsdienst.

4) Schnellstens. Wenn irgend möglich luftgebunden.

5. In welches Krankenhaus sollte ein Patient mit Verdacht auf akuten ischämischen Schlaganfall transportiert werden?

- 1) Ins nächstgelegene.
- 2) Ins nächstgelegene mit neurologischem (Konsil-)Dienst.
- 3) Ins nächstgelegene mit CT.
- 4) In das nächstgelegene für ihn individuell geeignetste.

6. Für die Thrombolyse beim akuten ischämischen Schlaganfall gilt:

- 1) Sie darf nur bis 1,5 h nach Symptombeginn durchgeführt werden.
- 2) Sie darf nur bis 4,5 h nach Symptombeginn durchgeführt werden.
- 3) Sie darf bis 24 h nach Symptombeginn durchgeführt werden.
- 4) Auch bei unklarem Symptombeginn („Wake-up Stroke“) kann per Selektion durch MRT bei manchen Patienten eine Thrombolyse durchgeführt werden.

7. Eine Thrombektomie nach Thrombolyse kann beim akuten ischämischen Schlaganfall prinzipiell auch dann durchgeführt werden, wenn ...

- 1) ... ein vorherige Gefäßdarstellung aus zeitlichen Gründen nicht möglich ist.
- 2) ... der Patient älter als 80 Jahre ist.

3) ... der Patient bereits ausgedehnte Infarktzeichen im CT hat.

4) ... der Patient nach Lyse großflächig ins Infarktgebiet eingeblutet hat.

8. Zur Behandlung des akuten ischämischen Schlaganfalls auf der Stroke Unit gehört nicht:

- 1) Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie.
- 2) Das Monitoring von neurologischem Status, Blutdruck und EKG.
- 3) Die standardmäßige PPT-wirksame Sekundärprophylaxe mit Heparin.
- 4) Die Thromboseprophylaxe immobilier Schlaganfallpatienten.

9. Die folgende Aussage zum Schlaganfall-assoziierten Delir trifft nicht zu:

- 1) Das Delir ist u. a. durch eine Aufmerksamkeitsstörung geprägt.
- 2) Das Delir sollte durch geeignete Skalen gesucht und graduiert werden.
- 3) Das Delir (= Durchgangssyndrom) ist meist folgenlos reversibel.
- 4) Das Delir ist eine auf der Stroke Unit häufig anzutreffende Komplikation.

10. Die Behandlung auf der Neurologischen Intensivstation mit dekompensierter Hemikraniektomie kann indiziert sein bei welcher Form des akuten ischämischen Schlaganfalls?

- 1) Raumfordernder Medialinfarkt.
- 2) Basilaristhrombose.
- 3) Umschriebener Stammganglieninfarkt.
- 4) Retinaler Zentralarterienverschluss.

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

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

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

Literatur zum Artikel:

Update Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls

von Prof. Dr. med. Julian Bösel

- [1] www.register.awmf.org; S23-Leitlinie Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls; Registriernummer 030–046
- [2] Rasura M, Baldereschi M, Di Carlo A, et al. Effectiveness of public stroke educational interventions: a review. *Eur J Neurol* 2014; 21(1): 11–20.
- [3] Harbison J, Hossain O, Jenkinson D, Davis J, Louw SJ, Ford GA. Diagnostic accuracy of stroke referrals from primary care, emergency room physicians, and ambulance staff using the face arm speech test. *Stroke* 2003; 34(1): 71–6.
- [4] Nor AM, McAllister C, Louw SJ, et al. Agreement between ambulance paramedic- and physician-recorded neurological signs with Face Arm Speech Test (FAST) in acute stroke patients. *Stroke* 2004; 35(6): 1355–9.
- [5] Boulanger JM, Lindsay MP, Gubitz G, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. *Int J Stroke* 2018; 13(9): 949–84.
- [6] Roffe C, Nevatte T, Sim J, et al. Effect of Routine Low-Dose Oxygen Supplementation on Death and Disability in Adults With Acute Stroke: The Stroke Oxygen Study Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2017; 318(12): 1125–35.
- [7] Ding J, Zhou D, Sui M, et al. The effect of normobaric oxygen in patients with acute stroke: a systematic review and meta-analysis. *Neurol Res* 2018; 40(6): 433–44.
- [8] Hubert GJ, Hubert ND, Maegerlein C, et al. Association Between Use of a Flying Intervention Team vs Patient Interhospital Transfer and Time to Endovascular Thrombectomy Among Patients With Acute Ischemic Stroke in Nonurban Germany. *JAMA* 2022; 327(18): 1795–805.
- [9] Perez de la Ossa N, Abilleira S, Jovin TG, et al. Effect of Direct Transportation to Thrombectomy-Capable Center vs Local Stroke Center on Neurological Outcomes in Patients With Suspected Large-Vessel Occlusion Stroke in Nonurban Areas: The RACECAT Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2022; 327(18): 1782–94.
- [10] Turc G, Bhogal P, Fischer U, et al. European Stroke Organisation (ESO) – European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischaemic Stroke Endorsed by Stroke Alliance for Europe (SAFE). *Eur Stroke J* 2019; 4(1): 6–12.
- [11] Lee M, Ovbiagele B, Hong KS, et al. Effect of Blood Pressure Lowering in Early Ischemic Stroke: Meta-Analysis. *Stroke* 2015; 46(7): 1883–9.
- [12] Bath PM, Krishnan K. Interventions for deliberately altering blood pressure in acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; (10): CD000039.
- [13] Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart/American Stroke Association. *Stroke* 2019; 50(12): e344–e418.
- [14] Bellolio MF, Gilmore RM, Ganti L. Insulin for glycaemic control in acute ischaemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; (1): CD005346.
- [15] Ntaios G, Papavasileiou V, Bargiota A, Makaritsis K, Michel P. Intravenous insulin treatment in acute stroke: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Stroke* 2014; 9(4): 489–93.
- [16] Prasad K, Krishnan PR. Fever is associated with doubling of odds of short-term mortality in ischemic stroke: an updated meta-analysis. *Acta Neurol Scand* 2010; 122(6): 404–8.
- [17] Den Hertog HM, van der Worp HB, Tseng MC, Dippel DW. Cooling therapy for acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (1): CD001247.
- [18] Wardlaw JM, Murray V, Berge E, del Zoppo GJ. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; (7): CD000213.
- [19] Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 2008; 359(13): 1317–29.
- [20] Emberson J, Lees KR, Lyden P, et al. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet* 2014; 384(9958): 1929–35.

- [21] group ISTc, Sandercock P, Wardlaw JM, et al. The benefits and harms of intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator within 6 h of acute ischaemic stroke (the third international stroke trial [IST-3]): a randomised controlled trial. *Lancet* 2012; 379(9834): 2352–63.
- [22] Bluhmki E, Danays T, Biegert G, Hacke W, Lees KR. Alteplase for Acute Ischemic Stroke in Patients Aged >80 Years: Pooled Analyses of Individual Patient Data. *Stroke* 2020; 51(8): 2322–31.
- [23] Ahmed N, Wahlgren N, Grond M, et al. Implementation and outcome of thrombolysis with alteplase 3–4.5 h after an acute stroke: an updated analysis from SITS-ISTR. *Lancet Neurol* 2010; 9(9): 866–74.
- [24] Thomalla G, Boutitie F, Ma H, et al. Intravenous alteplase for stroke with unknown time of onset guided by advanced imaging: systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2020; 396(10262): 1574–84.
- [25] Campbell BCV, Ma H, Ringleb PA, et al. Extending thrombolysis to 4.5–9 h and wake-up stroke using perfusion imaging: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2019; 394(10193): 139–47.
- [26] Tsvigoulis G, Katsanos AH, Malhotra K, et al. Thrombolysis for acute ischemic stroke in the unwitnessed or extended therapeutic time window. *Neurology* 2020; 94(12): e1241-e8.
- [27] Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet* 2016; 387(10029): 1723–31.
- [28] Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al. Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct. *N Engl J Med* 2018; 378(1): 11–21.
- [29] Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al. Thrombectomy for Stroke at 6 to 16 Hours with Selection by Perfusion Imaging. *N Engl J Med* 2018; 378(8): 708–18.
- [30] Campbell BC, Hill MD, Rubiera M, et al. Safety and Efficacy of Solitaire Stent Thrombectomy: Individual Patient Data Meta-Analysis of Randomized Trials. *Stroke* 2016; 47(3): 798–806.
- [31] Liu X, Dai Q, Ye R, et al. Endovascular treatment versus standard medical treatment for vertebrobasilar artery occlusion (BEST): an open-label, randomised controlled trial. *Lancet Neurol* 2020; 19(2): 115–22.
- [32] Tao C, Nogueira RG, Zhu Y, et al. Trial of Endovascular Treatment of Acute Basilar-Artery Occlusion. *N Engl J Med* 2022; 387(15): 1361–72.
- [33] Jovin TG, Li C, Wu L, et al. Trial of Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke Due to Basilar-Artery Occlusion. *N Engl J Med* 2022; 387(15): 1373–84.
- [34] Schonenberger S, Henden PL, Simonsen CZ, et al. Association of General Anesthesia vs Procedural Sedation With Functional Outcome Among Patients With Acute Ischemic Stroke Undergoing Thrombectomy: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 2019; 322(13): 1283–93.
- [35] Maier B, Fahed R, Khoury N, et al. Association of Blood Pressure During Thrombectomy for Acute Ischemic Stroke With Functional Outcome: A Systematic Review. *Stroke* 2019; 50(10): 2805–12.
- [36] Maier B, Delvoye F, Labreuche J, et al. Impact of Blood Pressure After Successful Endovascular Therapy for Anterior Acute Ischemic Stroke: A Systematic Review. *Front Neurol* 2020; 11: 573382.
- [37] Ciccone A, Celani MG, Chiamonte R, Rossi C, Righetti E. Continuous versus intermittent physiological monitoring for acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (5): CD008444.
- [38] Zhang D, Li F, Li X, Du G. Effect of Intermittent Pneumatic Compression on Preventing Deep Vein Thrombosis Among Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Worldviews Evid Based Nurs* 2018; 15(3): 189–96.
- [39] Naccarato M, Chiodo Grandi F, Dennis M, Sandercock PA. Physical methods for preventing deep vein thrombosis in stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (8): CD001922.
- [40] Dennis M, Caso V, Kappelle LJ, Pavlovic A, Sandercock P, European Stroke O. European Stroke Organisation (ESO) guidelines for prophylaxis for venous thromboembolism in immobile patients with acute ischaemic stroke. *Eur Stroke J* 2016; 1(1): 6–19.
- [41] Sandercock PA, Counsell C, Kane EJ. Anticoagulants for acute ischaemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; (3): CD000024.
- [42] Smith EE, Kent DM, Bulsara KR, et al. Effect of Dysphagia Screening Strategies on Clinical Outcomes After Stroke: A Systematic Review for the 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. *Stroke* 2018; 49(3): e123-e8.
- [43] Geeganage C, Beavan J, Ellender S, Bath PM. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10: CD000323.

- [44] Vermeij JD, Westendorp WF, Dippel DW, van de Beek D, Nederkoorn PJ. Antibiotic therapy for preventing infections in people with acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 1: CD008530.
- [45] Holtkamp M, Beghi E, Benninger F, et al. European Stroke Organisation guidelines for the management of post-stroke seizures and epilepsy. *Eur Stroke J* 2017; 2(2): 103–15.
- [46] Carin-Levy G, Mead GE, Nicol K, Rush R, van Wijck F. Delirium in acute stroke: screening tools, incidence rates and predictors: a systematic review. *J Neurol* 2012; 259(8): 1590–9.
- [47] Shaw RC, Walker G, Elliott E, Quinn TJ. Occurrence Rate of Delirium in Acute Stroke Settings: Systematic Review and Meta-Analysis. *Stroke* 2019; 50(11): 3028–36.
- [48] Torbey MT, Bosel J, Rhoney DH, et al. Evidence-based guidelines for the management of large hemispheric infarction : a statement for health care professionals from the Neurocritical Care Society and the German Society for Neuro-intensive Care and Emergency Medicine. *Neurocrit Care* 2015; 22(1): 146–64.
- [49] Vahedi K, Hofmeijer J, Juettler E, et al. Early decompressive surgery in malignant infarction of the middle cerebral artery: a pooled analysis of three randomised controlled trials. *Lancet Neurol* 2007; 6(3): 215–22.
- [50] Zhao J, Su YY, Zhang Y, et al. Decompressive hemicraniectomy in malignant middle cerebral artery infarct: a randomized controlled trial enrolling patients up to 80 years old. *Neurocrit Care* 2012; 17(2): 161–71.
- [51] Juttler E, Unterberg A, Woitzik J, et al. Hemicraniectomy in older patients with extensive middle-cerebral-artery stroke. *N Engl J Med* 2014; 370(12): 1091–100.
- [52] Yu JW, Choi JH, Kim DH, Cha JK, Huh JT. Outcome following decompressive craniectomy for malignant middle cerebral artery infarction in patients older than 70 years old. *J Cerebrovasc Endovasc Neurosurg* 2012; 14(2): 65–74.
- [53] Wijidicks EF, Sheth KN, Carter BS, et al. Recommendations for the management of cerebral and cerebellar infarction with swelling: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45(4): 1222–38.
- [54] Kuczynski AM, Ospel JM, Demchuk AM, Goyal M, Mitha AP, Almekhlafi MA. Therapeutic Hypothermia in Patients with Malignant Ischemic Stroke and Hemicraniectomy-A Systematic Review and Meta-analysis. *World Neurosurg* 2020; 141: e677-e85.
- [55] Chen Z, Zhang X, Liu C. Outcomes of therapeutic hypothermia in patients treated with decompressive craniectomy for malignant Middle cerebral artery infarction: A systematic review and meta-analysis. *Clin Neurol Neurosurg* 2020; 188: 105569.



Klima- und Gesundheitsschutz: „Hitze ist gefährlich!“

Gespräch mit Dr. med. Martin Herrmann von der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG e. V.)

Auf Beschluss der Delegiertenversammlung der Landesärztkammer Hessen (LÄKH) wurde in der zurückliegenden Wahlperiode eine Arbeitsgruppe „Klimaschutz“ gegründet, die sich mit den Möglichkeiten beschäftigt, den Klimaschutz in der Kammer umzusetzen. Ziel der LÄKH ist es, bis 2030 klimaneutral zu sein und die Mitglieder über geeignete Maßnahmen in Klinik und Praxis zu informieren. Die hohe Akzeptanz dieses Engagements bei Ehrenamt und Hauptamt führte zu dem Beschluss des Präsidiums, dem Netzwerk KLUG e. V. (Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit) beizutreten. In einem Interview mit dem ersten Vorsitzenden Dr. med. Martin Herrmann werden KLUG und die Möglichkeiten vorgestellt, die die Mitgliedschaft in dem Netzwerk eröffnet. Herrmann ist seit 2019 Mitglied der AG Klima der Bundesärztkammer und Mitgründer des Aktionsbündnisses Hitzeschutz Berlin.

Welche Überlegungen führten zu der Gründung von KLUG?

Dr. med. Martin Herrmann: Am Anfang stand eine Gruppe von Leuten, die die Ergebnisse der ersten Kommissionen zu Klima und Gesundheit des Lancet aufgenommen hatten. Die Kernaussage: „Klimawandel ist die größte Gesundheitsbedrohung unserer Zeit.“ Das hatte damals im deutschen Gesundheitssektor noch keine Rolle gespielt. Das wollten wir ändern. Im Oktober 2017 gründete sich dann die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) als ein Netzwerk von Einzelpersonen, Organisationen und Verbänden aus dem gesamten Gesundheitsbereich mit drei Zielen:

1. breit über die gesundheitlichen Auswirkungen der Klimakrise aufzuklären,
2. die notwendigen Anpassungs- und Klimaschutzmaßnahmen im Gesundheitssektor umzusetzen,
3. eine starke Rolle bei der anstehenden gesamtgesellschaftlichen Transformation zu spielen.

Inzwischen arbeiten wir mit der Bundesärztkammer, vielen medizinischen Fachgesellschaften, dem Deutschen Pflegerat, den Wohlfahrtsverbänden, weltweit führenden Forschungsinstituten und NGOs eng zusammen. Wir freuen uns besonders über die Mitgliedschaft der Landesärztkammer Hessen. Sie ist die erste Landesärztkammer bei KLUG. Immer mehr Organisationen schließen sich an. So sind z. B. die Charité und das Uniklinikum Essen, aber auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in jüngster Zeit Mitglied geworden.

Wie sieht das Aufgabenspektrum des Netzwerks aus?

Herrmann: Entscheidend ist, das Thema überall als Priorität auf die Handlungsagenda zu setzen. Es geht um die Überschreitung planetarer Grenzen, um die Bewahrung der Bewohnbarkeit unseres Planeten, die planetare Gesundheit. Dazu arbeiten wir mit Bund, Ländern und Kommunen ebenso wie mit Gesundheitsinsti-

tutionen und -berufen zusammen. Außerdem bringen wir neue Inhalte in die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen ein und vernetzen Akteurinnen und Akteure.

Welche Klimafolgen stehen bei Ihrer Arbeit im Vordergrund?

Herrmann: In Deutschland ist Hitze das größte Risiko für unsere Gesundheit. In den Jahren 2018 bis 2020 kam es erstmals in drei aufeinanderfolgenden Jahren zu einer signifikanten Übersterblichkeit durch Hitze mit insgesamt fast 20.000 Todesfällen. Im Sommer 2022 sind laut Robert Koch-Institut (RKI) in Deutschland 4.500 Menschen durch die Hitze gestorben. Außerdem wird das Gesundheitssystem in Hitzeperioden verstärkt in Anspruch genommen: Es kommt zu vermehrten Krankenhauseinweisungen und Menschen sind in ihrer Produktivität und ihrem Wohlbefinden stark eingeschränkt. Hitze ist auch deshalb ein wichtiges und zentrales Thema, weil es Verständnis dafür erzeugt, wie gefährlich der Klimawandel für unsere Gesundheit ist und somit ein Türöffner für die

Dr. med. Martin Herrmann, München, Erster Vorsitzender KLUG e. V., E-Mail: m.herrmann@klimawandel-gesundheit.de — Der Mitgründer und Vorsitzende von KLUG begleitet seit vielen Jahren professionell Transformationsprozesse. Als promovierter Arzt verlegte sich Herrmann bald auf die Beratung von Unternehmen und NGOs. Er entwickelte neue Methoden zur Organisationsentwicklung und lehrt an internationalen Universitäten und Hochschulen. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind: Bildung für transformatives Handeln, Methodische Innovationen auf Grundlage des „Social Tipping Dynamics“ Konzeptes, Initiierung „unwahrscheinlicher“ Netzwerke und Allianzen sowie gesundheitlicher Hitzeschutz. Er ist seit 2019 Mitglied der AG Klima der Bundesärzte-



kammer und Mitgründer des Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin. Seine besondere Liebe gilt der Komplexitätsforschung, der Philosophie und hier insbesondere Hannah Arendt. (red)



notwendigen Veränderungen. Hitzeschutz ist einer unserer Schwerpunkte.

Hitzeschutz ist auch ein gutes Beispiel für das Engagement der Landesärztekammer Hessen: So wurde der Hitzeaktionsplan in Hessen von der LÄKH initiiert und gemeinsam von Landesregierung und den Playern im Gesundheitswesen erarbeitet. Eine unserer Aufgaben wird es sein, unsere Kolleginnen und Kollegen in Klinik und Praxis über Verhaltensmaßnahmen zu informieren. Welche Unterstützung kann KLUG uns und unseren Mitgliedern bieten?

Herrmann: Jede Ärztin, jeder Arzt in Praxis und Krankenhaus kann etwas für Hitzeschutz tun. Auch die Kammern: Gemeinsam mit den Landesärztekammern Berlin und Bayern haben wir Hitzeaktionsbündnisse gegründet, um die Länder im Bereich Gesundheit hitzeresilient zu machen. Ärztinnen und Ärzte sollen die Möglichkeit bekommen, sich zu den Themen Klima- und Gesundheit fortzubilden und klimasensible Gesundheitsberatungen durchzuführen.

Außerdem ist es wichtig, darüber zu informieren, wie Energie und Ressourcen im Praxisalltag eingespart werden können, welche Rolle wir beim Ausstieg aus den fossilen Brennstoffen spielen können. Dafür liefern wir Informationen, Argumente und Kontakte.

Die Landesärztekammer arbeitet bisher sehr gut mit den Ministerien in Hessen beim Klimaschutz zusammen. Im Herbst sind Neuwahlen und wir müssen schauen, wie die Partnerschaft von ärztlicher Selbstverwaltung und Politik danach aussehen wird. Daher stellt sich auch die Frage, wie wir künftig für unsere Kolleginnen und Kollegen aus Praxis und Klinik Informationen darüber erhalten, wie es in Hessen in puncto Hitzeschutz weitergeht. Haben Sie gute Ideen und Empfehlungen?

Herrmann: KLUG sammelt das internationale Wissen zu Hitze und ihren Folgen. Wir können die Erfahrung der Hitzeaktionsbündnisse in Berlin und Bayern nutzen. Außerdem gibt es Positionspapiere der Bundesärztekammer für klimaneutrale Praxen und Krankenhäuser und zu Hitze. Wir vernetzen mit deutschen und in-

KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit

Im Oktober 2017 wurde KLUG – die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit – als Netzwerk von Einzelpersonen, Organisationen und Verbänden aus dem gesamten Gesundheitsbereich gegründet. Aufgabe von KLUG ist es, über die gesundheitlichen Auswirkungen der Klimakrise aufzuklären und die Gesundheitsberufe zu befähigen, Akteurinnen und Akteure der Transformation hin zu einer klimaneutralen Gesellschaft zu werden, in der Menschen gesund leben können. Das Netzwerk, das inzwischen

internationalen Experten und unterstützen bei der Planung von Veranstaltungen zu Hitze und anderen Schlüsselthemen. Gleichzeitig wollen wir helfen, Erfahrungen in Deutschland wie auch global weitergeben zu können. Den großen Herausforderungen durch die Klimakrise sind wir nur durch intensiven Austausch gewachsen. KLUG beteiligt sich intensiv an dem von der Bundesärztekammer initiierten ersten bundesweiten Hitzeaktionstag am 14. Juni 2023. Zeitlich verbunden mit diesem Hitzeaktionstag planen wir Online-Hitzesymposien für Klinikärzte und für Niedergelassene.

Darüber hinaus bieten wir unseren Mitgliedern Informationen für ihre Websites an, auf denen sie Muster-Hitzeschutzpläne, Broschüren und Infoblätter, zum Beispiel über Schulungsmodulare für Arztpraxen einstellen können. Wir müssen in der Öffentlichkeit und gegenüber der Politik deutlich machen: „Hitze ist lebensgefährlich!“ Deshalb müssen wir uns vorbereiten und damit den Risiken begegnen. Wir unterstützen auch die Hessische Landesärztekammer gerne bei ihrem Engagement.

Mit welchen Themen setzt sich KLUG noch auseinander?

Herrmann: Ein weiteres großes Thema ist die Ernährung. Sie spielt eine große Rolle für unsere Gesundheit, aber auch für die Überlebensfähigkeit des Planeten. Es kommt darauf an, ein Grundverständnis für beides zu wecken. Wie die von der Universität Erfurt durchgeführte PACE-Studie

ein eingetragener Verein ist, wird von vielen medizinischen Fachgesellschaften, dem Deutschen Ärztetag, dem Deutschen Pflegeverband sowie Forschungsinstituten und NGOs unterstützt.

Kontakt:

KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V.

Lillweg 28 | 80939 München | E-Mail: kontakt@klimawandel-gesundheit.de
Informationen im Internet unter: www.klimawandel-gesundheit.de

(Planetary Health Action Survey) deutlich gemacht hat, ist dabei die Veränderungsbereitschaft der Menschen viel höher als erwartet. So hat rund die Hälfte aller Befragten angegeben, dass sie bereit wären, ihre Essgewohnheiten umzustellen und mehr pflanzliche und weniger tierische Produkte zu essen. Das hat eindeutig positive Wirkungen für ihre Gesundheit. Diese Bereitschaft in der Bevölkerung wird leider noch unterschätzt, daher traut sich die Politik noch nicht daran. Das Netzwerk KLUG engagiert sich ausdrücklich für eine Ernährungswende. Wir vermitteln Experten.

Zu den weiteren Themen, mit denen wir uns beschäftigen, zählt das betriebliche Gesundheitsmanagement. So untersucht KLUG gemeinsam mit dem Dachverband der Betriebskrankenkassen (BKK) die Auswirkungen der Klimakrise und der Überschreitung weiterer planetarer Grenzen auf die Gesundheit von Beschäftigten. Im Projekt soll das vorhandene Wissen zu den positiven Wirkungen von Klimaschutz und Klimafolgenanpassungen in eine umfassende Strategie für die Arbeitswelt und in konkrete Handlungsansätze überführt werden.

Auf unserer Website <https://www.klimawandel-gesundheit.de> haben wir Materialien zur Aufklärung über verschiedene Themenbereiche innerhalb des Komplexes Klimawandel und Gesundheit eingestellt.

Interview:

Dr. med. Peter Zürner, Katja Möhrle

Hitzeschutz als ärztliche Aufgabe

Hitzeaktionsplan in Hessen veröffentlicht

Dass auch die Sommer im Rahmen des Klimawandels heißer werden, ist ein Fakt, der seit den 1990er-Jahren in das kollektive Bewusstsein Einzug gefunden hat. Bereits damals hatte die Europäische Union (EU) das Ziel formuliert, die Erderwärmung durch transformatives Handeln auf maximal 2 °C zu beschränken. Auf der Weltklimakonferenz der Vereinten Nationen (UNO) im Jahr 2015 in Paris legten die teilnehmenden Staaten fest, dass man deutlich darunterbleiben wolle, optimalerweise bei 1,5 °C. Diese Ziele sind kein Selbstzweck, sondern Ausdruck des Wissens um die Gefahr für Ökosysteme und Menschen, die selbst von kleinsten Temperaturerhöhungen ausgehen.

Klimaschutzziele werden nicht erreicht

Inzwischen zeichnet sich ab, dass diese Ziele nicht erreicht werden können. Bereits im Jahr 2023 lag die Durchschnittstemperatur laut Weltklimarat (IPCC) 1,1 °C über dem vorindustriellen Niveau mit deutlich steigender Tendenz. Laut der vorgestellten Daten ließe sich das 1,5-Grad-Ziel nur noch erreichen, wenn die globalen Treibhausgasemissionen sofort drastisch gesenkt und bis 2030 halbiert würden. Leider ein unrealistisches Szenario. Daher ist zu erwarten, dass 1,5 °C Erderwärmung in den 2030er-Jahren überschritten werden.

Mehr Extremwetterereignisse

Wer dabei noch immer an eine Freibad- und Softeisidylle denkt, sei an die durch den Klimawandel hervorgerufenen Extremwetterereignisse mit allen ihren Folgen erinnert. Aber auch die gestiegene Hitze der Sommer allein birgt massive Gesundheitsgefahren. So konnte bereits im Jahr 2003 das Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main unter der damaligen Stellv. Leiterin Prof. Dr. med. Ursel Heudorf eine signifikante hitzebedingte Übersterblichkeit in der hessischen Metropole nachweisen und Gegenmaßnahmen ein-



Foto: © Wolfiler – stock.adobe.com

leiten. Teil dieser Arbeit war es, auch in der Politik ein Bewusstsein für die Problematik zu schaffen.

Dies ist gelungen und einer der Gründe, weshalb die hessische Landesregierung in Umsetzung des Beschlusses der 93. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) aus 2020 einen Hitzeaktionsplan erarbeitet hat, der Anfang 2023 veröffentlicht wurde. Dieser ist unter Mitarbeit verschiedener Expertengruppen, unter anderem der Landesärztekammer Hessen, entstanden und kann auf der Website der Landesregierung eingesehen werden (Link siehe Kasten).

Warnstufen bei Hitzeepisoden

Ziel des Aktionsplans ist der Bevölkerungsschutz in besonderen Hitzeepisoden. Dabei sind auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zwei Warnstufen definiert worden.

- Stufe eins, Warnung vor starker Wärmebelastung, wird bei gefühlten Temperaturen von über 32 °C erreicht.
- Stufe zwei liegt vor, wenn die gefühlte Temperatur 38 °C übersteigt oder Warnstufe 1 an vier aufeinanderfolgenden Tagen andauert.

Teil des hessischen Hitzeaktionsplans ist die flächendeckende Etablierung eines Warnsystems in Kooperation mit dem Deutschen Wetterdienst, um Institutionen mit Verantwortung für besonders gefährdete Gruppen wie zum Beispiel Altenheime, Krankenhäuser und Kindergärten zu informieren. Auch wir Ärztinnen und Ärzte sind Adressaten und können uns jederzeit für das Warnsystem registrieren.

Hinweise für besondere Zielgruppen, darunter Ärztinnen & Ärzte

Teil des Hitzeaktionsplans sind zielgruppenspezifische Informationssammlungen zu Handlungsmöglichkeiten bei Hitzeepisoden. So sind jeweils für niedergelassene als auch stationär tätige Ärztinnen und Ärzte Flyer mit entsprechenden Hinweisen entstanden. Je nach Fachbereich gibt es unterschiedliche Krankheitsbilder, die sich in Hitzeepisoden häufen. Viele davon können durch gezielte Prävention vermieden werden. Dennoch zeigt die Erfahrung aus den jüngsten Sommern, dass sowohl Praxen als auch Krankenhäuser eine hohe Zahl an Patientinnen und Patienten mit hitzebedingten Entitäten oder Exazerbationen behandeln müssen.

Dehydratation: Häufig kommt Hilfe zu spät

Ein sehr häufig auftretendes Beispiel, da durch klassische präventive Maßnahmen nur schwer erreichbar, ist die Exsikkose bei älteren, alleinlebenden Personen. Meist handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen. So leben die Betroffenen nicht selten in Wohnungen, deren Innenräume sich in Hitzeepisoden überproportional aufheizen. Durch oft vorbestehende Erkrankungen wie eine Herzinsuffizienz stehen körpereigene Mechanismen der Thermoregulation wie die Erweiterung peripherer Gefäße zur Ableitung von Körperwärme, nur eingeschränkt zu Verfügung. Hinzu kommt häufig eine mangelnde Flüssigkeitsaufnahme beziehungsweise erhöhter Verlust durch die

Einnahme von Diuretika. Setzt im Verlauf eine exsikkosebedingte Bewusstseinsstörung ein, beginnt ein Teufelskreis aus Flüssigkeitsmangel, Elektrolytentgleisungen und kardialer Dekompensation, der von den Betroffenen nicht adäquat wahrgenommen und unterbrochen werden kann. Wird dieser Zustand durch Dritte erkannt, ist die stationäre Therapie oft unumgänglich. In vielen Fällen kommt jedoch jede Hilfe zu spät.

Prävention als ärztliche Aufgabe

Bei der Prävention dieser Erkrankung nehmen die Haus- und Fachärzte der gefährdeten Gruppe eine besondere Rolle ein. So ist eine Aufklärung vor Hitzeepisoden („Wasser und Salzstangen gehören im Sommer immer auf den Tisch“, „Verabreden Sie sich in Hitzeepisoden zum täglichen Telefonat mit Angehörigen/Freunden/einer Hitzehotline“ etc.) wertvoll, in den heißen Sommermonaten kann eine Medikamentenanpassung sinnvoll sein. Weiterführende Informationen sind Teil der Informationssammlungen des Hessischen Hitzeschutzplans (über den Link im Infokasten abrufbar).

Eigener Gesundheitsschutz

Doch nicht nur unsere Patientinnen und Patienten, sondern auch wir Ärztinnen und Ärzte haben in Hitzeepisoden mit den gesundheitlichen Folgen zu kämpfen. Da unsere Arbeit nicht mehrere Wochen pausieren kann, muss der (betriebliche) Gesundheitsschutz im Sommer auf unserer Prioritätenliste weit oben stehen. Allein durch konservative Maßnahmen wie regelmäßiges Trinken, Verdunklung der Fenster über den Tag und Aufstellen von Ventilatoren ist dieser doch bereits jetzt nicht mehr gegeben. Die Temperaturen

Hessischer Hitzeaktionsplan

Um die Bevölkerung auf extreme Hitzeereignisse vorzubereiten und auf diese zu reagieren, hat das Land Hessen gemeinsam mit verschiedenen Expertengruppen, darunter der Landesärztekammer Hessen, den Hessischen Hitzeaktionsplan (HHAP) erarbeitet. Er soll die in Hessen lebenden Menschen bei der Anpassung an Klimaveränderungen und die Einschränkungen der Lebensqualität durch Hitze möglichst gering halten. Als Grundlage des HHAP dienen die „Hand-

lungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit“.

Der im Februar 2023 veröffentlichte Aktionsplan, der in den kommenden Jahren aktualisiert und weiterentwickelt werden soll, ist als PDF-Datei unter <https://soziales.hessen.de/gesundheit/hitzeaktionsplan/> auf der Website der Landesregierung ein-

gestellt. (red)



an den meisten ärztlichen Arbeitsstätten übersteigen regelmäßig die 26-Grad-Marke deutlich. Darunter leiden alle dort Arbeitenden sowie die Patientinnen und Patienten enorm.

Leider ist im hessischen Hitzeaktionsplan keine Förderung von baulichen Veränderungen in Krankenhäusern und Arztpraxen vorgesehen, ohne die es jedoch perspektivisch nicht gehen wird. Zudem sind keine rechtlichen Vorgaben für Hitze- und Klimaschutz bei Krankenhausneubauten getroffen worden. Die notwendigen Investitionskosten sind jedoch zu hoch, als dass sie von selbstständigen Kolleginnen und Kollegen oder Krankenhäusern allein getragen werden könnten. Gleichzeitig darf nicht vergessen werden, dass die Medizin als ressourcenintensiver Sektor enormer Treibhausgasemittent ist und eine zeitnahe Transformation unseres Bereichs essenziell für das Erreichen grundlegender Klimaziele bleibt. Grundstein dafür sind bauliche Maßnahmen, die möglichst zeitnah umgesetzt werden müssten. Somit bleibt zur Vermeidung von akuten und zur Prävention weiterer Gesundheitsschäden durch die voranschreitende Klimaerwär-

mung ein Konzept zur zeitnahen Transformation von Praxen sowie Krankenhäusern ausgesprochen wichtig.

Dem Wissen müssen Taten folgen

Bei dieser Transformation müssen staatliche Institutionen insbesondere durch Gesetzgebungen bei Neubauten und Investitionen helfen. Davon abgesehen liegen der Gesundheitsschutz nicht nur in in Hitzeepisoden sowie die Prävention weiterer Erderwärmung durch Reduktion von Treibhausgasen in unserer Hand. In den vergangenen Jahren hat sich in der ÄrztlInnenschaft sowohl wachsendes Wissen über die Zusammenhänge sowie ein Verantwortungsbewusstsein etabliert. Dies in die Tat umzusetzen, bleibt eine unserer größten Herausforderungen für die nahe Zukunft. Denn Klimaschutz ist Gesundheitsschutz.

Svenja Krück
Dr. med. Lars Bodammer

Hitzeaktionstag am 14. Juni

Telefonsprechstunde

Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) beteiligt sich am ersten bundesweiten Hitzeaktionstag der Bundesärztekammer am

- **14. Juni 2023** mit einer Telefonsprechstunde.

In Zusammenarbeit mit einer Tageszeitung sind die Ärztin Svenja Krück, Klimaschutzbeauftragte der LÄKH, und weitere ärztliche Ansprechpartner für Fragen der Bürgerinnen und Bürger erreichbar. Details werden noch unter www.laekh.de veröffentlicht.

Wer schützt uns vor der Hitze?

Podiumsdiskussion zum Hessischen Hitzeaktionsplan

Termin: 27. Juni 2023, 19 Uhr; Eintritt frei, Spenden erbeten

Ort: Senckenberg Biodiversität und Klima Forschungszentrum, Hörsaal, Georg Voigt-Straße 14, Frankfurt am Main

Veranstalter: Health for Future; Scientists for Future; Senckenberg Gesellschaft für Naturforschung, alle Frankfurt
Informationen über folgenden Link: <https://www.senckenberg.de/de/kalender/podiumsdiskussion-hitzeaktionsplan/>

Achtung bei Praxiskaufverträgen

Die Veräußerung des reinen Patientenstammes und Überleitungsempfehlungen an Praxisnachfolger sind nicht zulässig

Werden bei einem Praxiskaufvertrag lediglich der Patientenstamm, die Praxis-Telefonnummer und die Internet-Domain veräußert, verstößt dieser gegen das Verbot entgeltlicher Zuweisungen des § 31 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen und ist dadurch nach § 134 BGB nichtig.

Die wechselseitigen Ansprüche auf Vertragserfüllung Zug-um-Zug gegen Kaufpreiszahlung können nicht geltend gemacht werden. In dem vom BGH entschiedenen Fall (BGH, Beschluss vom 09.11.2021, Az. VIII ZR 362/19) vereinbarten die Parteien eines Praxiskaufvertrags die Veräußerung des Patientenstammes, der Internet-Domain und der Praxis-Telefonnummer zum Kaufpreis von 12.000 Euro. Die Verkäuferin verpflichtete sich unter anderem, in einem Rundschreiben ihren Patienten die Fortsetzung der Behandlung beim Käufer zu empfehlen und eine dauerhafte automatische Weiterleitung des Telefonanschlusses und der Internetseite zum Käufer einzurichten.

Der BGH stellte fest, dass die Veräußerung des Patientenstammes gegen Entgelt eindeutig gegen berufsrechtliche Vorschriften verstößt, anders als beim Verkauf einer Arztpraxis im Ganzen. Es werde nicht das Unternehmen ‚Praxis‘ veräußert, sondern nur Umsatz- und Gewinnchancen, die nicht vom Schutz des Art. 12 GG (Berufsfreiheit) oder Art. 14 Abs. 1 GG (Eigentumsfreiheit, Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb) umfasst seien. Wird für den Praxis-Telefonanschluss und die Praxis-Homepage eine Überleitungsempfehlung im Kaufvertrag vereinbart, unterfällt dies dem Verbot der Zuweisung gegen Entgelt, so der BGH. Denn die Regelung des § 31 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte dient dem Schutz der ärztlichen Unabhängigkeit und dem Vertrauensschutz des Patienten. Sie soll gewährleisten, dass die Zuweisung von Patienten (Empfehlung) durch medizinische Erwägungen geleitet wird und wirtschaftliche Vorteile keine Rolle spielen dürfen. Dies gilt auch für den Fall einer Praxisabgabe,

deren Kaufvertrag wie im entschiedenen Fall allein aus der Weiterleitung des Patientenstammes gegen Entgelt besteht, so der BGH.

Der Kaufvertrag war auch trotz einer darin vorhandenen sogenannten salvatorischen Klausel insgesamt nichtig, weil die Teilnichtigkeit wesentliche Vertragsbestimmungen betraf und kein sinnvoller, zu entgeltender Vertragsrest verblieb. Auf diese Rechtslage ist bei der geplanten Veräußerung von Arztpraxen ohne materiellen Wert oder materiellen Restwert und bei der geplanten Veräußerung von selbstständigen Praxisteilen gegebenenfalls verbunden mit (Teil-)Zulassungen zwingend zu achten.

Henriette Marcus

Rechtsanwältin und
Fachanwältin
für Medizinrecht,
Frankfurt am Main,
E-Mail:
h.marcus@hfbp.de



Foto: Jens Bruchhaus

Bücher



Annette Kehnel Wir konnten auch anders – Eine kurze Geschichte der Nachhaltigkeit

Blessing Verlag, 3. Auflage, München
2021, 487 Seiten, 24,00€, ISBN:
9783896676795

Ungetragene Kleidungsstücke und nichts zum Anziehen, Fahrten mit dem zwei Tonnen Geländewagen zum Bäcker zwei Straßen weiter: Vieles, was uns materiellen Wohlstand in den vergangenen hundert Jahren gebracht hat, macht uns oft weder glücklicher noch ist es gut für Umwelt und Klima. Doch was für viele Menschen heute unhinterfragter Alltag ist, war nicht immer so. Die deutsche Historikerin Annette Kehnel zeigt in ihrem Sach-

buch „Wir konnten auch anders“, dass früher vieles nachhaltiger war. Auch unser Blick auf die Vergangenheit sei oft falsch. Auf das Mittelalter würden viele Leute entweder romantisierend oder mitleidig und gruselig zurückschauen. Dabei seien dies oft nur Projektionen aus der Gegenwart. So hatten zwar die Menschen weniger materiellen Wohlstand, dafür aber mehr Zeit. Ein Modell, das in seinen Grundzügen durch den Wunsch nach mehr Teilzeitarbeit auch heute immer beliebter wird. Nachhaltigkeit sei in der Vormoderne Überlebenstaktik gewesen. Heute versuche die Menschheit, die Probleme der Zukunft mit Konzepten aus dem 19. und 20. Jahrhundert zu lösen, so die These der Autorin. Deshalb fordere sie, dass das Wissen aus der Geschichte als Ressource für die Gestaltung der Zukunft genutzt werde. Dabei müssen nur fast schon verlernte Kulturtechniken wie Teilen, Tauschen und Reparieren wieder in das Zentrum gestellt werden und die Wegwerfgesellschaft der Vergangenheit angehören. Das Buch wurde als Sachbuch des Jahres 2021 vom NDR ausgezeichnet.

Lukas Reus

Paradigmenwechsel bei chronischen Schmerzzuständen

Bei chronischen Schmerzzuständen ist aktuell in mehrfacher Hinsicht ein weitreichender Paradigmenwechsel im Gange. Dies betrifft deren Klassifikation im neuen ICD-11, die Mechanismen der Verarbeitung im Gehirn sowie die Verordnung von Opioiden als wesentliche Therapiestrategie.

Chronischer Schmerz in der neuen ICD-11-Klassifikation

Nachdem Schmerz in der Medizin bisher bei zahlreichen Krankheitsbildern ausschließlich als Symptom gesehen wurde,

wurden chronische Schmerzzustände (≥ 3 Monate) in die von der WHO zum 1.1.2022 in Kraft gesetzte ICD-11 als eigenständige Krankheitsgruppe (MG30) aufgenommen. Unterschieden wird dabei zwischen sekundären, bei denen eine nozizeptive oder neuropathische Genese nachgewiesen werden kann, und primären Schmerzzuständen, denen eine solche periphere Verursachung fehlt. Diese werden vor allem durch zentrale Prozesse generiert („noziplastisch“) und gehen klinisch meist mit einer psychischen und/oder sozialen Problematik einher.

Die neue Klassifikation führt auch dazu, dass das Fibromyalgie-Syndrom nicht nur aus der Gruppe der rheumatologischen Erkrankungen verschwunden ist, sondern der Begriff im ICD-11 überhaupt nicht mehr zu finden ist. Subsummiert wird diese multilokuläre Schmerzsymptomatik, deren Definition Jahrzehnte kontrovers diskutiert wurde, künftig als chronisches ausgedehntes Schmerzsyndrom („chronic widespread pain“) bei den primären Schmerzzuständen (MG30.01). Diese Zuordnung priorisiert eine zentrale Schmerzgenese, schließt die Relevanz nozizeptiver bzw. neuropathischer Faktoren in der Genese weitestgehend aus und betont die Bedeutung psychischer und sozialer Faktoren (vgl. Kasten).

Chronisches ausgedehntes Schmerzsyndrom nach ICD-11 (MG30.01)

nach [9]:

Chronisch ausgedehnte Schmerzen sind diffuse Schmerzen in mindestens vier von fünf Körperregionen und gehen mit erheblicher emotionaler Belastung (Angst, Ärger/Frustration oder depressive Stimmung) oder funktioneller Behinderung (Beeinträchtigung bei Aktivitäten des täglichen Lebens und reduzierte Teilnahme an sozialen Rollen) einher. Chronisch ausgedehnte Schmerzen sind multifaktoriell: biologische, psychologische und soziale Faktoren tragen zum Schmerzsyndrom bei. Die Diagnose ist angemessen, wenn der Schmerz nicht direkt auf einen nozizeptiven Prozess in diesen Regionen zurückzuführen ist und Merkmale vorhanden sind, die mit noziplastischen Schmerzen übereinstimmen und psychologische und soziale Faktoren diagnostiziert wurden. [...]

Chronisch weit verbreitete Schmerzen (CWP) treten in der Regel in mindestens drei oder mehr Körperquadranten (Quadranten werden durch die obere/untere/linke/rechte Seite des Körpers definiert) und im Achsenskelett (Nacken, Rücken, Brust und Bauch) auf.

CWP gehen häufig mit einer erhöhten medizinischen Komorbidität einher, darunter Schlafstörungen, Adipositas, Blut-

hochdruck und Diabetes. Patienten mit CWP berichten häufig über erhöhte Behinderungen, depressive und ängstliche Stimmung. Die Patienten zeigen spontane oder evozierte Schmerzen in den betroffenen Regionen, begleitet von Allodynie und/oder Hyperalgesie. Angstzustände, Depressionen und allgemeiner Leidensdruck können die Schmerzen bei Patienten mit CWP verstärken.

Kriterien

Die Bedingungen A bis C sind erfüllt:

- A. Chronische Schmerzen (anhaltend oder wiederkehrend seit mehr als 3 Monaten) sind in mindestens drei Körperquadranten sowie im Achsenskelett (4 von 5 Regionen) vorhanden.
- B. Die Schmerzen sind mindestens mit einem der folgenden Merkmale verbunden:
 - B.1 Es liegt eine schmerzbedingte emotionale Belastung vor.
 - B.2 Die Schmerzen beeinträchtigen die Aktivitäten des täglichen Lebens und die soziale Teilhabe.
- C. Die Schmerzen sind nicht besser durch eine andere chronische Schmerzerkrankung zu erklären.

Zentrale Schmerzverarbeitung und „predictive coding“

Während das Gehirn wissenschaftlich bis vor kurzem noch als ein auf Sinneseindrücke reagierendes Organ verstanden wurde, wird es heute als ein aktives Organ gesehen, das sich nicht auf eine Reizreaktion beschränkt, sondern Vorhersagen und Hypothesen von Sensationen generiert (predictive coding). Dabei werden die aktuelle körperliche und psychische Verfassung sowie soziale Einflussfaktoren und individuelle Prägungen in der persönlichen Lerngeschichte bis zurück in die Kindheit neurobiologisch integriert (im Bereich der vorderen Insel und des vorderen Gyrus cinguli). Das Gehirn führt dann eine Art Kompromissbildung zwischen erwartetem Reiz und realem Stimulus durch, das heißt es schafft eine subjektive Wirklichkeit innerhalb des Irrtumsbereichs [1, 5]. Dieses Prinzip ist bei der Adaptation an Herausforderungen (Allostase) nicht zuletzt auch für den Energieverbrauch des Gehirns deutlich ökonomischer [4]. Bezogen auf den Schmerz bedeutet dies, dass es bei der Perzeption eines peripheren Reizes – ob nozizeptiv oder neuropathisch – zu einer Kompromissbildung vor dem Hintergrund der aktuellen bio-psy-

cho-sozialen Gesamtverfassung und ggf. von früheren Schmerzerfahrungen (z. B. körperliche Misshandlung oder unzureichende postoperative Schmerzversorgung in der Kindheit) kommt [2, 7]. Auch ohne peripheren Input kann es passieren, dass das Gehirn aufgrund solcher oder anderer kontextueller Verknüpfun-

gen Schmerzen zentral generiert. Dies wird im ICD-11 als „noziplastisch“ bezeichnet.

Diese Zusammenhänge sind den Betroffenen meist nicht bewusst und sollten im Rahmen einer bio-psycho-sozialen Diagnostik und Therapieplanung aktiv exploriert werden.

Fallvignette: Schmerzen ohne entsprechendes organpathologisches Korrelat

ICD-11 (MG30.01)

Ein 55-jähriger Außendienstmitarbeiter eines großen Unternehmens entwickelte Schmerzen am ganzen Körper in Verbindung mit Konzentrations- und Schlafstörungen sowie einer schnellen Erschöpfbarkeit, was nach mehrfachen rheumatologischen Abklärungen und längerer Krankschreibung schließlich an einer universitären Schmerzabteilung als Fibromyalgie-Syndrom diagnostiziert wurde. Es bestand eine Diskrepanz zum organpathologischen Korrelat. Erklärt wurde ihm auch, dass dies keine schwerwiegende oder gar lebensbedrohliche Erkrankung sei. Er müsse damit leben lernen, vielleicht beruflich etwas kürzertreten, da es dafür bisher keine Behandlung gäbe – bereits durchgeführte medikamentöse Therapieversuche mit Duloxetin und schließlich mit Opioiden hatten keinen Erfolg gebracht. Der Patient gelangte schlussendlich in eine auf die Behandlung funktioneller/stressinduzierter Schmerzkrankungen spezialisierte akutpsychosomatische Klinik.

Dort wurde im Rahmen einer umfassenden Abklärung deutlich, dass er von klein auf durch einen sehr strikten und leistungsorientierten Vater – auch handgreiflich – darauf getrimmt worden war, alles immer bestmöglich bzw. perfekt durchzuführen. So gehörte er im jährlichen Ranking der Firma immer zu den Besten, was mit großzügigen Bonusleistungen verbunden war. Als die Firma von einer größeren übernommen wurde, brauchte er drei Jahre, bis dies wieder der Fall war. Zwei Jahre später erfolgte die Übernahme dieser Firma durch eine noch

größere, ohne dass ihm dies trotz erhöhten Arbeitsaufwandes erneut gelang. Er entwickelte ein Burnout-Syndrom, gegen das er mit noch höherem Arbeitsaufwand anzukämpfen versuchte, bis sich schließlich der Ganzkörperschmerz und eine schwer depressive Symptomatik entwickelten. Zwischenzeitlich war sein Vater verstorben.

Bei der Behandlung ging es zunächst darum, über eine neurobiologisch fundierte Aufklärung dem Patienten die Zusammenhänge zwischen seiner Symptomatik und den biografischen Prägungen im Hinblick auf Leistungsorientierung und Perfektionismus verständlich zu machen sowie auf dieser Basis mit ihm Therapieziele zu vereinbaren. Hierzu erhielt er im Kontext des Behandlungsprogrammes Patientenedukationen über Schmerz und Stress neurobiologisch orientiert, wissenschaftlich fundiert.

Im Rahmen der Einzel- und Gruppenpsychotherapie erlebte und verstand der Patient, wie diese Prägungen bis heute seinen Umgang mit sich und anderen steuerten, er dabei in erster Linie die Erwartungen der anderen zu erfüllen versuchte und sich dabei selbst überforderte. Dies vor dem Hintergrund von Kindheitsbelastungsfaktoren, aber auch protektiver – sowie Ressourcen, welche er letztendlich aufgrund seiner Symptomatik nicht mehr nutzen konnte.

Begleitend in der stationären Behandlung wurde nach ausführlicher ärztlich-medizinischer Aufklärung das Opioid, welches er länger als sechs Monate einnahm, ausgeschlichen. Schmerzmedikation war nicht indiziert aufgrund der neurobiologischen Zusammenhänge und ei-

Das Problem mit den Opiaten

Bei chronischen Schmerzzuständen ohne nachweisbaren nozizeptiven oder neuropathischen Befund werden in der Schweiz und Deutschland als ultima ratio oft Opiode verordnet. Dabei zeigen Metaanalysen, dass diese im Mittel nur eine

nes fehlenden nozizeptiv-neuropathischen Korrelates.

Die Schmerzen verringerten sich im Zuge der fortlaufenden Behandlung und des Ausschleichens der Schmerzmedikation. Vor allem im Rahmen der interaktionellen Gruppenpsychotherapie gelang es ihm dann, nach und nach neue Verhaltensmuster auszuprobieren und die bisherigen zu verändern. Unterstützend – auch im Hinblick auf die Schlafstörung – wirkten Sport- und Bewegungstherapie – regelmäßige tägliche Bewegung, Biofeedback- und Achtsamkeitstraining sowie Musiktherapie in der Gruppe und im Einzel. Besonders in der Einzelmusiktherapie gelang es ihm, seine Affekte im Sinne einer Schmerz-Affekt-Differenzierung wahrzunehmen. Zur zusätzlichen Steigerung der Konzentrations- und Gedächtnisfähigkeit konnte er Ergotherapie in Form von Cogpack nutzen. Bei Entlassung berichtete der Patient, dass er seit einer Woche schmerzfrei sei, sich die Depression zurückentwickelt und er wieder Lebensqualität erreicht habe. Seine Entspannungsfähigkeit hatte sich wesentlich gebessert wie auch seine Erschöpfungszustände. Er hatte wieder psychische – und physische Kondition aufgebaut. Katamnestisch konnte er seine Erkenntnisse weiterhin umsetzen und das Erreichte halten.

**Dr. med.
Doris Klingler**
Fachärztin für
Psychosomatische
Medizin und für
Allgemeinmedizin



Foto: privat

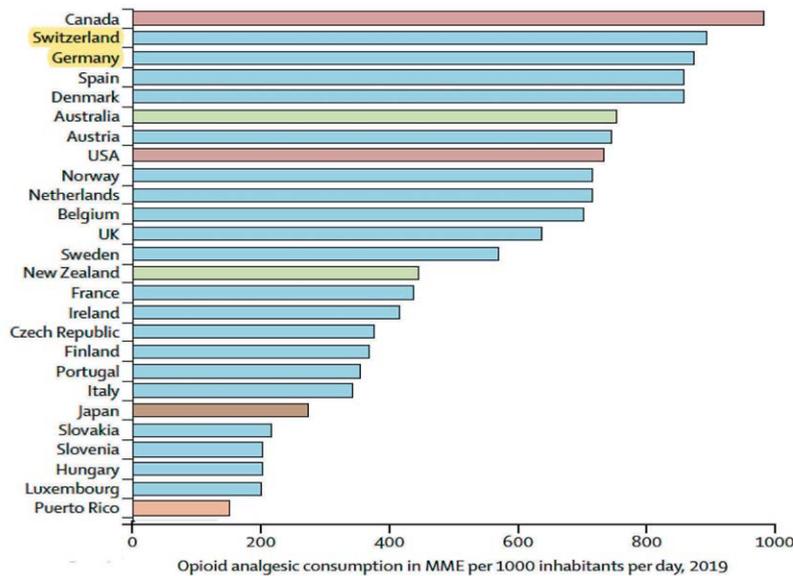


Abb. 1: Weltweites Ranking nach Ländern des ärztlich verordneten Opioidverbrauchs in Morphineinheiten je Tag pro 1.000 Einwohnern [3].

Schmerzreduktion von 10–12 Punkten (auf einer Skala von 0–100) bewirken können und damit Nicht-Opiaten (Schmerzreduktion 8,5 Punkte) kaum überlegen sind [6]. Während es in den USA infolge der „Opioid-Krise“ bei der ärztlichen Verordnung von Opiaten zu einem erheblichen Rückgang gekommen ist, liegen die Schweiz und Deutschland mittlerweile pro Kopf der Bevölkerung weltweit an zweiter bzw. dritter Stelle (umgerechnet in Morphineinheiten pro Tag und Kopf der Bevölkerung), in Europa sind sie die Spitzenreiter [3], vgl. Abb. 1.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass in der Schweiz sehr viel häufiger Substitutionsbehandlungen bei Heroinabhängigen durchgeführt werden als in Deutschland, deren Berücksichtigung die Reihung verändern würde. Eine längere Einnahme von Opiaten erhöht nicht nur das Risiko

für Schlafstörungen und Abhängigkeit, sondern auch für die Entwicklung einer opiatinduzierten Hyperalgesie (OIH). Typische Kennzeichen sind eine sukzessive Schmerzzunahme und -ausweitung auf andere Körperareale, in deren Folge es dann oft auch zu einer Dosissteigerung kommt [8]. Hier hilft nur eine stufenweise Dosisreduktion auf 0 über 10–14 Tage (in der Regel unter stationären Bedingungen) sowie eine personalisierte Therapiekonzeption unter Berücksichtigung der o. g. Mechanismen der Schmerzperzeption im Gehirn.

Dieses bio-psycho-soziale Verständnis in Diagnostik und Therapie bedeutet allerdings einen erheblich größeren Aufwand an Zeit und fächerübergreifender Kompetenz, was zunächst zu Verzögerungen bei der Umsetzung des skizzierten Paradigmenwechsels in der Versorgungspraxis führen dürfte.

Take Home Messages

- Im neuen ICD-11 gibt es für chronische Schmerzzustände eine eigene Krankheitskategorie, die zwischen primären und sekundären Schmerzstörungen unterschiedet.
- Das Fibromyalgie-Syndrom wird danach unter chronischen ausgedehnten Schmerzzuständen (MB30.01) subsummiert und verschwindet als eigenständiges Krankheitsbild.
- Das wissenschaftliche Verständnis des Gehirns im Umgang mit Sinneseindrücken hat sich grundlegend verändert, was auch Auswirkungen auf die zentrale Schmerzgenese und -verarbeitung hat.
- Dies hat weitreichende Auswirkungen auf die Schmerztherapie, nicht zuletzt auf die Verordnung von Opioiden, bei der die Schweiz und Deutschland eine europa- und weltweit führende Position einnehmen.

Dr. med. Doris Klingler

Klinikdirektorin
Vitos Klinik für Psychosomatik,
Weilmünster, E-Mail:
psychosomatik@vitos-weil-lahn.de

Dr. med. Katrin Naundorf

stellv. Klinikdirektorin,
Vitos Klinik für Psychosomatik,
Weilmünster

Ulrich T. Egle

Supervisor, Freiburg

Die Literaturhinweise finden sich in der Onlineausgabe, abrufbar über die LÄKH-Website www.laekh.de.

Ulrich Langenberg neuer Geschäftsführer Politik der Bundesärztekammer

Seit 1. Januar ist Ulrich Langenberg der neue Geschäftsführer Politik der Bundesärztekammer. Anfang April besuchte der Facharzt für Neurologie die LÄK Hessen zu einem informellen Gespräch über Themen wie Krankenhausplanung, sektorenübergreifende Versorgung und die Zukunft der GOÄ. Über den guten Gedankenaustausch

freuten sich (v. l.): Ralf Münzing (Leiter EDV), Nina Walter (Stv. Ärztliche Geschäftsführerin), Ulrich Langenberg (Geschäftsführer Politik der BAK), Dr. Edgar Pinkowski (Präsident), Dr. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer), Sabine Goldschmidt (Referentin des Präsidiums) und Manuel Maier (Justitiar).



Foto: Martina Keller

Literatur zum Artikel:

Paradigmen-Wechsel bei chronischen Schmerzzuständen

von Dr. med. Doris Klinger, Dr. med. Katrin Naundorf und Ulrich T. Egle

- [1] Barrett FL, Simmons WK: Interoceptive predictions in the brain. *Nat Rev Neurosci* 2015; 16: 419–429.
- [2] Hird EJ, Charalambous C, El-Deredy W, Jones AK, Talmi D: Boundary effects of expectation in human pain perception. *Sci Rep* 2019; 9: 9443.
- [3] Ju C, Wei L, Man KKC, Wang Z, Ma TT, Chan AYL, Brauer R, Chui CSL, Chan EW, Jani YH, Hsia Y, Wong ICK, Lau WCY: Global, regional, and national trends in opioid analgesic consumption from 2015 to 2019: a longitudinal study. *Lancet Public Health* 2022; 7: e335–46.
- [4] Peters A, McEwen BS, Friston K: Uncertainty and stress: Why it causes diseases and how it is mastered by the brain. *Progress Neurobiol* 2017; 156: 164–188.
- [5] Picard F, Friston K: Predictions, perception, and a sense of self. *Neurology* 2014; 83: 1112–1118.
- [6] Reinecke H, Weber C, Lange K, Simon M, Stein C, Sorgatz H: Analgesic efficacy of opioids in chronic pain: recent meta-analyses. *Br J Pharmacol* 2015; 172: 324–33.
- [7] Tracey I: Getting the pain you expect: mechanisms of placebo, nocebo and reappraisal effects in humans. *Nat Med* 2010; 16: 1277–1283.
- [8] Yi P, Prybylkowski P: Opioid Induced Hyperalgesia. *Pain Medicine* 2015; 16: S32–S36.
- [9] https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;jsessionid=EDC9B18BAEEE44BA0E6328473207D3A0.internet282;Stand:2/2023



Ärztmangel – Nachwuchsbefragungen der Stabsstelle Qualitätssicherung

Serie Teil 1

Ärztlicher Nachwuchs. Einsichten und Aussichten

Ärztmangel: Seit vielen Jahren ist er da. Spürbar, real, überall. Die Landesärztekammer Hessen hat diesen Umstand bereits vor 15 Jahren zum Anlass genommen, ein bundesweit einmaliges Erhebungs- und Befragungsprojekt auf den Weg zu bringen, um fundiert belegen zu können, mit welchen Erfahrungen, Haltungen und Plänen Medizinstudierende und frisch approbierte Ärztinnen und Ärzte in die Berufstätigkeit und ihre Arbeit in der Patientenversorgung starten. Im folgenden Übersichtsartikel, mit dem eine Serie zum Thema startet, geben wir einen Einblick in das Projekt und summarische Ergebnisse. Dabei wird auch so mache sich hartnäckig haltende Einschätzung und Behauptung widerlegt.

Die Erkenntnisse sind die Basis für eine Auseinandersetzung mit den drängenden Versorgungs- und Nachwuchsfragen und helfen, zielgerichtete Handlungsoptionen zu entwickeln.

Ärztmangel und viele weitere Fragen der zukünftigen ärztlichen und medizinischen Versorgung sind Themenkomplexe, denen



Fotos: Isolde Asbeck

Unterwegs auf dem Campus des Uniklinikums Frankfurt am Main: Um 9 Uhr haben die Medizinstudentinnen Anna, Julie und Luca Anne (von links, alle 20 Jahre) die erste Vorlesung schon hinter sich.

sich die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) seit vielen Jahren intensiv widmet. Eines der Instrumente der Stabsstelle Qualitätssicherung (QS) sind die bereits seit 2003 entwickelten und durchgeführten standardisierten Befragungen. Zwei der laufenden Befragungsreihen werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Befragung der Absolvierenden des Studiengangs Humanmedizin in Hessen

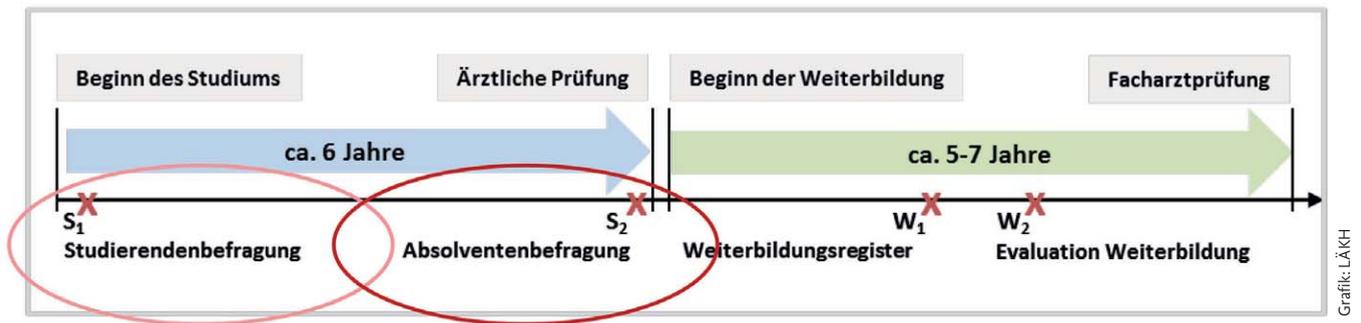
Seit Herbst 2009 werden in Kooperation mit dem Hessischen Landesamt für Gesundheit und Pflege (HLfGP)¹ zweimal jährlich alle Absolventinnen und Absolventen der ärztlichen Prüfung befragt. Die standardisierten Fragebögen samt Anschreiben und Rückumschlägen werden zwei Mal jährlich mit den Prüfungsergebnissen der abschließenden ärztlichen Prüfung über das HLfGP an alle Absolvierenden verschickt. Die Befragungsteilnahme ist anonym und freiwillig.

Der erste Abschnitt des Fragebogens konzentriert sich auf retrospektive Fragestellungen. In diesem werden die ursprünglichen Motive zur Studienfachwahl, berufliche Pläne zum Studienbeginn und Erfahrungen vor dem Medizinstudium abgefragt. Weiter folgen Fragen zum Verlauf des Studiums, wie nach der Studiendauer sowie einer möglichen Unterbrechung des Studiums. Ferner wird gebeten, die Vorbereitung durch das Studium auf das Berufsleben anhand bestimmter Kompetenzen zu bewerten. Gefragt wird zu den Überlegungen und Gründen über den möglichen Abbruch des Studiums und ob die Befragten sich eine erneute Aufnahme des Medizinstudiums vorstellen könnten. Der zweite, prospektive Abschnitt des Fragebogens bezieht sich auf zukünftige Berufspläne. Gestellte Fragen sind unter anderem, ob die Absolvierenden eine Stelle als Ärztin oder Arzt antreten möchten oder welche Kriterien bei der Wahl des Arbeitgebers ihnen wichtig sind. Ebenfalls interessierte uns die mögliche Fachrich-



Dawid (31) studiert bereits im 6. Semester Medizin, er hat zuvor eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger abgeschlossen.

¹ Bis 31.12.2022: Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG).



Grafik: LÄKH

Abbildung: Zeitstrahl für Nachwuchsbefragungen der Stabsstelle Qualitätssicherung

tung und das langfristige berufliche Ziel zum Zeitpunkt der Befragung. Verschieden wurden bisher 11.080 Fragebögen, der Rücklauf beträgt insgesamt 50,7 %. Somit können 5.616 Datensätze aus 26 Befragungswellen von Herbst 2009 bis Herbst 2022 analysiert werden.

Befragung der Studienanfänger des Studiengangs Humanmedizin in Hessen

Bei der Auswertung der Fragebögen der Absolventinnen und Absolventen wurde deutlich, dass eine vergleichbare Befragung der Studierenden zu Beginn des Studiums erfolgen müsse, um Haltungen, Pläne und Erfahrungen und ihre Veränderungen während des Studiums zu erfassen. In Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Soziologie sowie dem Institut für Medizinische Psychologie der Goethe-Universität in Frankfurt konnte 2012 mit der Befragung aller Studierenden des Studiengangs Humanmedizin in Frankfurt begonnen werden. Zwei Jahre später erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie die Befragung an der Universität Marburg.

Die Fragebögen werden im Rahmen eines Pflicht-Seminars vor Ort an die Studierenden ausgeteilt und wieder eingesammelt. Bedingt durch die Umstände rund um Corona und ausschließlich online stattfindender Lehrveranstaltungen mussten die 9. Welle insgesamt und die 10. Welle in Marburg online durchgeführt werden. Die 11. Befragungswelle im Wintersemester 2022/23 konnte erneut vor Ort erfolgen. Der Fragebogen für Studierende wurde auf Basis des Absolventenfragebogens entwickelt. Dieser beinhaltet neben der soziodemografischen Datenabfrage zwei retrospektive Fragen nach den Gründen

für die Entscheidung zum Medizinstudium und zu vorangegangenen Ausbildungen oder Studiengängen. Den größten Teil nehmen prospektive Fragen nach der Wichtigkeit verschiedener Kompetenzen für den Arztberuf, den langfristigen beruflichen Plänen (wie Facharztweiterbildung, berufliche Tätigkeit oder spätere Tätigkeit im Ausland) und Vorstellungen zur späteren Berufsausübung ein.

Bisher haben von 8.301 Medizinstudierenden im ersten Semester 6.497 den Bogen ausgefüllt, was einer Rücklaufquote 78 % entspricht.

Verknüpfung beider Befragungen zu Arztlebensläufen

Bereits vor Beginn der beiden Befragungsreihen wurde vor allem dem Prozess der „Arztwerdung“ vom Anfang des Studiums bis zur Erlangung der Facharztqualifikation eine besondere Wichtigkeit beigemessen. Im Gegensatz zu den punktuellen Untersuchungen ermöglichen die beiden Befragungsreihen und die auf den beiden Befragungen basierende Paneluntersuchung einen Blick darauf, was die angehenden Medizinerinnen und Mediziner im Laufe ihres Studiums bewegt. Sie geben Aufschluss darüber, wie die Beweggründe für berufliche Entscheidungen aussehen, wo die Knotenpunkte der Entscheidungen sind und somit, wie die Versorgung von morgen aussehen könnte.

Auf Basis dieser Erkenntnisse können dann in Folge gezielte Maßnahmen zu spezifischen Zeitpunkten entwickelt werden. Mittlerweile konnten 426 Datensätze verknüpft werden.

Beitrag zur Versorgungsforschung

Bereits sehr frühzeitig hat die Landesärztekammer Hessen vor einem sich weiter

verschärfenden Ärztemangel gewarnt und beobachtet die Lage auch weiter. Die gewonnenen Daten aus beiden Befragungen können in diesem Kontext wertvolle Informationen liefern und über die Länge der Zeit nun auch Tendenzen abbilden.

Die Befragungsergebnisse widerlegen unter anderem die wiederkehrenden Behauptungen, dass immer weniger Medizinabsolventen in der direkten Patientenversorgung tätig werden möchten. Lediglich weniger als 2 % der Befragten planen eine Tätigkeit außerhalb der Patientenversorgung.

Die Landesärztekammer Hessen kann sich damit auf valide Daten stützen und gezielt handeln und beraten. Die Ergebnisse werden mit unterschiedlichen fokussierenden Fragestellungen in unterschiedlichsten Gremien und Veranstaltungen präsentiert und können so dazu beitragen, auf Basis fundierter Fakten zu diskutieren und zu entscheiden.

Einzelne Ergebnisse der beiden Untersuchungsreihen werden in unregelmäßigen Abständen in weiteren Ausgaben des Hessischen Ärzteblattes veröffentlicht.

Liina Baumann, M.A.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Stabsstelle Qualitätssicherung,
Versorgungsmanagement
und Gesundheitsökonomie
E-Mail: Liina.Baumann@laekh.de

Nina Walter, M.A.

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

Die Behandlung erwachsener Patienten mit Schlafstörungen – pharmakologische und nicht-pharmakologische Strategien



Der Artikel ist ein Nachdruck aus „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, vorab online 28. März 2022, kostenfrei abrufbar unter: www.akdae.de.

Zusammenfassung

In diesem Artikel werden Grundsätze der Behandlung von Schlafstörungen erwachsener Patienten geschildert, die gutem klinischen Standard oder einer evidenzbasierten Therapie entsprechen. Schlafstörungen sind häufig und werden im Behandlungsalltag zu oft inadäquat behandelt. Die häufigsten Fehler sind eine unzureichende Ursachenabklärung und ein vorschnelles und einseitiges Setzen auf Pharmakotherapie. Folgende Grundsätze entsprechen einem guten klinischen Standard, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis und einem evidenzbasierten und leitlinienorientiertem Vorgehen [1].

Klärung der Tagesbefindlichkeit

Beeinträchtigungen des Nachtschlafes allein sind zumeist kein Behandlungsgrund. Es gibt keine Normwerte für eine Mindestschlafdauer; das physiologische Schlafbedürfnis und -muster ist inter- und intraindividuell sehr variabel. Eine Behandlungsindikation erwächst vorrangig, wenn eine Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit, insbesondere beeinträchti-

gende Müdigkeit oder imperative Einschlafneigung, resultieren. Wird nur nächtliches Wachliegen beklagt, ist dem durch eine Verkürzung der Bettzeit gemäß den unten formulierten Schlafhygieneregeln zu begegnen.

Ursachenabklärung

Allgemeingültige Empfehlungen zur Behandlung von Schlafstörungen (mit Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit) können nicht gegeben werden, da Schlafstörungen häufig lediglich ein Symptom im Rahmen einer komplexeren Erkrankung sind. Eine Abklärung häufiger Ursachen ist vor der Einleitung unspezifischer Therapiemaßnahmen vorzunehmen, damit gegebenenfalls die zugrunde liegende Erkrankung spezifisch behandelt werden kann [2].

Häufige, spezifisch zu behandelnde Ursachen für Schlafstörungen sind:

- falsches Schlafverhalten (siehe unten)
- Depression
- Angsterkrankungen
- Abhängigkeitserkrankungen
- beginnende Demenz
- Schmerzen
- Schlafapnoe
- Restless-Legs-Syndrom
- unerwünschte Arzneimittelwirkungen.

Schlafhygiene (Behandlungsmaßnahme der ersten Wahl)

Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten mit Schlafstörungen zeigt tags und nachts ein dysfunktionales Verhalten, durch das die Schlafstörungen hervorgerufen oder verstärkt werden. Bei Schlafstörungen im Rahmen der oben genann-

ten Grunderkrankungen, vor allem aber bei primärer Insomnie ist die Behandlungsmaßnahme der Wahl die Psychoedukation des Patienten und die Anleitung zu einem förderlichen Verhalten. Die beiden häufigsten von nicht informierten Patienten gemachten Fehler sind:

- zu frühe Schlafengehzeit/zu lange nächtliche Bettzeit („dem Schlaf eine Chance geben“)
- und Hinlegen tagsüber („Kompensation für das nächtliche Defizit“).

Die Hauptwirkprinzipien von Schlafhygiene sind dementsprechend:

- Verkürzung der Bettzeit, damit sich ein ausreichender Schlafdruck aufbaut
- Vermeiden von Hinlegen tagsüber
- konsequentes Verlassen des Betts und des Schlafzimmers (auch mitten in der Nacht),
- wenn nicht geschlafen werden kann, mit der Rückkehr ins Bett erst, wenn Müdigkeit verspürt wird. Hierdurch werden im Sinne einer Konditionierung das Bett und das Schlafzimmer mit dem Schlaf gekoppelt.

Gute Übersichten fassen für die Patienten die Schlafhygieneregeln zusammen und sollen ausgehändigt werden. Es genügt aber nicht das bloße Überlassen der Regeln; vielmehr müssen diese mehrfach besprochen werden. Hierbei ist darauf zu achten, ob die Regeln verstanden wurden, ob der Patient sie akzeptieren kann und welche Umsetzungshindernisse er oder sie eventuell sieht. Im weiteren Behandlungsverlauf muss regelmäßig evaluiert werden, wie konsequent der Patient die Regeln anwendet. Typischerweise umfassen die Regeln ungefähr folgende Punkte, die auch die oben genannten Hauptwirkprinzipien beinhalten:

- Legen Sie sich nur dann schlafen, wenn Sie wirklich schläfrig sind und sich bereit für den Schlaf fühlen.
- Stehen Sie jeden Morgen um die gleiche Zeit auf – unabhängig davon, wie viel Schlaf sie in der Nacht erhalten haben oder wie ausgeruht Sie sich fühlen.
- Machen Sie tagsüber kein Nickerchen.

- Trinken Sie spätestens zwei Stunden vor dem Schlafengehen keinen Alkohol mehr.
- Trinken Sie später als sechs Stunden vor dem Schlafengehen keine koffeinhaltigen Getränke mehr (Kaffee, Tee, Cola).
- Falls Sie rauchen, versuchen Sie dies einige Stunden vor dem Schlafengehen zu unterlassen.
- Strengen Sie unmittelbar vor dem Schlafengehen Ihren Körper nicht mehr in besonderem Ausmaß an.
- Schaffen Sie sich eine Schlafumgebung, die Ihren Schlaf fördert.
- Sind Sie es gewohnt, nehmen Sie vor dem Schlafengehen einen kleinen Imbiss zu sich, um späterem Hunger vorzubeugen.
- Benutzen Sie Ihr Schlafzimmer und Ihr Bett ausschließlich für Aktivitäten, die mit Schlafen zu tun haben (einzige Ausnahme sind sexuelle Aktivitäten).
- Richten Sie sich einen regelmäßigen Zubettgeh-Ritus ein, der die Nähe der baldigen Bettzeit ankündigt.
- Wenn Sie ins Bett gehen, schalten Sie das Licht mit der Absicht aus, einzuschlafen. Wenn Sie feststellen, dass Sie nicht innerhalb einer kurzen Zeit einschlafen können, stehen Sie auf und gehen in einen anderen Raum. Bleiben Sie so lange auf, bis Sie sich müde fühlen, und kehren Sie erst dann zum Schlafen ins Schlafzimmer zurück.
- Falls Sie immer noch nicht eingeschlafen sind oder in der Nacht aufwachen und wach liegen, wiederholen Sie den vorherigen Schritt.
- Sehen Sie nachts nicht auf die Uhr. Stellen Sie z. B. den Wecker unter das Bett.

Bei Einschlafstörungen sind Audiodateien/CDs wirksam, die mit schlaffördernder Musik, Schlafanweisungen und hypnotherapeutischen Techniken arbeiten.

Pharmakotherapie

Eine medikamentöse Behandlung ist eine nachgeordnete Maßnahme beim Versagen der oben genannten Prinzipien. In der Behandlungsrealität wird sie allerdings zu oft vorrangig angewandt. Sie birgt die Risiken einer nicht physiologischen Veränderung des Schlafs (z. B. hinsichtlich der nächtlichen Schlafphasen) und bei einem Teil der in Betracht kommenden Substanzen das Risiko der Abhängigkeit. Die Ver-

ordnung eines schlaffördernden Medikaments sollte nie die alleinige Behandlung sein; insbesondere die Maßnahmen der Schlafhygiene sind weiterhin umzusetzen. Eine Pharmakotherapie [3] kommt vorrangig bei absehbar kurzfristigen Schlafstörungen in Betracht, zum Beispiel im Rahmen akuter psychosozialer Belastungen. Bei Patienten ohne Abhängigkeitserkrankungen in der Anamnese (was sorgfältig zu erheben ist), sind im Rahmen von akuten Belastungen die Benzodiazepinanaloga („Z-Substanzen“) Zopiclon oder Zolpidem geeignet, verbreitet und bewährt. Alternativ können Benzodiazepine mit mittellanger Halbwertszeit eingesetzt werden, zum Beispiel Oxazepam. Benzodiazepine und Benzodiazepinanaloga haben ein hohes Abhängigkeitspotenzial. Die Verordnung sollte auf 8 bis 14, in Ausnahmefällen 28 Tage beschränkt werden. Alternativen zu Benzodiazepinen/-analoga ohne Abhängigkeitspotenzial sind niedrigpotente Neuroleptika wie Pipamperon, Melperon, Chlorprothixen, Promethazin oder Levomepromazin und sedierende Antidepressiva wie Mirtazapin, Trazodon, Mianserin oder Trimipramin. Diese können auch für längere Zeiträume verordnet werden. Bei Einsatz als reines Hypnotikum sind häufig geringere Dosierungen als zur Depressionsbehandlung erforderlich (bei Mirtazapin etwa 7,5 mg oder 15 mg zur Nacht).

Der Bevorzugung von Benzodiazepinen/-analoga für den kurzzeitigen Einsatz und unter Beachtung des genannten Vorgehens gegenüber den aufgeführten medikamentösen Alternativen erklärt sich durch die besonders hohe Effektivität der Benzodiazepine/-analoga, durch die von den meisten Patienten als besonders angenehm wahrgenommene entspannende und anxiolytische Wirkung und einen vergleichsweise geringen Überhang am Morgen. Die häufig vorgenommene Verordnung nur „bei Bedarf“ ist nicht suchtpreventiv; eher ist das Gegenteil zu befürchten, weshalb in der Regel eine feste Verordnung nach Arztvorgabe über einen begrenzten Zeitraum zu bevorzugen ist. Die bedarfsweise Einnahme kann eine Abhängigkeitsentwicklung fördern, da der Patient angeleitet wird, das eigene Befinden aufmerksam zu beobachten und medikamentös zu steuern.

Allgemeine Risikofaktoren für eine Abhängigkeitsentwicklung von Benzodiazepinen sind:

- Patienten mit Klagen über Überforderung, Schlafstörungen, Erschöpfung, Unruhe, Nervosität, Ängste, Konzentrationsstörungen, Schwindel, Herzrasen, Grübeln und andere unspezifische körperliche Beschwerden
- Patienten mit Suchterkrankungen in der Anamnese (inkl. Nikotin)
- Patienten mit (anamnestischer) psychiatrischer Komorbidität (insbesondere Depressionen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen)
- Angehörige medizinischer Berufe
- ältere Patienten
- Frauen (zwei Drittel der Benzodiazepinabhängigen sind weiblich).

Ist von vornherein ein längerer Einsatz schlaffördernder Medikamente absehbar, sind Benzodiazepine/-analoga ungeeignet und die oben genannten Alternativen einzusetzen.

Fazit

Nach der Abklärung möglicher Ursachen von Schlafstörungen sollten als Therapie Regeln zur Schlafhygiene besprochen und eingeübt werden. Die zentralen Prinzipien der Schlafhygiene sind Verkürzung der Bettzeit, Vermeiden von Hinlegen tagsüber, die Nutzung des Bettes ausschließlich zum Schlafen und das konsequente Verlassen von Bett und Schlafzimmer, wenn nicht innerhalb einer kurzen Zeit eingeschlafen werden kann. Kurzfristig bei psychosozialen Belastungen können bei Patienten ohne Suchterkrankungen in der Vorgeschichte Benzodiazepine oder deren Analoga eingesetzt werden. Sollte in Ausnahmefällen eine längerfristige Therapie nötig werden, sind niedrig dosierte sedierende Antidepressiva oder niedrig potente Neuroleptika einsetzbar.

Interessenkonflikte: Der Autor erklärt, keine Interessenkonflikte zu haben.

Prof. Dr. med. Tom Bschor, Berlin

Kontakt: t@bschor.de

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

Literatur zum Artikel:

Die Behandlung erwachsener Patienten mit Schlafstörungen ...

von Prof. Dr. med. Tom Bschor

- [1] Riemann D, Baum E, Cohrs S et al.: Deutsche Gesellschaft für Schlaforschung und Schlafmedizin e.V. (DGSM) (Hrsg.): S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/ Schlafstörungen“, Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003l_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02-verlaengert.pdf (letzter Zugriff: 16. März 2022). AWMF-Registernummer: 063-003; Version 2.0, Stand: Dezember 2017.
- [2] Bschor T, Grüner S: Psychiatrie fast. 5. Auflage, Grünwald: Börm Bruckmeier Verlag, 2019.
- [3] Bschor T, Broymann V: Psychiatrie pocket. Grünwald: Börm Bruckmeier Verlag, 2020.

Der assistierte Suizid aus Sicht des Buddhismus

Dr. med. Wolfgang Trescher

Der Buddhismus hat, wie andere Religionen auch, während 2.500 Jahren in asiatischen Ländern zahlreiche unterschiedliche Ausprägungen entwickelt [1], zuletzt auch in Europa und den USA [2]. Aus dieser Vielfalt resultieren im Allgemeinen und auch zum Thema des assistierten Suizids unterschiedliche Einschätzungen bis hin zu säkularen Interpretationen.

Dieser Artikel folgt eher einer traditionellen Sichtweise des Buddhismus und beschreibt, aus welchen Gründen von Suizid und Suizidassistenz im Zusammenhang mit schweren Erkrankungen eher abgeraten wird. Die Begründungen dafür leiten sich her aus:

- I. den allgemeinen Prinzipien der buddhistischen Philosophie und Metaphysik (Wiedergeburt, Samsara/Nirvana, Karma, Ethik, Gewaltlosigkeit, Nicht-Töten),
- II. der Anwendung dieser Prinzipien auf den assistierten Suizid,
- III. den Äußerungen des Dalai Lama von Tibet,
- IV. den Äußerungen des Buddha (5. Jh. v. Chr.) in den Ordensregeln sowie
- V. Alternativen zum assistierten Suizid.

Im Buddhismus gibt es grundsätzlich keine dogmatischen Handlungsanweisungen. Ziel ist es, für sich selbst und für andere Leid zu vermeiden und Glück anzustreben. Das Grundprinzip dabei ist das kausale Verständnis, dass ethische Hand-

lungen Glück und unethische Handlungen Leid bewirken. Auf dieser Grundlage wägen Praktizierende des Buddhismus ihrer persönlichen Entwicklung entsprechend die Motivationen für ihre körperlichen und sprachlichen Handlungen eigenverantwortlich ab, um Leiden zu vermeiden und dauerhaftes Glück zu erlangen.

Das religiöse und philosophische Weltverständnis im Westen unterscheidet sich erheblich von der buddhistischen Kultur Asiens. Zum Verständnis ist es daher notwendig, vorab einige Grundlagen des Buddhismus zu erläutern.

I. Allgemeine Prinzipien

- 1) Die im Westen übliche Trennung von Psychologie, Philosophie und Religion hat im buddhistischen Selbstverständnis von Anfang an nicht bestanden. Der Buddhismus versteht sich als eine Wissenschaft des Geistes mit 2.500-jähriger Erfahrung, als Philosophie und als Religion, ohne dass darin der Glaube an einen erschaffenden Gott vorkommt. Dazu gehört auch eine ganzheitliche Sichtweise auf das „Einssein von Leben-und-Sterben“ [3].
- 2) Für fast 500 Millionen Buddhisten (und 1,25 Milliarden Hindus) sind die Paradigmen von Reinkarnation (Wiedergeburt) und Karma seit Jahrtausenden kulturell tief verankerte Wirklichkeit. Das jeder Person zugehörige Bewusstseinskontinuum hat keinen Anfang und kein Ende.
- 3) Das Bewusstseinskontinuum verbindet sich immer wieder mit Körpern in glücklichen (z. B. als Mensch) oder leidhaften Daseinsbereichen (z. B. als Tier) [4]. Das Gesetz von Karma [5] beschreibt die auf Kausalität beruhenden Gesetzmäßigkeiten, denen die Wiederverkörperungen unterliegen. Im Bewusstseinskontinuum sind unzählige Potenziale (auch Anlagen, Eindrücke oder karmische Samen genannt) aus Handlungen im jetzigen und in unzähligen vergangenen Wiederverkörperungen enthalten.

- 4) Ethische Handlungen [6] sind von Mitgefühl, Nichtverletzen und liebevoller Zuneigung motiviert und erzeugen Potenziale für Glück und für eine Wiedergeburt in einem glücklichen Daseinsbereich. Unethische Handlungen werden unter dem Einfluss der Leidenschaften von Unwissenheit, Gier, Hass, Stolz, Neid, Eifersucht usw. durchgeführt und erzeugen im Bewusstseinskontinuum Potenziale für Leiden und führen zu einer Wiedergeburt in einem leidhaften Daseinsbereich.
- 5) Einzelne dieser Potenziale „reifen“ – dem Gesetz von Karma folgend – selektiv im jeweiligen Sterbeprozess heran und bestimmen das Ausmaß von Glück und Leid, das eine Person in einer nachfolgenden Wiedergeburt erfahren wird. Dieser Vorgang hat nichts mit Belohnung oder Strafe einer richtenden Instanz zu tun. Er geschieht bei „gewöhnlichen Lebewesen“ im Sterbeprozess naturgesetzlich, automatisch und ohne die Möglichkeit willentlicher Einflussnahme. Nur auf dem spirituellen Weg sehr weit fortgeschrittene Personen können Ort und Zeit ihrer Wiederverkörperung willentlich und frei wählen, um für die Lebewesen Nutzen zu bewirken.
- 6) Das Gesetz von Karma ist einem Naturgesetz vergleichbar. Anders als es vielfach verstanden wird, ist es ein Ausdruck von Freiheit, denn die Anlagen für gegenwärtiges Glück und Leiden hat man in früheren Wiederverkörperungen des Bewusstseinskontinuums selber geschaffen. In gleicher Weise entstehen die Potenziale für Glück und Leid zukünftiger Wiederverkörperungen unter anderem durch Handlungen in diesem Leben. Die Welt entsteht aus dem kumulierten Karma aller darin lebenden Wesen.
- 7) Der Prozess endlos aufeinanderfolgender Wiederverkörperungen wird in seiner Gesamtheit Daseinskreislauf (Samsara) genannt. Das Leben im Daseinskreislauf ist aus buddhistischer

Zum Autor:

Dr. med. Wolfgang Trescher war 30 Jahre lang bis 2019 als Arzt für Allgemeinmedizin in eigener Praxis tätig und beschäftigt sich seit über 40 Jahren mit Buddhismus. Er ist Lehrbeauftragter im Tibetischen Zentrum e. V. in Hamburg und unterrichtet dort im Rahmen des „Systematischen Studiums des Buddhismus“.





Überlebensgroße ostasiatische Messingstatue des Buddha Amithaba auf dem Gelände des Meditationshauses Semkye Ling in Lünzen bei Schneverdingen (Lüneburger Heide).

- Sicht überwiegend leidhafter Natur, auch wenn Zustände vorübergehenden Glücks möglich sind. Das von den Leiden des Daseinskreislaufs völlig befreite, dauerhaft glückliche Bewusstsein wird Nirvana genannt.
- 8) Das Heilsziel des Buddhismus besteht darin, das dauerhaft anhaltende Glück und die dauerhafte Leidfreiheit des Nirvana zu erlangen oder als Buddha umfassend zum Wohl aller verkörperten Lebewesen handeln zu können.
- 9) Für das Erreichen dieser Heilsziele bestehen im Daseinsbereich der Menschen bei weitem die besten körperlichen und mentalen Voraussetzungen. Deswegen ist die zum Beispiel im Vergleich zum Tierreich sehr seltene Wiedergeburt als Mensch aus buddhistischer Sicht ein äußerst kostbares Gut, das für das Erreichen der Heilsziele von allergrößter Bedeutung ist. Auch deswegen sollte ein solches kostbares Leben nicht vorzeitig beendet werden.
- 10) Aus buddhistischer Sicht liegt allen Handlungen eine grundlegende und tief verwurzelte Selbstbezogenheit des menschlichen Bewusstseins zugrunde. Sie entsteht aus einer verzerrten Wahrnehmung der Realität, die als die falsche Auffassung von inhärenter Existenz bezeichnet wird. Ihre Beseitigung durch die Philosophie der Abwesenheit von inhärenter Existenz („Leerheit“ [7]) ist das hauptsächlichste Mittel zur Befreiung aus den leidhaften Zuständen des Daseinskreislaufs. Inhärente Existenz und deren Abwesenheit zu beschreiben, sprengt den Rahmen dieses Kurzaufsatzes und erfordert eine vertieftes Studium der buddhistischen Philosophie.
- 11) Für die Befreiung aus dem Daseinskreislauf und die Erleuchtung [8] lehrte der historische Buddha vielfältige Methoden, um das Bewusstseinskontinuum unumkehrbar und vollständig von den Leidenschaften und den daraus resultierenden Folgen unethischer Handlungen zu befreien: die Vier Edlen Wahrheiten [9], den Edlen Achtfachen Pfad [10], das Meiden der Zehn unheilsamen Handlungen [11], die Drei Höheren Schulungen von Ethik, Konzentration und Weisheit, das Verständnis des philosophischen Konzeptes der Leerheit und das Streben nach Erleuchtung zum Wohl aller Lebewesen, um nur einige zu nennen.

II. Selbsttötung aus buddhistischer Sicht

Das Töten von Menschen steht auch im Buddhismus an erster Stelle der schwerwiegendsten Verletzungen ethischer Grundsätze. Zwar ist der Suizid das Töten eines menschlichen Wesens, es gibt jedoch Hinweise darauf, dass das Töten der eigenen Person in folgenden Wiederverkörperungen nicht so schwerwiegende karmische Folgen nach sich zieht wie das Töten anderer Personen.

Die Lebensspanne eines Menschen ist durch die karmischen Potenziale festgelegt, die zu dem jeweiligen Leben geführt haben. Das Erleben leidhafter karmischer Potenziale (z. B. in Form von Krankheiten) beseitigt diese Potenziale aus dem Bewusstseinskontinuum. Der Suizid unterbricht das Erleben (und damit die vollständige Beseitigung) dieser leidhaften karmischen Potenziale. Dadurch würde

man in einem folgenden Leben erneut mit der ungelösten Problematik konfrontiert. Obwohl die unterschiedlichen Umstände, die zu einem Suizid führen, von Bedeutung sind, hat eine Selbsttötung aus buddhistischer Sicht tendenziell leidhafte Folgen, beispielsweise als Wiedergeburt in einem der leidhaften Daseinsbereiche, einer Neigung zum Töten, Bedrohung des eigenen Lebens und zu einer Neigung, Probleme durch Töten lösen zu wollen.

In dem idealen Fall, dass für den Suizidenten eine reine Motivation des Mitgefühls mit dem eigenen Leiden besteht, entstehen durch dieses Mitgefühl im Bewusstseinskontinuum Potenziale für Glück und – gleichzeitig – durch die Selbsttötung Potenziale für Leiden. Für eine glückliche Wiedergeburt ist auch die innere Ausgeglichenheit zur Zeit des Todes von herausragender Bedeutung, weil dadurch im Bewusstseinskontinuum Potenziale für eine glückliche Wiedergeburt aktiviert werden. Wenn eine Person zum Ergebnis kommt, dass der Suizid der einzig akzeptable Ausweg aus der unerträglich erlebten Situation ist, besteht die Gefahr, dass sich der vermeintlich gerechtfertigte und wohl überlegte Entschluss zum Suizid auf lange Sicht als eine letztlich selbstschädigende Fehleinschätzung erweist. Aus der Sicht des nach dem Tode dieser Person weiter existierenden Bewusstseinskontinuums kommt es, statt der erhofften Befreiung aus einer ausweglos erlebten Situation, als karmische Folge des Suizids zu einer möglicherweise von noch größerem Leiden geprägten Wiedergeburt.

Solche Fehleinschätzungen und Täuschungen können sich besonders dann ergeben, wenn sich die Unerträglichkeit und Ausweglosigkeit der eigenen Lebenssituation bewusst oder unbewusst mit anderen Motiven vermischt: z. B. sich aus der Biografie ergebenden Ambivalenzen, unerledigten Angelegenheiten und Konflikten mit Familienmitgliedern oder anderen Personen des engeren oder weiteren sozialen Umfeldes, Druck von außen wegen finanzieller Überlegungen usw.

Wenn der Druck des Leidens, der Verzweiflung und des Schmerzes so überwältigend ist, dass trotz aller Interventionen ein unwiderstehlicher Drang und eine Entschlossenheit besteht, dem eigenen Leben und Leiden ein Ende zu bereiten, können

auch Angehörige, Pflegende, Ärztinnen und Ärzte an ihre Belastungsgrenzen und in Konflikte kommen. Wenn der Kontakt mit den Sterbehelfern und die Planung des Suizids Gestalt annehmen, wäre es aus buddhistischer Sicht für den Suizidenten sehr hilfreich, wenn die zuvor begleitenden Personen Mitgefühl, Geduld und ihre Anteilnahme aufrechterhalten. Aus buddhistischer Sicht ist ein ausgeglichener und beruhigter Geisteszustand im Todesprozess von herausragender Bedeutung für eine glückliche Wiedergeburt. Die begleitenden Personen sollten Suizidenten für diesen Zusammenhang sensibilisieren und bis zur Durchführung des Suizids die Entwicklung dieser Ausgeglichenheit ständig unterstützen.

Eine andere Argumentationslinie besagt, dass man durch den Suizid anderen Personen die Gelegenheit nimmt, durch ethisches Handeln der leidenden Person zu helfen und dabei Potenziale für das eigene Glück entstehen zu lassen. Auch könnte diese Hilfe bei Verwandten, Freunden und Pflegenden zu persönlichen Reifungs- und Klärungsprozessen führen. So entziehen sich Suizidenten möglicherweise nicht nur dem eigenen Leiden, sondern auch den Menschen des engeren und weiteren sozialen Umfeldes und deren altruistischen Impulsen.

Beim assistierten Suizid ist auch die assistierende Person zu betrachten. Auch wenn bei ihr als Motivation ein reines und tief empfundenes Mitgefühl mit dem Suizidenten im Vordergrund steht und dadurch Potenziale für Glück im Bewusstseinskontinuum entstehen, ist das Handeln der assistierenden Person ein Umstand, der den Tod eines Menschen herbeiführt. Auch im Bewusstseinskontinuum der assistierenden Person würden durch die Assistenz sowohl positive als auch negativ wirkende karmische Potenziale erzeugt.

III. Äußerungen des 14. Dalai Lama von Tibet

Eine der herausragenden Persönlichkeiten der buddhistischen Welt, der 14. Dalai Lama von Tibet, Tenzin Gyatso, sagte: „Wenn bedrohlich und unerträglich erscheinende Leiden auftauchen, ist Selbsttötung aus buddhistischer Sicht grundsätzlich nicht angemessen. Es ist immer besser, weiterzuleben und die Potenziale

des menschlichen Lebens zu nutzen.“ Dies ist eine allgemeine Aussage, die nicht unbedingt auf jede Situation zutreffen muss (...). Ich finde es schwierig, die Frage allgemein zu beantworten, man muss es von der jeweiligen Situation abhängig machen und schauen, in welchem Zustand sich der Betroffene befindet, welche Möglichkeiten er noch hat, heilsame Geisteszustände zu entwickeln. Es ist wichtig, das Bewusstsein in einen heilsamen, ausgeglichenen Zustand zu versetzen. Wenn jede Hoffnung darauf ausgeschlossen ist, mag ein vorzeitiger Tod gerechtfertigt sein (...). Tötet man aus Aggression eine andere Person, ist es sehr unheilsam, bereitet man aus Aggression dem eigenen Leben ein Ende, ist es ebenfalls eine sehr negative Tat“ [12].

→ Es wird also in dieser Stellungnahme nicht ausgeschlossen, dass „ausweglose“ Situationen denkbar sind.

IV. Äußerungen des Buddha in den Ordensregeln

Das Ordensrecht des vom Buddha gegründeten Ordens enthält vier für Mönche und Nonnen gleichlautende Hauptübertretungen (parajika), die zum Ausschluss aus dem Orden führen. Die dritte dieser vier Übertretungen ist das Töten eines Menschen, das Preisgeben der Vorteile eines Suizids, die Anstiftung dazu oder die Assistenz bei der Durchführung.

In den buddhistischen Schriften (Palikanon [13]) wird von drei Mönchen berichtet, die im Hinblick auf die Heilsziele im Buddhismus sehr weit vorangeschritten waren. Sie waren von den Leiden durch schwere Krankheiten geplagt und hatten deswegen einen Suizid verübt. Der Buddha hatte aufgrund seiner besonderen Fähigkeiten erkannt, dass sie trotz des Suizids in den Zustand des Nirvana, der Befreiung aus dem Daseinskreislauf, gelangt waren. Das Verständnis für diese – nach allem zuvor gesagten – unerwartete Feststellung ergibt sich aus der sehr weit fortgeschrittenen Schulung des Geistes dieser drei Mönche. Sie sind den zwingenden Gesetzen des Karma nicht mehr in gleicher Weise unterworfen wie „gewöhnliche“ Menschen, deren Geist im Hinblick auf die Heilsziele nicht ausreichend geschult ist. → Es ist nicht überliefert, dass der Buddha jemals zu einem Suizid geraten hätte.

V. Alternativen zum assistierten Suizid

Alle Patienten, die durch ihre Erkrankung so intensives Leid erfahren, dass sie einen Suizid als einzige Lösung sehen, brauchen auf ihrem Leidensweg besondere Fürsorge und vertiefende, von Mitgefühl getragene, geduldig geführte Gespräche. Informationen über geeignete Maßnahmen der Palliativmedizin bis hin zur Sedierung [14–16] können dem suizidwilligen Patienten Alternativen zum Suizid nahebringen. Unter den von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin beschriebenen Maßnahmen ist der freiwillige Verzicht auf Ernährung und Trinken (FVET) [17] in Situationen ohne sinnvoll erachtete medizinische Therapie eine weitere Möglichkeit, die auch bereits in alten buddhistischen Kommentaren diskutiert wird [18]. FVET unterscheidet sich in verschiedenen Punkten vom Suizid mit einem Gift (längerer Zeitraum, jederzeit Reflexion und Abbruch möglich, keine Assistenz erforderlich, günstigere karmische Konstellation).

Fazit

Oberflächlich betrachtet mag das Leiden des Suizidenten durch einen Suizid beendet sein. Aus buddhistischer Sicht können durch den Suizid im Bewusstseinskontinuum jedoch zusätzliche Potenziale für eine leidhafte Wiederverkörperung entstehen. Darüber hinaus sind diese Potenziale Hindernisse für das Erreichen der buddhistischen Heilsziele. Um diese Risiken zu vermindern, sollten Suizidenten darin unterstützt werden mit einem beruhigten Geist in den Todesprozess einzutreten.

Der Dalai Lama erkennt an, dass es extreme Einzelfälle geben mag, die einen Suizid gerechtfertigt erscheinen lassen. Alternativen zum Suizid, die den betreffenden Personen in vertiefenden Gesprächen nahegebracht werden sollten, sind die von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin empfohlenen Maßnahmen. Dazu gehört auch der „Freiwillige Verzicht auf Ernährung und Trinken“ [19].

Dr. med. Wolfgang Trescher

E-Mail: woltre@googlemail.com

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

Literatur zum Artikel:

Der assistierte Suizid aus Sicht des Buddhismus

von Dr. med. Wolfgang Trescher

- [1] Damien Keown, *Buddhist Ethics*, Oxford UP, 2nd ed. 2020, S. 102 ff.
- [2] Keown, Damien (2014). *Der Buddhismus*. Stuttgart: Reclam Sachbuch, 6. Auflage, hier S. 171 ff.
- [3] Schlieter, Jens (2003). *Die aktuelle Biomedizin aus der Sicht des Buddhismus*. Ein Gutachten erstellt im Auftrag der „AG Bioethik und Wissenschaftskommission“ des Max-Delbrück-Centrums für molekulare Medizin, Berlin-Buch; S. 48
- [4] Keown 2014, S. 50 ff.
- [5] Keown 2014, S. 46 ff. und 57 ff.
- [6] Keown 2014, S. 149 ff.
- [7] Jampa Tegchok, Khensur (2012). *Insight into Emptiness*. Somerville, MA, USA: Wisdom Publications
- [8] Keown 2014, S. 38 ff.
- [9] Keown 2014, 67 ff. oder https://de.wikipedia.org/wiki/Vier_edle_Wahrheiten
- [10] Keown 2014, 81 f. oder https://de.wikipedia.org/wiki/Edler_achtfa cher_Pfad
- [11] Töten, Stehlen, sexuelles Fehlverhalten, verletzende und sinnlose Rede, Lügen, Zwietracht säen, verkehrte Ansichten, Habgier und Übelwollen.
- [12] Dalai Lama (1999). *Praktizieren Sie die Essenz des Buddhismus! Tibet und Buddhismus*; 51: 4–7, hier: S. 7
- [13] von Brück, Michael (2007). *Einführung in den Buddhismus*. Frankfurt/M. ; Leipzig: Verlag der Weltreligionen. Hier: 42 ff. und <https://de.wikipedia.org/wiki/Pali-Kanon>
- [14] Alt-Epping, B. et al. (2010): *Sedierung in der Palliativmedizin*. Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung. *Zeitschrift für Palliativmedizin*; 11(3): 112–122
- [15] <https://www.haus-hannah.de/wp-content/uploads/2015/02/Palliativmedizinische-Fortbildung-2016.pdf>
- [16] Weixler, D. (2018). *Palliative Sedierungstherapie Richtlinien und Grauzonen*. *Imago Hominis* 25(2): 105–112.
- [17] https://www.dgpalliativmedizin.de/images/RZ_220713_Broschuere_FVET_online.pdf
- [18] Keown 2020, S. 104
- [19] https://www.dgpalliativmedizin.de/images/210422_Broschuere_SedPall_Gesamt.pdf

Alle Internetseiten waren am 4.4.2023 abrufbar.

Der Verfasser dankt Prof. Dr. Carola Roloff, Dr. med. Joachim Gärtner und Volker Junge für ihre Anregungen bei der Abfassung des Manuskripts und Ilonka Timm-Trescher für das Korrekturlesen.

Runder Tisch zur MFA-Ausbildung

Auf Anregung des Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Wiesbaden, Dr. med. Michael Weidenfeld, trafen sich Mitte März 2023 die Ausbildungsberater*innen der drei Berufsschulen des Bezirks Wiesbaden, Sabine Rasel, Nina Müller-Rohde, Stefan Speckhardt und Wolfgang Langlotz sowie Dr. med. Christopher Ahlers von der Ausbildungspraxis Radiomed zu einem Runden Tisch MFA Ausbildungswesen in der Bezirksärztekammer Wiesbaden. Weitere eingeladene Ärztinnen und Ärzte von Ausbildungspraxen waren leider zeitlich verhindert, werden aber zu den Folgeterminen gerne erneut eingeladen. Ziel des Runden Tisches ist es, Wege aufzuzeigen, mit denen die Ausbildungssituation der Medizinischen Fachangestellten sowie deren Prüfungsergebnis verbessert werden kann.

Erste Ergebnisse

- Ein strukturierter Austausch zwischen Ausbildungspraxis und Schulen wird angestrebt und könnte von der Bezirksärztekammer organisiert werden.
- Ein besonderes Problem sind die unzureichenden Kenntnisse der Auszubildenden im Bereich der Abrechnung nach EBM und GOÄ. Hier hat die Bezirksärztekammer zusammen mit dem Praxisverbund Wiesbaden ein Abrechnungsseminar organisiert, das sehr gut angenommen wurde und auch in der Zukunft weiter geführt wird. Darüber hinaus bietet die Kassenärztliche Vereinigung Hessen gemeinsam mit der Landesärztekammer regelmäßig eine „Fortbildungsveranstaltung für Berufslehrer/-innen“ an. Der nächste Termin wurde bereits für den 25. Mai 2023 angekündigt.
- Zur Prüfungsvorbereitung der Auszubildenden wird das praktische Üben einer Prüfungssituation von allen Beteiligten als sehr hilfreich empfunden. Dazu gibt



Foto: Sigrüd Knott

Austausch über verbesserte Ausbildung von MFA (von links): Wolfgang Langlotz, Sabine Rasel, Stefan Speckhardt, Nina Müller-Rohde, Dr. med. Christopher Ahlers und Dr. med. Michael Weidenfeld.

es Angebote seitens der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim. Sicherlich einfacher für die Schülerinnen und Schüler wären lokale Angebote seitens der Schulen und/oder der ausbildenden Praxen. Musterprüfungen sind unter folgenden Links zu finden:

– Im Bereich „Für MFA“ auf der Website der LÄKH www.laekh.de unter Prüfungen und Prüfungstermine → Informationen zu den Prüfungen → Abschlussprüfung → Musterprüfungen.

– Musterprüfungen gibt es auch auf der Website der Bayerischen Ärztekammer (www.blaek.de).

Die Bezirksärztekammer wird die Bereitschaft der Schulen und Praxen, hier etwas umzusetzen, gerne unterstützen. Darüber hinaus wird das Fachbuch: „Prüfungsvorbereitung Medizinische Fachangestellte“ empfohlen (ca. 30 Euro). Es enthält Fragen und Antworten zur Vorbereitung auf die schriftliche Prüfung.

- Es wird ein strukturiertes Rotationssystem für die Azubis angestrebt. Hierzu gibt es schon Überlegungen. Auch der Berufsbildungsausschuss hat sich damit beschäftigt. Eine Rotation der Auszubildenden würde das Ausbildungsangebot deutlich verbessern. Die Bildung solcher Ausbildungsverbände unter Mitwirkung

der Bezirksärztekammer soll weiter verfolgt werden.

- Ein Problem in der Ausbildung ist das niedrige Sprachniveau. In Hessen wird das B2-Sprachniveau gefordert. Aber nach Aussage der Lehrkräfte ist das in einigen Fällen nicht ausreichend. Hier sollten die Schulen noch einmal mit Deutschkursen unterstützen. Auch könnte der regelmäßige Kontakt zwischen Lehrern und Auszubildenden hilfreich sein.
- In allen drei Berufsschulen im Bereich der BezÄK Wiesbaden fehlt Anschauungs- und Übungsmaterial. Gebraucht würden ausrangierte EKG- und Ultraschallgeräte, Endoskope, Lungenfunktionsgeräte, abgelaufenes Verbandsmaterial, Kanülen, Spritzen, Infusionslösungen, Infusionsbestecke, Katheter, OP-Instrumente, Monovetten, Braunülen und Rote Listen. Wer hier unterstützen kann, ist sehr willkommen und möchte sich im Sekretariat der BezÄK Wiesbaden melden, Fon: 0611 97748-25

Dr. med. Michael Weidenfeld

Vorsitzender der Bezirksärztekammer
Wiesbaden

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

Assistierter Suizid: Alle Artikel zum Thema im Hessischen Ärzteblatt

Die Sicht des Buddhismus auf die Frage nach dem „ärztlich assistierten Suizid“ ist auf S. 358 in dieser Ausgabe abgedruckt. Bisher erschienene Beiträge dazu lesen Sie in folgenden Heften:

- Ausgabe 04/2020: zwei Beiträge Rubrik „Recht“: das Urteil und seine Bewertung

- 02/2021: drei Beiträge: Editorial & Co-Editorial, Artikel „Medizinische Ethik...“
- 06/2021: Bericht über den 124. DÄT: Diskussion über den ärztlich ass. Suizid
- 01/2022: Änderung der Berufsordnung: Rubrik Recht & Satzungsänderung

- 03/2022: Katholische Perspektive und Rezension „An der Seite des Lebens“
- 04/2022: Sicht des Judentums, ausführliches Essay nur online
- 07/08 2022: Evangelische Perspektive
- 10/2022: Editorial „Leben oder Tod“
- 06/2023: Buddhismus → Ein weiterer Beitrag zum Islam ist angefragt.



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 € (Akademiestatistiker 81 €)

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

Rheuma an einem Tag

Mi. 01. November 2023 (Live-Online)

Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim
Gebühr: 80 € (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

EKG-Refresher

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

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

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

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS):

Modul 5 – Kolloquium

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

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

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul II: **Sa., 04. November 2023** **8 P**

Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul I-III: **Fr., 02.–Sa., 03. Juni 2023** **12 P**

Gebühr: 330 € (Akademiestatistiker 297 €)

Modul IV: **Fr., 06.–Sa., 07. Oktober 2023** **12 P**

Gebühr: 330 € (Akademiestatistiker 297 €)

Modul V: **Sa., 07. Oktober 2023** **4 P**

Gebühr: 110 € (Akademiestatistiker 99 €)

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
Ort: beide: Bad Nauheim

Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
E-Mail: joanna.jerusalem@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 € (Akademiestatistiker 117 €)

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

Palliativmedizin

Refresher

Sa, 16. September 2023 **9 P**

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

Auskunft/Anmeldung: S. Schubert-Wallmeyer,
Fon: 06032 782-202, E-Mail:
susanne.schubert-wallmeyer@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 € (Akademiestmitgl. 360 €)**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de**Notfallmedizin****49. Wiederholungsseminar Seminar Leitender Notarzt
Sa., 04. November 2023****Leitung:** Dr. med. G. Appel, T. Winter**Gebühr:** 320 € (Akademiestmitglied 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 € (Akademiestmitglied 522 €)**Notfallmedizin machbar machen** 8 P**Mi., 22. November 2023****Leitung:** Dr. med. R. Merbs, Friedberg**Gebühr:** 200 € (Akademiestmitglied 180 €)**Auskunft/Anmeldung:** S. Schubert-Wallmeyer,
Fon: 06032 782-202, E-Mail:
susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de**Intensivmedizin****49. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar**In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin
des Universitätsklinikums Frankfurt (UKF)**Mo., 16.–Fr., 20. Oktober 2023** 50 P**Leitung:** Prof. Dr. med. F. Finkelmeier,
Dr. med. A. Grünewaldt,
Dr. med. S. Heyl, Frankfurt**Gebühr:** 800 € (Akademiestmitgl. 720 €)**Ort:** Frankfurt, Uniklinikum**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 Schlafmedi-
zin 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 € (Akademiestmitgl. 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** 18P

Beginn der Telelernphase: 11.09.2023

Leitung: Dr. med. K. Schneider**Gebühr:** 480 € (Akademiestmitglied 432 €)**Auskunft/Anmeldung:** A. Candelo-Römer,
Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de**Hygiene und Umweltmedizin,
Öffentliches Gesundheitswesen****Hygienebeauftragter Arzt (40 Std)****Mo., 06.–Fr., 10. November 2023** 40 P**Leitung:** D. Ziedorn, Wetzlar**Gebühr:** 980 € (Akademiestmitgl. 882 €)**Ort:** Mo. + Fr.: Live-Online
Di.–Do.: Wetzlar, Lahn-Dill-Klinikum**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,

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

Ultraschall

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

Abschlusskurs

Theorie: Fr., 17. November 2023

Praktischer Teil: Sa., 18. November 2023

Gebühr: 560 € (Akademiestudenten 504 €)

Ort: **Theorie: Bad Nauheim, BZ**
Praxis: 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

Fachkunde im Strahlenschutz

Spezialkurs Röntgendiagnostik

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

Praktikum: Mo., 25. September 2023

Gebühr: 420 € (Akademiestudenten 198 €)

Ort: **Theorie: Frankfurt, LÄKH**
Praxis: Frankfurt, KKH Nordwest

Aktualisierungskurs

Sa., 21. Oktober 2023 8P

Gebühr: 220 € (Akademiestudenten 198 €)

Ort: Live-Online

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte

Kenntniskurs

Theorie Sa., 07. Oktober 2023 4P

Gebühr: 110 € (Akademiestudenten 99 €)

Ort: Frankfurt, LÄKH

Praktikum: Sa., 07. Oktober 2023 5P

Gebühr: 90 € (Akademiestudenten 81€)

Ort: Frankfurt, LÄKH

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

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

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“ – Infektiologie-Immunologie

Mi., 28. Juni 2023 6 P

Leitung: PD Dr. med. L. Schrod

Gebühr: 80 € (Akademiestudenten kostenfrei)

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

Arbeits- und Betriebsmedizin

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

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

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

Transplantationsmedizin

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

Kriseninterventionsseminar: Do., 06. Juli 2023 8 P

Gebühr: 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

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.

Beginn Telelernphase: 05.04.2023

Gebühr: 1.090 € (Akademiestudierende 981 €)

Modul I: Do., 22.–Sa., 24. Juni 2023

Beginn Telelernphase: 22.05.2023

Gebühr: 660 € (Akademiestudierende 594 €)

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

Beginn Telelernphase: 29.05.2023

Gebühr: 660 € (Akademiestudierende 594 €)

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

Beginn Telelernphase: 12.09.2023

Gebühr: 660 € (Akademiestudierende 594 €)

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

Beginn Telelernphase: 19.09.2023

Gebühr: 660 € (Akademiestudierende 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 € (Akademiestudierende 855 €)

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

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: 1050,00 € (Akademiestudierende 945 €)

Kurs-Weiterbildung Di. 28.11.2023–Sa. 02.12.2023

Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau

Gebühr: 950 € (Akademiestudierende 855 €)

Auskunft/Anmeldung: S. Schubert-Wallmeyer,
Fon: 06032 782-202, E-Mail:
susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de

Sozialmedizin

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 €
(Akademiestudierende 495 €)

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

Repetitorium Radiologie

Mo., 18.–Sa. 23. September 2023

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt

Gebühr: 800 € (Akademiestudierende 720 €)

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

Allgemeinmedizin

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

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

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

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

Gebühr: 380 € (Akademiestudierende 342 €)

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 € (Akademiestudierende 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.)

G9-G10	Fr., 07.–Sa., 08. Juli 2023
G11-G12	Fr., 15.–Sa., 16. September 2023

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

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

Modul 4: Beginn der Telearnphase: 12.10.2023
Mo., 13.–Fr., 17. November 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 1** **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: adia.candelo-roemer@laekh.de

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

Modul IV: Fr., 08.–Sa., 09. September 2023 20 P
Leitung: C. Drefahl, Frankfurt
 Dr. med. W. Merkle, 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
 Modul 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. Ivo Meinhold-Heerlein,
 Gießen

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., 06.–Sa., 11. November 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: adiel.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 DAPG 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, sh. aktuelle Fortbildungsangebote
Gebühr: 105 €

Termine Teil 3: Interessentenliste
Gebühr: 455 € inkl. 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_4: ab 28.08.2023

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

Ambulantes Operieren (AOP) 94 Stunden

Der Lehrgang beinhaltet die Blöcke „Ambulantes Operieren“ (AOP) mit 70 Stunden und „Sachkenntnis zur Aufbereitung von Medizinprodukten“ (SAC) mit 24 Stunden.

Lerninhalte im Block AOP sind unter anderem:

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

Termin AOP: ab 20.09.2023

Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Termin SAC: ab 12.10.2023 oder ab 30.11.2023

Gebühr: 370 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Neurologie und Psychiatrie (NP) 120 Stunden

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

Der fachtheoretische und fachpraktische Unterricht beinhaltet unter anderem die Themen neurologische und psychiatrische Untersuchung und Befunderhebung, neurologische und psychiatrische Symptomlehre, Notfallmanagement, neurologische Krankheitsbilder; Patienten- und Angehörigenbegleitung sowie psychiatrische Krankheitsbilder.

Termin NP: ab 15.09.2023

Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Kardiologie (KAR) 120 Stunden

Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang vermittelt spezielle Kenntnisse von Krankheitsbildern in der Kardiologie und befähigt dazu, den Arzt/die Ärztin bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung ambulanter nicht-invasiver, invasiver diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu unterstützen. Zusätzliche Themen der Fortbildung sind: Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen, Patientenschulungen, Telemedizin, Kommunikation und Motivation zu Verhaltensänderungen.

Termin KAR: ab 04.10.2023

Gebühr: 1.300€ zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

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

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (140 Stunden)

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

Termin BET: ab 01.09.2023

Gebühr: 1.875 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Assistenz Wundmanagement (WUN) 40 Stunden

Der neue Qualifizierungslehrgang in der Carl-Oelemann-Schule wird gemäß dem Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer durchgeführt. Schwerpunkte der Fortbildung sind unter anderem umfangreiche Übungen zum Wundmanagement:

- Wundbehandlungsprozess
- Krankheitsbilder: Diabetisches Fußsyndrom, Ulcus cruris, Dekubitus
- Hygiene, Mikrobiologie und Infektionsprävention
- Wunddokumentation
- Kompressionstherapie

Termin WUN: ab 04.09.2023

Gebühr: 530 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Danuta Scherber, Fon: 06032 782-189, 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_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

EBM – Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen (PAT 11)

Inhalte:

- Welche Kostenträger nehmen an der vertragsärztlichen Abrechnung über die KV teil?
- Besonderheiten bei der Abrechnung mit den „Sonstigen Kostenträgern“
- Aufbau und Systematik des EBM
- Die wichtigsten Allgemeinen Bestimmungen
- Wann darf ich welche Ziffer abrechnen?
- Die jeweils gültigen Beschlüsse der zuständigen Abrechnungsstellen werden in den Inhalten berücksichtigt.

Termin: Sa., 04.11.2023

Gebühr: 125 €

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

EBM – Vertiefung des Grundlagenwissens im ärztlichen Abrechnungswesen“ (PAT 12)

Die eintägige Veranstaltung baut auf dem Kenntnisstand der Fortbildung „Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen – EBM“ auf. Sie richtet sich auch an Personen, die ihren Kenntnisstand aktualisieren und erweitern möchten.

Termin PAT 12: Sa., 09.12.2023, 09:30–15:00 Uhr

Gebühr: 125 €

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

Herausfordernde Patient/-innen am Telefon (PAT 4)

Inhalte unter anderem: Professionelle Telefonkommunikation, Kommunikationsgrundlagen/-techniken, konfliktfrei formulieren, souveränes Handhaben von Konflikt- und Beschwerdetelefonaten, Stressmanagement.

Termin PAT 4: Sa., 09.09.2023, 09:30–16:45 Uhr

Gebühr: 125 €

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

Tagesaktuelle Informationen

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

www.laekh.de/newsletteranmeldung

Über unsere tagesaktuellen Fortbildungsangebote

informieren wir Sie auch auf unserer Website

www.carl-oelemann-schule.de und über

Facebook www.facebook.com/LAEKHessen/



Train the Trainer-Seminare

Für Weiterbilder/-innen in Allgemeinmedizin & Kinder- und Jugendmedizin

Das Kompetenzzentrum Weiterbildung Hessen (KWH) bietet neben einem Seminar- und Mentoringprogramm für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ein umfangreiches Trainingsangebot für Weiterbilder/-innen in der Allgemeinmedizin und Pädiatrie an. Die Seminare dienen der Erweiterung ihrer Expertise im Bereich der Weiterbildung sowie dem Austausch und der Vernetzung mit Kolleginnen und Kollegen.

Das Angebot umfasst:

- ein zweitägiges Basisseminar
- ein Aufbauseminar
- weiterführende Online-Vertiefungsseminare

Themenschwerpunkte:

- Rechtliche und organisatorische Fragen rund um die Anstellung einer Ärztin bzw. eines Arztes in Weiterbildung
- Gestaltungsmöglichkeiten der Weiterbildung
- Tipps zur Didaktik
- Feedback-Training
- Fehlermanagement
- Aktuelle Themen rund um die Weiterbildung

Die Teilnahme ist für Weiterbilder/-innen der Fächer Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendmedizin kostenfrei. Die Seminare werden mit CME-Punkten zertifiziert.

Basisseminar		
Termin: Fr., 7. Juli 2023 ab 16 Uhr bis Sa., 8. Juli 2023 um 15:30 Uhr	Präsenz- veranstaltung	Ort: Seminarhotel Jakobsberg in Grünberg/ Hessen
Aufbauseminar		
Termin: Fr., 3. Nov. 2023 ab 16 Uhr bis Sa., 4. Nov. 2023 um 15:30 Uhr	Präsenz- veranstaltung	Ort: Seminarhotel Jakobsberg in Grünberg/ Hessen
Vertiefungsseminar		
mittwochs 18–19.30 Uhr 1x im Quartal	Online-Format	Termine werden auf der Webseite bekannt gegeben
Anmeldung per E-Mail an: kontakt@kwhessen.de. Informationen finden sich auf der Website www.kwhessen.de, Informationen auch per Telefon unter 069 6301-84225		

Erfahrungen einer Teilnehmerin

Dr. med. Kirsten Szalay (Foto) hat am Train the Trainer-Basis-Seminar des Kompetenzzentrums Weiterbildung Hessen (KWH) im April 2022 teilgenommen und berichtet hier im Kurzinterview über ihre Erfahrungen.

Wie sind Sie auf die TtT-Seminare aufmerksam geworden?

Dr. med. Kirsten Szalay: Über meine gut vernetzte Ärztin in Weiterbildung, die hatte mich auf die Website vom Kompetenzzentrum Weiterbildung Hessen aufmerksam gemacht. Beim Stöbern auf der Website bin ich dann auch auf die Seminare für Weiterbilder gestoßen.



Was hat Sie dazu bewegt, an den Train the Trainer-Seminaren teilzunehmen?

Szalay: Weil ich wissen wollte, was mich als Weiterbilderin erwartet und was ich Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung mitgeben kann. Auch die Informationen über rechtliche Fragen, wie ich eine Weiterbildung strukturieren kann usw. haben mein Interesse geweckt.

Was haben Sie von den Seminaren mitgenommen?

Szalay: Alles. (lacht) Sehr viel. Vor allem die regelmäßigen Weiterbildungsgespräche und eine feste Stunde für die Weiterbildung im Monat. Die Beantwortung von rechtlichen Fragen fand ich auch interessant und dass Vertreter der Landesärztekammer Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen beim Seminar dabei waren, um auf Fragen einzugehen.

Würden Sie die Seminare anderen Weiterbilder/-innen weiterempfehlen und wenn ja, warum?

Szalay: Ich würde es weiterempfehlen. Man denkt manchmal, die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung bekommen alles Wissenswerte von alleine und automatisch mit. Ich finde es wichtig, dass ich mehr Verantwortung übernehme, um wirklich eine gute Weiterbildung zu ermöglichen. Ich fand es gut, wichtige Tipps dafür zu bekommen und kann diese jetzt umsetzen.

(Interview: KWH)

Foto: privat

Intersektorale Kommunikation: Mehr als Bits und Bytes

Ärztlicher Club Wiesbaden diskutiert digitale Entwicklungen

„Zukunft gestalten: Intersektorale Kommunikation in Wiesbaden“ lautete das diesjährige Motto des Ärztlichen Clubs Wiesbaden (ÄCW), der im Wiesbadener Museum etwa 100 Gäste begrüßen durfte. Als unabhängiger Verein fördert er die Kommunikation für den Berufsstand vor Ort. Das Thema elektronischer Datenaustausch war Zündstoff des Abends.

Prof. Dr. Kristina Sinemus, Hessische Staatsministerin für Digitale Strategie und Entwicklung, sowie der Wiesbadener Bürgermeister Dr. Oliver Franz begrüßten die Anwesenden mit Statements und konkreten Beispielen aus Wiesbaden zur Digitalisierung im Gesundheitswesen. Dr. med. Michael von Wagner, Chief Medical Informatics Officer (CMIO) und Ärztlicher Leiter der Stabsstelle Medizinische Informationssysteme und Digitalisierung an der Universitätsklinik Frankfurt, beschrieb digitale Lösungen in der Gesundheitsversorgung. Am Beispiel des von ihm für die Kli-

nik entwickelten stationären Testprojektes beschrieb er eine Basis für die automatisierte Vernetzung. Die Gematik GmbH müsse dafür die herstellernerneutrale Infrastruktur weiter ausbauen.

Chancen intersektoraler Kommunikation seien besonders interessant für junge Ärztinnen und alte Ärzte. Dieses Fazit zog Svenja Krück, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen. „Das Fax spielt aktuell noch immer eine große Rolle.“ Kolleginnen und Kollegen, die angesichts solch starrer Strukturen der Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung stünden, könnten durch digitale Kommunikation ihre Arbeit wieder aufnehmen.

Das Moderationsduo aus dem Vorstand des gastgebenden ÄCW, Dr. med. Susanne Springborn und Prof. Dr. med. Jan Gosepath, eröffnete damit die Podiumsrunde. Dr. med. Ulrike Berg, niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin und Palliativmedizinerin, machte klar, dass in den

hausärztlichen Praxen das Equipment und Know-how für die Digitalisierung schon einsatzbereit sei. Die Vorgaben, diese umfangreich zu nutzen, fehlten jedoch.

Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann, Klinikdirektorin Innere Medizin IV und Leiterin des Vaskulitiszentrums der Helios Dr. Horst Schmidt Klinik, zeigte eindringlich auf, dass die gesicherte An-

sprechbarkeit ärztlicherseits für die Versorgungsqualität essenziell sei. Digitalisierung könne dabei unterstützen. Informationen stünden im Fokus der in ihrem Haus genutzten elektronische Plattform, ergänzte Gosepath.

Prof. Dr. med. Martin Hoffmann, stellv. Ärztlicher Direktor der Asklepios Paulinen Klinik, gab zu bedenken, dass das System des elektronischen Entlassmanagements seiner Klinik ebenfalls eine Insellösung sei. „Wir müssen umsetzen, was gerade möglich ist und im Gespräch bleiben.“

PD Dr. med. Matthias Trenner, Chefarzt im St. Josefs-Hospital Wiesbaden, Gefäßchirurg und Phlebologe, brachte es auf den Punkt: „Die elektronische Patientenakte nutzen in Österreich 95 % der Bevölkerung, in Deutschland sind es 1 %.“ Sein Haus stehe bereit, den dort bereits etablierten Messenger nicht nur intern einzusetzen. Saskia Jakubowski, Leiterin des Qualitäts- und Risikomanagements im St. Josefs-Hospital Wiesbaden, berichtete über die Messenger-App. Die Belegschaft schätze laut Umfrage, dass relevante Information zeitnah als Bild übermittelt werden könne.

Die Diskussion mit dem Auditorium machte deutlich: Die Telematikinfrastruktur wird es richten müssen, damit die schon heute genutzten digitalen Werkzeuge das Gesundheitssystem in Deutschland verbessern und eine wertschätzende moderne Kommunikationskultur ermöglichen. Mit dem Clubmotto „Wir machen die Medizin“ wird die Veranstaltungsreihe 2024 fortgesetzt.

Dr. med. Susanne Springborn

E-Mail:

info@aerztlicherclub-wiesbaden.de

Foto: Prof. Dr. Dr. h.c. Karl-Heinrich Link

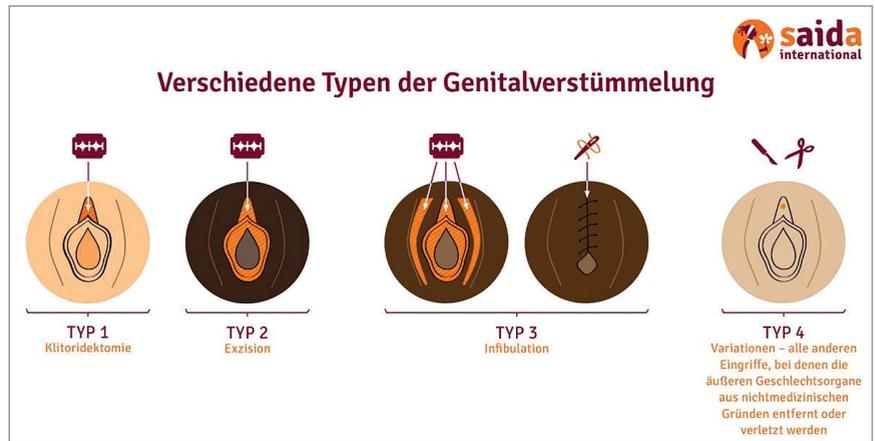


Referenten zu Gast beim Ärztlichen Club Wiesbaden: (hintere Reihe v. l.) Saskia Jakubowski, Dr. med. Ulrike Berg, PD Dr. med. Matthias Trenner, Prof. Dr. med. Martin Hoffmann, Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann, Prof. Dr. med. Jan Gosepath; (vordere Reihe): Svenja Krück, Dr. med. Susanne Springborn, Dr. Oliver Franz, Dr. med. Michael von Wagner.

Weibliche Genitalverstümmelung

Interdisziplinäre Anlaufstelle für Betroffene in Gießen

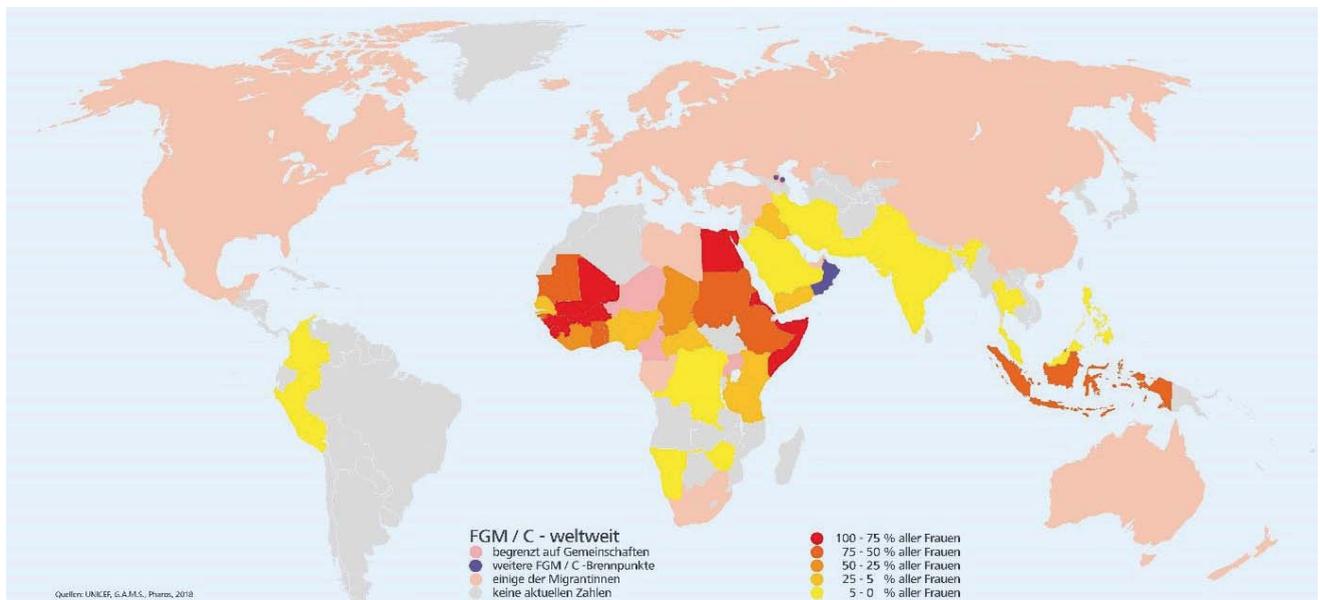
Female Genital Mutilation_Cutting (FGM_C) umfasst laut der WHO alle Praktiken, bei denen – ohne medizinische Indikation – die weiblichen äußeren Genitalien teilweise oder vollständig entfernt oder anderweitig verletzt werden [1]. Es gibt insgesamt vier verschiedene FGM-Typen, die in Abb. 1 dargestellt sind. Je nach Ethnie wird die Praktik vom Säuglings- bis ins Erwachsenenalter durchgeführt, wobei es zwei Altersgipfel (Kleinkind und Pubertät) gibt. Die weltweite Prävalenz nach Ländern ist in Abb. 2 dargestellt. Die Praktik ist ethnien-, jedoch nicht religionsabhängig. In der Literatur finden sich unterschiedliche Erklärungen kultureller, soziologischer, psychosexueller, ästhetischer sowie vermeintlich gesundheitlicher Art. FGM_C stellt einen weitreichenden Einschnitt in die körperliche Unversehrtheit von Mädchen und Frauen dar und ist somit eine Menschenrechtsverletzung. In settings mit unsterilen Instrumenten wie Rasierklingen oder Messern werden (meist) ohne Narkose unter qualvollen Schmerzen die großen und/oder kleinen Labien, mit oder ohne Klitoris(-spitze) sowie Praeputium clitoridis amputiert. In manchen Regionen, vor allem in Ostafrika, erfolgt nach der Amputation der Labien



Es gibt insgesamt vier verschiedene FGM-Typen.

ein Verschluss (Infibulation) der Wundränder, oft mit Dornen und Seide. Durch Einlage eines Fremdkörpers (zum Beispiel eines Stöckchens) verbleibt für den Abfluss von Harn- und Menstruationsblut lediglich eine kleine Öffnung von wenigen Millimetern Durchmesser. Unter den möglichen Primär- und Sekundärfolgen sind: Blutungen, die auch zum Verbluten führen können; (aufsteigende) Infektionen des inneren Genitale und der Harnwege mit ggf. Septitiden und dem Verlust der Nieren als Sekundärfolge; Fistel- und Zystenbildungen sowie Verlet-

zung der Harnwege mit konsekutiven Problemen beim Wasserlassen wie z. B. Harnverhalt. Weiterhin kann jegliche Beschneidung ein immenses psychisches Trauma verursachen. Betroffene leiden teilweise lebenslang unter chronischen Schmerzen, Miktionsstörungen, Dysmenorrhoe, sexueller Dysfunktion und Infertilität. Bisweilen besteht Dialysepflicht. Auch Komplikationen in der Schwangerschaft oder während der Geburt treten nicht selten als Folge von FGM_C auf. Nach WHO-Schätzungen beläuft sich die Zahl der unmittelbaren Todesfälle bei dem Eingriff auf jähr-



Die weltweite Prävalenz nach Ländern.

lich drei bis sieben Prozent. Durch peripartale Komplikationen oder chronische Infektionen erhöht sich die Zahl auf 25 bis 30 Prozent [4].

In manchen Ländern zeichnet sich in den vergangenen Jahren bedauerlicherweise eine zunehmende Medikalisierung des Eingriffs ab. Dies bedeutet, dass FGM_C durch ärztliches Personal durchgeführt wird.

Die Probleme und erforderlichen Behandlungsmaßnahmen nach FGM_C sind vielfältig. Von der Defibulation (Öffnung des zugenähten Introitus vaginae), die eine natürliche Geburt oder aber eine normale Blasenentleerung erst ermöglicht, bis hin zur funktionellen Genitalrekonstruktion. Seit dem Frühjahr 2022 besteht an der Frauenklinik des UKGM Gießens unter der Leitung von Dr. med. Leonie Ströbele eine eigens eingerichtete Spezialsprechstunde

für von FGM_C betroffene Frauen und Mädchen. Gynäkologische Untersuchungen finden in der FGM-Sprechstunde durch speziell geschultes Personal statt, um Fragestellungen, die im Zusammenhang mit FGM_C stehen, zu thematisieren, den FGM-Typ zu bestimmen, diesen in Gutachten zu attestieren und weitere Therapiemöglichkeiten zu besprechen und zu planen. Besteht der Wunsch bzw. Bedarf nach einer komplexeren Genitalrekonstruktion, wird die weitere Anbindung der Patientinnen an einen der Vorreiter auf diesem Gebiet PD Dr. med. Dan O'Dey am Luisenhospital Aachen organisiert.

Mit Hilfe kultursensibler Dolmetscher*innen und ausreichend Zeit wird ein Ort geschaffen, an dem es ausschließlich um die Belange der Betroffenen geht, die fluchtbedingt oft weitere traumatische Erfahrungen mitbringen.

Ein Versorgungsangebot für von FGM_C Betroffene existiert an nur wenigen Orten in Deutschland. Entsprechend groß ist der Bedarf. Es benötigt daher neben dem Ausbau der in Gießen bestehenden Sprechstunde weitere interdisziplinäre Anlaufstellen, die sich mit dem Thema FGM_C auskennen und Hilfe und Unterstützung anbieten können. Dies ist auch im Hinblick auf Prävention und Kinderschutz notwendig.

**Dr. med.
Leonie L.
Ströbele**



**Prof. Dr. med.
Ivo Meinhold-
Heerlein**



Fotos: Thomas X. Stoll/UKGM

Verbreitung und Anlaufstellen

Female Genital Mutilation_Cutting (FGM_C) steht für weibliche Genitalverstümmelung bzw. -beschneidung. Laut Schätzungen der WHO sind weltweit ca. 200 Millionen Mädchen und Frauen von der mehrere tausend Jahre alten Praktik unklaren Ursprungs betroffen [1, 2].

Durch die hohen Zahlen an Migrantinnen befinden sich auch in Europa inzwischen viele von FGM_C Betroffene. Es ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Einer aktuellen Schätzung von „terre de femmes“ zufolge leben in Deutschland bis zu 103.947 betroffene Mädchen

und Frauen; bis zu 17.271 Mädchen sind akut gefährdet. Auf Hessen bezogen bedeutet dies, dass bis zu 17.135 Frauen und Mädchen von FGM_C betroffen und bis zu 3.121 potenziell akut gefährdet sind [3].

In Deutschland gibt es bis dato nur wenige medizinische Anlaufstellen. Um den Betroffenen Hilfe für die vielfältigen somatischen und psychischen Leiden anbieten zu können, wurde im Frühjahr 2022 in der Frauenklinik des Universitätsklinikums Gießens eine FGM-Sprechstunde eigens eingerichtet.

Beide: Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Direktor: Prof. Dr. med. Ivo Meinhold-Heerlein) UKGM Standort Gießen, Klinikstraße 33 | 35392 Gießen

E-Mail: Leonie.Stroebele@gyn.med.uni-giessen.de

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

Goldenes Doktorjubiläum

Literatur zum Artikel:

Weibliche Genitalverstümmelung

von Dr. med. Leonie L. Ströbele, Prof. Dr. med. Ivo Meinhold-Heerlein

- [1] WHO. Female genital mutilation: Key facts 2022 [cited 2022 Oct 24]. Available from: URL: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation#:~:text=Female%20genital%20mutilation%20\(FGM\)%20involves,benefits%20for%20girls%20and%20women.](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation#:~:text=Female%20genital%20mutilation%20(FGM)%20involves,benefits%20for%20girls%20and%20women.)
- [2] Kentenich H, Utz-Billing I. Weibliche Genitalverstümmelung: Lebenslanges Leiden. *aerzteblatt* 2006 [cited 2023 Feb 19]; (13):842–5. Available from: URL: [https://www.aerzteblatt.de/archiv/50783/Weibliche-Genitalverstuemmung-Lebenslanges-Leiden.](https://www.aerzteblatt.de/archiv/50783/Weibliche-Genitalverstuemmung-Lebenslanges-Leiden)
- [3] Weibliche Genitalverstümmelung in Deutschland: Dunkelzifferschätzung 2022; 2022 [cited 2023 Mar 10]. Available from: URL: <https://www.koordinierungsstelle-fgmc.de/Dunkelzifferstatistik-TDF-2022-1083729.pdf>
- [4] Weibliche Genitalverstümmelung (FGM): Ein Überblick: Warum ist dieses Thema wichtig? [cited 2023 Mar 10]. Available from: URL: [https://www.igfm.de/wichtige-fragen-und-antworten-zum-thema-fgm/.](https://www.igfm.de/wichtige-fragen-und-antworten-zum-thema-fgm/)
- [5] Praktik der Genitalverstümmelung: Verschiedene Typen der Genitalverstümmelung [cited 2023 Feb 19]. Available from: URL: <https://saida.de/genitalverst%C3%BCmmelung/praktik.>
- [6] UNICEF. FGM/C – weltweit; 2018 [cited 2023 Feb 19]. Available from: URL: <https://lessan.eu/weibliche-genitalverstuemmung.>



Nachruf auf Christiane Loizides

Trägerin der Ehrenplakette der Landesärztekammer in Silber

Nach schwerer Krankheit ist Christiane Loizides am 29. März 2023 verstorben. Wenige Wochen zuvor, am 1. März, konnte sie noch für 30 Jahre Tätigkeit in und um das Heilberufsgericht mit der Silbernen Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) geehrt werden.

Christiane Loizides wurde am 25. Dezember 1948 in Alsfeld geboren und studierte Jura in Gießen und Göttingen. Nach dem 1. Staatsexamen war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Goethe-Universität. Nach dem 2. Staatsexamen war sie beim Bundesamt für Ernährung und Forstwirtschaft tätig, bevor sie 1981 Richterin am Verwaltungsgericht in Frankfurt wurde. Sie wurde 1992 zur Vorsitzenden Richterin und zur Vorsitzenden des Berufsgerichts für Heilberufe in Frankfurt ernannt. 2008 wurde sie Vizepräsidentin des Verwaltungsgerichts in Gießen und Vorsitzende des Hessischen Heilberufsgerichts, 2011 zudem stellvertretende Landesanwältin am Hessischen Staatsgerichtshof. In Frankfurt war sie darüber hinaus mehr als zwei Jahrzehnte kommunalpolitisch aktiv, zuletzt als Stadtverordnete und Ortsbeirätin für die CDU und Vorsitzende des Haupt- und Finanzausschusses im Frankfurter Stadt-

parlament. Nach ihrer Pensionierung 2014 wurde sie ab 2017 Ermittlungsbeauftragte des Präsidiums in berufsrechtlichen Ermittlungen und vertrat die LÄKH sowohl vor dem Heilberufsgericht als auch dem Landesberufsgericht für Heilberufe. In ihrem Aufsatz zum 50-jährigen Bestehen des Heilberufsgerichts betonte sie die Wichtigkeit, „schwarze Schafe“ in den eigenen Reihen zu bestrafen. Diesen Grundsatz hat Loizides in ihrer über 30-jährigen Tätigkeit für das Heilberufsgericht vorgelebt. Exemplarisch seien hier die über die Landesgrenzen hinaus bekannten Entscheidungen zur ärztlichen Gutachtenerstellung im Hessischen Steuerfahnderskandal und natürlich die Vorlage an den Europäischen Gerichtshof in Sachen Konstantinides zur GOÄ genannt. Die Verbundenheit zur Ärzteschaft war bei Christiane Loizides auch



Foto: Manuel Maier

LÄKH-Vizepräsidentin Monika Buchalik (links) und LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski überreichten Christiane Loizides (+) die Silberne Ehrenplakette am 1. März 2023.

familiär bedingt. Sie war mit einem Zahnarzt verheiratet, eines ihrer beiden Kinder ist habilitierter Radiologe.

Mit ihrer herausragenden juristischen Kompetenz, ihren festen Überzeugungen und Prinzipien hat Christiane Loizides Maßstäbe gesetzt, die fortwirken. Wir werden Frau Loizides ein ehrendes Andenken bewahren.

Landesärztekammer Hessen

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident
Manuel Maier, Justitiar

Begrüßungsabend in Gießen

Beim jüngsten Begrüßungsabend für neue Mitglieder der Bezirksärztekammer (BezÄK) Gießen gab es für Neumitglieder wieder wertvolle Informationen rund um wichtige Stationen im Berufsleben. Durch den Abend führte der Vorsitzende der BezÄK, Dr. med. Hans-Martin Hübner. Mit dabei in der Klosterstube des Benediktiner Weißbräuhauses in Gießen war auch die stellv. Vorsitzende Jutta Willert-Jacob sowie weitere Vorstandsmitglieder und die Mitarbeiterinnen der Bezirksstelle der Landesärztekammer Hessen (LÄKH). Von den 167 Geladenen kamen 29 Kolleginnen und Kollegen, die den Vorträgen von Charlotte Guckenmus (Versorgungswerk der LÄKH)

und Daniel Libertus, Leiter der LÄKH-Abteilung für ärztliche Weiterbildung, mit großem Interesse zuhörten. Hübner stellte einleitend die für das ärztliche Berufsleben wichtigen Strukturen vor und erklärte die Unterschiede zwischen einzelnen Instanzen der LÄKH sowie deren Verbindungen.

Aus den Bezirksärztekammern



Foto: Mandy Hoyer

Gastgeber und Referenten des Abends: Jutta Willert-Jacob, Dr. med. Hans-Martin Hübner, Charlotte Guckenmus und Daniel Libertus (von links).



Christian Neupel feiert seinen 85. Geburtstag

Eine beeindruckende Karriere im Dienst der hessischen Ärzteschaft

Am 23. April feierte der ehemalige Justitiar der Landesärztekammer Hessen Christian Neupel seinen 85. Geburtstag. Als Sohn eines Arztes und Zahnarztes wurde er am 23. April 1938 in Breslau geboren und – wie so viele – im Jahre 1945 aus seiner Heimat Schlesien vertrieben. Seine Kindheit verlebte Christian Neupel bei Hildesheim. Das Abitur bestand er am Frankfurter Goethe-Gymnasium und studierte sodann Rechts- und Staatswissenschaften in Frankfurt, Marburg und München; hier legte er im Jahre 1963 das erste juristische Staatsexamen ab. Nach dem Referendariat und einem längeren Aufenthalt in Lyon bestand er in Frankfurt das zweite juristische Staatsexamen. Darauf folgten Tätigkeiten als wissenschaftlicher Assistent an der Universität Frankfurt und als Rechtsanwalt. Am 1. Mai 1973 trat er in die Dienste der Landesärztekammer Hessen ein. Bereits nach kurzer Zeit übernahm er als Justitiar die Leitung der Rechtsabtei-



Foto: Manuel Maier

Christian Neupel, ehemaliger Justitiar der Landesärztekammer Hessen.

lung. 28 Jahre später trat er 2001 in den Ruhestand.

Dazwischen lag ein bewegtes Berufsleben, das allein bereits durch Zahlen beeindruckt: die verantwortliche Durchführung von sieben Kammerwahlen, der rechtliche

Part in über 60 Delegiertenversammlungen sowie rund 320 Präsidiumssitzungen und vor allem die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den vier Präsidenten Dr. Heinz Stroh, Dr. Wolfgang Bechtoldt, Dr. Helmuth Klotz und Dr. Alfred Möhrle. Sämtliche grundlegenden berufspolitischen Entscheidungen der hessischen Ärzteschaft in dieser Zeit wurden in juristischer Hinsicht wesentlich von Christian Neupel geprägt. Bekannt war er für sein diplomatisches Geschick und seine große Integrationskraft.

Für seine zahlreichen Verdienste um die Ärzteschaft verlieh ihm die Bundesärztekammer 1988 das Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft und die Landesärztekammer Hessen 2002 die Ehrenplakette in Silber.

Ad multos annos!

Manuel Maier

Justitiar und Juristischer Geschäftsführer

Die Landesärztekammer Hessen zu Gast in der Sanitätsakademie der Bundeswehr in München

Über die einzigartigen Fähigkeiten des medizinischen ABC-Schutzes innerhalb der Bundeswehr und die Institute der Sanitätsakademie der Bundeswehr in München unterrichten sich im Rahmen der Zivilmilitärischen Zusammenarbeit (ZMZ) am 19. April 2023 der Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski und die beiden Geschäftsführer der LÄKH Dr. med. Alexander Marković und Manuel Maier sowie der vom Landeskommmando Hessen beauftragte Oberstarzt Dr. med. Ulrich Jürgens. Das Institut für Pharmakologie und Toxikologie der Bundeswehr befasst sich mit der Entwicklung von Antidoten und alternativen Therapieverfahren zur Behandlung von Vergiftungen durch Haut- und Nervenkampfstoffe. Zudem ist das Institut in der Lage Vergiftungen durch chemische Kampfstoffe nachzuweisen.

Die Schwerpunkte der wissenschaftlichen Arbeit des Instituts für Radiobiologie lie-

gen in der Erforschung molekularer und zellulärer Mechanismen der Strahlenreaktion sowie der Entwicklung geeigneter diagnostischer Verfahren zur Beurteilung eines Strahlenschadens.

Das Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr wiederum befasst sich mit einer Viel-

zahl von Infektionserregern und Biogiften, die als biologische Kampfstoffe eingesetzt werden können, und der Entwicklung stationärer und mobiler Nachweisverfahren von biologischen Kampfstoffen.

Manuel Maier

Justitiar der Landesärztekammer Hessen



Foto: Manuel Maier

Informationen über den Schutz vor atomaren, biologischen und chemischen Gefahren (von links): Oberfeldarzt Dr. Gelimer Genzel, Oberfeldarzt Prof. Dr. Timo Wille, Oberstarzt Dr. Ulrich Jürgens, Dr. Alexander Marković, Dr. Edgar Pinkowski, Generalarzt Dr. Andreas Hölscher, Oberstarzt Dr. Salvatore Schmidt und Oberfeldarzt Dr. Stefan Eder.

Bücherfund aus der Zeit des Nationalsozialismus

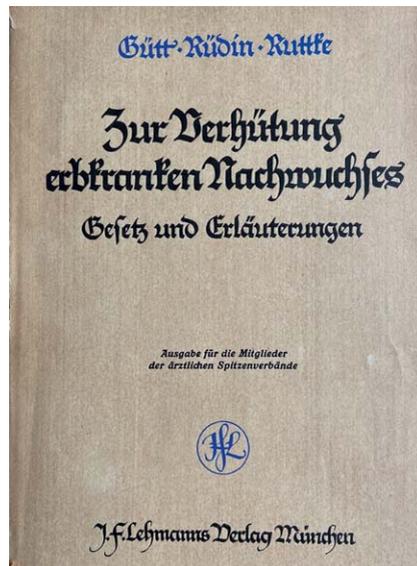
Die Ärzteschaft sollte als Träger des Rassedenkens instrumentalisiert werden

Beim Umzug der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) in das neue Gebäude an der Hanauer Landstraße tauchte aus den Archiven ein Buch aus der Zeit des Nationalsozialismus auf, das sich speziell an die Ärzteschaft richtete, um das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933 zu propagieren.

Dieses euphemistisch genannte „Erbgesundheitsgesetz“ aus der unrühmlichen deutschen Vergangenheit ist hinlänglich bekannt – es trat am 1. Januar 1934 in Kraft und diente dem NS-Staat zur Durchsetzung seiner rassenpolitischen Vorstellungen. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ war das „Sterilisationsgesetz“ des NS-Staates. Dazu gehörten Maßnahmen, die als „Rassenhygiene“ bezeichnet wurden und auf die „Unfruchtbarmachung“ (so die Diktion) vermeintlicher „Erbkranker“ zielte – darunter wurden nicht nur Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung verstanden, sondern beispielsweise auch Alkoholiker und Insassen von Strafanstalten. Neu aber und in diesem Sinne „wiederentdeckt“ wurde mit dem LÄKH-Umzug jedoch dieser Kommentar der Autoren Ernst Rüdin, Arthur Gütt und Falk Ruttke, der mit dem Titel „Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses – Gesetz und Erläuterungen“ und dem Untertitel: „... zur Ausgabe an die Mitglieder ärztlicher Spitzenverbände“ im Jahr 1934 bei dem heute noch existierenden Verlag J. F. Lehmanns, München, erschienen ist.

Die Autoren

Ernst Rüdin (1874–1952) war Schweizer, er befasste sich früh mit erbbiologischen Fragen und wurde Psychiater. Auf der Jahreshauptversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie referierte er 1934: „Der Psychiater muss sich mit den Gesun-



Cover des Kommentars von 1934, der sich mit der Unterzeile direkt an die Ärzteschaft wendet.

den gegen Erbkrankte verbünden ... Dem hohen Zuchtziel einer erbgesunden, begabten, hochwertigen Rasse muss der Psychiater dienstbar sein.“

Arthur Julius Gütt (1891–1949) war ein deutscher Arzt, Eugeniker und SS-Brigade-Führer. Er gehörte zu den einflussreichsten Medizinalbeamten im Innenministerium des NS-Staates und gilt als Autor des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“.

Falk Alfred Ruttke (1894–1955) war Jurist, Rasserechter und SS-Sturmbannführer sowie Inhaber eines Lehrstuhls für „Rasse und Recht“.

In dem Kommentar sind außerdem zwei Beiträge von namhaften NS-Medizinern enthalten. Es sind die Artikel von Erik Lexer (1867–1937), er war 1923 und 1936 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, über die „Unfruchtbarmachung“ und die „Kastration“ beim Mann sowie von Albert Döderlein (1860–1941) über die „Unfruchtbarmachung“ und „Kastration“ der Frau. Letzterer ist Namensgeber der heute noch so bezeichneten „Döderleinflora“, weil er die speziellen Milchsäurebakterien in der Vagina entdeckte.

„Kastration“ der Frau. Letzterer ist Namensgeber der heute noch so bezeichneten „Döderleinflora“, weil er die speziellen Milchsäurebakterien in der Vagina entdeckte.

Folgen des Gesetzes

Bis Mai 1945 wurden zwischen 300.000 und 400.000 Menschen nach entsprechenden Urteilen von so genannten Erbgesundheitsgerichten in regionalen Krankenhäusern zwangssterilisiert. Durch die Anwendung des Gesetzes kamen etwa 5.000 bis 6.000 Frauen und etwa 600 Männer durch Komplikationen zu Tode. Zahlreich waren die langjährigen gesundheitlichen, körperlichen und psychischen Folgeschäden.

Der Band enthält neben Formularen zur Antragstellung die Regelungen, wer für welche Teilaufgabe zuständig war, welche Funktion der Öffentliche Gesundheitsdienst hatte, wie die Ernennung zu operationsbeauftragten Ärzten zu erfolgen hatte und er erfasste auch die Ausrichtung der Behandlung weg vom Individuum hin zum „Schutz“ des deutschen Volkes vor angeblichen Krankheiten und vor „Gewohnheitsverbrechern“.

Die Sprache der beiden Kommentare der Ärzte Lexer und Döderlein ist von ns-typischer rassistischer und pseudowissenschaftlicher Diktion [1]. Im Vordergrund steht die vorgeblich biologische Notwendigkeit des gewollten „ausmerzenden“ Handelns [2]. Das Interesse des Arztes sollte gemäß der NS-Ideologie weg vom einzelnen Patienten und auf das „Volk“ ausgerichtet werden.

Das Gesetz schuf die Möglichkeit nicht nur für die Durchführung der Sterilisationen- oder Kastrationsoperationen, sondern war vor allem auch ein ideologischer und propagandistischer Akt, der sowohl

Foto: Dr. Siegmund Drexler

[1] Vgl. zum Beispiel Victor Klemperer (1881–1960), LTI – Lingua Tertii Imperii, Neuauflage Reclam 2010/2020.

[2] „Ausmerzen“: Der Begriff stammt aus dem 16. Jahrhundert aus dem Bereich der Schafzucht. Dort wurden im März (Merz) die zur weiteren Zucht ungeeignet erscheinenden Tiere aus der Herde ausgesondert. Um 1900 taucht das Wort im Zusammenhang mit Fragen der sogenannten Rassenhygiene auf. „Ausmerzen“ ist eines der NS-Wörter, die sich unscheinbar und weitestgehend unbemerkt auch in unsere heutige Alltagssprache geschmuggelt haben. Vgl. z. B.: <https://katapult-magazin.de/de/artikel/wir-nutzen-nazibegriffe-und-nur-eine-merkt>

die Ärzte als auch die Bevölkerung erreichen sollte.

Die Ärzteschaft hatte dabei die Rolle zu übernehmen, das Rassedenken und eine erbbiologische Sichtweise zu propagieren. Dazu war die Zustimmung der Ärzteschaft notwendig, Ärzte waren Träger und ein funktionales Instrument zur Durchsetzung der NS-Rassenpolitik. „Unerwünschte Anteile“ aus der Bevölkerung, insbesondere psychisch Kranke und als auffällig Befundene sollten „ausgemerzt“ [2] werden.

Die Artikel in dem Kommentarband für die Mitglieder der ärztlichen Spitzenverbände sind ein Beitrag, die Ärzteschaft ideologisch zu formieren. Sie sollte überzeugt und handelnd zum Träger des Rassedenkens werden und sich für die Umsetzung des Gesetzes begeistern – d. h. für die „Beschaffung erbgesunden Nachwuchses“ zu sorgen.

Prof. Dr. phil. Benno Hafenegger
Dr. med. Siegmund Drexler

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



Foto: Katja Kölsch

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

Prof. Dr. phil. Benno Hafenegger, emeritierter Professor für Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg, ist Autor und Herausgeber zahlreicher Schriften u. a. für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Außerdem gehört er der Redaktion des Journals für politische Bildung an. Seine Forschungsschwerpunkte sind Jugendbildung, Jugendkulturen und Rechtsextremismus. Hafenegger war Leiter der Forschungsgruppe der Landesärztekammer Hessen zur geschichtlichen Aufarbeitung der Ärztekammern 1887–1956 und Mitautor des gleichnamigen Buches.



Foto: privat

Nachsatz: Menschen „rassen“ sind eine Erfindung und wissenschaftlich nicht belegbar. Ein Rassedenken gab es bereits im Mittelalter und im ausgehenden 19. Jahrhundert. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelten sich in vielen europäischen Ländern und in den USA genetisch-biologisch sowie kulturell begründete rassistische Denkfiguren und Typenbildungen.

Namen sind hier u. a. Arthur Comte de Gobineau in Frankreich und Houston Stewart Chamberlain in den USA. Rassedenken war immer mit „Rassenhygiene“ verbunden, und so gab es in Deutschland bereits 1923 in München den ersten Lehrstuhl für „Rassenhygiene“.

„Rassentheorien“ und „Rassenhygiene“ bildeten grundlegende Elemente der na-

tionalsozialistischen Weltanschauung, und dieses Denken führte dann zu den berüchtigten „Nürnberger Gesetzen“ von 1935 – dem „Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre“ – mit dem die gezielte und willkürliche Diskriminierung, Ausgrenzung und Vernichtung der jüdischen Bürgerinnen und Bürger vorbereitet wurde.

Ein ständiges Mahnmal für Hadamar – Spendenaufwurf an die hessische Ärzteschaft

Die massenhafte Ermordung von Patientinnen und Patienten in der Psychiatrischen Anstalt Hadamar im Rahmen der nationalsozialistischen „Euthanasie“ gehört zu den schlimmsten Verbrechen, an denen hessische Ärzte jemals beteiligt waren.

In den vergangenen Jahren war zeitweise ein zweigeteiltes Denkmal eines sogenannten Grauen Busses, mit dem die Opfer vom Hadamarer Bahnhof zur Tötungsanstalt auf dem Mönchberg transportiert wurden, in der Hadamarer Innenstadt vor dem Schloss aufgestellt.

Die Stadt Hadamar hat nun entschieden, ein solches Denkmal als ständiges Mahnmal am Bahnhof zu errichten. Allerdings mangelt es aktuell an ca. 40.000 bis 50.000 Euro.

Dieser Spendenaufwurf im Hessischen Ärzteblatt richtet sich an alle hessischen Ärztinnen und Ärzte, die mit einer Spende zur Errichtung des Mahnmals die Erinnerung an dieses dunkelste Kapitel der Geschichte unserer hessischen Ärzteschaft aufrecht erhalten wollen.

Spenden mit dem Stichwort Grauer Bus werden erbeten an den Verein zur Förderung der Gedenkstätte Hadamar e. V. Mönchberg 8 | 65589 Hadamar
E-Mail: info@foerderverein-gedenkstaette-hadamar.de

Spendenkonto Kreissparkasse Limburg
IBAN: DE38 5115 0018 0040 4536 31

Der Spendenaufwurf wird unterstützt von Prof. Dr. med. David Groneberg, Goethe-Universität Frankfurt.



Foto: Isolde Asbeck

Das mobile Denkmal der Grauen Busse der Künstler Horst Hoheisel und Andreas Knitz machte 2017/2018 auch am Rathenauplatz in Frankfurt am Main Station.



Prof. Dr. med. Helmut Haas (links), vormals niedergelassener Urologe in Heppenheim, erhielt kürzlich mit der Maximilian-Nitze-Medaille die höchste Ehrung der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU). Jetzt wurde er beim Jahreskongress in Mailand mit der Ehrenmitgliedschaft der Europäischen Urologenvereinigung (EAU) ausgezeichnet, die zudem einen wissenschaftlichen Preis nach ihm benannte. Der erste Preisträger des neuen Helmut Haas Awards ist **Dr. med. Hendrik Heers** (rechts), Oberarzt an der Klinik für Urologie der Philipps-Universität Marburg.

Fotos: privat



Dr. med. Thilo Gerhards (Foto) ist neuer Chefarzt des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin am Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim. Er folgt damit **Dr. med. Andreas Wieschen** nach, der das Institut als Chefarzt seit 2001 geleitet hat und nach 22-jähriger Tätigkeit am GPR-Klinikum Ende Februar in den Ruhestand getreten ist. Gerhards war zuletzt am Uniklinikum Leipzig als Oberarzt tätig.

Foto: GPR Klinikum



Prof. Dr. med. Lars Timmermann, Direktor der Klinik für Neurologie am Standort Marburg des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, ist seit Anfang Januar neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). Damit wird er für die Jahre 2023 und 2024 als Präsident die DGN als größte europäische neurologische Fachgesellschaft leiten.

Foto: DGN, Christian Festag

Seit Januar ist **Dr. med. Michael Kremer** (Foto unten) Ärztlicher Direktor der Atos Klinik Frankfurt am Main. Er war zuvor Oberarzt und Leitender Oberarzt der Unfallchirurgie an der BG Unfallklinik Frankfurt.

Foto: Atos Klinik



Der Internist, Hämatologe und Onkologe **Prof. Dr. med. Andreas Neubauer** (Foto unten), Leiter der Klinik für Innere Medizin und Hämatologie, Onkologie und Immunologie der Philipps-Universität Marburg, ist neuer Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM). Er ist Nachfolger von **Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner**, der nunmehr 1. stellv. DGIM-Vorsitzender ist.

Foto: © DGIM/Bratulic



Dr. med. Jörg Noetzel (Foto links) wird neuer Medizinischer Geschäftsführer am Klinikum Darmstadt. Er ist derzeit Medizinischer Vorstand der Mühlenkreiskliniken, einem kommunalen Klinikkonzern mit Hauptsitz im ostwestfälischen Minden. Er folgt **Prof. Dr. med. Nawid Khaladj** nach, der seit 2018 Medizinischer Geschäftsführer und ärztlicher Leiter des städtischen Klinikums war und Mitte Januar nach Zürich wechselte. Noetzel, Facharzt für Chirurgie, absolvierte berufsbegeleitend einen Studiengang im Klinikmanagement und arbeitet seit 2001 in diesem Bereich.

Foto: Mühlenkreiskliniken

Wichtige Personalia aus ganz Hessen
bitte per E-Mail an: haebl@laekh.de

Die neue Compliance-Richtlinie der Landesärztekammer Hessen

Die Einhaltung von Compliance-Regeln, sprich die Einhaltung geltender Gesetze und der Grundsätze von Objektivität und Unabhängigkeit, ist nicht nur in großen Unternehmen oder in Klein- bzw. Mittelbetrieben, sondern auch bei Körperschaften des öffentlichen Rechts, wie etwa der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) geboten.

Die Delegiertenversammlung hat daher am 25. März 2023 eine Compliance-Richtlinie der LÄKH für Mandatsträgerinnen und Mandatsträger beschlossen, welche am 1. Juni 2023 in Kraft tritt. Sie ersetzt den Verhaltenskodex vom 15. Mai 2000.

Um die Unabhängigkeit von Entscheidungen durch Mandatsträgerinnen und -träger sicherzustellen, verpflichtet die Compliance-Richtlinie zu Transparenz. Mandatsträgerinnen und -träger müssen etwa auf der Website der LÄKH weitere Ehrenämter,

Funktionen bzw. sonstige Interessenwahrnehmungen offenlegen, welche die Ausübung des Mandates beeinflussen können. Ebenso müssen sie bei Entscheidungsfindungen offenlegen, ob sie zu Dritten, die unmittelbar von dieser Entscheidung einen Vor- oder Nachteil haben, besondere Beziehungen haben. Sie haben sich bei der Diskussion zurückzuhalten und dürfen an der Entscheidung nicht teilnehmen.

Besteht der Verdacht eines Verstoßes gegen die Compliance-Richtlinie, soll sich jeder an die noch zu benennende Ombudsperson wenden können.

Manuel Maier, Justitiar
Claudia Schön, stellv. Justitiarin
Dr. med. Peter Zürner, für das Präsidium

Die Delegiertenversammlung hat in ihrer Sitzung am 25. März 2023 folgende Richtlinie beschlossen:

I.

Compliance-Richtlinie für Mandatsträgerinnen und Mandatsträger der Landesärztekammer Hessen

Präambel

Die Landesärztekammer Hessen ist die Standesvertretung der Ärztinnen und Ärzte in Hessen. Sie vertritt die Interessen der hessischen Ärzteschaft. Als öffentlich-rechtliche Körperschaft übernimmt die Landesärztekammer Hessen zudem staatliches Handeln.

Ihre Aufgaben nimmt die Landesärztekammer Hessen auf der Grundlage der geltenden Gesetze, der Hauptsatzung sowie der Grundsätze von Objektivität und Unabhängigkeit wahr. Die Einhaltung dieser Regeln („Compliance“) ist die Basis für eine erfolgreiche Arbeit.

Mandatsträgerinnen und Mandatsträger sollen verantwortungsbewusst im Interesse der Allgemeinheit – Ärzteschaft und Patienten– handeln und sich ihrer Vorbildfunktion für diejenigen bewusst sein, von denen sie mit dem Mandat betraut wurden.

I. Grundsätze

- (1) Mandatsträgerinnen und Mandatsträger haben bei Erfüllung ihrer Aufgaben die Regelungen der geltenden Vorschriften der Landesärztekammer Hessen zu beachten sowie die Grundsätze von Objektivität und Unabhängigkeit einzuhalten.
- (2) Mandatsträgerinnen und Mandatsträger dürfen ein Mandat nur dann übernehmen, wenn sie zeitlich in der Lage sind, das Mandat auch auszufüllen.
- (3) Mandatsträgerinnen und Mandatsträger haben Einladungen zu Sitzungen von Gremien zu beachten und unverzüglich dem Einladenden mitzuteilen, wenn sie verhindert sind.
- (4) Eine uneigennützige und auf keinen persönlichen Vorteil bedachte Ausübung des Mandates ist eine der wesentlichen Grundlagen des Handelns der Mandatsträgerinnen und Mandatsträger der Landesärztekammer Hessen.
- (5) Objektivität und Integrität der Mandatsausübung dürfen nicht dadurch beeinträchtigt werden, dass materielle und/oder immaterielle Leistungen, auf die kein Anspruch besteht (Vorteile), angenommen werden. Bereits der Anschein der Empfänglichkeit für persönliche Vorteile muss vermieden werden.
- (6) Mandatsträgerinnen und Mandatsträger ist es nicht gestattet, im Zusammenhang mit der Ausübung ihrer dienstlichen Tätigkeit/ Mandatsausübung Zuwendungen anzunehmen. Unter Zuwendungen sind Vorteile wirtschaftlicher oder nichtwirtschaftlicher Art, gewährt durch Dritte, zu verstehen.

II. Sicherstellung der Unabhängigkeit von Entscheidungen durch Mandatsträgerinnen und Mandatsträger

- (1) Mandatsträgerinnen und Mandatsträger sind verpflichtet, auf der Website der Landesärztekammer Hessen weitere Ehrenämter und Funktionen bzw. sonstige Interessenwahrnehmungen offen zu legen, soweit diese die Ausübung des Mandates beeinflussen können.
- (2) Falls sie von einem durch eine Entscheidung betroffenen Dritten angesprochen worden sind, sind Mandatsträgerinnen und Mandatsträger verpflichtet, dies vor der Entscheidung offen zu legen.
Wirken Mandatsträgerinnen und Mandatsträger an einer Beratung oder einer Abstimmung mit, an welcher sie selbst, ihr Ehegatte oder nichtehelicher Lebenspartner, Verwandter, Verschwägerter oder eine mit ihnen eng beruflich zusammenarbeitende Person ein unmittelbares Interesse haben, müssen sie diese Verbindung offen legen, sich bei der Diskussion in einem Gremium zurückhalten und dürfen an der Entscheidung nicht teilnehmen.
- (3) Mandatsträgerinnen und Mandatsträger, die in Gremien mitwirken, die Entscheidungen mit finanziellen Folgen treffen, sind verpflichtet, offen zu legen, ob sie zu Dritten, die unmittelbar von dieser Entscheidung einen Vor- oder Nachteil haben, vertragliche, gesellschaftliche oder Beziehungen im Sinne Ziffer II. (2) haben.
- (4) Die Mitgliedschaft in einem Gremium der Landesärztekammer Hessen darf nicht genutzt werden, um sich in beruflichen oder geschäftlichen Angelegenheiten Vorteile zu verschaffen.
- (5) Mandatsträgerinnen und Mandatsträger dürfen kein Rechtsverhältnis eingehen, aufgrund dessen sie Bezüge erhalten, die sie, ohne die danach geschuldeten Dienste zu leisten, nur deshalb bekommen, weil von ihnen im Hinblick auf ihr Mandat erwartet wird, dass sie in den Gremien der Landesärztekammer die Interessen des Vertragspartners vertreten werden.

III. Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung

- (1) Bei einem Verdacht eines Verstoßes gegen diese Compliance-Richtlinie soll sich jeder an die Ombudsperson Compliance der Landesärztekammer Hessen wenden können.
- (2) Die Annahme von Vorteilen in Ausübung eines Mandats stellt eine Verletzung ehrenamtlicher Pflichten dar und kann berufs- und strafrechtliche Folgen nach sich ziehen.
- (3) Die Ombudsperson Compliance berichtet dazu einmal im Jahr im Präsidium.

II.

In-Kraft-Treten

Die Compliance-Richtlinie für Mandatsträgerinnen und Mandatsträger in Hessen tritt am 1. Juni 2023 in Kraft. Damit tritt der Verhaltenskodex für Mandatsträger vom 15. Mai 2000 (HÄBL 6/2000, S. 255) außer Kraft.

Ausführungsbestimmungen zur Ombudsperson Compliance der Landesärztekammer Hessen

Die Ombudsperson Compliance hat die Aufgabe, die Einhaltung der Compliance-Regeln und der sich daraus ergebenden Pflichten zu überwachen und dem Präsidium einmal im Jahr über festgestellte Vorfälle zu berichten.

Ergänzend zu Punkt III. „Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung“ der Compliance-Richtlinie für Mandatsträgerinnen und Mandatsträger der Landesärztekammer Hessen wird zur Ombudsperson Compliance folgende Ausführungsbestimmung erlassen:

1. Qualifikation

Als Ombudsperson Compliance kommt in Frage wer

- langjähriges Kammermitglied ist und
- weder hauptamtlich bei der Kammer angestellt ist noch ein tragendes Ehrenamt in der Kammer begleitet, wie z. B. in Präsidium oder Bezirksärztekammer, sowie zusätzlich
- wer langjährige Erfahrung mit ethisch-moralischen Fragestellungen hat.

2. Bestellung der Ombudsperson Compliance

- Die Ombudsperson Compliance wird vom Präsidium ernannt und von der Delegiertenversammlung bestätigt.
- Die Amtszeit entspricht grundsätzlich der Wahlperiode einer Delegiertenversammlung, sprich vom 1. November bis zum 31. Oktober der jeweiligen Wahlperiode.

3. Aufgaben der Ombudsperson Compliance

- Entgegennahme und Prüfung von Verdachtsmeldungen, sofern erforderlich in Zusammenarbeit mit der Rechtsabteilung bzw. mit externer juristischer Beratung
- Ansprechpartner für Mitarbeitende sowie ehrenamtlich Tätige bei Fragen zur Compliance im Zusammenhang mit der Compliance-Richtlinie für Mandatsträgerinnen und Mandatsträger;
- Bericht im Präsidium einmal im Jahr über festgestellte Vorfälle.

4. Beschwerdewege

Jedes Kammermitglied und Mitarbeitende können sich an die Ombudsperson Compliance der Landesärztekammer schriftlich oder mündlich wenden.

5. Inkrafttreten

Diese Ausführungsbestimmungen treten zum 1. Juni 2023 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. März 2023 beschlossene Compliance-Richtlinie für Mandatsträgerinnen und Mandatsträger der Landesärztekammer Hessen samt der Ausführungsbestimmung zur Ombudsperson Compliance der Landesärztekammer Hessen werden hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 18. April 2023



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Aus den Bezirksärztekammern

MFA-Abschlussfeier in Marburg

In festlichem Rahmen hat die Bezirksärztekammer Marburg am 23. Februar die Absolventinnen der Abschlussprüfung der Medizinischen Fachangestellten im Winter 2022/2023 geehrt. Acht Medizinische Fachangestellte konnten nach erfolgreich abgelegter Prüfung aus ihren Ausbildungsverhältnissen entlassen werden.

Der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Marburg, Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, moderierte die Feier. Neben den Absolventinnen freute er sich, weitere Gäste begrüßen zu können: den Schulleiter der Kaufmännischen Schulen der Universitätsstadt Marburg, Oberstudiendirektor Klaus Denfeld, die Abteilungsleiterin für den Bereich Gesundheit, Studiendirektorin Dr. rer. nat. Brigitte Seefeldt-Schmidt, und die Ausbildungsberaterin für den Bereich Marburg, Dr. med. Elke Neuwohner. Nowak betonte in seiner Rede,



Foto: Thorsten Richter

Freude über die Ausbildungsabschlüsse: StD'in Dr. rer. nat. Brigitte Seefeldt-Schmidt, Florentina Andrici, Helena Schepp, Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Svenja Glindmeier, OStD Klaus Denfeld, Lara Backes, Dr. med. Elke Neuwohner, Yasemin Isik, Olivia Maylin Roth, Lehrerin Franziska Eims.

wie wichtig in der heutigen Zeit die Ausbildung von Fachkräften sei. Die Rede für die Berufsschule hielt die Abteilungsleiterin Brigitte Seefeldt-Schmidt und auch die Ausbildungsberaterin Elke Neuwohner richtete einige Worte an die Absolventinnen. Zum Abschluss gratulierte der Vorsit-

zende der Bezirksärztekammer Marburg den frischgebackenen Medizinischen Fachangestellten und überreichte ihnen ihre Prüfungszeugnisse und jeweils eine Rose.

Bezirksärztekammer Marburg

Gute Deutschkenntnisse sind unerlässlich für die Ausbildung

Die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten ist ein anspruchsvoller Ausbildungsgang im dualen System, das heißt: Ausbildung in der Praxis und in der Berufsschule sowie in einer überbetrieblichen Einrichtung. Die vorgeschriebene Ausbildungsdauer beträgt drei Jahre. Die Ausbildungsinhalte sind im Ausbildungsrahmenplan als Anhang zur Ausbildungsordnung vom 26. April 2006 niedergelegt.

Informationen über die Ausbildung finden Sie im Internet auf unserer Website unter: www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/vorschriften-und-vertraege.

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

Hinweise zur Einstellung bei Bewerber/-innen mit Migrationsgeschichte

Planen Sie die Einstellung einer Bewerberin oder eines Bewerbers, der eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt und/oder im Ausland geboren wurde und überwiegend dort aufgewachsen ist? Dann bedenken Sie bitte Folgendes:

Um die MFA-Ausbildung erfolgreich zu absolvieren, muss bereits zu Beginn der Ausbildung das Sprachniveau B2 (GER) gegeben sein. Unsere Aufsichtsbehörde hat das B2-Niveau als Eingangsvoraussetzung für die MFA-Berufsausbildung auch aus Gründen des Patientenschutzes bestätigt. Fehlende Deutschkenntnisse führen außerdem zur Frustration und gegebenenfalls zum Abbruch der Ausbildung.

Berufsausbildungsverträge ohne gleichzeitige Vorlage des B2-Sprachzertifikates werden nicht in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen.



Foto: © Robert Kreschke – adobe.stock.com

Ausbildung, gerade auch im medizinischen Bereich, findet über Kommunikation statt.

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

Überprüfen der Sprachkompetenz

Wir empfehlen Ihnen, die Sprachkompetenz beim Bewerbungsgespräch selbst zu überprüfen und sich das B2-Sprachzertifikat gegebenenfalls vorlegen zu lassen.

Sollten keine ausreichenden Deutschkenntnisse vorliegen, helfen folgende Stellen weiter:

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

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

Sollten Sie bereits einen Berufsausbildungsvertrag ohne B2-Sprachdiplom geschlossen haben, wird sich in Kürze ein/-e Ausbildungsberater oder -beraterin der

Landesärztekammer mit Ihnen in Verbindung setzen.

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

Landesärztekammer Hessen Abteilung MFA-Ausbildungswesen

Weiterführende Links im Internet:

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

www.wirtschaft-integriert.de

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

Ausbildungsberater/-innen der LÄKH:
<https://www.laekh.de/fuer-mfa/berufsausbildung/ausbildungsberatung-quabb>

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

Modell der „Tele-MTRA“ für die „Ferndiagnostik“ wird nicht den Anforderungen des Strahlenschutzes gerecht

Das Hessische Ministerium für Umwelt, Klimaschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz informiert darüber, dass das Modell der „Tele-MTRA“ für die „Ferndiagnostik“ nicht den Anforderungen des Strahlenschutzes gerecht wird – nach § 5145 der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV).

An die Mitarbeitenden, die Röntgenstrahlen in der Diagnostik am Menschen anwenden, werden hohe Anforderungen an ihre berufliche Qualifikation gestellt. Medizinische Technologinnen oder Technologen der Radiologie (MTR) – vor dem 1. Januar 2023 hieß die Berufsbezeichnung Medizinisch-technische Assistenten der Radiologie (MTRA) – müssen die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz besitzen, insbesondere, wenn die technische Durchführung ohne ärztliche Aufsicht erfolgt. Diese Möglichkeit der selbstständigen Anwendung ohne Aufsicht hat der Gesetzgeber in § 145 Absatz 2 Nummer 2 der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) zugelassen. Der Strahlenschutzverantwortliche hat sicherzustellen, dass die erforderliche Qualifikation der MTR bzw. MTRA vorliegt.

Leider wurde im selben Paragraphen nicht eindeutig geregelt, dass die MTR für die technische Durchführung selbst vor Ort anwesend sein muss. Diese scheinbare Regelungslücke haben einige Dienstleister entdeckt und werben nun sehr offen für das Modell der „Tele-MTRA“.

In diesem Modell wird angeboten, dass eine MTR am Ort der Untersuchung durch eine „Tele-MTRA“ eines Dienstleisters, die

an einem ortsfernen Arbeitsplatz eingesetzt wird, ersetzt wird (z. B. wenn die MTR vor Ort ausfällt oder bei Personal-mangel). Die „Tele-MTRA“ greift über eine Internetverbindung auf das Röntgen-gerät per „Fernbedienung“ zu, nimmt die Einstellungen und die Positions- und Lagekontrolle der Patienten vor und löst anschließend die Röntgenstrahlung für die Aufnahme aus. Die Kontaktaufnahme mit dem Patienten findet nur noch über eine Videokonferenz statt.

Diese „Ferndiagnostik“ läuft den Zielen des Strahlenschutzes zuwider, da die „Tele-MTRA“ keine Möglichkeit mehr hat, bei außergewöhnlichen Ereignissen (z. B. unruhige Patienten, Kontrastmittelallergie, plötzlich einsetzende starke Schmerzen) direkt beim Patienten eingreifen zu können.

Das Bundesumweltministerium (BMUV) hat deshalb im Fachausschuss Strahlenschutz am 9. November 2022 klargestellt, dass diese Vorgehensweise unzulässig ist. Es ist deshalb vom BMUV beabsichtigt, mit der 4. Änderungsverordnung zur StrlSchV eine klarstellende Regelung zu implementieren.

Die Aufsichtsbehörden im Strahlenschutz, die Regierungspräsidien, sind aufgerufen, die Kliniken, die die Dienstleistung der „Tele-MTRA“ in Anspruch nehmen, verstärkt zu kontrollieren, ob solcherart „Ferndiagnostik“ betrieben wird. Denn gleichwohl ist der Einsatz einer „Tele-MTRA“ zur fachlichen Unterstützung einer MTR, die vor Ort die technische Anwendung bewerkstelligt, nicht zu beanstanden. Siehe <https://www.laekh.de/aktuelles> (red)

Ehrungen MFA/Arzthelfer*innen

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

Einladung

156. Bad Nauheimer Gespräch

29. Juni 2023, 19–21 Uhr, Präsenz & online
Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstr. 152, Frankfurt am Main

Kinder und Alte – die Vergessenen der Pandemie

Durch die umfangreichen Einschränkungen für Kinder und alte Menschen in der SARS-CoV-2-Pandemie wurden nicht nur die Entwicklungschancen und die Gesundheit der Kinder beeinträchtigt, sondern auch die Würde und das Selbstbestimmungsrecht vieler alter Menschen missachtet. Hierüber und zu den Fragen, was jetzt zu tun ist und wie solches zukünftig verhindert werden kann, diskutieren mit Ihnen:



Foto: privat

Barbara Mühlfeld, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Sprecherin des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte in Hessen



Foto: Joachim Pantel

Prof. Dr. med. Johannes Pantel, Geriater, Gerontopsychiater, Institut für Allgemeinmedizin, Universitäts Frankfurt



Foto: Privat

Dr. Axel Koch, Rechtsanwalt, München, Kläger gegen die Schulschließungen beim Bundesverfassungsgericht und beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte



Foto: Marcel Bürner

Hannelore Rexroth, Geschäftsführerin der Agaplesion Markus Diakonie gGmbH und Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Evangelische Altenhilfe und Pflege der Diakonie Hessen

Anmeldung und weitere Information: info@bad-nauheimer-gespraech.de

Die Inhalte der Fortbildungsmaßnahme sind produkt- und/oder dienstleistungsneutral gestaltet. Potenzielle Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referenten werden offengelegt. Die Veranstaltung findet ohne Sponsoring statt; die Gesamtaufwendungen betragen ca. 2.500 €. Die Zertifizierung wurde beantragt.

Zum Vormerken: 157. Bad Nauheimer Gespräch: Wer pflegt uns morgen? 13.7.2023, Ort: Landesärztekammer Hessen

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Hanauer Landstr. 152

Fon: (069) 76 63 50

60314 Frankfurt a. M. (Ostend)

Fax: (069) 76 63 50

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



Neue Checkliste: Tipps für Praxisbegehungen

Die Ankündigung einer Praxisbegehung versetzt Praxisinhaber und -inhaberinnen regelmäßig in Aufregung. Denn bestenfalls raubt sie einfach nur Zeit; schlimmstenfalls drohen Bußgelder und kostspielige Auflagen. Deshalb unterstützt der Virchowbund nun niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit einer umfangreichen Checkliste zur Vorbereitung auf die Praxisbegehung.

In der neuen Checkliste „Praxisbegehung“ sind rund 80 Maßnahmen und Tipps zusammengefasst – einzeln zum Abhaken und gegliedert nach Bereich:

- Notwendige Dokumente zum Vorzeigen
- Arbeitssicherheit und Arbeitsschutz
- Allgemeine Hygiene und Handhygiene
- Umgang mit Medikamenten und Medizinprodukten

Eingeflossen sind auch konkrete Rückmeldungen von Mitgliedern des Verbandes, die bereits eine Praxisbegehung erlebt haben. In einer Praxis wurde beispielsweise beanstandet, dass es keinen „Leiterbeauftragten“ gab, der regelmäßig die Sicherheit sämtlicher kleiner und großer (Tritt-)Leitern überprüft und dokumentiert. Sogar im Wartezimmer oder der Kaffeeküche lauern oft übersehene Mängelfallen, vor denen die Checkliste rechtzeitig warnt.

Informationen finden sich unter www.virchowbund.de/praxis-knowhow/praxis-gruenden-und-ausbauen/praxisbegehung. Der Virchowbund vertritt ausschließlich die Interessen aller niederlassungswilligen, niedergelassenen und ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte aller Fachgebiete.

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060185072 ausgestellt am 28.03.2022 für Dr. med.

Nada Abedin, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060079496 ausgestellt am 04.06.2021 für Dr.-medic/IMP

Bukarest Rhet Ion Amza, Wuppertal

Arztausweis-Nr. 060105960 ausgestellt am 16.08.2021 für Dr. med.

Mithat Bayindir, Ginsheim-Gustavsburg

Arztausweis-Nr. 060059690 ausgestellt am 13.06.2019 für Daniel Bladowski,

Oberursel

Arztausweis-Nr. 060195884 ausgestellt am 30.05.2022 für Jolien Fabisiak,

Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060256570 ausgestellt am 20.02.2023 für Martina Fontana,

Gießen

eHBA-Nr. 80276001081000067493 ausgestellt am 04.05.2021 für Dr. med.

Peter Gilbert, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060061090 ausgestellt am 16.09.2019 für Lucia Heussen,

Bad Nauheim

Arztausweis-Nr. 060112410 ausgestellt am 02.09.2021 für Mudr.(cs)

Tomas Hirsch, Grünberg

Arztausweis-Nr. 060056010 ausgestellt am 10.10.2018 für

Burkhard Karrenberg, Dillenburg

Arztausweis-Nr. 060060240 ausgestellt am 22.07.2019 für Prof. Dr. med.

Paul Kessler, Bad Soden

Arztausweis-Nr. 060161415 ausgestellt am 04.01.2022 für Friedemann Linz,

Mainz

Arztausweis-Nr. 060142586 ausgestellt am 11.11.2021 für Dr. med.

Karlheinz Michels, Neuberg

Arztausweis-Nr. 060078857 ausgestellt am 25.05.2021 für Dr. med.

Dimitrios Psyraakis, Essenheim

Arztausweis-Nr. 060065515 ausgestellt am 18.05.2020 für Dr. med.

Volker Spindler, Koblenz

Arztausweis-Nr. 06006451 ausgestellt am 19.03.2020 für Tanja Liane Wörner,

Gießen



Geburtstage

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Zur Berufsausbildung Medizinische Fachangestellte

Zum Beginn des neuen Ausbildungsjahres machen wir auf wichtige Ausbildungsbestimmungen aufmerksam, zum Beispiel:

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

Diese „Kurzinformation“ kann im Internet unter www.laekh.de → MFA → Berufsausbildung → Berufsausbildungsver-

trag und Vorschriften → Merkblätter oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/44x3hpnv> abgerufen werden.

Externenprüfung

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

Die Abteilung Ausbildungswesen macht deshalb darauf aufmerksam, dass nach § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz auch Kandidaten zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte zugelassen werden können, die keine Ausbildung im dualen System durchlaufen haben, aber im Aufgabengebiet einer Medizinischen Fachangestellten beschäftigt waren. Informationen zur Externenprüfung können im Internet unter www.laekh.de → MFA → Berufsausbildung → Prüfungen und Prüfungstermine abgerufen werden.

LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
- Geschäftsstelle -

Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen auf der Grundlage des Bedarfsplans 2022 mit dem Arztstand 01.03.2023 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das HMSI

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 27. April 2023 unter Zugrundelegung des **Arztstandes 01.03.2023** im Rahmen eines Umlaufverfahrens folgende Beschlüsse gefasst:

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

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind bis zum 13.07.2023 an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapie, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt, zu senden.

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

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit).

► **siehe Anlage 1 bis 5**

Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 27. April 2023 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte/Psychotherapie diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten/Psychotherapeuten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder dem für den Niederlassungsort zuständigen KVH-BeratungsCenter über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

Matthias Mann
Rechtsanwalt

Vorsitzender des Landesausschusses

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung

Anlage 1

HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

PLANUNGSBEREICH	PLANUNGSBEREICH	Hausärzte	Hausärzte
Allendorf (Eder)/Battenberg	Hofgeismar	3,5	5,5
Alsfeld	Homburg (Efze)	3,5	4,0
Bad Arolsen	Hünfeld	3,0	0,5
Bad Hersfeld	Idstein	2,0	4,0
Bad Homburg/Oberursell/Friedrichsdorf	Kassel-Nord	1,0	4,0
Bad Orb	Kassel-Stadt	1,0	ÜV
Bad Schwalbach	Kassel-Süd	0,5	16,5
Bad Wildungen	Kirchhain	ÜV	1,5
Bebra/Rotenburg a.d.Fulda	Königstein/Kronberg/Schwalbach/ Bad Soden/Eschborn	1,0	3,5
Bensheim/Heppenheim	Korbach	6,0	2,0
Biedenkopf	Künzell/Petersberg	4,0	5,5
Borken (Hessen)	Lampertheim/Vierheim	5,0	15,0
Büdingen	Lauterbach	7,5	6,5
Butzbach	Lich/Hungen/Reiskirchen	0,5	ÜV
Darmstadt	Limburg	7,0	4,0
Dieburg/Groß-Umstadt	Marburg	16,0	ÜV
Eltville	Meisungen	ÜV	0,5
Erbach	Michelstadt	4,0	3,0
Eschwege	Neu-Isenburg/Dreieich/ Langen	5,5	4,5
Frankenberg (Eder)	Nidda	2,0	1,0
Frankfurt	Offenbach	ÜV	2,5
Friedberg/Bad Nauheim	Rüdesheim/Geisenheim	0,5	ÜV
Fritzlar	Rüsselsheim	ÜV	4,5
Fulda	Schlüchtern	ÜV	3,5
Gelnhausen	Schwalmsstadt	ÜV	3,0
Giessen	Seligenstadt	ÜV	ÜV
Gladenbach	Sontra	ÜV	4,5
Groß-Gerau	Stadtilendorf	12,5	2,0
Grünberg/Laubach	Taunusstein	0,5	ÜV
Haiger/Dillenburg	Usingen	8,0	ÜV
Hanau	Wächtersbach/Bad Soden-Salmünster	31,0	4,5
Hattersheim/Hofheim/Kelkheim	Weilburg	1,5	1,5
Herborn	Wetzlar	1,5	1,0
Heringen (Werra)	Wiesbaden	ÜV	ÜV
Hessisch Lichtenau	Witzenhausen	ÜV	6,0
Heusenstamm/Rödermark/Rodgau/Dietzenbach/Obertshausen	Wolfhagen	16,5	0,5
Hochheim/Fürsheim	freie Arztitze gesamt	ÜV	260,0

Beschluss Landesausschuss 27.04.2023
Arztbestand 01.03.2023

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

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

PLANUNGSBEREICH	Augenärzte	Chirurgen und Orthopäden	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte	Kinderärzte	Nervenärzte*	Urologen	Psychotherapeuten*	freie Arztstze gesamt
Darmstadt, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,0
Frankfurt am Main, Stadt	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	ÜV	1,0
Offenbach am Main, Stadt	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	0,5	1,0	ÜV	ÜV	ÜV	2,0
Wiesbaden, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,0
Kreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	ÜV	0,5
Landkreis Darmstadt-Dieburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	ÜV	0,5
Kreis Groß-Gerau	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,5
Hochtaunuskreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,0
Main-Kinzig-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,0	4,5	ÜV	ÜV	5,5
Main-Taunus-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	0,5
Odenwaldkreis	3,0	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	3,5
Landkreis Offenbach	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,0
Rheingau-Taunus-Kreis	3,0	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	3,0
Wetteraukreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,0	ÜV	ÜV	ÜV	1,0
Landkreis Gießen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,0
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	2,0	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	2,0
Kreis Limburg-Weilburg	ÜV	ÜV	ÜV	1,0	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,0
Landkreis Marburg-Biedenkopf	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,0
Vogelsbergkreis	3,0	ÜV	2,0	0,5	1,0	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	7,0
Kassel, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,0
Stadt und Landkreis Fulda	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,0	ÜV	ÜV	1,0
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	ÜV	ÜV	ÜV	3,0	ÜV	0,5	1,5	ÜV	ÜV	5,0
Landkreis Kassel	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,5	1,5	ÜV	ÜV	2,0
Schwalm-Eder-Kreis	2,5	ÜV	2,0	2,0	2,0	3,5	0,5	ÜV	ÜV	12,5
Landkreis Waldeck-Frankenberg	1,0	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	2,5	ÜV	ÜV	3,5
Landkreis Werra-Meißner	ÜV	ÜV	ÜV	2,0	1,0	ÜV	1,0	1,0	ÜV	5,0
freie Arztstze gesamt	12,5	0,0	5,0	9,0	7,0	9,0	13,0	1,5	0,0	57,0

* siehe Quotenstze in Anlage 3

ÜV - Überversorgung

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

Versorgungsgrad unter 100 %

Drohende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE - Quotensitze

Beschluss Landesausschuss 27.04.2023
Arztbestand 01.03.2023

PLANUNGSBEREICH	Nervenärzte				Psychotherapeuten			
	Nervenärzte ¹	Neurologen	Psychiater	freie Quotensitze Nervenärzte	ÄPT ²	SOM ³	KJP	freie Quotensitze Psychotherapeuten
Darmstadt, Stadt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	2,0
Frankfurt am Main, Stadt	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	3,0
Offenbach am Main, Stadt	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	2,0
Wiesbaden, Stadt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	1,5
Kreis Bergstraße	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0
Landkreis Darmstadt-Dieburg	0,0	0,0	1,5	1,5	0,0	2,5	0,0	2,5
Kreis Groß-Gerau	2,0	0,0	1,5	3,5	3,0	0,0	0,0	3,0
Hochtaunuskreis	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0
Main-Kinzig-Kreis	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	4,0
Main-Taunus-Kreis	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	1,5
Odenwaldkreis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0
Landkreis Offenbach	0,0	0,0	0,5	0,5	4,5	0,0	0,0	4,5
Rheingau-Taunus-Kreis	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	1,5
Weiteraukreis	0,5	0,0	1,5	2,0	4,0	0,0	0,0	4,0
Landkreis Gießen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lahn-Dill-Kreis	0,5	0,0	0,0	0,5	2,0	0,0	0,0	2,0
Kreis Limburg-Weilburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Landkreis Marburg-Biedenkopf	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,5
Vogelsbergkreis	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	1,0	0,0	1,0
Kassel, Stadt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Stadt und Landkreis Fulda	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	2,5
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	1,5
Landkreis Kassel	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	3,0
Schwalm-Eder-Kreis	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	1,5
Landkreis Waldeck-Frankenberg	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	3,5
Landkreis Werra-Meißner	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	2,0
freie Arztstze gesamt	3,0	1,0	5,0	9,0	40,5	9,5	0,0	50,0

ÜV - Überversorgung

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

Versorgungsgrad unter 100 %

¹ Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie

² Ärztliche Psychotherapeuten mit Psychoanalytiker

³ Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin

Anlage 4

SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

Planungsbereich	Anästhesisten	Fachinternisten*	Kinder- und Jugendpsychiater	Radiologen	freie Arztstze gesamt
Mittelhessen	ÜV	ÜV	1,0	ÜV	1,0
Nordhessen	ÜV	ÜV	1,5	ÜV	1,5
Osthessen	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	0,5
Rhein-Main	ÜV	ÜV	5,0	ÜV	5,0
Starkenburger	ÜV	ÜV	4,5	ÜV	4,5
freie Arztstze gesamt	0,0	0,0	12,5	0,0	12,5

* siehe Tabelle Quotenstze Anlage 4

Planungsbereich	Maximalquoten ¹				
	Rheumatologen	Kardiologen	Gastroenterologen	Pneumologen	Nephrologen
Mittelhessen	0,0	erreicht	0,5	erreicht	erreicht
Nordhessen	1,5	2,0	5,5	3,0	erreicht
Osthessen	0,0	0,5	3,0	0,5	4,5
Rhein-Main	0,0	erreicht	erreicht	4,0	26,5
Starkenburger	2,5	1,0	erreicht	1,0	erreicht
freie Arztstze gesamt	4,0				

ÜV - Überversorgung
Versorgungsgrad 100 bis 110 %
Versorgungsgrad unter 100 %

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

Anlage 5

Beschluss Landesausschuss 27.04.2023
Arztbestand 01.03.2023

GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE



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 1. Quartal 2023:

Druckauflage: 40.150 Ex.; Verbreitete Auflage: 39.912 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