

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 12 | 2024
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 85. Jahrgang



50 Jahre Carl-Oelemann-Schule & Neues aus der Akademie

Foto: © LAKH/Bodo Koch – Bearbeitung Lukas Reus

Harninkontinenz
Fortbildungsartikel zur
Inkontinenz bei Frauen und
Männern und verschiedene
Ansätze zur Therapie

Aus den Gesundheitsämtern
Mit einer neuen Serie soll
die Arbeit des Öffentlichen
Gesundheitsdienstes in den
Blick genommen werden

Interkulturelle Medizin
Kulturelles Wissen kann zu
einer effektiven Behandlung
von Menschen mit Migrations-
hintergrund beitragen



Ihre Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bei der Volksbank Darmstadt Mainz (v.l.n.r.): Bianca Memminger, Daniela Hamann, Knut Allendorf, Petra Knödler, Fotini Sevdas, Martin Müller, Andrea Wittmann, Katja Eckel

Kompetenzcenter Medizin

Professionelle und individuelle Begleitung für Gesundheitsberufe im Großraum Darmstadt und Südhessen

Als regionale Bank betreut die **Volksbank Darmstadt Mainz** seit Jahrzehnten Freiberuflerinnen und Freiberufler, Unternehmen und Verbände aus der Gesundheitswirtschaft. Darunter zählen alle Gruppen der Heilberufe wie:

- Ärztinnen und Ärzte
- Zahnärztinnen und Zahnärzte
- Tierärztinnen und Tierärzte
- Medizinische Versorgungszentren
- Apothekerinnen und Apotheker
- Anstalten und Einrichtungen des Gesundheitswesens

Gesunde Lösungen für Praxisgründungen, Übernahmen oder Neuinvestitionen

Auch in der Region ist das Gesundheitswesen für die Wirtschaft und die Menschen von großer Bedeutung. Die Volksbank Darmstadt Mainz unterstützt Sie als Partner und steht mit ihrem „Kompetenzcenter Medizin“ beratend zur Seite.

Die jahrzehntelange Erfahrung des Beratungsteams, dessen Blick für die Bedürfnisse Ihrer Praxis in Ihrer individuellen Situation, die Beratungsqualität sowie die Berücksichtigung maßgeschneiderter Lösungen – das alles macht die Volksbank Darmstadt Mainz zu dem, was sie ist:

ein gefragter Partner, der Sie ein Leben lang begleitet. Neben der Fachkompetenz steht dabei die räumliche Nähe und die persönliche Beratung im Vordergrund.

Ihre Ansprechpartnerin Petra Knödler, Direktorin Gesundheitsmarkt, freut sich auf Ihre Nachricht.

Tel.: 06131 148-8428 • petra.knoedler@volksbanking.de
www.volksbanking.de/medizin

Team Freie Berufe

Branchenspezifische Beratung in allen finanziellen Fragen

Als Ärzte, Apotheker und medizinische Versorgungszentren sind Sie die maßgeblichen Träger des Gesundheitswesens.

Parallel managen Sie erfolgreich ihre Praxis oder Ihre Apotheke – eine hohe tägliche Herausforderung. Wir unterstützen Sie in jeder beruflichen Phase. Wir bieten Ihnen Lösungen, egal ob Sie am Beginn Ihrer Selbstständigkeit stehen, Ihre Praxis bzw. Apotheke erweitern möchten oder Ihre Nachfolge planen. Unser Team Freie Berufe bietet Ihnen ganzheitliche Betreuung bei beruflichen und privaten Anliegen. Dabei agieren wir als starker Partner in der Region und darüber hinaus. Auf das Wissen und die Erfahrung der Berater unseres Teams können Sie sich verlassen.

Unsere Leistungen:

- Planung der Praxisnachfolge
- Analyse von Fördermöglichkeiten
- Existenzgründung und Übernahme von Praxen
- Beratung zum Zahlungsverkehr
- Finanzierung von Betriebsmitteln, Immobilien und Investitionen
- Beratung zur Vermögensanlage
- Absicherung Ihrer Familie und Ihrer Praxis
- Beratung zur beruflichen und private Vorsorge-lösungen
- Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung

Ihr Vorteil: Unser Team.



Stephanie Golman



Sarah Fröhlich



Anika Langmann



Ludmilla Hase



Ralf Schorge



Volkhard Achenbach

Sprechen Sie uns gerne an: businessline@vb-mittelhessen.de
oder **0641 7005-690042**. Weiter Informationen online auf www.vb-mittelhessen.de/freie-berufe

Der Teufel im Detail

Editorial

Das Jahr neigt sich zwar dem Ende zu, nicht aber die Bearbeitung zahlreicher Aufgaben, die längst nicht alle erledigt, geschweige denn zufriedenstellend erledigt wurden. Vermutlich trifft das auch auf die eine oder andere Aufgabe im privaten oder persönlichen beruflichen Umfeld zu, ganz sicher jedoch auf die von der Bundesregierung zu bewältigenden Aufgaben. Hier drängt sich besonders in der Gesundheitspolitik der Eindruck auf, dass Bundesgesundheitsminister Lauterbach vieles, wenn nicht gar alles auf einmal wollte und weiterhin will und dabei vergaß, dass der Teufel im Detail steckt. Und wir alle wissen zur Genüge, wie detail-, aber auch kontrollversessen nicht nur das deutsche Steuerrecht, sondern auch das deutsche Gesundheitswesen ist.

Dazu kommt, dass das Gesundheitswesen nicht im luftleeren Raum schwebt, sondern die darin tätigen Akteure ja ihrerseits wiederum andere Regelkreise und Wechselwirkungen berücksichtigen müssen. So hat nun Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister Laumann den Start der dortigen Krankenhausreform um drei Monate auf den 1. April 2025 verschoben, um den Kliniken mehr Zeit für die Umsetzung der entsprechenden Änderungen zu geben. Dabei ist hier die Rede von einer Krankenhausreform, die über einen mehrjährigen Prozess gemeinsam mit den Beteiligten erarbeitet wurde, also das glatte Gegenteil von dem Verfahren, wie wir es leider auf der Bundesebene erleben mussten und müssen. Da fand ich es schon fast amüsant, dass die SPD-Opposition in Nordrhein-Westfalen nun verlauten ließ, Laumann halte dem Druck der Krankenhäuser nicht mehr stand und habe „offensichtlich eingesehen, dass bei der Krankenhausplanung ein „mit dem Kopf durch die Wand“ nicht funktioniert“. Es scheint, als habe keiner der dortigen Genossen das Gespräch mit Lauterbach gesucht, denn die Sache „mit dem Kopf durch die Wand“ scheint ja genau sein Ding zu sein. Dass 327 von 330 Krankenhäusern in NRW dem Vernehmen nach gegen Laumanns Pläne Widerspruch eingelegt haben, obwohl die Reform mit allen Beteiligten gemeinsam erarbeitet wurde, ist wenig überraschend. Es zeigt nur, dass Entscheidungen, die für das Große und Ganze sinnvoll sind, noch längst nicht im Interesse jedes einzelnen Krankenhauses liegen. Übrigens ist ja auch die Schließung einer Abteilung oder gar eines ganzen Krankenhauses nicht umsonst. Allein die Übernahme der Verpflichtungen, die aus den Ansprüchen einer betrieblichen Altersversorgung herrühren, hat in der Vergangenheit das ein oder andere Mal schon dazu geführt, dass ein Krankenhaus nicht geschlossen wurde, weil das jährliche Defizit zunächst leichter zu verkraften schien als die Ablösung der betrieblichen Altersversorgung.

Auch die Wechselwirkungen der Krankenhausreform mit der ärztlichen Weiterbildung sind alles andere als banal. Selbst Universitätskliniken haben keine Gewissheit, zukünftig noch eine volle Weiterbildungsbefugnis zu erhalten. Die Landesärztekammern werden vor der Aufgabe stehen, zu überprüfen, ob erteilte Befugnisse in dem bisherigen Umfang bestehen bleiben können.

Immerhin sieht es so aus, als wäre im Rahmen der Krankenhausreform erstmals eine systematische Finanzierung der Weiterbildung im Krankenhaus in Sicht. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sollen bis Ende 2025 entscheiden, wie eine sachgerechte Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten ausgestaltet werden kann. Dabei sind Zu- oder Abschläge für bestimmte Leistungen vorgesehen. Diese sollen in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung abgerechnet werden. Die Grundlage für das Konzept soll das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entwickeln. In diesen Prozess müssen die Ärztekammern zwingend eingebunden werden, denn wir sind nicht nur kraft Gesetzes für die Weiterbildung zuständig, sondern wir sind auch die wirklichen Sachverständigen, die mögliche Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung benennen können. (Stand 15.11.2024)

Für den ambulanten Bereich müssen wir weiterhin mit unverminderter Vehemenz eine auskömmliche Finanzierung, vor allem auch der fachärztlichen Weiterbildungsstellen einfordern. Es kann nicht so bleiben, dass die Vertragsärzteschaft die Hälfte oder gar den ganzen finanziellen Aufwand schultern muss.

Ihnen allen wünsche ich ein frohes Weihnachtsfest, Zeit für sich und Ihre Lieben sowie Kraft für die Herausforderungen in 2025 und uns allen eine friedvolle Welt.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: Archiv



Foto: © yya – stock.adobe.com

50 Jahre COS & Neues aus der Akademie

Von den analogen Anfangsjahren der Carl-Oelemann-Schule (COS) in den 1970ern bis zur digitalen Gegenwart und Zukunft. In einem weiteren Artikel mit anschließendem Interview geht es um Neuerungen an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung.

647–650/652–655

CME: Harninkontinenz

Inkontinenz betrifft schätzungsweise 10 bis 20 Prozent der Bevölkerung in der EU, wobei eine hohe Dunkelziffer aufgrund der Tabuisierung des Themas vermutet wird. Der zertifizierte Fortbildungsartikel bespricht Ausprägungen bei Frau und Mann sowie Therapieansätze.

656

Editorial: Der Teufel im Detail 643

Aus dem Präsidium: Teilzeit oder Vollzeit: Hauptsache ärztliche Zeit 646

Ärzttekammer

50 Jahre Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen 647

Schritt um Schritt: Die Akademie auf dem Weg in die Zukunft 652

Interview: Relevant und zukunftsorientiert – Die neuaufgestellte Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung ... 654

Fortbildung

CME: Harninkontinenz 656

Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz in der Arztpraxis (AbBA) 661

Impfquoten bei HPV-Vorsorge erhöhen 661

Hepatische Nebenwirkungen nur noch selten – Replik – 668

Pharmakotherapie: L-Thyroxin, Cholesterin & Carotisplaques, „Ozempic-Babys“ – Arzneiverordnung in der Praxis ... 683

Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 670

■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 676

■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** 690

Ansichten und Einsichten: Teamwork auf der Intensivstation 651

Leserbriefe 686–688

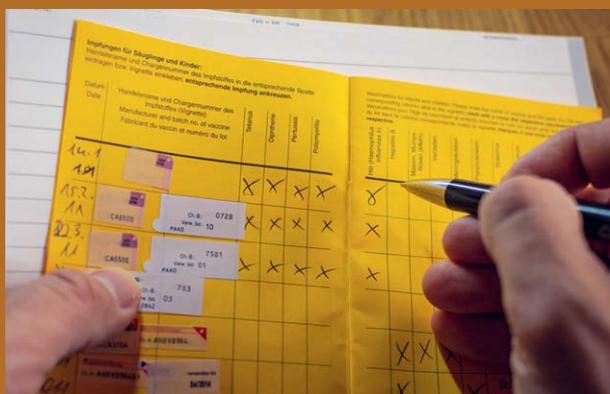


Foto: ©mpix-foto – stock.adobe.com

Aus den Gesundheitsämtern

Eine neue Serie soll die Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in den Blick rücken. In loser Folge werden Berichte aus Gesundheitsämtern in Hessen folgen. Die Serie startet mit dem Gesundheitsamt Landkreis Marburg-Biedenkopf und dem Thema Impfen.

662



Foto: © melita – stock.adobe.com

Migrantenmedizin: Kulturelle Kommunikation

Eine kultursensible Gesundheitsversorgung erfordert nicht nur sprachliche Kompetenz, sondern auch Verständnis für soziokulturelle Vorstellungen von Patienten. Die passende Kommunikation verleiht Sicherheit, Menschen fachlich kompetent zu helfen.

680

Recht: Aufklärung und Einwilligung in der neueren Rechtsprechung 684

Forum

- Impfen wird großgeschrieben: Aus dem Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf 662
- Der letzte Schritt der Emanzipation? Verschiedene Ebenen der Suizidprävention und assistierten Selbsttötung 666
- Kooperation für Hilfsprojekt – Persönlicher Bericht über Plastische Chirurgie und Orthopädie in Burkina Faso 678
- Migrantenmedizin: Kulturelle Vielfalt und Kommunikation 680
- Spendenaufruf: Ultraschallgeräte dringend benötigt 667
- Medizinisches Kreuzworträtsel 691

Personalia 689

Parlando: Kultur- und Lesetipps zum Jahreswechsel 664

Impressum 694

Bücher



Kranksein im Sozialismus

Florian Bruns

S. 685

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)

Teilzeit oder Vollzeit: Hauptsache ärztliche Zeit

Als personalverantwortliche Ärztin einer Abteilung beobachte ich den Wandel der Arbeitszeitmodelle seit längerem.

Waren es früher fast ausschließlich Ärztinnen nach Elternzeit bzw. Mutterschutz, die in Teilzeit in die Klinik zurückkamen, so ist der Wunsch nach Reduzierung der Arbeitszeit auch bei Ärzten angekommen. Und nicht nur bei den Jüngeren, auch die Kolleginnen und Kollegen im fortgeschrittenem (Berufs)alter, also Oberärzte und Oberärztinnen, Chefärztinnen und Chefärzte arbeiten in reduziertem Umfang, auch sie gehen in Elternzeit unterschiedlicher Dauer, mal aufgeteilt, mal am Stück.

Die Reduzierung kann terminiert sein oder auf Dauer geplant und sich „jederzeit“ ändern.

Der Wunsch danach hat sicher viele, vor allem persönliche und familiäre Gründe.

Die Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung sind häufig jung, sie beginnen manchmal mit 25 Jahren die Arbeit in unserer Abteilung: Für sie ist es nicht das Wichtigste, schnell die Zeiten der Weiterbildung zu absolvieren, sondern sich auch anderen, durchaus medizinischen Themen zu widmen. Die Kolleginnen und Kollegen mit Kindern sind gezwungen, in Teilzeit zu arbeiten, weil die Kinderbetreuung so katastrophal ist, sowohl von den Zeiten als auch den Ressourcen. Wenn man Kinder im Krippenalter, in Kita und in der Schule hat, summieren sich die Schließungszeiten der Betreuungen mitunter auf bis zu zwölf Wochen – und das zu unterschiedlichen Zeiten!

Wenn also beide Eltern berufstätig sind, ist es eine logistische Meisterleistung, diese Zeiten abzudecken.

Die älteren Kolleginnen und Kollegen, auch in leitender Funktion, arbeiten – wenn in Teilzeit – häufig mit 80/90 %, einfach, um bei den 50–60 Wochenstunden bei Vollzeit wenigstens auf eine 40-Stundenwoche zu kommen.

Von den Belastungen in den Rufdiensten nachts und am Wochenende möchte ich gar nicht erst sprechen.



Foto: Peter Jülich

„Flexible Arbeitszeitmodelle bergen Chancen für alle und nutzen alle ärztlichen Ressourcen“

Die flexiblen Arbeitszeiten führen natürlich zu mehr Aufwand in der Dienstplanung, aber das sollten wir aus folgenden Gründen gerne in Kauf nehmen:

Die Arbeitsverdichtung ist so hoch geworden in allen Bereichen, dass es neben fehlenden Pausenmöglichkeiten einfach zu anstrengend geworden ist, das tägliche ärztliche Leben mit und ohne Familie zu stemmen.

Die Arbeitszeitreduzierung führt dazu, dass die Kolleginnen und Kollegen mit großem Engagement und Interesse arbeiten, dass sie einspringen bei Ausfällen, dass ihr Leben neben der ärztlichen Tätigkeit auch noch möglich ist. Für unsere Abteilung kann ich eine ausgesprochen niedrige Krankheitsquote feststellen, es arbeiten 40 % (Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie Oberärztinnen und -ärzte!) in Teilzeit, im Umfang von 60–80 %.

Was fehlt, sind Konzepte in der Organisation des Arbeitsalltages in einigen Abteilungen: in der Regel sind die Abläufe auf Station, im OP, in den Funktionsbereichen zwischen 7 und 16 Uhr geplant, montags bis freitags. Das war schon immer so ...

Aber in Anbetracht der neuen Arbeitszeitwünsche sollten wir neu denken, offen sein für Konzepte der Kolleginnen und Kollegen, neue Wege gehen, um insbesondere den ärztlichen Nachwuchs in der Medizin zu halten.

Ich bin froh über die vielen engagierten, belastbaren, patientenorientierten und am Lernen interessierten Kolleginnen und Kollegen, die in unserer Abteilung arbeiten – da ist der Arbeitsumfang, den sie leisten wollen, kein wirkliches Problem.

Dr. med. Christine Hidas

Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer Hessen

**Wir wünschen Ihnen
eine frohe Adventszeit,
ein gesegnetes Weihnachtsfest
und alles Gute für das Jahr 2025!**

Ihr Redaktionsteam





Weitblick und Erfolg mit Bildungsangeboten

50 Jahre Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen

„Von Beruf wichtig“ – so ist eine aktuelle Initiative von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung überschrieben, die über den Beruf der Medizinischen Fachangestellten informiert. Sie sind die wichtigsten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Arztpraxen und zunehmend auch in Kliniken. Vor 50 Jahren wurden sie noch „Arzthelferinnen“ genannt. Mit Weitblick begann sich die hessische Ärzteschaft, 1974 für ihre Aus- und Fortbildungsmaßnahmen zu engagieren. Die Überzeugung, gut ausbilden und berufsbegleitend fortbilden zu müssen, um qualifiziertes Praxispersonal einstellen zu können, führte in der Delegiertenversammlung am 14. Dezember 1974 zum Beschluss, die Carl-Oelemann-Schule (COS) zu gründen. Durch die Bildungsmaßnahme Überbetriebliche Ausbildung wurde die Schule von Bund und Land als förderwürdig anerkannt und erhielt finanzielle Fördermittel für den Bau und die Inneneinrichtung des ersten Schul- und Internatsgebäudes, das im Oktober 1976 eröffnet wurde.

Ist eine Bildungseinrichtung mit 50 Jahren noch jung?

Schaut man auf die vielen Veränderungen und Neuerungen wird deutlich, dass nie Zeit für Stillstand blieb, so dass die Frage im Auge des Betrachters liegt. Die COS ist



reich an Erfahrung und begegnet mit ihrem umfangreichen, sich ständig aktualisierendem Unterrichtsangebot den neuen Herausforderungen. Bereits zum 40. Geburtstag wurden Meilensteine aus der Geschichte der COS im Hessischen Ärzteblatt veröffentlicht (HÄBL 12/2014, S. 713, Kurzlink zur Ausgabe: <https://tinyurl.com/bdfp3x4y>). Dazu zählten die Schilderung, wie sich die Schule mit dem Beruf der Arzthelferin weiterentwickelte, der Umzug in das Seminargebäude mit neuen Fachräumen und die sich verändernden Anforderungen in der Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten. Bereits 2005 hatte die COS begonnen, mit E-Learning-Formaten zu arbeiten – ein großer Schritt in eine neue Bildungslandschaft.

Von der Kreidetafel zur digitalen Medienwelt

Frisch und modern präsentierten sich die Lehrräume 1976 im neuen Schul- und Internatsgebäude. Damals zählte u. a. die

Labortätigkeit zu den wichtigen Aufgaben von Arzthelferinnen. In Neubauer-Zählkammern wurden Leukozyten gezählt, Blutaussstriche erstellt, gefärbt und anschließend unter dem Mikroskop die Zellen ausgezählt. Auch die Bedienung einer Zentrifuge war ein weiterer wichtiger Lerninhalt. In den Schulungsräumen wurden die Blutzellen noch mit Farbkreide an die Wand gemalt, die Lernskripte mit Schreibmaschine erstellt, die Zeichnungen handgemalt, anschließend eingeklebt und vervielfältigt. Dabei kam es u. a. darauf an, eine Überhitzung des Kopierers zu vermeiden. Alles war auch zu jener Zeit auf dem aktuellsten Stand und die pädagogischen Konzepte wurden kontinuierlich weiterentwickelt.

1986 dann ein weiterer wichtiger Meilenstein: Damals wurde die Ausbildungsverordnung für die Berufsausbildung zum/ zur Arzthelfer/in geändert. Die bisher zweijährige Berufsausbildung dauerte fortan drei Jahre. Damit erhöhte sich zugleich die Auslastung der COS: Die Auszubildenden kamen nun drei Wochen zur Überbetrieblichen Ausbildung nach Bad Nauheim. Entsprechend den neuen Anforderungen wurden die Lehrpläne verändert und die Ausstattung in den Fachräumen erweitert.

Parallel erweiterte sich auch der Fortbildungsbereich. Neben eintägigen Fortbildungsangeboten und dem Lehrgangsan-



Das alte Seminargebäude von 1971 machte Anfang der 2000er-Jahre dem jetzigen Bau (Foto rechts, mit Akademiegebäude links hinten) Platz.

Fotos: Archiv/Christina Kallweit-Stärz



Foto: Archiv

Praktische Übungen: MFA in der Überbetrieblichen Ausbildung.

gebote Arztfachhelferin, sah sich die COS 1988 mit dem Bedarf konfrontiert, Lehrgänge zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz für Arzthelferinnen anzubieten. Aufgrund der hohen Teilnahmezahl wurden die Lehrgänge zunächst dezentral durchgeführt und ab 1991 zentral in den Räumen der Schule. Die Anforderungen an die Lehrgänge machten es notwendig, zwei Räume mit einer Röntgenanlage auszustatten.

Anfang der 1990er-Jahre eroberte die EDV zunehmend die Praxiswelt. Mit der Folge, dass Arzthelferinnen ein neues berufliches Wissen benötigten. Die Landesärztekammer reagierte auf die Entwicklung und richtete in der COS Mitte der 90er den ersten EDV-Raum ein.

Auch der Verwaltungsbereich wurde mit neuer Technologie ausgestattet. 1996 führte die COS die erste Kurs- und Teil-

nehmerverwaltungssoftware ein – ein weiterer Meilenstein auf dem Weg in die Zukunft.

Neben der Erweiterung sowie Einführung neuer medizinischer und technischer Ausstattungen wurden parallel weitere Lernangebote konzipiert (u. a. Seminare für Umschüler) und die ersten Curricula der Bundesärztekammer umgesetzt, so 1996 der 120-stündige Lehrgang „Onkologie“. Der Overheadprojektor war damals wichtigstes Visualisierungsmedium.

Bildungsbetrieb mit Internat und Verpflegung

Zusätzlich zum Bildungsbetrieb gehörte der Internatsbetrieb mit Verpflegungsbe- reich zur Abteilung der COS. An- und Abreisen, Reinigung der Übernachtungszimmer und die tägliche Zubereitung von drei

Mahlzeiten bestimmten den Arbeitsalltag der Mitarbeitenden.

Neben dem Schul- und Internatsgebäude der COS zählten die Kongresshalle, das Akademiegebäude und ein (seinerzeit) einstöckiges Seminargebäude zum Bildungsstandort der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim. Allerdings waren die Gebäude zwischenzeitlich in die Jahre gekommen, so dass die Entscheidung für eine Modernisierung getroffen wurde. Diese war so umfassend konzipiert, dass der Schulbetrieb mit Verwaltung im Jahr 2000 im neu geplanten Seminargebäude untergebracht werden sollte. Erneut erhielt die Landesärztekammer Hessen für die Ausstattung der Fach- und Büroräume Fördergelder aus Bundes- und Landesmitteln. Am 30.08.2002 fand die Eröffnungsfeier des heutigen Seminargebäudes statt. Wo zu jener Zeit die Kongresshalle stand, steht heute ein mehrstöckiges Wohnhaus. Der Sitzungssaal und die Tagungsräume, die sich in der Kongresshalle befanden, wurden bedarfsgerecht angepasst und in das heutige Seminargebäude integriert.

Von der Arzthelferin zur Medizinischen Fachangestellten

Die neuen Fachräume erlaubten es der COS, die Überbetriebliche Ausbildung didaktisch-methodisch vollständig zu modernisieren. Noch während des Überarbeitungsprozesses gingen die ersten Meldungen vom geplanten Novellierungsverfahren der Berufsausbildungsverordnung ein. Mit der Verordnung über die Berufsausbildung Medizinische Fachangestellte trat die Änderung 2006 in Kraft. Die COS war bereits gerüstet und konnte die neuen



Fotos: Archiv

Impressionen aus den Anfangsjahren: EDV-Kurs (links) und Laborübungen.





Foto: Christina Kallweit-Stärz



Das Casino im Gästehaus: ein beliebter Treffpunkt.



Foto: Christina Kallweit-Stärz

Gruppenarbeit in der Fortbildung.

Screenshot: LÄKH



E-Learning in der Überbetrieblichen Ausbildung.

Lehrpläne zügig mit vielfältigen fachpraktischen Übungen umsetzen.

Die Verordnungsänderung brachte aber noch weitere Neuerungen mit sich. So änderte sich die Prüfungsanforderung für die Auszubildenden. Während andere Ärztekammern durch die Anmietung von Räumen in Arztpraxen nach Lösungen zur Durchführung der Abschlussprüfung Praktischer Teil suchten, hatte die Landesärztekammer Hessen damit kein Problem. Die COS verfügte bereits über eine Ausstattung, die es ermöglichte, den Prüfungsanforderungen zu entsprechen und darüber hinaus allen Auszubildenden auch eine vergleichbare Prüfungssituation anbieten zu können. Über 1.000 Auszubildende werden jährlich, über insgesamt neun Kalenderwochen, in vier bis sieben Fachräumen geprüft.

Auch zu diesem Zeitpunkt lag der Blick der COS nicht alleine auf der Berufsausbildung. Im Fortbildungsbereich wurden u. a. der Qualifizierungslehrgang „Betriebsmedizinische Assistenz“ (2005) und „Qualitätsmanagement“ (2006) entwickelt, die

Lehrgänge „Kenntnisse im Strahlenschutz“ (2006) wurden umstrukturiert und die LÄKH/COS beteiligte sich am Projekt LearnArt (Multimediale Lerneinheiten zur aktiven und reaktiven Nutzung im Arzthelferinnen-Training). Das vom Bundesinstitut für Berufsbildung geförderte Projekt hatte eine Laufzeit von 2004 bis 2007. In der COS wurde die Lernplattform Ilias eingeführt.

Vorreiterin auf dem Gebiet des E-Learning

Im allgemeinen Bildungsgeschehen wurde E-Learning damals noch wenig bis gar nicht wahrgenommen. Auch der COS schlug Ablehnung gegen dieses Lernformat entgegen. Daher wurde entschieden, nur in wenigen, ausgewählten Fortbildungen und im geringen zeitlichen Umfang Telelernphasen anzubieten. Hierzu zählte u. a. die Aufstiegsfortbildung Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung, die 2009 von der Bundesärztekammer novelliert wurde (ehemals Fortbildung zur Arztfachhelferin) und an deren Neuordnung auch wieder die Landesärztekammer Hessen/COS aktiv mitgearbeitet hat.

Neben den vielfältigen Aktivitäten in den Bildungsbereichen musste die COS auch das Vorhaben „Neubau Internatsgebäude“ bewältigen. So war es während der Bauphase notwendig, die Auszubildenden in den Lehrgangswochen Überbetriebliche Ausbildung in Wohncontainern mit Mehrbettzimmern und Gemeinschaftsduschen unterzubringen. Eine ganz besondere Herausforderung, da nicht alle Auszubildenden mit den sehr einfachen Übernachtungsbedingungen zurechtkamen.

Professionalisierung und Zertifizierungen

Anfang 2008 wurde das Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule eröffnet. Erneut erhielt die LÄKH für das Gebäude und die Ausstattung Fördergelder von Bund und Land. Im Laufe der kommenden Jahre konnten durch das Casino und die Cafeteria neue Abläufe implementiert werden; so wurde beispielsweise die Verpflegung für die COS und die Akademie zusammengeführt und standardisiert. Das Leistungsspektrum in diesem Bereich wurde insgesamt professionalisiert – mit großem Erfolg: Im Jahr 2016 erfolgte eine Zertifizierung durch die Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Jährlich werden ca. 45.000 Mahlzeiten zubereitet. Die Anzahl an Übernachtungsgästen pro Jahr liegt bei 11.600.

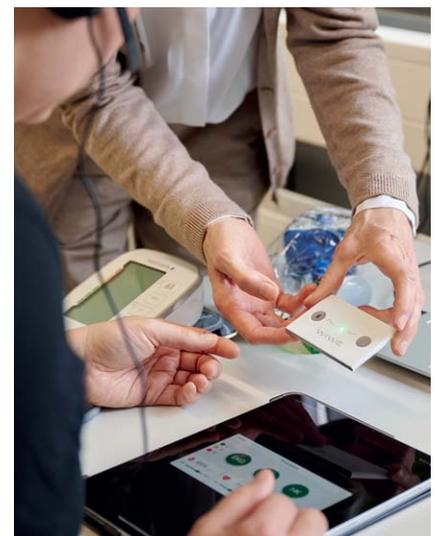


Foto: Christina Kallweit-Stärz

Anwendungsübungen mit aktuellen Medizinprodukten mittels Tablet.



Foto: © LÄKH/Bodo Koch – Bearbeitung Lukas Reus



Das Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim.

Bereits 2011 war die COS nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert worden. Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems war für die Schule von großem Nutzen. Durch die Neustrukturierung und Dokumentation von Prozessen konnten Personalressourcen gewonnen werden, die in den folgenden Jahren benötigt wurden, um die wachsende Auslastung zu bewältigen.

Breite Angebotspalette

Die Jahre seit 2011 waren geprägt durch didaktische-methodische Entwicklungsarbeit und Neueinführungen basierend auf übergeordneten Beschlüssen, wie beispielsweise die Qualifizierungslehrgänge

„Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPA)“ mit 270 Stunden, „Aufbereitung von Medizinprodukten“ (24 Stunden) und Mitteilungen von Fortbildungsbedarfen wie „Ernährungsmedizin“ (120 Stunden), „Kardiologie“ (120 Stunden), „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ (120 Stunden), um nur einige zu nennen.

Neben ein- bis mehrtägigen Fortbildungen können Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus vielen Qualifizierungslehrgängen wählen, die berufliche Handlungskompetenzen vertiefen und auch auf die Übernahme delegationsfähiger ärztlicher Leistungen ausgerichtet sind. Ob Fachkraft für Impfmanagement, Neurologie/Psychiatrie, Palliativversorgung oder eine andere Spezialisierung: Die verschiedenen

an der COS angebotenen Curricula entsprechen dem von Bundesärztekammer und den Ärztekammern entwickelten systematischen und modularen Bildungskonzept. Für Medizinische Fachangestellte, die eine Führungsposition anstreben, bietet sich die anspruchsvolle Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“ zur persönlichen Weiterentwicklung an.

Auch die Angebote für die Auszubildenden wurden ergänzt und erweitert. So stehen derzeit acht unterschiedliche Prüfungsvorbereitungskurse mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten zur Lernunterstützung zur Verfügung.

Für einen Beruf mit Zukunft

Ein lebendiger und verantwortungsvoller Beruf mit Zukunft: Mit ihrem breit gefächerten Angebot bietet die COS jungen Menschen die Möglichkeit, sich für die unterschiedlichen Anforderungen des MFA-Berufs zu qualifizieren und fortzubilden. Mit dem Ziel, dass Medizinische Fachangestellte Ärztinnen und Ärzten auch in Zukunft erfolgreich bei ihren komplexen und sich verändernden Versorgungsaufgaben unterstützen und entlasten können.

Silvia Happel,
Dipl. Med.-Päd.

Schulleiterin Carl-Oelemann-Schule
E-Mail: verwaltung.cos@laekh.de

Biografisches

Silvia Happel (Dipl. Med.-Päd.) leitet seit Januar 2007 die Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen. Zuvor war Happel bereits sieben Jahre die stellvertretende Schulleiterin. Nach ihrem Abitur 1986 absolvierte sie zunächst eine Ausbildung zur Arzthelferin. Nach zwei Jahren im Beruf wechselte Happel 1991 zur Landesärztekammer Hessen. Nach einer Weiterbildung zur Arzt-Fachhelferin schloss sie im Jahr 2000 ein Studium zur Diplom-Medizinpädagogin an der Martin-Luther-Univer-



sität Halle-Wittenberg ab. Happel ist neben ihrer über 24-jährigen Leitungstätigkeit an der Carl-Oelemann-Schule seit 2015 Mitglied im

Ausschuss Medizinischer Fachberufe der Bundesärztekammer sowie Gutachterin und Mitglied in verschiedenen Projektbeiräten des Bundesinstituts für Berufsbildung.

Fortbildungstag am 17. Mai 2025

Die offizielle Festveranstaltung „50 Jahre Carl-Oelemann-Schule“ am 17. Mai 2025 wird umrahmt durch einen Fortbildungstag, der unter dem Motto „Wissen und Handeln“ steht. Angeboten werden zahlreiche Fortbildungen und Workshops mit verschiedenen Themenschwerpunkten für MFA, Auszubildende zu MFA und Praxisteam. Über die genauen Termine und Möglichkeiten zur Anmeldung informiert die COS rechtzeitig auf ihrer Website.

Foto: Manuel Maier

Teamwork auf der Intensivstation

Nein, es ist wirklich keine Neuigkeit. Alle Mitarbeitenden, die sich um Notfallpatienten kümmern, sind Teamworker. Nur durch deren Zusammenarbeit haben Patientinnen und Patienten eine Chance.

Die Rettungskette muss halten. Vom ersten Anruf, der ersten Einschätzung, der Erstversorgung im Rettungswagen, dem Transport und bei der Ersteinschätzung im Krankenhaus, sowohl in der Notaufnahme als auch auf der Intensivstation. Ein großartiges Ziel für die vielen Beteiligten – mit fokussierter und kompetenter Diagnostik, Priorisierung therapeutischer Konsequenzen, rascher und sicherer Therapie und Überwachung.

Die Weiterbildungsordnung hat eine gute und richtige Grundlage dafür geschaffen. Ärztinnen und Ärzte aus ganz unterschiedlichen patientennahen Fächern können die Zusatzweiterbildung (ZWB) Intensivmedizin erwerben. Internisten und Chirurgen, Anästhesisten, Neurologen sowie Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte tragen dazu bei.

Klar, die Ausgangssituationen und die Erfahrungen der beteiligten Kolleginnen und Kollegen sind unterschiedlich. Kolleginnen und Kollegen aus der Anästhesie bringen ihre Erfahrung von Narkosen, Beatmung und Analgesie ein. Internisten verfügen

über eine breite diagnostische und therapeutische Erfahrung fast aller Krankheitsbilder, sie können Reanimation sowie invasive Verfahren vom Herzkatheter bis zur Dialyse. Polytraumata und ein akutes Abdomen sind für die Chirurgeninnen und Chirurgen auf der Intensivstation ein Heimspiel. Im Teamwork lassen sich diese Erfahrungen exzellent zusammenführen. Kolleginnen und Kollegen aus der Neurologie und Kinder- und Jugendmedizin ergänzen fehlende Kompetenzen.

Eine aktuelle Veröffentlichung der Spitzen der Anästhesiologen lässt aufhorchen. Im „DGA aktuell“ [1] rasonieren Meybohm et al. über die Zusammenarbeit auf der Intensivstation. Sie vertreten allen Ernstes die Auffassung, dass alleine Anästhesistinnen und Anästhesisten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin (1 Jahr) das gesamte Spektrum der Intensivmedizin behandeln dürften.

Die Kollegen unterliegen einem groben Denkfehler. Eine einjährige Zusatzweiterbildung ergibt für keines der an der Intensivmedizin beteiligten Fächer auch nur ansatzweise die Kompetenz oder den Anspruch auf eine genuine Leitungsfunktion in der Intensivmedizin. Dieser deutlich berufspolitisch intendierte Anspruch anästhesiologischer Kolleginnen und Kollegen

wird der Komplexität der Intensivmedizin mit ca. 70 % der Patienten aus dem internistischen Fachgebiet bei weitem nicht gerecht und desavouiert sich selbst.

Statt inhaltlich unhaltbarer berufspolitischer Ansprüche ist auf den Intensivstationen Teamwork und „blindes“ Vertrauen auf die unterschiedlichen Kompetenzen aller Beteiligter gefordert. Deutscher Ärztetag, Bundesärztekammer, Landesärztekammern als Normengeber und die Sozialministerien als Genehmigungsbehörden sehen das genauso. Einen Intensivmediziner erster Klasse gibt es nicht.

Dr. med. Wolf Andreas Fach

Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer
Hessen,
Berufsverband
Deutscher Internisten
e. V.,
Vorsitzender
Landesverband
Hessen



Foto: Alex Kraus

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

[1] Meybohm P, Brenner T, Bracht H, Pfundstein A, Zacharowski K, Zwissler B, Marx G: Grundlagen und Ausgestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit auf Intensivstationen. *Anästh Intensivmedizin* 2024;65:V148-V151. DOI: 10.19224/ai2024.V148

medizin: Fachmesse für die ärztliche Praxis

Mit ihrer Kombination aus Fachmesse, Ärztekongress und weiteren Rahmenprogrammveranstaltungen ist die „medizin“ in Stuttgart eine der wichtigsten Fach- und Fortbildungsveranstaltungen der Gesundheitsbranche. Sie bietet Gelegenheit für den Austausch mit Expertinnen und Experten und ist die ideale Plattform für intensive Fachgespräche.

medizin

Fachmesse für die ärztliche Praxis
Messe Stuttgart | 31.1.–2.2.2025

Termin: Fr., 31. Januar bis
So., 2. Februar 2025

Ort: Messe Stuttgart, Messeplazza 1, 70629 Stuttgart

Informationen und Tickets:

<http://www.medizin-stuttgart.de/>



Schritt um Schritt: Die Akademie auf dem Weg in die Zukunft

Foto: Christina Kallweit-Stärz



Das Bildungszentrum in Bad Nauheim, vorne das Seminargebäude, links hinten das Dach des Akademiegebäudes.

Es ist ein warmer Sommernachmittag 2024 in Bad Nauheim. Auf der Waldterrasse des Bildungszentrums sitzen die Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer eines Wochenkurses in kleinen Gruppen zusammen, reden intensiv miteinander. Auch an den Kaffeeautomaten tauschen sich die Teilnehmer angeregt aus. Eine kleine Gruppe kommt aus dem Wald, der direkt an die Terrasse des Bildungszentrums grenzt. An Veranstaltungstagen findet man häufig dieses Bild: Persönlicher Austausch, bei der Essensausgabe, auf der Terrasse des Casinos oder unter freiem Himmel. Auch während der hier beschriebenen Veranstaltung ziehen sich die Teilnehmer immer wieder in Gruppenräume zurück, reflektieren und verarbeiten das Gelernte miteinander, bringen ihre eigenen Erfahrungen und die ihrer Patientinnen und Patienten mit ein. Sie scheinen mit dem Kurs zufrieden zu sein, und die Auswertungen der anonymen Befragung am Ende der Veranstaltung bestätigen diesen Eindruck.

*„Sehr gut hat mir das Catering und die Organisation gefallen.“
„... sehr gute Kursleitung, sehr strukturiert ...“*

„Bewegende Erfahrung/Selbsterfahrung, einfühlsam begleitet, kompetenter Referent.“ [1]

Alle Evaluationen fließen kontinuierlich in die Konzeption des Portfolios der Akademie mit ein.

Hilfreich und mittlerweile in vielen Kurskonzepten integriert: E-Learning-Anteile, die den Veranstaltungen vorgeschaltet werden. So können sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bereits vor Beginn der Fortbildung inhaltlich optimal auf das Thema einstimmen und so z. B. vorab schon Theorieanteile erarbeiten. Dadurch bleibt im Kurs oftmals mehr Zeit für den persönlichen Austausch und praktische Anteile/Übungen oder die Präsenzzeit werden verkürzt.

Doch schon längst finden nicht mehr alle Akademie-Veranstaltungen in Präsenz statt. Gerade die Veranstaltungen, die einen halben oder einen ganzen Tag oder auch nur einen Abend dauern, werden zunehmend als Live-Webinare angeboten. Teilnehmerinnen und Teilnehmer schätzen hier besonders die Zeitersparnis und die Möglichkeit, auf das Wesentliche konzentriert ihr Wissen zu aktualisieren.

„Bitte öfter digitale Fortbildungen!“

„Herzlichen Dank! Ich hoffe, dass solche Fortbildungen künftig häufiger angeboten werden.“ [2]

Um den hessischen Ärztinnen und Ärzten künftig noch mehr Flexibilität zu bieten, entwickelt die Akademie zusätzlich ein Angebot an On-Demand-Webinaren, die für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer jederzeit abrufbar sind. Dazu laufen bereits die Vorbereitungen im akademieeigenen Studio in Bad Nauheim. Darüber hinaus steht die Akademie im Austausch mit möglichen Kooperationspartnern. Im kommenden Jahr – so der Plan – können erste Kurse zeitlich flexibel von der Lernplattform abgerufen werden.

Teilnahme persönlich oder virtuell

Seit dem Sommer 2024 gehören auch Hybridveranstaltungen zum Portfolio der Akademie. Teilnehmende entscheiden dabei selbst, ob sie online oder in Präsenz dabei sein möchten. Das zugehörige Pilotprojekt im Repetitorium Allgemeinmedizin war bereits ein voller Erfolg.

*„Die hybride Form habe ich als besonders lebendig empfunden.“
„Es wäre schön, wenn alle Veranstaltungen, wenn möglich, als Hybridformat angeboten werden.“
„Gelungener Spagat zwischen Präsenz und Online.“ [3]*



Foto: Susanne Florin

Spaziergang in der Pause: Impression im Herbst 2024 in Bad Nauheim.

[1] Zitate aus der anonymen Teilnehmerbefragung, Palliativmedizin, Modul 2 vom 03.06. bis 07.06.2024 in Bad Nauheim [2] Zitate aus der anonymen Teilnehmerbefragung, Rheuma an einem Tag, Live Webinar, 30.10.2024 [3] Zitate aus der anonymen Teilnehmerbefragung, Repetitorium Allgemeinmedizin, 03.06. bis 07.06.2024



Fotos: Andreas Mann

Die Pausenbereiche im Bildungszentrum Bad Nauheim mit der Waldterrasse links und der Terrasse am Gästehaus rechts.

Weitere Schritte in Richtung Digitalisierung sind geplant. Ab dem 1. Januar 2025 werden alle Veranstaltungen online evaluiert. Die Papierbewertungsbögen, welche die Veranstaltungsmanagerinnen derzeit noch manuell auswerten, gehören damit der Vergangenheit an. Ebenso ad acta gelegt werden die gedruckten Handouts zu den Veranstaltungen. Über einen Link oder einen QR-Code können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer künftig bequem ihre Handouts digital abrufen.

Und auch die Lernplattform der Akademie wird aktualisiert und bietet künftig ein modernes, noch benutzerfreundlicheres Interface, mit dem die verschiedensten Lerninhalte angeboten und erarbeitet werden.

Solides Fundament gelegt

Doch bei allen Neuerungen und Vertrauen in Altbewährtes: Die Zufriedenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ihrer Veranstaltung hängt maßgeblich von ihren Referentinnen und Referenten ab. All denen, die sich neben ihrer anspruchsvollen

und zeitintensiven täglichen ärztlichen Tätigkeit die Zeit nehmen, ihr umfangreiches und spezielles Wissen mit ihren Kolleginnen und Kollegen in Akademie-Veranstaltungen zu teilen, gebührt großer Dank. Großer Dank gilt auch dem zum 30. Juni diesen Jahres ausgeschiedenen verdienten Vorstand der Akademie unter dem Vorsitz von Prof. Dr. med. Dr. hc. mult. Rudolph Tinneberg. Es ist den Damen und Herren des Vorstandes sowie den engagierten Mitwirkenden aus dem Präsidium und ihrer weisen Vorausschau zu verdanken, dass die Akademie heute auf so festen Füßen steht und gestärkt in die Zukunft gehen kann. Zum 1. Juli 2024 nahm der von der Delegiertenversammlung bestätigte neue Ausschuss der Akademie sein (Ehren)amt auf. Unter Leitung von PD Dr. med. Nina Weiler soll er die Arbeit der Akademie mit fachlichem Rat begleiten.

Neues Marketing mit Newsletter

Das Marketing der Akademie ist bereits im Laufe des Jahres angepasst worden: Ein aktuelles Newsletter-Design und ein neu-

es Layout der Veranstaltungsseiten im Hessischen Ärzteblatt wurden inzwischen umgesetzt. Außerdem ist seine überarbeitete Darstellung des Veranstaltungsangebots auf der Webseite in Planung. Veranstaltungsabsagen aufgrund geringer Teilnehmerzahlen sollen auf ein Minimum reduziert werden. Schritt um Schritt, Veranstaltung für Veranstaltung kommt die Akademie so ihrem Ziel näher: Dem Ziel, Ihnen, den hessischen Ärztinnen und Ärzten ein modernes und wettbewerbsfähiges Angebot zu unterbreiten, orientiert an den täglichen Bedürfnissen – ob im Krankenhaus oder in der Praxis. Ein Angebot, das relevant, aktuell, wettbewerbsfähig und zukunftsfruchtig ist. Mit einem Portfolio an qualitativ hochwertigen und produkt- und dienstleistungsneutralen Veranstaltungen, welches Sie während Ihrer gesamten beruflichen Laufbahn mit hohen Anforderungen in Praxis und Krankenhaus begleitet und unterstützt – von Ihrer Akademie.

Um über das Angebot der Akademie auf dem Laufenden zu bleiben und den Akademie-Newsletter „Akademie Aktuell“ regelmäßig zu erhalten, schreiben Sie uns bitte eine E-Mail an akademie@laekh.de.

Susanne Florin M.A., MBA

Leiterin Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

Nachfolgend lesen Sie in einem Interview Einzelheiten zur Neustrukturierung der Akademie und künftige Ziele.



Foto: Manuel Maier

Der Ausschuss der Akademie (von links): Prof. Dr. med. Miriam Rüsseler, Dr. med. Nils Lenz, Dr. med. Elke Neuwohner, Dr. med. Cornelius Weiß, M.Sc., PD Dr. med. Nina Weiler (Vorsitzende), Dr. med. Klaus Doubek, Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner.



Relevant und zukunftsorientiert: Die neuaufgestellte Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Zeit für eine Zwischenbilanz: Nach einer umfassenden Neuorganisation steht die Akademie der Landesärztekammer seit einem Jahr unter der Leitung von Susanne Florin. Zuständig für die Akademie ist die Ärztliche Geschäftsführung (ÄGF). Im Gespräch mit dem Hessischen Ärzteblatt ziehen Susanne Florin und Nina Walter, Ärztliche Geschäftsführerin der Landesärztekammer Hessen, ein erstes Resümee.

Worauf kam es bei der Neustrukturierung an?

Nina Walter, M.A.: Die Akademie gibt es schon sehr lange. Von Anfang an hatte sie den Anspruch, Ärztinnen und Ärzte bedarfsgerecht mit Fort- und Weiterbildungsangeboten zu versorgen. Doch die ärztlichen Tätigkeiten haben sich in den vergangenen Jahren relevant verändert. Eine sich zunehmend beschleunigende Entwicklung, die sowohl die medizinischen Inhalte als auch die Art und Weise des Lernens betrifft.

Mit der Neustrukturierung haben wir uns auf den Weg gemacht, diesen Veränderungen Rechnung zu tragen. Wir haben uns alle Prozesse der Akademie, ihre Personalstrukturen und die Räumlichkeiten angeschaut. Dabei standen nicht nur die Betrachtung einzelner Bereiche, sondern der Blick auf das ganze System im Mittelpunkt. Für diese komplexe Aufgabe haben wir uns zusätzlich Unterstützung durch eine externe Beratung geholt.

Als entscheidendes Kriterium für eine erfolgreiche Neuaufstellung erwies sich die neue Akademieleitung. Aber die Analyse zeigte auch, dass es Zeit brauchen würde, alle Aspekte aufzugreifen. Alles musste parallel laufen und in enger Abstimmung mit allen Beteiligten umgesetzt werden. Eine große Herausforderung, zumal nicht nur die Akademieleitung und die Ärztliche Geschäftsführung, sondern auch Mitarbeitende, Teilnehmende, Referentinnen und Referenten sowie die gesamte hessische Ärzteschaft betroffen und einzubeziehen waren.



Foto: Isolde Asbeck

Im Gespräch: Susanne Florin, Leiterin der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Nina Walter, Ärztliche Geschäftsführerin der Landesärztekammer Hessen, mit Katja Möhrle, Leiterin Stabsstelle Medien (alle von links).

Mit welchen Zielen sind Sie vor einem Jahr an die neue Aufgabe herangegangen? In wieweit haben Sie Ihre Vorstellungen bisher realisieren können und welche Akzente setzen Sie?

Susanne Florin, M.A., MBA: Wichtig war und ist mir, das Angebot der Akademie für Ärztinnen und Ärzte relevant und zukunftsorientiert zu gestalten. Nach meiner Einarbeitung hatte dieses Ziel für mich erste Priorität. Bisher konnte schon Einiges davon umgesetzt werden, wie zum Beispiel die sehr frühe Veröffentlichung der Veranstaltungsangebote für das kommende Jahr auf der Website. Auch ist es uns gelungen, die Preise nur leicht zu erhöhen und attraktive Bündelpreise anzubieten.

Mir kommt es darauf an, bei den großen Kursweiterbildungen Planungssicherheit für die Teilnehmenden zu schaffen, damit sie wissen, wann sie ihre Weiterbildung abschließen können.

Ein anderer wichtiger Punkt ist die Relevanz der Veranstaltungen der Akademie für die hessischen Ärztinnen und Ärzte. Wir überprüfen die zahlreichen Veranstaltungswünsche, die an uns herangetragen werden. Wie viele der hessischen Ärztin-

nen und Ärzte benötigen diese Veranstaltung? Welche Nutzen hat sie für die Ärzteschaft? Ist die Fortbildung verpflichtend? Gibt es neue Curricula, Verordnungen, (Muster) Kursbücher? Mein Anspruch ist, zusammenfassend gesagt, dass die Akademie ein absolut aktuelles und relevantes Programm anbietet.

Frau Florin arbeitet eng mit der Ärztlichen Geschäftsführung zusammen. Worauf legen Sie dabei besonderen Wert?

Nina Walter: Teil unseres Strategieentwicklungsprozesses war die Erkenntnis, dass der enge Austausch der Ärztlichen Geschäftsführung mit der Akademieleitung sowie der Leitung der Weiterbildungsabteilung und der Ärzteschaft insgesamt ganz entscheidende Parameter sind. Unsere gegenseitige Ergänzung in regelmäßigem Austausch hat sich als sehr fruchtbar und zielführend erwiesen.

Es gilt, gemeinsam ein Netzwerk zu schaffen, in dem wir uns bewegen, um das Programm der Akademie weiterzuentwickeln. Dazu treffen wir uns real und virtuell.

Dass Frau Florin auch regelmäßig in der Landesärztekammer in Frankfurt präsent



ist, ist sowohl für den Austausch mit der ÄGF als auch mit dem Haupt- und dem Ehrenamt außerordentlich wichtig!

Welche Kriterien legen Sie bei der Auswahl des Programmes an? Und welchen Stellenwert hat digitales Lernen in der Akademie?

Susanne Florin: Wir überarbeiten derzeit das komplette Veranstaltungsportfolio der Akademie nach den Aspekten Digitalisierung, Aktualität, Relevanz und Rentabilität. Die Digitalisierung nimmt dabei einen besonderen Stellenwert ein. So haben wir im Frühsommer das Repetitorium Allgemeinmedizin erstmals im Hybridformat angeboten. Das wurde sehr gut angenommen und weitere Hybridveranstaltungen sind nun in Planung.

Gleichzeitig erfolgt die Umstellung auf digitale Handouts – eine Maßnahme, die durch das Einsparen von Papier dem Klimaschutz dient. Auch dies eine Reaktion auf die Anregung von Teilnehmenden, auf die großen, schweren, mit Papier gefüllten Ordner zu verzichten.

Darüber hinaus sind wir dabei, asynchrone Webinare zu erstellen und aufzubauen. Sie sollen es Teilnehmenden ermöglichen, nach ihrem eigenen Zeitplan CME-Punkte zu erwerben und ihr Wissen auf den neuesten Stand zu bringen. In diesem Zusammenhang sind auch Kooperationen, beispielsweise mit dem KI-Campus und Anbietern von Virtual Reality-Techniken, geplant. Außerdem aktualisieren und überarbeiten wir derzeit unsere Lernplattform Illias.

Auch die Abläufe in der Akademie sind von der Digitalisierung betroffen. Zukünftig werden die Evaluationen der Veranstaltungen online durchgeführt. Und es wird keinen Print-Veranstaltungskatalog mehr geben.

Sie haben mit diesen Maßnahmen erhebliche Umstellungen vorgenommen. Warum war es notwendig, die Veränderungen in verhältnismäßig kurzer Zeit umzusetzen?

Susanne Florin: Die Maßnahmen sind kein Mittel zum Selbstzweck. Vielmehr kommt es darauf an, mit der Zeit zu gehen, wettbewerbsfähig zu bleiben und die Akademie zukunftsorientiert aufzustellen.

Wir möchten die hessische Ärzteschaft auf ihrem gesamten Berufsweg mit Fort- und Weiterbildung begleiten und unterstützen. Deshalb ist es mir so wichtig, dass das Angebot der Akademie so attraktiv, relevant und zukunftsorientiert ist, wie möglich.

Auf welche Reaktionen stößt die „neue“ Akademie bei Teilnehmenden und Referenten?

Nina Walter: Neben dem intrinsischen ärztlichen Bestreben nach kontinuierlicher Fort- und Weiterbildung sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, sich auf dem aktuellen Stand des Wissens zu halten. Auf der anderen Seite sind wir als Kammer laut SGB V verpflichtet, Fort- und Weiterbildung der Kolleginnen und Kollegen zu fördern. Das gelingt nun mit unserer Akademie zunehmend besser.

Wir hören und lesen es in unseren Evaluationen und im Kollegenkreis, wir spüren es bei den Anmeldungen: Ärztinnen und Ärzte sind sehr froh darüber, dass sie frühzeitig auf Angebote der Akademie hingewiesen werden, dass Hinweise und Anregungen aufgegriffen und diese in Fortbildungsangebote umgesetzt werden.

Interessant ist auch die Erkenntnis, dass sich die Netzwerkbildung der Kolleginnen und Kollegen gerade auch durch die digitalen Formate verstärkt.

Was man nicht vergessen darf: Der besondere Standort der Akademie in Bad Nauheim ist mit Übernachtungsmöglichkeiten im Gästehaus verbunden; das ist vor allem bei mehrtägigen Veranstaltungen ein großes Plus.

Andererseits können halb- oder eintägige Veranstaltungen auch in dem Gebäude der Landesärztekammer in Frankfurt stattfinden, was auf eine sehr positive Resonanz stößt. Die Räumlichkeiten kommen gut an und werden entsprechend genutzt. Die Landesärztekammer Hessen als Begegnungsstätte der hessischen Ärzteschaft. So ist unser Gebäude geplant, so wird unser Gebäude gelebt.

Wir versuchen darüber hinaus auch andere Regionen in Hessen zu erreichen – Nord- und Osthessen beispielsweise – und dort Veranstaltungen anzubieten, zum Teil auch in Zusammenarbeit mit lokalen Kooperationspartnern. Dabei sind wir auf Unterstützung vor Ort angewiesen. Gerne können Interessierte mit Kooperationsangeboten an Frau Florin und an mich herantreten.

Frau Florin, wie lautet Ihr bisheriges Fazit? Wie sehen die nächsten Schritte aus?

Susanne Florin: Ich bin sehr dankbar dafür, dass die Mitarbeitenden der Akademie in Bad Nauheim, aber auch die Kursleiter und Referenten die Veränderungsprozesse so gut mitgetragen haben. Nicht zuletzt müssen auch der bauliche Zustand und die Ausstattung der Räumlichkeiten in Bad Nauheim verbessert werden. Mein erklärtes Ziel ist, mit der Akademie ein bestmögliches und im Vergleich zu den Wettbewerbern sehr gutes Angebot für die hessischen Ärztinnen und Ärzte bereitzuhalten.

Interview: Katja Möhrle

Biografisches

Susanne Florin (M.A., MBA) leitet seit 1. Mai 2023 die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen. Sie ist sowohl in Bad Nauheim als auch regelmäßig am Kammersitz in Frankfurt tätig.

Zuvor lebte und arbeitete Florin 13 Jahre lang in Kalifornien und schloss dort ein MBA-Studium mit Schwerpunkt Marketing an der University of San Diego ab,



danach war sie dort von 2012–2023 als Stiftungsdirektorin tätig. Von 2000–2007 leitete die studierte Romanistin und Amerikanistin die Euro-Schulen Akademie für Wirtschaft & Sprachen in Mainz. Susanne Florin bringt 20 Jahre Führungserfahrung und Marketingexpertise in die Neu- und Weiterentwicklung der Akademie ein.

Foto: Sandra Müller-Reff

Harninkontinenz

VNR: 2760602024338630006

Prof. Dr. med. Tilman Kälble

Einleitung

Schätzungen gehen davon aus, dass 10 bis 20 % der Bevölkerung in der EU an Inkontinenz leiden, wobei hier aufgrund der nach wie vor bestehenden Tabuisierung des Themas von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist. Die Kosten für Inkontinenzversorgung und Therapie betragen in der EU im Jahr 2023 40 Milliarden Euro, im Jahr 2030 geht man aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung von 300 Milliarden Euro aus [10]. Laut RKI sind in Deutschland zehn Millionen Menschen von Inkontinenz betroffen, wobei in jeder Altersgruppe Frauen häufiger betroffen sind als Männer.

Dennoch geht schätzungsweise nur jede fünfte Betroffene zum Arzt, mit zum Teil erheblichen psycho-sozialen Folgen für die Betroffenen bis hin zur Isolation. So halten sich Betroffene zum Teil vorzugsweise zu Hause auf, erkunden bei Ausflügen vorher öffentliche Toiletten, haben als Berufstätige Einschränkungen bzgl. der Konzentrationsfähigkeit [8]. 43 % von 99 Frauen geben in einer Studie an, dass die Harninkontinenz negative Auswirkungen auf ihre Sexualität hat [8, 19, 20]. Die Häufigkeit der Inkontinenz nimmt mit dem Alter zu, wobei 10 % der 20–30-Jährigen, 25 % der 40–50-Jährigen und 40 % der mehr als 80-Jährigen Frauen betroffen sind. Somit ist die Harninkontinenz bei

Frauen die häufigste chronische Erkrankung, noch vor Hypertonie und Diabetes mellitus.

49 % der Frauen haben eine Belastungsinkontinenz, 29 % eine Dranginkontinenz und 22 % eine Mischinkontinenz, sofern die Inkontinenz bei neurogenen Blasenentleerungsstörungen sowie die extraurethrale Inkontinenz bei angeborener Ureterföhmündung ausgenommen werden [14].

Der folgende Artikel soll einen Beitrag leisten, Betroffene aufzuklären, dass Inkontinenz keineswegs ein zu akzeptierendes gesundheitliches Problem darstellt, sondern vielmehr in den allermeisten Fällen geheilt oder zumindest gelindert werden kann.

Therapie der Belastungs (Stress)-Inkontinenz bei Frauen

Konservativ

Die Belastungsinkontinenz wird in drei Grade unterteilt. Grad I bedeutet Urinabgang nur bei Husten, Pressen, Lachen, Heben etc. Grad II bedeutet Urinabgang auch bei leichterer körperlicher Belastung wie Gehen. Grad III bedeutet Inkontinenz auch im Liegen oder Stehen. Zumindest bei der Stressinkontinenz Grad I ist eine Physiotherapie für den Beckenboden zu empfehlen. Mit Hilfe der Beckenboden-sonographie kann Patienten ein Anheben des Beckenbodens als Hilfestellung für die

Physiotherapie demonstriert werden, was einen zusätzlichen motivierenden Effekt haben kann.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit, Harnröhre und Beckenboden von vaginal aus mit einem Pessar zu unterstützen, seien es Ring- oder Würfelpessare oder Tampons. Älteren postklimakterischen Frauen sollte stets eine lokale Östrogenisierung empfohlen werden, sofern keine Kontraindikation wie beispielsweise ein Mammakarzinom oder stattgehabte thromboembolische Ereignisse vorliegen. Auch hilft ggf. eine Stuhlregulierung zur positiven Beeinflussung der Inkontinenz. Gleiches gilt für die Empfehlung der Gewichtsreduktion bei adipösen Frauen, da das Gewicht eine entscheidende Rolle spielt [14].

Operative Therapie

Bei Versagen der konservativen Therapie oder ausgeprägteren Belastungsinkontinenzformen ist die operative Therapie die Therapie der Wahl. War es früher die Kolposuspension nach Burch, bei sehr ausgeprägten Formen die Faszienzügelplastik mit dem Ziel, den Blasenhals und damit die Drucktransmission wieder nach intraabdominell zu bringen, so sind mittlerweile die midurethralen spannungsfreien Schlingenoperationen wie TVT (Tension-free-vaginal-Tape) oder TOT (Trans-obturator-Tape) Therapie der Wahl. Beides sind minimal-invasive Eingriffe mit meist

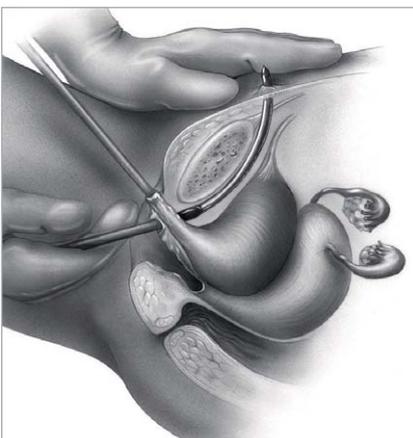


Abb. 1: Einlage Tension free Vaginal Tape (TVT): Einlage der Nadel

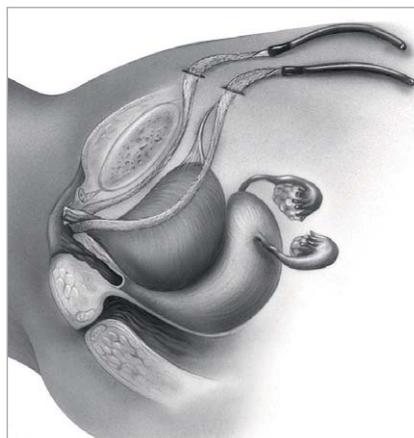


Abb. 2: Lage des Implantats

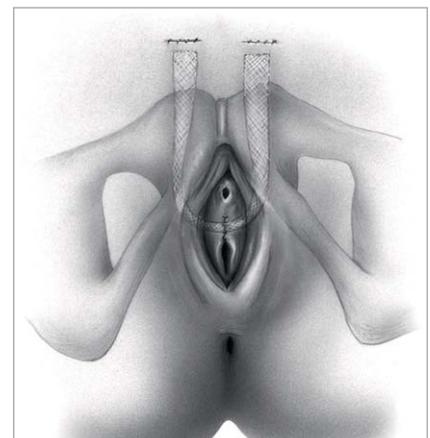


Abb. 3: Endlage des Implantats

Grafiken 1–3: Rechte beim Autor

weniger als 30 Minuten Operationsdauer, die entweder ambulant oder in einem ein-tägigen stationären Aufenthalt erfolgen können. Bei anamnestisch oder besser noch per Urodynamik gesichertem Ausschluss einer Dranginkontinenz können Belastungsinkontinenz so langfristig mit Erfolgchancen von 80–90 % therapiert werden.

Wenngleich zwischen TVT und TOT keine großen Unterschiede bezüglich des Erfolges zu verzeichnen sind, so hat im Trend das TVT die etwas besseren Langzeitergebnissen [2, 5, 28], wahrscheinlich aufgrund der längerstreckigen Verankerung als beim TOT. Komplikationen wie Gefäß-, Darm- oder Blasenverletzungen sind beim TVT minimal häufiger, wobei das Risiko im Bereich von 0,1 Promille beträgt. TOT wiederum führt gelegentlich zu Schmerzen im Oberschenkel/Dammbereich bis hin zur Dyspareunie. Wichtig ist, vor der Bandanlage eine Zystozele Grad II auszuschließen, da durch ein Band der Quetschhahneffekt einer siphonartig durchhängenden Zystozele noch verstärkt werden kann. Unbedingt beachtet werden muss, das TVT-Band nicht zu hoch Richtung Blasenhals um die Harnröhre herum zu legen, da sonst eine De-novo-urge-Komponente resultieren kann.

Das am wenigsten invasive Therapieverfahren ist die Injektion von bulking agents in die urethrale Submukosa. Die Erfolgsaussichten sind mit 26 % allerdings deutlich schlechter als TVT oder TOT und sollte insofern nur bei hohem OP- bzw. Anästhesierisiko eingesetzt werden [28]. Die älteren Verfahren ohne synthetische Bänder wie Kolposuspension nach Burch oder die Fasziengügelplastik haben eine deutlich höhere Komplikationsrate und eine deutlich längere Hospitalisation als TVT oder TOT, wobei die Kolposuspension nach Burch auch eine niedrigere Erfolgsrate von 74 % bis 82 % hat [2, 5, 28].

Der urogenitale Deszensus bis hin zum Prolaps verursacht neben der Blasenentleerungsstörung durch Quetschhahnphänomen sowie den durch den Prolaps per se bedingten Leidensdruck auch Symptome wie Dranginkontinenz, Nykturie, Stuhlinkontinenz und Schmerzen. Bei erfolgreicher anatomischer Korrektur des Prolaps kommt es in bis zu 82 % zu einer Besserung der Dranginkontinenz, in bis zu

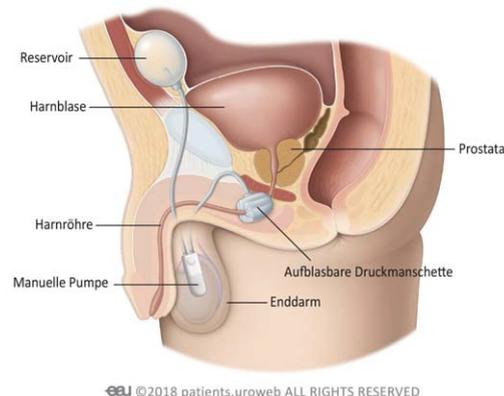
92 % der Nykturie, in bis zu 87 % der Blasenentleerungsstörung, in bis zu 52 % der Stuhlinkontinenz und vor allem in bis zu 90 % der Schmerzen [17]. Zu bemerken ist, dass durch eine anatomische Korrektur des Prolaps mit Beseitigung des Quetschhahnphänomens eine De-novo-Stressinkontinenz auftreten kann, die dann allerdings problemlos mit einem suburethralen Band (TVT oder TOT) beseitigt werden kann.

Stressinkontinenz beim Mann

Die Belastungsinkontinenz beim Mann ist am häufigsten Folge einer radikalen Prostatektomie. Es werden Belastungsinkontinenzraten nach radikaler Prostatektomie zwischen 5 und 65 % angegeben, wobei die letztere Zahl aus einer multizentrischen Studie mit Patienten teilweise aus dem Jahr 1962 stammt [3]. Dabei spielt eine große Rolle, wie häufig in den Kliniken radikale Prostatektomien durchgeführt werden.

In der Versorgungsstudie HAROW benötigen 15 % der Patienten nach radikaler Prostatektomie mehr als eine Vorlage pro Tag, wobei die Inkontinenzrate in Kliniken mit weniger als 20 radikalen Prostatektomien bei 28 %, in Kliniken mit mehr als 200 radikalen Prostatektomien bei 11 % lag. Aber auch in high-volume Kliniken bleibt das Thema Inkontinenz nach radikaler Prostatektomie. Eine retrospektive Auswertung der eigenen Klinik von mehr als 1.400 Patienten nach radikaler Prostatektomie über einen Beobachtungszeitraum von zehn Jahren ergab eine Häufigkeit von 90 % bis 97 % Patienten mit dem Bedarf von null bis einer Vorlage, wobei die Daten beim beidseitigen Nerverhalt bis 97 % betragen. Selbst in Kliniken mit sehr hoher Fallzahl wie der Martini-Klinik zeigt sich nach einem Jahr bei 10.000 Patienten bei knapp 10 % der robotisch und bei 11 % der offen operierten Patienten eine Belastungsinkontinenz [12]. In der schwedischen LAPRO-Studie an 4.000 Patienten in 14 schwedischen Kliniken mit einem Langzeit-Follow-up von acht Jahren benötigen 27 % der robotisch-assistierten und 29 % der offen operierten Patienten mehr als 1 Pad/24 Stunden [11, 16].

Risikofaktoren für eine Inkontinenz nach radikaler Prostatektomie sind dabei das



EAU © 2018 patients.uroweb ALL RIGHTS RESERVED

Abb. 4: Künstlicher Schließmuskel beim Mann

Alter (7 % Unterschied von Patienten jünger als 65 und älter als 75), Adipositas (Body-Mass-Index von > 30 bedeutet ein 2–2,4-faches erhöhtes Risiko für eine Inkontinenz), Strahlentherapie und sehr große Prostaten. Intraoperativ sind der Erhalt der puboprostatistischen Bänder, insbesondere der Erhalt der Gefäßnervenbündel sowie eine möglichst lange Harnröhrenlänge durch intraprostatistische Präparation die Kontinenz begünstigende Faktoren. Entscheidend ist jedoch, den Schließmuskel weder direkt, noch beim Mitfassen der Anastomose noch bei der Naht des Plexus santorini mitzufassen.

Ähnlich wie bei Frauen ergab eine dritte Studie, dass von harninkontinenten Patienten mit einem hohen Leidensdruck nur etwa 20 % eine Therapie erhalten. Auch die HARROW-Studie [3] zeigte, dass von inkontinenten Männern nach radikaler Prostatektomie nur 25 % eine operative Therapie erhalten haben. Von den 75 % verbliebenen Patienten wiesen 43 % einen Leidensdruck auf, so dass diesen Patienten letzten Endes vermeidbar nicht geholfen wird.

Konservative Therapie

Die Versorgung umfasst zunächst eine suffiziente Hilfsmittelversorgung. Mehrere Arbeiten zeigen auf, dass durch die Kombination mehrerer Hilfsmittel, z. B. Aufsaugen der Inkontinenz mit Materialien und/oder Kondomurinalen die Lebensqualität der Betroffenen gesteigert werden kann, es aber zum Teil eine sehr inkompetente Beratung bei Hilfsmittelversorgung und Apotheken gibt. Hier gibt es von urologischer Seite eine S2-Leitlinie zur Hilfsmittelberatung seit 2020 [3, 27].

Auch gibt es Hinweise auf eine hohe Dunkelziffer bezüglich der Tatsache, dass Patienten für einen Teil ihrer Inkontinenzmaterialien selbst aufkommen müssen [3]. Bei leichten Belastungsinkontinenz-

formen, insbesondere unmittelbar nach radikaler Prostatektomie sind Physiotherapie, ggf. unterstützt durch Elektrostimulationstherapie, wichtige Tools zur Verbesserung, bzw. initial zur raschen Beseitigung der Belastungskontinenz. Hier haben Rehakliniken einen nachgewiesenen Stellenwert. Erneut zeigen Daten der Martini-Klinik Hamburg (jeweils eine Woche nach dem Eingriff), dass nach offener radikaler Operation 26 %, nach robotisch-assistierter Operation 22 % kontinent sind und somit die meisten Patienten auch nach maximal geübter operativer Hand eine Physiotherapie bzw. Rehamaßnahme benötigen [12]. Weitere konservative Optionen sind Biofeedback, Elektromagnetfeldstimulation und medikamentöse Therapien [6, 15, 25].

Operative Therapie

An erster Stelle ist der artifizielle Blasen-schließmuskel (AUS) zu nennen, da hier die größten Langzeiterfahrungen vorliegen. Dabei wird über einen perinealen Zugang um die Harnröhre eine Silikonmanschette gelegt, die über eine kleine Pumpe im Hodensack mit Rückschlagventil mit einem meist intraperitoneal gelegenen Flüssigkeitsreservoir verbunden ist. Durch den Eigendruck des Flüssigkeitsreservoirs ist die Manschette stets flüssigkeitsgefüllt und komprimiert damit die Harnröhre. Bei Druck auf die Pumpe im Skrotum wird für ca. 1 Minute die Flüssigkeit von der Manschette in das Reservoir gepumpt, so dass der Patient mit Hilfe der von Hand zu bedienenden Pumpe die Blase entleeren kann. Durch den Druck des Reservoirs füllt sich dann innerhalb einer Minute die Manschette wieder mit dem Ergebnis der Kontinenz. Hiermit werden Kontinenzraten um 80 % erzielt.

In einer Arbeit von Tutoto [6] benötigen 43 % der Patienten nach Implantation eines solchen artifiziellen Sphinkters keine und 79 % null bis eine Vorlage pro Tag [6, 11, 25]. Allerdings ist im Langzeitverlauf von einer Revisionsrate bis zu 29 % auszugehen, in erster Linie durch Druckatrophie der Harnröhre, aber auch durch Inkontinenz und Arrosion [6, 11, 26]. Dabei ist unklar, ob ein single-graft oder ein double-graft Cuff, d. h. das primäre Implantieren zweier Grafts um die Harnröhre, günstiger ist [1, 11, 21].

Schlingenoperation

Nicht adjustierbare Schlingen

Durch Implantation eines Netzes, mit dem die bulbäre Harnröhre über ein Ausleiten der Schlinge obturatorisch dafür sorgt, dass die hintere Harnröhre mit Blasenhalshals wieder in die ursprüngliche Position gebracht werden, lassen sich Langzeiterfolge um 70 % erzielen. In einer Studie von Del Favero [7, 11] benötigen nach 49 Monaten 76 % der Patienten null bis eine Vorlage nach Anlage eines nicht adjustierbaren Schlingensystems.

Adjustierbare Schlingen

Neben den genannten Schlingen gibt es adjustierbare Schlingen, bei denen ebenfalls die bulbäre Harnröhre angehoben wird, wo aber im Bulbusbereich ein Flüssigkeitsreservoir je nach Verschlussdruck über ein kleines Reservoir adjustiert werden kann. Es gibt Daten einer Metaanalyse von 1.400 Patienten, wo 67 % der operierten Patienten kontinent und 90 % in ihrer Kontinenzsituation verbessert wurden, allerdings mit Schmerzen im Perineum in etwa 36 % der Fälle [11].

Auf der anderen Seite gibt es Langzeitergebnisse der repositionierenden fixierten Schlinge mit zunehmender Verschlechterung der Kontinenzsituation, auch gibt es neben persistierenden Schmerzen im Damm Harnverhalte in bis zu 15 % der Fälle [6].

Interessant sind in diesem Zusammenhang Versorgungsforschungsdaten, die ein Rückgang der Schlingenoperation in Deutschland von 1.091 im Jahr 2012 auf 410 im Jahr 2019 aufzeigen. Die Zahl der Schlingen in Kliniken, die 2012 mehr als zehn Schlingen pro Jahr implantiert haben, gingen bis 2019 um 69 % zurück, die Zahl der Schlingenimplantierenden ging gar von 34 auf zehn zurück innerhalb dieser sieben Jahre.

Die Zahl der künstlichen Schließmuskel hingegen ist stabil geblieben, zumal die Zahl der radikalen Prostatektomien weiterhin zugenommen hat [18]. Auch wir haben nach anfänglicher Euphorie die Schlingenoperation weitgehend verlassen, da die Vorhersehbarkeit des Erfolges bei Schlingenoperationen schlechter ist als beim künstlichen Schließmuskel, die Langzeitergebnisse ebenfalls schlechter

sind und es gar zu Verschlechterung der Inkontinenz kommen kann, vom Thema Harnverhalt abgesehen. Dennoch gibt es Kliniken, die offensichtlich in der Lage sind, die Differentialindikation so zu stellen, dass die Patienten hinterher zufrieden sind und bleiben.

Dranginkontinenz

Frauen

Wie oben ausgeführt, haben 30 % aller postklimakterischen Frauen eine Drang- und 22 % eine Mischinkontinenz, d. h. mehr als die Hälfte aller postklimakterischen Frauen mit Inkontinenz leiden an Dranginkontinenz. Da Östrogenmangel hier eine Hauptursache darstellt, sollte prinzipiell eine Östrogensubstitution durchgeführt werden, sofern es hier keine Kontraindikation gibt (siehe oben).

Vor diesem Hintergrund schicke ich als Urologe Frauen stets zum Gynäkologen mit der Frage, ob hier lokal- oder gar systemisch Östrogen gegeben werden kann. Parallel ist die Dranginkontinenz eine Domäne der medikamentösen Therapie wie Parasympatholytika (Trospiumchlorid, Solifenacin, Darifenacin, Tolterodin, etc.). Aufgrund der Nebenwirkung der Parasymptholytika wie Mundtrockenheit und Obstipation ist die Compliance dieser Medikamente auf lange Sicht schlecht. Weniger Nebenwirkungen hat das Sympathomimetikum Mirabegron, dessen Wirkung jedoch in der eigenen Erfahrung etwas weniger ausgeprägt ist als bei Parasympatholytika. Die unter Stressinkontinenz genannten unterstützenden Maßnahmen gelten auch für die Dranginkontinenz, wobei insbesondere Rektozelen, die auf die Miktions-Triggerzone im Bereich des Trigonum drücken oder ausgeprägte Zystozelen durch ein Pessar unterstützend „beseitigt“ werden können [14].

Wenn die medikamentöse Therapie ausgeschöpft ist, steht mit der intravesikalen Applikation von Botulinumtoxin bei Überaktivität der Blase eine sehr potente Möglichkeit zur Verfügung. Zugelassen ist, dass hier 100 Einheiten Botulinumtoxin zystoskopisch in den Blasenmuskel eingebracht werden. Die Angabe der Anzahl der Injektionen ist dabei uneinheitlich. Eine häufige Möglichkeit ist, 100 Einheiten Botulinumtoxin in 10 ml Kochsalz aufzu-

ziehen und diese 100 Einheiten über 20 Injektionen á 0,5 ml in den Detrusormuskel einzubringen. Dies ist in Lokalanästhesie möglich, die zuvor intravesikal eingebracht wird und nach einer Einwirkungszeit von ca. 30 Minuten meist problemlos und schmerzfrei möglich ist. Hierzu kommt es zu einer signifikanten Reduktion sowohl der Miktionsfrequenz, der Nykturie und auch der Dranginkontinenz-Episoden, was allerdings im Schnitt nur sechs Monate anhält. Dies hat zur Folge, dass der Eingriff alle sechs bis neun Monate wiederholt werden muss mit dem Ergebnis, dass die Langzeit-Compliance lediglich bei etwa einem Drittel der Patienten gut ist [13]. Allerdings ist die Compliance besser als bei den oralen Medikamenten. Meine persönliche Erfahrung ist, dass bei ausreichender Erklärung und Hinweisen auf das Nachlassen im Laufe der Zeit die meisten Patienten mit Botulinumtoxin sehr zufrieden sind und immer wieder den harmlosen Eingriff wiederholen lassen. Hampel weist in seinem Artikel darauf hin, dass die sakrale Neuromodulation ebenfalls ein zugelassenes Verfahren bei Drangsymptomatik ist. Hierbei wird nach perkutaner Testung eine permanente Elektrode in ein Foramen des os sacrum gelegt, womit dann mit einem extern zu bedienenden Schrittmacher wie bei einer Fernbedienung die Drangproblematik ebenso günstig beeinflusst werden kann wie eine Detrusorhypofunktion. Der Eingriff ist ungleich aufwendiger und spezialisierten Kliniken vorbehalten, so dass sich bei einer „alltäglichen“ over active bladder die Botulinum-Behandlung durchgesetzt hat.

Männer

Männer bekommen insgesamt etwas seltener eine Dranginkontinenz als Frauen, wobei dennoch das Male-LUTS (lower urinary tract symptoms), also die Symptome des unteren Harntraktes beim Mann zu den häufigsten Beschwerden der urologischen Praxis gehören. Dabei muss unterschieden werden zwischen dem Voiding-LUTS, bei dem Patienten meist aufgrund einer Prostatavergrößerung die Blase nicht mehr richtig entleeren können (Blasenauslassobstruktion durch BPH) und einem Storage-LUTS, bei dem Patienten anfallsartig einen Harndrang haben.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Harninkontinenz“ von Prof. Dr. med. Tilman Kälble finden Sie hier abgedruckt und im Mitgliederportal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist nur online über das Portal vom 25.11.2024 bis 24.05.2025 möglich. Die

Fortbildung ist mit drei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben. Der Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben des Autors sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es gibt kein Sponsoring und es bestehen keine Interessenkonflikte.

Letzterer kann dadurch zustande kommen – in der eigenen Erfahrung ist dies die häufigste Ursache – dass durch Überaktivität der Blase im Bemühen, die obstruierende Prostata zu überwinden, es zu einer Blasenwandverdickung mit entsprechender Elastizitätsminderung und häufigem bis anfallsartigem Harndrang kommt. Durch Alterung der Blase kommt es jedoch in ca. 10 % unabhängig von einer Prostatavergrößerung zu einer überaktiven Blase [22, 23, 24]. So gibt es im Alter Veränderungen der muskulären und nervalen Strukturen sowie unterschiedliche Empfindlichkeiten der lokalen Rezeptoren als Ursache für die over active bladder, beim Mann auch unabhängig von der BPH [24]. Die urodynamische Messung ist die einzige Möglichkeit herauszubekommen, ob die Prostata oder die Blase per se an der überaktiven Blase „Schuld“ ist. Zeigt sich neben einer motorischen Detrusoraktivität bei einer gewissen Füllung ein hoher Blasendruck, so muss zunächst eine Beseitigung des subvesikalen Auslasswiderstandes durch TUR-P oder Holmium-Lasernukleation durchgeführt werden. Ist dies nicht der Fall, bringt eine Prostataresektion meist nichts und es ist auch beim Mann dann ähnlich wie bei der Frau eine Parasympathikolyse oder Gabe von Mirabegron angezeigt. Im Fall des fehlenden Erfolges kann auch hier Botulinumtoxin (BTX) in die Blase injiziert werden. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass das Risiko eines postoperativen Harnverhalts und der Notwendigkeit eines passageren Einmalkatheterismus beim Mann wesentlich höher ist. In einer retrospektiven Studie von Bels [4] bekamen 28,6 % der Männer ohne Prostataresektion einen Harnverhalt, wohingegen nach Prostataresektion dies

nur noch bei 7,5 % der Fall waren [4, 24]. Das Risiko eines Harnverhaltes nach BTX-Gabe wird bei Männern mit 2,4-mal höher angesetzt als bei Frauen [24].

Fazit

Die Harninkontinenz ist ein extrem häufiges, in ihrer Bedeutung unterschätztes Problem, das bei Frauen beispielsweise das häufigste chronische Krankheitsbild ist und das aufgrund der dadurch entstehenden Kosten ein hohes volkswirtschaftliches Problem darstellt. Sowohl beim Mann als auch bei Frauen sind sowohl die Belastungs- als auch die Dranginkontinenz immer linderbar und sehr oft heilbar, so dass es an uns Ärzten liegt aufzuklären, dass betroffene Patienten zum Arzt gehen. Hierbei ist es wichtig, dass neben Urologen auch Gynäkologen als die dafür vorgesehenen Organspezialisten auch Allgemeinmediziner über die Therapiemöglichkeiten Bescheid wissen, um den Patienten wieder eine verbesserte Lebensqualität geben zu können.

Prof. Dr. med. Tilman Kälble

Direktor der Klinik
für Urologie
und Kinderurologie,
Klinikum Fulda gAG
Pacelliallee 4,
36043 Fulda

E-Mail:

kaelble.urologie@klinikum-fulda.de



Foto: Walter M. Rammler

Die Literatur zum Artikel findet sich auf unserer Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Multiple-Choice-Fragen: Harninkontinenz

VNR: 2760602024338630006

(eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage/n ist/sind richtig?

- 1) Eine Harninkontinenz ist bei Frauen unter 60 Jahren sehr selten.
- 2) Bei Männern ist bei einer Inkontinenz fast immer von einer Belastungsinkontinenz auszugehen.
- 3) Harninkontinenz ist die häufigste chronische Erkrankung bei Frauen.
- 4) Harninkontinenz kann meist gut behandelt werden.
- 5) Aussagen 3 und 4 sind richtig.

2. Welche Aussage/n ist/sind richtig?

- 1) Belastungsinkontinenz Grad II bedeutet Urinverlust auch beim Gehen.
- 2) Eine leichte Östrogenisierung hat einen positiven Effekt auf die Harninkontinenz.
- 3) Konservative Maßnahmen sind selten erfolgreich.
- 4) Aussagen 1 und 2 sind richtig.
- 5) Aussagen 1, 2 und 3 sind richtig.

3. Welche Aussage/n ist/sind richtig?

- 1) Spannungsfreie midurethrale Bänder wie TVT oder TOT sind die Therapie der Wahl bei Dranginkontinenz.
- 2) Die Kolposuspension nach Burch ist zwar invasiver, aber bezüglich der Erfolgsraten sicherer als TVT oder TOT.
- 3) Die Differenzierung zwischen einer Stress- und einer Dranginkontinenz ist eine rein klinische Entscheidung.
- 4) Nach TVT-/TOT-Anlage kann sich eine Zystozele verschlechtern.
- 5) Keine der Aussagen 1–4 ist richtig.

4. Welche Aussage/n ist/sind richtig?

- 1) Bulking Agents sind aufgrund der minimalen Invasivität und praktisch fehlenden Nebenwirkungen der erste Schritt einer operativen Therapie der Belastungsinkontinenz bei Frauen.
- 2) Nach Korrektur eines urogenitalen Descensus kann sich eine Dranginkontinenz bessern.
- 3) Nach Korrektur eines urogenitalen Prolaps' bessert sich in aller Regel auch die Belastungsinkontinenz.

4) TVT führt häufig zur Dyspareunie.

5) Alle Aussagen 1–4 sind richtig.

5. Welche Aussage/n ist/sind richtig?

- 1) Die Häufigkeit der Belastungsinkontinenz nach radikaler Prostatektomie korreliert reziprok mit der Häufigkeit, mit der der Eingriff in einer Klinik durchgeführt wird.
- 2) Adipositas und Alter sind Risikofaktoren für Belastungsinkontinenz nach radikaler Prostatektomie.
- 3) Eine robotisch-assistierte radikale Prostatektomie hat aufgrund der besseren Sichtverhältnisse und der minimaleren Invasivität eine niedrige Belastungsinkontinenzrate als die offene radikale Prostatektomie.
- 4) Aussagen 1 und 2 sind richtig.
- 5) Aussagen 1, 2 und 3 sind richtig.

6. Welche Aussage/n ist/sind richtig?

- 1) Operative Therapie der Wahl der schwerwiegenden Belastungsinkontinenz nach radikaler Prostatektomie ist der artifizielle Sphinkter.
- 2) Bei der Therapie mittelschwerer Belastungsinkontinenz nach radikaler Prostatektomie ist eine Schlingenoperationen eine therapeutische Alternative.
- 3) Die Erfolge der genannten Operationsverfahren sind alle ähnlich gut.
- 4) Aussagen 1 und 2 sind richtig.
- 5) Aussagen 1, 2 und 3 sind richtig.

7. Welche Aussage/n ist/sind richtig?

- 1) Bei Männern mit Harninkontinenz ist eine suffiziente Hilfsmittelversorgung wichtig und möglich.
- 2) Hilfsmittel (Vorlagen, Kondomurinal, etc.) werden bei inkontinenten Männern nicht immer von der Krankenkasse übernommen.
- 3) Physiotherapie und Elektrostimulation sind wichtige Tools zur Verbesserung der Harninkontinenz in der initialen Phase nach radikaler Prostatektomie
- 4) Biofeedback, elektromagnetische Stimulationen und medikamentöse Thera-

pien können bei der Belastungsinkontinenz des Mannes weitere Optionen sein.

5) Alle Aussagen 1–4 sind richtig.

8. Welche Aussage/n ist/sind richtig?

- 1) Drang- und Mischinkontinenz sind postklimakterisch häufige Phänomene bei Frauen.
- 2) Die Dranginkontinenz kann sehr gut und nebenwirkungsarm mit Medikamenten behandelt werden.
- 3) Die medikamentöse Therapie der Dranginkontinenz ist neben Östrogenen lediglich mit Parasympatholytika möglich.
- 4) Bei therapierefraktärer Dranginkontinenz kann Botulinumtoxin in den Blasenmuskel injiziert werden.
- 5) Aussagen 1 und 4 sind richtig.

9. Welche Aussage/n ist/sind richtig?

- 1) Botulinumtoxin ist bei therapierefraktärer Dranginkontinenz bei Männern und Frauen ähnlich erfolgreich.
- 2) Botulinumtoxin hat bei Männern eine höhere Rate von Harnverhalten.
- 3) Overactive Bladder bei Männern ist fast immer Folge einer abflussbehindernden Prostata (Bladder outlet obstruction) mit konsekutiver Blasenwandverdickung.
- 4) Eine Differenzierung, ob eine überaktive Blase Folge einer vergrößerten Prostata (BPO) oder Folge einer Alterung der Blase ist, ist kaum möglich.
- 5) Keine Aussage ist richtig.

10. Welche Aussage/n ist/sind richtig?

- 1) Botulinumtoxin hilft nur eine begrenzte Zeit und muss immer wieder wiederholt werden.
- 2) Ein artifizieller Sphinkter muss häufig revidiert werden.
- 3) Die Operation von Schlingen bei Belastungsinkontinenz nach radikaler Prostatektomie nimmt an Bedeutung ab.
- 4) Nach Implantation einer nicht adjustierbaren Schlinge beim Mann kann sich die Inkontinenz verschlechtern.
- 5) Alle Aussagen sind richtig.

Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz in der Arztpraxis

Fortbildungen AbBA: Beitrag zur Gesundheit Ihrer Mitarbeitenden

Haben Sie die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz in Ihrer Arztpraxis geregelt und eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt? Werden Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig geschult? Haben Sie die arbeitsmedizinische Vorsorge Ihrer Beschäftigten organisiert?

Das Arbeitssicherheits- und das Arbeitsschutzgesetz verpflichten jeden Arbeitgeber, den Gesundheitsschutz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in seinem Unternehmen sicher zu stellen. Als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte können Sie Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in

Ihrer Praxis auch selbst organisieren. Voraussetzung hierfür ist der Besuch einer Fortbildung, die die Teilnahme an der Alternativen bedarfsorientierten betriebsmedizinischen Betreuung von Arztpraxen (AbBA) ermöglicht.

Bereits seit 2010 bietet die Landesärztekammer Hessen in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) sog. Motivations- und Informationsmaßnahmen (**MIMA Erstschtulung**) sowie Fortbildungsmaßnahmen (**FOBI Aufbauschulung**, alle fünf Jahre) in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung an.



Foto: Laura Wahl

Die beiden Referentinnen Dr. med. Adelheid Rauch (rechts) und Dr. med. Vera Stich-Kreitner, Fachärztinnen für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin.

Im Rahmen der Veranstaltung erfahren Sie alles Notwendige rund um das Thema Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in Arztpraxen und erhalten außerdem die Möglichkeit, sich untereinander zu diesem Thema auszutauschen. So entsteht häufig bereits in der Schulung ein Konzept für die Umsetzung in der eigenen Praxis.

Laura Wahl

Assistentin der Akademieleitung,
Veranstaltungsmanagement

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen	
Termine 2025:	Erstschtulung (MIMA): 22.01., 12.03., 14.05., 16.07. Aufbauschulung (FOBI): 05.02., 11.06., 24.09., 12.11.
Information und Anmeldung:	Laura Wahl Fon: 06032 782-222 E-Mail: laura.wahl@laekh.de
Kurzlink:	https://t1p.de/e8ydd



www.akademie-laekh.de

Impfquoten bei HPV-Vorsorge erhöhen

Online-Fortbildung am 4.12. für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Infektionen mit Humanen Papillomviren (HPV) können zu schwerwiegenden Gesundheitsfolgen führen, darunter Gebärmutterhalskrebs sowie andere HPV-assoziierte Karzinome. Obwohl die HPV-Impfung ein wirksames Mittel zur Verhinde-

rung dieser Erkrankungen ist, stellt die Impfskepsis eine Hürde dar. Gerade niedergelassene Ärztinnen und Ärzte spielen eine Schlüsselrolle in der Aufklärung und Beratung über die Impfung und deren Durchführung. Trotz Empfehlungen der

Ständigen Impfkommision sind die HPV-Impfquoten in Deutschland und so auch in Hessen weiterhin ausbaufähig. Deshalb laden das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege und die Landesärztekammer Hessen zu einer Online-Fortbildung am 4. Dezember 2024 ein, von 14 bis 16:30 Uhr. Die Veranstaltung richtet sich insbesondere an niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Hausärztinnen und Hausärzte in Hessen. Die Fortbildung bietet eine wertvolle Gelegenheit, Wissen rund um das Thema HPV-Impfung auf den neuesten Stand zu bringen. (HMFg)

HPV-Impfung – Online-Fortbildung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	
Termin:	Mi., 4. Dezember 2024 14–16:30 Uhr
Information und Anmeldung:	Katja Baumann Fon: 06032 782-281 E-Mail: katja.baumann@laekh.de
Kurzlink:	https://tinyurl.com/2n2ev2pz



www.akademie-laekh.de

Impfen wird großgeschrieben

Aus dem Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf

Mit einer neuen Serie soll die Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in den Blick genommen werden. In loser Folge werden Berichte aus verschiedenen Gesundheitsämtern in Hessen abgedruckt, die jeweils ein eigenes Schwerpunktthema setzen als Beispiel für die vielfältigen Aufgaben des ÖGD.

In der Covid-19-Pandemie spielten die Gesundheitsämter eine wichtige Rolle bei der Entstehung und im laufenden Betrieb von Impfzentren und mobilen Impfteams. Doch welche Rolle haben die Gesundheitsämter nach der Pandemie? Welche Aufgaben aus dem Bereich Infektionsschutz hatten sie vorher? Einen aktuellen Einblick zum Thema „Impfen“ im Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf bietet der folgende Artikel.

Impfsprechstunden und reisemedizinische Beratung

Derzeit bietet das Gesundheitsamt in Marburg zweimal wöchentlich eine Impfsprechstunde mit dem Fokus auf reisemedizinischer Beratung und Reiseimpfungen an. Das Team unter ärztlicher Leitung von Andrea Schroer besteht aus drei Ärztinnen und drei sozialmedizinischen Assistentinnen (SMA) und ist im Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheitsdienst angesiedelt. Die Ärztinnen beraten ausführlich zu erforderlichen bzw. empfehlenswerten Impfungen für das Reisezielland inklusive einer Risikobewertung des Gesundheitszustands und des Reisestils der Reisenden. Besonders Erstberatungen sind sehr zeitintensiv. Außerdem wird über Malariaphylaxe und Vektorschutz informiert. Im Anschluss werden indizierte reisemedizinische Impfungen durchgeführt. Diese werden nach Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet und von den Kunden bei der jeweiligen Krankenkasse eingereicht. Gelbfieberimpfungen werden im Marburger Gesundheitsamt nicht angeboten. Neben dem persön-

lichen Gespräch gibt es außerdem die Möglichkeit, Fragen per E-Mail an Impfen@marburg-biedenkopf.de oder telefonisch während der Impfsprechstunde zu stellen.

Im Herbst empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) jährliche Influenza- und Covid-19-Auffrischimpfungen für bestimmte Personengruppen. Unter dem Motto „Mitarbeitende impfen Mitarbeitende“ bietet das Gesundheitsamt jährlich Anfang Oktober Impfungen gegen Influenza und Covid-19 für Mitarbeitende der Kreisverwaltung an mehreren Standorten des Landkreises an.

In diesem Herbst bietet das Gesundheitsamt in einer wöchentlich stattfindenden Covid-19-Impfsprechstunde ein Covid-19-Impfangebot für die Bevölkerung an. Das aktuelle Impfangebot richtet sich subsidiär an Personen, die keinen Hausarzt haben oder deren Hausarzt nicht gegen Covid-19 impft. An der Sprechstunde beteiligen sich ärztliche Kollegen und medizinisches Assistenzpersonal aus allen Fachdiensten des Gesundheitsamtes.

Impfen und schulärztlicher Dienst

Im Rahmen der verpflichtenden Schuleingangsuntersuchungen für Schulanfänger und Seiteneinsteigende (Schülerinnen und Schüler aus dem Ausland, die jetzt eine deutsche Schule besuchen) wird bei allen Kindern und Jugendlichen der Impfstatus überprüft und eine Impfberatung durchgeführt. Bei fehlenden Impfungen werden die Kinder an niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte für Auffrischimpfungen verwiesen. Seiteneinsteigende sowie unbegleitete minderjährige Kinder und Jugendliche aus dem Ausland (UMA) werden ebenfalls bei Schuleintritt schulärztlich untersucht und deren Impfstatus überprüft. Diese Kinder erhalten ein Impfangebot gegen Masern, Mumps, Röteln und Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Polio. Der Impfstoff hierfür wird aus Impfstoffbeständen entnommen, die teilweise durch Landesmittel finan-

ziert werden. Dieses deckt den Bedarf bei weitem nicht. Wir sehen jedoch die Impfungen von Seiteneinsteigenden und UMA als wichtigen Baustein zum Schließen von Impflücken, da aufgrund der Sprachbarriere und der Unkenntnis über das deutsche Gesundheitssystem der Zugang zur medizinischen Regelversorgung erschwert ist. Nicht selten bestehen bei Vorstellung im Gesundheitsamt noch Unklarheiten bezüglich des Versichertenstatus.

Impfbuch-Checks

Die Landesimpfstrategie Hessen sieht die Überprüfung des Impfstatus bei Kindern der 3./4. und 6./7. Klasse als wichtige präventive Maßnahme zur Verbesserung der Jugendgesundheit vor. Gerade bei den zwölf- bis 14-Jährigen stehen Auffrischimpfungen und die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 an. Diese werden jedoch oft nicht wahrgenommen, weil der engmaschige Kontakt zu den Kinder- und Jugendärzten, der vorher durch die verpflichtenden Vorsorgeuntersuchungen gegeben war, nicht mehr besteht. Anlässlich der Landesimpfstrategie Hessen tourten Anfang 2024 sechs Schulärztliche Teams bestehend aus Schulärztin/-arzt und Sozialmedizinischer Assistentin durch 66 Marburger Grund- und Förderschulen, um in den vierten Klassen Aufklärungsar-



Foto: © Landkreis Marburg-Biedenkopf

Bei Impfbuch-Checks eingesetzter Flyer zur Impfberatung und Impfausweis im Hintergrund.

beit zu betreiben. In einem eigens illustrierten, ca. 15-minütigen Vortrag informierten die Teams die Schülerinnen und Schüler und sahen die Impfausweise durch. Bei unvollständigem Impfschutz wurden die Kinder mittels Flyer an die behandelnden Kinderärztinnen bzw. -ärzte vermittelt. Außerdem wurde auf das Zeitfenster der anstehenden HPV-Impfung (laut RKI Jungen und Mädchen im Alter zwischen neun und 14 Jahren) hingewiesen. Die Schülerinnen und Schüler zeigen insgesamt sehr großes Interesse an den Themen Immunsystem und Impfungen und bringen ihr Vorwissen aktiv mit ein.

Die Impfquoten für die Standardimpfungen im Kindesalter im Landkreis Marburg-Biedenkopf entsprechen ungefähr dem bundesweiten Durchschnitt. Das Ziel einer Durchimpfungsrate für Masern von 95 % wird auch im Landkreis Marburg-Biedenkopf bisher verfehlt. Die Impfquote gegen humane Papillomviren (HPV) ist bei Weitem noch nicht ausreichend.

Ein Impfbuchcheck und Aufklärung über wichtige Infektionskrankheiten und erforderliche (Auffrisch-)Impfungen ist perspektivisch auch für die 6./7. Klassen und an Berufsschulen geplant. Im laufenden Schuljahr ist dies aufgrund der personellen Situation jedoch noch nicht möglich.

Impfungen und Infektionsschutz

Die Bekämpfung von Infektionskrankheiten ist eine der Kernaufgaben des Fachdienstes Infektionsschutz und Hygieneüberwachung in unserem Gesundheitsamt. Manchmal kann die zeitnahe Verabreichung einer Impfung nach Kontakt mit Krankheitserregern, einer sog. post-expositionellen Impfung den Ausbruch einer Erkrankung effektiv verhindern, z. B. nach Kontakt mit einer an Hepatitis A erkrankten Person. In solchen Fällen berät das Gesundheitsamt und vermittelt zur Durchführung der Impfungen an Haus- und Kinderärzte. Beim Ausbruchmanagement spielen post-expositionelle Impfungen eine wichtige Rolle. Niedergelassene Ärzte können einen Newsletter des Gesundheitsamtes abonnieren, der in jeder Ausgabe auch Impft Themen behandelt.

Surveillance von Impfnebenwirkungen

Eine weitere Aufgabe des ÖGD ist die Meldung von Impfnebenwirkungen. Nach § 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist der Verdacht auf eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung namentlich an das Gesundheitsamt zu melden und wird sofort nach § 11 Abs. 4 IfSG pseudonymisiert über die zuständige Landesbehörde an das Paul-Ehrlich-Institut übermittelt.

Ausblick

Zukünftig könnte das Gesundheitsamt eine offene Impfsprechstunde mit Beratung und Durchführung aller nach STIKO empfohlenen Impfungen (auch als mobiles Impfteam) niederschwellig anbieten. Vorrangig sollte sich ein solches Angebot subsidiär an Personen, die keinen oder einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem haben oder bei denen keine hausärztliche Versorgung besteht, richten und ergänzend zum Impfangebot der Haus-, Kinder-, Betriebs- und Arbeitsmediziner sein. Eine solche Struktur kann dazu beitragen, Impflücken zu schließen und die Impfquoten zu erhöhen. Dazu bedarf es einer Landesvereinbarung mit den Krankenkasse, damit die Abrechnung direkt über die Gesundheitskarte erfolgen kann. Auch die technischen Voraussetzungen

zur Abrechnung müssen dann geschaffen werden. Und letztendlich benötigen die Gesundheitsämter die erforderliche personelle Ausstattung, um das Impfangebot auszuweiten.

Integrierte Landesimpfstrategie des Landes Hessen

Die hier aufgeführten Maßnahmen und Ziele sind in der Impfstrategie des Landkreises Marburg-Biedenkopf festgelegt. Diese stützt sich auf die Integrierte Landesimpfstrategie Hessen (ILIS), die eine Erhöhung der Impfbereitschaft und der Impfquoten zum Ziel hat. Die hessische Impfstrategie ist modular aufgebaut und wird schrittweise umgesetzt.

**Dr. med.
Birte Moritz**

Fachärztin für
Kinder- und
Jugendmedizin,
in Weiterbildung
zur Fachärztin
für Öffentliches
Gesundheitswesen



Foto: privat

Fachbereich Gesundheitsamt
Leitung: Dr. med. Birgit Wollenberg
Landkreis Marburg-Biedenkopf
Schwanallee 23 | 35037 Marburg
Fon: 06421 4054 100 | E-Mail:
WollenbergB@marburg-biedenkopf.de

Die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beim Impfen:

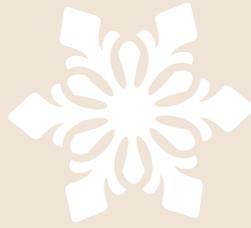
- Impfaufklärung und Beratung der Bevölkerung
- Subsidiäre Impfangebote
- Ausbruchmanagement und Empfehlungen zu postexpositionellen Impfungen
- Surveillance von impfpräventablen meldepflichtigen Erkrankungen und Verdachtsmeldungen von Impfnebenwirkungen

Gesetzliche Grundlagen in Auszügen:

- Laut § 6 des Hessischen Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) „wirken Gesundheitsämter auf einen ausreichenden Impfschutz der Bevölkerung hin und fördern die Durchführung öffentlich empfohlener Impfungen. Die Gesundheitsämter führen Impfungen selbst durch, um auf das Schließen von Impflücken hinzuwirken ...“.
- Laut Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 20 sollen Gesundheitsämter die Bevölkerung zielgruppenspezifisch über die Bedeutung von Schutzimpfungen informieren.



Kultur- und Lesetipps zum Jahreswechsel



Ausstellungen



Zeichnungen von Carracci bis Bernini

Nicht nur die Literatur, auch die bildende Kunst Italiens ist in Frankfurt derzeit mit beeindruckenden Ausstellungen vertreten. Unter dem Titel „Fantasie und Leidenschaft. Zeichnen von Carracci bis Bernini“ zeigt das Städel Museum 90 italienische Barockzeichnungen aus der eigenen Sammlung.

Ob die Brüder Agostino und Annibale Carracci, Guercino, Stefano della Bella oder Gian Lorenzo Bernini – für die großen Meister des italienischen Barocks war das Zeichnen zentraler Bestandteil ihrer künstlerischen Arbeit. Zeichnungen dienten ihnen als Grundlagen für ihre Gemälde, Skulpturen oder Druckgrafiken, zugleich wird in den Arbeiten aber auch die Eigenständigkeit der Zeichnung deutlich. Die Künstler zeichneten nach der Natur und schufen Entwürfe für großformatige Werke. Museumsgründer Johann Friedrich Städel war ein leidenschaftlicher Sammler von Zeichnungen – mehr als 4.600 Zeichnungen gingen in den Museumsbestand über. Ein großer Teil der in der Ausstellung präsentierten italienischen Barockzeichnungen stammt aus seiner Sammlung.

Fantasie und Leidenschaft. Zeichnen von Carracci bis Bernini. Noch bis 12. Januar 2025 im Städel Museum. Informationen unter <https://www.staedelmuseum.de>



© Francisca Gómez/OUR HOUSE, Museum Giersch



Francisca Gómez: 3,5 qm (Ist jede Architektur bewohnbar?), 2016, Serie von 18 Fotografien.

Die Sichtbarkeit des Unsichtbaren

Die Ausstellung „Das Anwesende des Abwesenden – Materie und Spuren – Abdrücke des Lebens in der Zeit“ im Frankfurter Kunstverein ist nicht dazu gedacht, passiv das Gezeigte auf sich einwirken zu lassen. Vielmehr fordert sie das abstrakte Denkövermögen des Betrachters und dessen Bereitschaft, sich auf eine mysteriöse Welt einzulassen, die zeigt, was nicht da ist – die Sichtbarkeit des Unsichtbaren. Die Exponate kreisen um die zeitlose Auseinandersetzung des Menschen mit der Vergänglichkeit und deren Darstellungsformen in der Kunst.

Unter der Schirmherrschaft des Italienischen Generalkonsulats und in Kooperation mit der Senckenberg Gesellschaft für Naturforschung sowie dem Institut für Theoretische Physik, Goethe-Universität Frankfurt, entstanden, ist der Titel der Schau eine Anspielung auf die Materie als Präsenz, in der sich Spuren des Lebenden einschreiben. Abgüsse aus Pompeji oder die Fußabdrücke erster Menschen vor 3,5 Millionen Jahren treffen auf Kunstwerke und multimediale Erlebnisräume.

Frankfurter Kunstverein: „Das Anwesende des Abwesenden“, bis zum 2. März 2025. Informationen unter: <https://www.fkv.de>

Wohnen zukünftig denken

Wohnen geht jeden an, ganz gleich, in welcher Form er oder sie es auslebt. In den eigenen vier Wänden, dauerhaft oder vorübergehend, luxuriös oder sparsam, Design-bewusst oder rein funktional. Nichts ist zugleich so privat wie öffentlich wie das Wohnen. Angesichts des immer knapper werdenden Wohnraums, insbesondere in Ballungsgebieten, und steigender Mieten gewinnt das menschliche Grundbedürfnis, in eigenen oder gemieteten vier Wänden zu leben, zunehmend an politischer Bedeutung. Die Wohnungskrise ist vor allem in Großstädten mehr als nur ein geflügeltes Wort.

Wie wohnen wir, wie kann Wohnen gerecht, bezahlbar, nachhaltig und gut gelin-



Annibale Carracci (1560–1609): Ruhende Venus

gen? Und wie kann es zukünftig gedacht werden? Mit diesen Fragen setzen sich die an der Ausstellung „OUR HOUSE: Künstlerische Positionen zum Wohnen“ beteiligten Künstlerinnen und Künstler im Museum Giersch der Goethe-Universität Frankfurt auseinander und beziehen sich dabei zugleich auf die Raumsituation des Museumsgebäudes.

Unser Haus – „OUR HOUSE“ – ist die 1910 erbaute Villa, in der das Museum Giersch untergebracht ist. Was Besucherinnen und Besucher in den Bann zieht, ist die familiäre, private Atmosphäre der ehemaligen Wohnräume. Nun steht dieser Wohncharakter des Hauses selbst im Fokus des Ausstellungsprojektes.

Museum Giersch der Goethe-Universität: OUR HOUSE. Bis zum 16. Februar 2025. Informationen unter <https://www.mggg.de/ausstellungen/our-house/>

Verflochtene Welten der Pilze

Wer hätte das gedacht? Wegen ihrer sesshaften Lebensweise wurden Pilze von der Antike bis ins späte 20. Jahrhundert dem Reich der Pflanzen zugeordnet. Heute gelten sie aufgrund phylogenetischer, biochemischer und anatomischer Befunde als eigenes Reich. Ja sie scheinen enger mit Tieren als mit Pflanzen verwandt zu sein. Grund genug für das Sinclair Haus in Bad Homburg, sich in der Ausstellung „Pilze – Verflochtene Welten“ mit Pilzen auseinanderzusetzen. Sie begleiten den Menschen gewissermaßen auf Schritt und Tritt – in der Luft, unter den Füßen, in der Erde, oder auch als Schimmel auf verdorbenen Lebensmitteln. Dennoch sind die Rollen und Funktionen von Pilzen vielen noch weitgehend unbekannt.

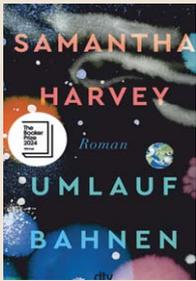
Mit Werken internationaler Künstlerinnen und Künstler lädt die Ausstellung dazu ein, sich auf die Spuren der verflochtenen Welt der Pilze zu begeben.

Sinclair Haus Bad Homburg: „Pilze – Verflochtene Welten“. Bis zum 9. Februar 2025. Informationen unter <https://kunst-und-natur.de/museum-sinclair-haus/>



Leseempfehlungen

Losgelöst im Weltraum schwebend



And the price goes to ... Samantha Harvey. Mit „Orbital“ hat die englische Autorin den Booker Prize 2024, die wichtigste, für ein englischsprachiges Werk verliehene Literaturauszeichnung Großbritanniens gewonnen. Der auf Deutsch unter dem Titel „Umlaufbahnen“ erschienene Roman spielt an einem Tag im Leben von sechs Astronauten, die in einer Raumstation durchs All schweben und die Erde in 90 Minuten umkreisen – sechzehnmal in 24 Stunden: Losgelöst vom Alltag arbeiten, essen und schlafen zwei Frauen und vier Männer aus unterschiedlichen Nationen auf engstem Raum. Was passiert, wenn man seine Heimat nur aus weiter Ferne durch ein kleines Fenster sieht? Und wie verändern sich Denken und Fühlen? „Kompakt und doch wunderschön weitläufig lädt ‚Orbital‘ uns dazu ein, die Pracht der Erde zu beobachten und gleichzeitig über den individuellen und kollektiven Wert jedes Menschenlebens nachzudenken“, begründete die Jury die Wahl.

Samantha Harvey, Umlaufbahnen. dtv Verlag 2024, gebunden, 22 €

Tiefe Spaltung der Gesellschaft



Deutschland im Jahr 1918. Der Erste Weltkrieg ist vorbei, die Demokratie hat gesiegt und alles soll anders werden, freier und unbeschwerter. In den „Goldenen Zwanzigern“, der Weimarer Republik, beginnen die Menschen aufzuatmen, in vielen gesellschaftlichen Bereichen. In der Kunst und im Sport erobern sich Frauen Rechte und Freiheiten, die bis dahin nur Männern vorbehalten waren. In seinem Roman „Höhenrausch: Das kurze Leben zwischen den Kriegen“ erzählt Harald Jähner von der Erfindung der Freizeit, von Tanzpalästen, dem Warenhaus als Glücksversprechen oder der Straße als Ort erbitterter Kämp-

fe. Zugleich aber auch von der damaligen Angst vor der „Entwertung aller Werte“. Als das Geld knapper wird und die Zukunft düsterer, offenbart sich die tiefe Spaltung der Gesellschaft. Der Nationalsozialismus steht vor der Tür. Ebenso anschaulich wie lebendig malt Jähner in „Höhenrausch“ (2022) ein Gesamtbild der Zwanziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts. 2024 ist der Titel als Taschenbuch erschienen.

Harald Jähner, Höhenrausch. Rowohlt, Taschenbuch 2024, 20 € (geb. 28 €)

Liebe und Hoffnung in Zeiten des Krieges



Ein zum Tagebuch umfunktionierter Taschenkalender seines Großvaters sei Auslöser dieser Geschichte gewesen, schreibt Volker Järck im Nachwort zu seinem Roman „Und später für immer“. Johann Meinert ist Soldat. Im Frühjahr 1945, der Krieg ist so gut wie verloren, begeht er Fahnenflucht und versteckt sich bei Onkel und Tante in einem Heuschuppen. Hier wartet der 25-Jährige, hofft, nicht entdeckt zu werden und bald seine Frau Emmy wiederzusehen. Eines Tages taucht Frieda auf, ein 17-jähriges Mädchen aus der Nachbarschaft. Wenn sie ihn verrät, ist er ein toter Mann.

Wie Johann war auch Werner Heinrich Jarck, Großvater des Autors, Deserteur im Zweiten Weltkrieg. Doch gibt der Roman nicht in allen Einzelheiten die wahren Ereignisse des Jahres 1945 wieder. „Diese Geschichte will nicht historisch wahr sein, sondern menschlich“, betont der Autor.

Volker Jarck, Und später für immer. Insel Verlag 2024, fester Einband, 23 €

Weibliche Selbstbestimmtheit



Nach 36 Jahren kehrt Italien im Oktober 2024 mit rund 100 Autorinnen und Autoren als Gastland auf die Frankfurter Buchmesse zurück. Unter ihnen die 1988 in Rom geborene Giulia Caminito, die mit ihrem kürzlich ins Deutsche übersetzten Debütroman „Das

große A“ 2016 in Italien für Aufmerksamkeit sorgte.

Caminito erzählt darin von der 13-jährigen Giada, die während des Zweiten Weltkriegs bei ihrer Tante in der Lombardei Zuflucht gesucht hat. Bombenangriffe, Gewalt und Entbehrungen prägen den Alltag. Doch Giada träumt sich fort in das „Große A“: Afrika, das Land, in dem ihre Mutter Adele in den italienischen Kolonien vermeintlich ein unabhängiges Leben führt. Als Adele sie nach dem Krieg nach Eritrea holt, wird Giada klar, dass die Realität nicht mit ihren Träumen übereinstimmt. „Das große A“ ist die Geschichte zweier willensstarker Frauen, die auf unterschiedlichen Wegen zur Selbstbestimmtheit finden.

Giulia Caminito: Das große A. Wagenbach 2024, geb. 24 €

Von den Mühlen, Italienerin zu werden



Pünktlich zur diesjährigen Buchmesse erschien das neue Buch der in Venedig lebenden Journalistin Petra Reski. Ebenso unterhaltsam wie lakonisch schildert Reski in „All'italiana!

Wie ich versuchte, Italienerin zu werden“ den mühsamen Prozess, zusätzlich zur deutschen auch die italienische Staatsbürgerschaft zu erlangen. Ihr Ziel ist es, in der selbst gewählten zweiten Heimat wählen zu können.

Mit vielen Anekdoten, scharfzüngigen Analysen und Erinnerungen an prominente Akteure aus Politik und Gesellschaft gespickt, zeichnet Reski in „All'italiana!“ nicht nur ihre persönliche Einbürgerungsgeschichte nach, sondern klärt über die Geschichte der italienischen Politik und der Mafia in den vergangenen Jahrzehnten auf. Ein wunderbar ironisch geschriebenes und dabei messerscharf sezierendes Buch, das man schon nach den ersten Seiten nicht mehr aus der Hand legen möchte.

Petra Reski: All'italiana! Wie ich versuchte, Italienerin zu werden. Droemer-Knaur 2024, geb. 23 €

Katja Möhrle

Der letzte Schritt der Emanzipation?

Verschiedene Ebenen der Suizidprävention und assistierten Selbsttötung

Im Februar 2020 hatte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) das 2015 beschlossene Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung für unzulässig erklärt und betont, dass die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, von Staat und Gesellschaft zu respektieren sei. Dieses Recht umfasse auch die Freiheit, die Unterstützung Dritter in Anspruch zu nehmen. Beim 163. Bad Nauheimer Gespräch in den Räumlichkeiten der Landesärztekammer Hessen referierten und diskutierten Juristen, Theologen, Mediziner und Philosophen über die Implikationen dieser folgenreichen Entscheidung in diesem vielschichtigen und komplexen Themenfeld sowie über die wichtige Rolle der Suizidprävention.

Grundrecht auf Selbsttötung

Nach einer thematischen Einführung durch Moderatorin Prof. Dr. med. Ursel Heudorf referierte der erste Experte über die juristischen Grundlagen der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts. Prof. Dr. jur. Volker Lipp von der Georg-August-Universität Göttingen und bis Mitte 2024 Stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Ethikrats sagte, dass die Rechtslage vielschichtig sei. Die zentrale Aussage des Urteils des Bundesverfassungsgerichts sei, dass das Grundgesetz ein Grundrecht auf freiverantwortliche Selbsttötung kenne. Dies beinhalte auch das Recht, die Hilfe Dritter dafür in Anspruch zu nehmen. Dieses Grundrecht der Selbstbestimmung sei nicht abhängig von materiellen Bedingungen, wie etwa einer schweren, unheilbaren Krankheit. Damit sei § 217 StGB aufgehoben, der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung untersagte. Mit der Entkoppelung von materiellen Bedingungen sei Deutschland an die „Spitze der Suizidautonomie“ katapultiert; kein anderes Land habe aktuell eine vergleichbare Rechtslage oder Gerichtsentscheidung. Das BVerfG habe den Gesetzgeber allerdings nicht mit der Pflicht beauftragt, ein alternatives Gesetz zu verabschieden.

Dennoch entwickelten zwei interfraktionale Gruppen im Bundestag Gesetzesentwürfe, die jedoch beide im Bundestag scheiterten. Lediglich ein Gesetz zur Suizidprävention wurde angenommen.

Laut Lipp müssen freiverantwortliche Suizide weder von Bürgern noch von Ärzten im Speziellen verhindert werden. Eine Hilfspflicht greife nicht. Eine Unterstützung zur Selbsttötung sei ebenfalls nicht strafbar, solange die Selbsttötung freiverantwortlich und durch die eigene Hand des Suizidwilligen geschehe. Wenn Mittel durch Dritte verabreicht werden, könne dies ebenfalls straffrei sein, sofern der Betroffene nicht in der Lage sei, dies selbst zu tun, und ein ausdrücklicher Sterbewunsch vorliege. Für Ärzte sei es nur möglich, Mittel zur Selbsttötung zu verschreiben, die nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fallen; andernfalls würden sie Strafen riskieren.

Möglichkeiten der Palliativmedizin

Dr. med. Thomas Sitte, Palliativmediziner und Vorstandsvorsitzender der Deutschen PalliativStiftung (DPS), berichtete anschließend über seine Erfahrungen mit schwerst- und terminal erkrankten Menschen. Viele Menschen wollten nicht sterben, sondern lediglich nicht mehr leiden, so Sitte. Es gebe noch zu wenig Leidenslinderung aufgrund von mangelndem Wissen, Zeit und Verfügbarkeit. Sitte plädierte für eine Art „Hausapotheke“ in Pflegeeinrichtungen, damit Hilfe schnell zur Verfügung stehe. Die frühzeitige Einbindung palliativmedizinischer Standards, beispielsweise bei Chemotherapien, sei Teil der Lösung.

Suizidprävention

Prof. Dr. theol. Kurt W. Schmidt, evangelischer Theologe und Medizinethiker, Leiter des Zentrums für Ethik in der Medizin am Agaplesion Markus Krankenhaus in Frankfurt und Vorsitzender des dortigen Ethik-Komitees, referierte über ethische Aspekte der Suizidprävention. Die absolute Zahl

der Selbsttötungen habe sich seit den 1980er-Jahren von über 18.000 auf rund 10.000 pro Jahr fast halbiert. Suizidprävention lohne sich also, so Schmidt, der auf gut 70 Organisationen allein im Frankfurter Raum hinwies. Im Jahr 2023 seien knapp die Hälfte der Menschen, die Suizid begingen, 65 Jahre oder älter; insbesondere Männer seien betroffen. Die überwiegende Anzahl der Selbsttötungen sei nicht aufgrund von Freiverantwortlichkeit geschehen, sondern aufgrund von Einsamkeit, Depression oder Verzweiflung. Schmidt kritisierte die Entscheidung des BVerfG, da sie die Patientenautonomie zu stark idealisiere und betone. Da aus der Berufsordnung das Verbot der Hilfe zur Selbsttötung für Ärztinnen und Ärzte aufgehoben wurde, müsse sich nun jeder Arzt positionieren und eine eigene Haltung entwickeln.

Historische und gesellschaftliche Kontexte

Der vierte Referent war Prof. Dr. theol. Jean-Pierre Wils, Hochschullehrer an der Radboud-Universität Nijmegen, Philosoph, Medizinethiker, Theologe und Autor. Er beleuchtete die Historie des antiken Griechenlands und Roms, des Christentums, des Humanismus und des Liberalismus und stellte im modernen Ländervergleich dar, wie Suizid in gesellschaftlichen und sozialen Praktiken gestattet, moralisiert oder sanktioniert werde. In der Gegenwart befinde man sich in einem Prozess der Normalisierung, in dem der Suizid auch teils emanzipatorisch verstanden werde. Die Niederlande haben bereits 2002 ein liberales Gesetz zum assistierten Suizid erlassen. Während der entscheidende Passus mit dem „unerträglichen Leiden“ zunächst medizinisch angewandt wurde, sei man in der jüngeren Vergangenheit zu einer ganzheitlicheren Auffassung gelangt. Das entscheidende Argument für eine Rechtslage ohne materielle Kriterien sei, dass man Menschen sowohl biologisch als auch biografisch betrachten könne. So könne ein Mensch aufgrund des medizinischen Fort-



Fotos und Screenshot: Lukas Reus

Die Referenten (von links) Prof. Dr. theol. Jean-Pierre Wils, Prof. Dr. theol. Kurt W. Schmidt, Dr. med. Thomas Sitte und Prof. Dr. jur. Volker Lipp (zugeschaltet per Videokonferenz) diskutierten über das komplexe Thema des assistierten Suizids und der Suizidprävention.

schritts lebensverlängernde Maßnahmen erhalten (biologisch), sich aber dennoch biografisch am Ende seines Lebens sehen. Dieser Konflikt führe zu Selbsttötungswünschen. Eine Assistenz sei notwendig, um selbstbestimmt in die eigene Biografie eingreifen zu können.

Diskussion

In der anschließenden Diskussion stellte Lipp auf Nachfrage noch einmal klar: Das deutsche Recht gehe davon aus, dass jeder Bürger freiverantwortlich sei und erst das Gegenteil bewiesen werden müsse –

es sei also nicht nötig, die Freiverantwortlichkeit im Vorfeld eines Suizids jedes Mal zu überprüfen. Schmidt verwies darauf, dass viele Menschen, die im US-Bundesstaat Oregon einen assistierten Suizid wünschten, weil sie kaum Abhängigkeit in ihrem Leben kannten und sich nicht vorstellen konnten, gepflegt zu werden. Dies gehöre aber durchaus zum Leben dazu, ohne diese Einstellung moralisch bewerten zu wollen. Sitte betonte, dass Suizidassistenten für ihn keine ärztliche Aufgabe sei. Für die palliativen Patienten wünsche er sich, dass über die hospiz-palliativen Möglichkeiten aufgeklärt werde und Men-

schen nicht wegen körperlichen Leidens in den Suizid getrieben würden. Einigkeit bestand bei den Referenten darin, dass Suizidwünsche enttabuisiert und die Suizidprävention gestärkt werden müsse.

Lukas Reus

Unter folgendem Kurzlink findet sich die vollständige Aufzeichnung des 163. Bad Nauheimer Gesprächs: <https://t1p.de/5wkcs>
Siehe auch „Interview zur palliativen Versorgung“, HÄBL 09/2024, S. 480.

Spendenaufruf: Ultraschallgeräte dringend benötigt

Der Hamburger Verein „Susila Dharma – Soziale Dienste“ setzt sich für soziale Gerechtigkeit und nachhaltige Entwicklung ein. Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt seit 2016 in der Demokratischen Republik Kongo, einem Land, das mit enormen gesundheitlichen Herausforderungen zu kämpfen hat. Der Zugang zu Gesundheitsdiensten ist in ländlichen Regionen stark eingeschränkt. Gemeinsam mit der Partnerorganisation „Susila Dharma Congo“ hat der Verein im Land eine Referenzklinik sowie vier Kinderstationen in kleineren Gesundheitszentren errichtet, was die medizinische Versorgung in diesen Regionen deutlich verbessert und neue Arbeitsplätze geschaffen hat. Die Umsetzung dieser Projekte wurde mit Unterstützung des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), durch private Spenden und ehrenamtliche Arbeit ermöglicht.



Klinik im Kongo: Medizinische Geräte werden dringend benötigt.

Trotz dieser Fortschritte bleibt der Bedarf an medizinischen Geräten hoch. Dr. med. Ursula Simon, Ärztin und Seniorexpertin aus Hessen, engagiert sich als Projektauftragte von Susila Dharma – Soziale

Dienste e. V. dafür, dringend benötigte Sachspenden zu organisieren. Ihr Fokus liegt auf Untersuchungsgeräten, die für die Ausstattung der Kliniken im Kongo notwendig sind. Derzeit sucht sie insbesondere zwei funktionstüchtige Ultraschallgeräte, die dringend für die Versorgung in kleineren Gesundheitszentren benötigt werden.

Wer das Projekt in der Demokratischen Republik Kongo unterstützen möchte, sei es durch Spenden oder die Bereitstellung medizinischer Geräte, kann sich direkt mit Simon per E-Mail in Verbindung setzen: info@susiladharmade (red)

Spendenkonto:

Susila Dharma Soziale Dienste e. V.
Verwendungszweck: Kongo-Projekte
Postbank Hamburg
IBAN: DE89 2001 0020 0048 4472 06
BIC: PBNKDEFF

Foto: Dr. med. Ursula Simon

Hepatische Nebenwirkungen nur noch selten

Replik zum CME-Artikel „Akute Schädigungen der Leber durch Arzneimittel, pflanzliche Heil- und Nahrungsergänzungsmittel“ von Dr. med. Michael Zieschang und Dr. med. Ulrich Rosien (HÄBL 11/2024, S. 596 ff, Nachdruck aus Arzneiverordnung in der Praxis AVP, Ausgabe 03/2023).

Mit großem Interesse haben wir den CME-Artikel im Hessischen Ärzteblatt zum Thema DILI (Medikamentöse Leberschädigung) gelesen. Auch wenn es sicher wichtig ist, Methotrexat (MTX) als potenziell hepatotoxisches Medikament zu thematisieren, so sind doch leider die gegebenen Hinweise und Empfehlungen für den Niedrigdosisbereich bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen eher dazu geeignet, die Kolleginnen und Kollegen zu verunsichern als den wesentlich weniger beängstigenden Stand der Dinge darzustellen.

Dabei sollte man gewahr sein, dass MTX unter anderem den Standard der Erstlinientherapie der rheumatoiden Arthritis und der Psoriasisarthritis darstellt, und wegen der insgesamt guten Verträglichkeit und Wirkung dafür unverzichtbar ist. Seit Einführung einer routinemäßigen Folat-Gabe am Tag nach der wöchentlichen MTX-Gabe sind hepatische Nebenwirkungen von MTX selten geworden. Dies wurde auch in prospektiven Studien gut belegt. Zu den einzelnen Punkten:

1. Die hier genannten Faktoren Alkohol, vorbestehende Lebererkrankung, Diabetes, Übergewicht und Hyperlipidämie beinhalten per se und auch bei jedem anderen Medikament, welches über die Leber verstoffwechselt wird, ein hohes hepatisches Risiko. Eine Fokussierung auf MTX ist somit nicht sinnvoll bzw. eher irreführend.
2. Keine der nationalen oder internationalen Leitlinien zur Therapie chronisch-entzündlicher Erkrankungen, vor allem in der Rheumatologie, beinhaltet die konkrete Empfehlung, nach 3500 mg MTX eine Elastographie, geschweige denn eine Leberbiopsie durchzuführen. Dies würde bei einer



Foto: © burdun – stock.adobe.com

Methotrexat (MTX) gilt als ein potenziell hepatotoxisches Medikament.

- Standarddosis von 15 mg/Woche bedeuten, dass nach Ihren Empfehlungen spätestens nach vier Jahren jede Patientin oder jeder Patient eine Leberbiopsie bekommen sollte. Seit der Einführung des MTX vor mehr als 30 Jahren und vielen 10.000 in unseren Ambulanzen und Kliniken selbst behandelten Patienten kennen wir weniger als zehn Patienten, bei denen tatsächlich eine Leberbiopsie durchgeführt werden musste. Auf der anderen Seite werden aktuell in Deutschland mehr als 500.000 Menschen mit MTX behandelt, was diese Empfehlung komplett unrealistisch macht und das schon aus hepatologischer Sicht aufgrund der personellen und zeitlichen Ressourcen gar nicht zu schaffen wäre.
3. Dazu kommt, dass die Leberbiopsie ihren Stellenwert durch die Etablierung nicht invasiver Scores (FIB-4 oder NFS) für die Fibrose oder die ultraschallbasierte Elastographie weitgehend verloren hat.
 4. Wöchentliche und zwei wöchentliche Kontrollen der Leberwerte nach MTX-Initiierung werden in der Regel durch die hausärztliche Versorgung nicht durchgeführt, auch die Rheumatologen können das nicht leisten. Die Wartezeiten in der Facharztversorgung gehen weit über 14 Tage hinaus. Noch

häufigere Untersuchungen wie sie im Beipackzettel empfohlen werden, sind also realitätsfremd, und werden bzw. können routinemäßig nicht durchgeführt werden und setzen nur die Kolleginnen und Kollegen unnötig unter Druck. Selbstverständlich kann und werden bei hepatischen Risikokonstellationen die Kontrollintervalle entsprechend individuell angepasst.

5. Nach allen nationalen und internationalen Leitlinien ist eine geringfügige Erhöhung der Transaminasen (bis zum 2- bis 3-fachen der Norm) auch langfristig tolerierbar. Aus diesen Gründen muss den Patientinnen und Patienten auch keine komplette und sozial isolierende dauerhafte Alkoholkarenz auferlegt werden.
6. Viele Patienten sind auf Statine, Antibiotika oder auch Antihypertensiva permanent oder in Abständen angewiesen. Diese Medikamente sind fast alle potenziell lebertoxisch, da sie hepatisch abgebaut werden. Diese Präparate sollten jedoch MTX-Patientinnen und Patienten nicht vorenthalten werden. Möglicherweise waren im Artikel eher wohl nicht erforderliche Therapeutika (PPI- oder NSAR-Dauertherapie) gemeint.

Des Weiteren erschließt sich nicht, wie der ebenfalls sehr häufig angewendete

CD20 Antikörper (on label z. B. rheumatoide Arthritis, Granulomatose mit Polyangiitis) indirekt eine Leberfibrose begünstigen sollte. Rituximab kann zwar theoretisch durch die Reaktivierung einer Hepatitis B lebergefährlich werden. Hierüber muss und wird aber im Vorfeld zwingend aufgeklärt werden (sofern es nicht sowieso therapeutische Alternativen gibt) und im Zweifelsfall eine antivirale Thera-

pie mit Tenofovir (früher Lamivudin) eingeleitet werden. Unter der antiviralen Therapie ist dieses Risiko nicht mehr vorhanden.

Zudem müsste diese „indirekte“ Hepatotoxizität dann für alle anderen Biologika und Immunsuppressiva genauso gelten und auch einzeln, denn die meisten können vergleichbar eine Virushepatitis (re)aktivieren.

Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner
 Professur für Innere Medizin
 und Rheumatologie
 Justus-Liebig Universität Gießen;
 Ärztlicher Direktor, Abteilung für
 Rheumatologie
 und Klinische Immunologie,
 Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim,

Prof. Dr. med. Elke Roeb
 Professur für Innere Medizin,
 Gastroenterologie und Hepatologie
 Justus-Liebig Universität Gießen

Prof. Dr. med. Christoph Fiehn
 Sprecher der Kommission
 Pharmakotherapie
 der Deutschen Gesellschaft
 für Rheumatologie
 und Klinische Immunologie e. V. (DGRh)

Kontakt per E-Mail via: haebl@laekh.de

Antwort der Autoren

Zu dieser Replik teilen die Autoren Dr. med. Michael Zieschang und Dr. med. Ulrich Rosien folgendes mit: „In dem Passus unseres Beitrags, der den Einsatz von Methotrexat behandelt, wird nicht vor den Einsatz dieser Substanz gewarnt. Sie ist u. a. in der Rheumatologie nicht verzichtbar. Eine erhöhte Aufmerksamkeit im Einsatz der Substanz bezogen auf mögliche Leberschädigung ist trotzdem oder gerade aufgrund der klinischen Bedeutung angezeigt. Auch die amerikanische Gesellschaft der Rheumatologen¹ spricht sich für den Einsatz von Methotrexat aus, stellt dem aber die entsprechenden Empfehlungen hinzu, die in dem Artikel zitiert wurden.“

¹ Fraenkel L, Bathon JM, England BR et al.: 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken) 2021; 73: 924–939.



Save the Date

Foto: Katja Möhrle



Foto: Massimo Crivellari



Foto: Katja Möhrle

55. Internationaler Seminarkongress

24.08.–29.08.2025 in Grado/Italien



Foto: Fabio Parenzan

Themen u.a.:

- Notfallmedizin in besonderen Situationen
- Ethische Herausforderungen beim ärztlichen Handeln
- Gynäkologie und Reproduktionsmedizin
- Angepasste Pharmakotherapie an Alter und Geschlecht

Veranstalter:



CMIG e.V.

Kontakt:

Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
 CMIG e.V.
 c/o Bundesärztekammer
 10623 Berlin, Herbert-Lewin-Platz 1
 Fon: +49 (0)1717793484
 E-Mail: kontakt@cmig.de
www.cmig.de

Fortbildungen und Weiterbildung

Foto: © Kwangmozaa – stock.adobe.com



[Mehr erfahren](#)

Intensiv-Seminar Diabetologie

Praxisnahes Seminar mit Impulsvorträgen, Fallbeispielen und Fallbearbeitungen in Kleingruppen: die Ausrüstung für eine moderne, patientenorientierte Therapie!

In zwölf Unterrichtseinheiten werden die für den Praxis- und Klinikalltag grundlegenden Themen der Diabetologie gemeinsam erarbeitet. Dabei werden Sie von den Referentinnen und Referenten aus Kliniken und diabetologischen Schwerpunktpraxen über den gesamten Zeitraum begleitet.

Termin: 07.–08.02.2025
Punkte: 16
Gebühr: 259,00 €
 233,10 €*
Kontakt: adiela.candelo-roemer@laekh.de

Aktuell und Interdisziplinär

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
04.12.2024	HPV-Impfung	Impfquoten bei HPV-Vorsorge erhöhen – Live-Online-Fortbildung für Niedergelassene Kontakt: katja.baumann@laekh.de	3	25,00 €
07.12.2024	Haftung und Haftungsausschluss	Live-Webinar zum Thema „Haftung und Haftungsausschluss im Berufsalltag“ Kontakt: laura.wahl@laekh.de	4	112,00 € 100,80 €*
31.01.–17.05.2025	Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin	Basiskurs: Modul 1 (A-C) der Kurs-Weiterbildung Sexualmedizin Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	40	1.295,00€ 1.165,50 €*

Chirurgie

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
25.01.2025	Vorbereitungsseminar Fachärztin/Facharzt Unfallchirurgie und Orthopädie	Teil 1: Unfallchirurgie – Verletzungen der Extremitäten Kontakt: katja.baumann@laekh.de	10	280,00 € 252,00 €*



Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

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

Hygiene, Infektiologie, Öffentliches Gesundheitswesen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
26.02.2025	HBA-Refresher „Rehabilitation“	Refresher gemäß hessischer Hygieneverordnung. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	auf Anfrage	231,00 € 27,90 €*
03.–20.03.2025	Krankenhaushygiene	Modul 1: Hygienebeauftragter Arzt/ Hygienebeauftragte Ärztin Kontakt: heike.cichon@laekh.de	40	1.153,00 € 1.037,70 €*
17.–21.03.2025	Antibiotic Stewardship (ABS)	Modul 3: Aufbaukurs ABS Kontakt: heike.cichon@laekh.de	40	1.271,00 € 1.143,90 €*

Kinder- und Jugendmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
12.03.2025	Pädiatrie „State of the Art“	Hybrid-Veranstaltung Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	auf Anfrage	92,00 € kostenfrei*

Notfall- und Intensivmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
13.–15.03.2025	Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)	Primärmaßnahmen im Notfalldienst, rechtliche Aspekte, praktische Übungen Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	26	683,00 € 614,70 €*
31.03.–04.04.2025	52. Intensivmedizinisches Einführungsseminar	Zur Vorbereitung auf die praktischen Bedürfnisse im Alltag der Intensivmedizin Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	auf Anfrage	970,00 € 873,00 €*

Neurologie

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
03.–05.12.2024	Repetitorium Neurologie Modul II	Vorbereitung auf die Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	22	423,50 € 381,15 €*

Psychosomatische Medizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
24.–25.01.2025	Curriculum Psychosomatische Grundversorgung	Block I Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	auf Anfrage	365,00 €328,50 €* €*

Schmerztherapie

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
28.02.–01.03.2025	Kurs-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie	Modul I: Grundlagen der Schmerztherapie Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	20	459,00 € 413,10 €* €*

Strahlenschutz

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
08.02.2025	Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte	Kenntniskurs: Theoretische Unterweisung Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	auf Anfrage	133 € 119,70 €* €*
08.02.2025	Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte	Kenntniskurs: Praktische Unterweisung Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	auf Anfrage	111,00 € 99,90 €* €*

Transfusionsverantwortlicher/ Transfusionsbeauftragter/Leiter Blutdepot

Mit der erfolgreichen Teilnahme an diesem Kurs wird die Qualifikation als Transfusionsbeauftragter bzw. -verantwortlicher und für die Leitung eines Blutdepots erworben.

Der Kurs findet in Kombination aus E-Learning und Live-Online statt.

Termin: 22.01.–07.02.2025
Punkte: auf Anfrage
Gebühr: 462,00 €
 415,80 €*
Kontakt: heike.cichon@laekh.de



Foto: © Elnur – stock.adobe.com



[Mehr erfahren](#)



[Mehr erfahren](#)

Seminar Leitender Notarzt

Qualifikationsseminar zum Leitenden Notarzt

Das Seminar „Leitender Notarzt“ verlangt 40 Unterrichtseinheiten. Der Kurs setzt diese Vorgabe in einer dreitägigen Präsenzveranstaltung und einem Online-Lehrgang mit zwölf Unterrichtseinheiten um.

Während der vierwöchigen Telearnphase arbeiten die Teilnehmenden online individuell und unabhängig.

Termin: 19.02.–22.03.2025

Punkte: 40

Gebühr: 1.130,00 €

1.017,00 €*
*

Kontakt: patrizia.glitsch@laekh.de

Suchtmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
17.01.2025	Suchtmedizinische Grundversorgung	Modul I: Grundlagen Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	6	155,00 € 139,50 €* *

Transfusionstherapie

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
22.01.–12.02.2025	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie	Gewinnung von Blut (-bestandteilen) und Anwendung von Blutprodukten (40 UE) Kontakt: heike.cichon@laekh.de	auf Anfrage	1.165,00 € 1.048,50 €* *

Tranplantationsmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
24.02.2025	Curriculum Transplantationsbeauftragte Ärztin/Transplantationsbeauftragter Arzt	Teilnehmende werden dazu befähigt, die Organspende als gemeinschaftliche Aufgabe und Bestandteil des Versorgungsauftrages in den Krankenhäusern zu etablieren. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	33	866,00 € 779,40 €* *

Ultraschall

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
24.–25.01.2025	Ultraschallkurs B-Mode-Sonografie – Abdomen und Retroperitoneum	Grundkurs nach den Richtlinien der DEGUM und der KBV Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	auf Anfrage	882,00 € 793,80 €*
20.–22.02.2025	Ultraschallkurs Gefäße	Interdisziplinärer Grundkurs – periphere, zerebrale und abdominelle Gefäße Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	auf Anfrage	847,00 € 762,30 €*

Willkommen in der Akademie

Bildung schafft Zukunft: Jede Ärztin, jeder Arzt, jede Studentin und jeder Student der Medizin ist eingeladen, Förderin bzw. Förderer zu werden. Sie fördern damit die freiwillige, produktneutrale und industrieunabhängige ärztliche Fortbildung in Hessen.

Jetzt Förderin oder Förderer der Akademie werden!

Mehr als 4.000 Förderinnen und Förderer schenken der Akademie bereits ihr Vertrauen. Genießen auch Sie die Vorteile einer Förderung – als Studierender bzw. Studierende der Medizin sogar beitragsfrei!

Nähere Infos finden Sie auf der Website unter www.akademie-laekh.de

Kontakt:

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung
Carl-Oelemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-200
Fax: 06032 782-220
E-Mail: akademie@laekh.de
www.akademie-laekh.de

* reduzierter Beitrag für Förderer der Akademie

Besuchen Sie uns auch auf Social Media



@landesärztekammer_hessen



@LAEKHpresse



@LAEKHessen



@landesaeztekammerhessen



www.laekh.de/fobiapp

Finden Sie die Veranstaltung,
die Sie weiterbringt!



[Mehr erfahren](#)



Veranstaltungen

Foto: Michelle Schönbein



[Mehr erfahren](#)

Ernährungsmedizin

Der Qualifizierungslehrgang im Blended-Learning-Konzept wird auf Grundlage des Fortbildungscurriculums der Bundesärztekammer durchgeführt.

Inhalte:

- Überblick über Ernährungs- und Stoffwechselfysiologie
- Ernährungspyramide nach Vorgabe der Deutschen Gesellschaft für Ernährung
- Ernährung in besonderen Lebensabschnitten
- Krankheitsbilder und mögliche ernährungstherapeutische Maßnahmen
- Angewandte Ernährungsmedizin
- Kooperation und Koordination
- Moderation

Termine ERM: Beginn 25.03.2025
Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
Kontakt: julia.werner@laekh.de

Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 30.01.2025	Nicht-ärztliche Praxisassistentenz (NäPa) 271 Stunden	Nichtärztliche Praxisassistenten und Praxisassistentinnen unterstützen Haus- und Fachärzte bei der Versorgung der Patienten in der häuslichen Umgebung. Informieren Sie sich zum Fortbildungsumfang auf unserer Website. Kontakt: karin.jablotschkin@laekh.de	1.925 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
ab 06.03.2025	Fachwirtin/Fachwirt für ambulante medizinische Versorgung (Geprüfte/-r Berufsspezialist/-in)	Die höherqualifizierende Berufsbildung baut auf dem Wissen der MFA auf und qualifiziert in den Bereichen Praxismanagement, Teamführung und Medizin weiter. Auf unserer Website finden Sie weitere Informationen über den Aufbau des Pflichtteils und die möglichen Wahlteile. Kontakt: karin.jablotschkin@laekh.de	2.500 € (Pflichtteil) zzgl. Prüfungsgebühren



Fortbildungen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
19.02.2025 28.03.2025 12.05.2025	Einführung in die Tumordokumentation (ONK A 4) 7 Stunden	Die eintägige Fortbildung findet in Zusammenarbeit mit dem Hessischen Krebsregister statt. Sie gibt MFA und Personen mit einer vergleichbaren medizinischen Ausbildung eine praktische Einweisung in das Meldeportal. Kontakt: julia.werner@laekh.de	125 €
15.03.2025	Aktualisierungskurs „Kenntnisse im Strahlenschutz“ (STR A) 8 Stunden	Ziel der Veranstaltung ist die Aktualisierung der Fachkunde und erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz nach § 49 Abs. 3 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV). Wurde die Frist zur Aktualisierung versäumt, kann der Sonderkurs mit 16 Stunden besucht werden (Gebühr und Info siehe Website). Kontakt: ilona.preuss@laekh.de	125 €
29.03.2025	Aggression im Praxisalltag – Lösungsstrategien im Praxisalltag (PAT 23) 8 Stunden	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen sind stressigen Alltagssituationen ausgesetzt. Die Fortbildung erweitert die Kommunikationskompetenz für herausfordernde Gesprächssituationen. Kontakt: zakia.ahmad@laekh.de	125 €

Prüfungstermine

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 22.03.2025	Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende zur/zum MFA (PVK) 8 Stunden	Die Termine für die Kurse zur gezielten Vorbereitung auf die Sommerprüfungen 2025 sind da! Alle Informationen und Termine finden Sie auf unserer Website. Kontakt: claudia.hell-kneipp@laekh.de	siehe Website

Kontakt:

Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen
Carl-Oelemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-100
Fax: 06032 782-180

E-Mail: verwaltung@laekh.de

www.carl-oelemann-schule.de

Wir qualifizieren Sie weiter.

Mehr erfahren unter
<https://www.laekh.de/fuer-mfa/fortbildung-fuer-mfa>



@landesärztekammer_hessen



@LAEKHessen



**Finden Sie die Veranstaltung,
die Sie weiterbringt!**

[Mehr erfahren](#)

Kooperation für Hilfsprojekt

Persönlicher Bericht über Plastische Chirurgie und Orthopädie in Burkina Faso

Dr. med. Ruth Alamuti-Ahlers berichtet vom fünften Einsatz des Teams von Interplast im südlichen Burkina Faso, in Leo, im März 2024. Erstmals arbeiteten plastische Chirurgen und Orthopäden dort Hand in Hand.

Das Centre Medical Sedogo, gegründet von der Freiburger Nichtregierungsorganisation (NGO) „Operieren in Afrika e. V.“, bietet seit 2014 medizinische Versorgung in verschiedenen Fachbereichen, darunter Chirurgie, Urologie und Gynäkologie. Doch es sind nicht nur die beeindruckenden medizinischen Herausforderungen oder die begrenzte Ausstattung, die einen bleibenden Eindruck hinterlassen. Als ich am letzten Abend des Einsatzes die beiden neuen Teammitglieder fragte, was sie am meisten bewegt habe, kam die Antwort ohne Zögern: „die Menschen“. Es sind die herzliche Gastfreundschaft und das unermüdliche Engagement des örtlichen Teams, das selbst nach der langen Corona-Pause in voller Stärke weiterarbeitet – ein Zeugnis außergewöhnlicher Hingabe.

Wie es zum Kombi-Einsatz kam

Bereits seit 2018 wurden wir vom Klinikleiter und Einsatzkoordinator Omar mehrfach gefragt, ob wir denn nicht als weitere Disziplin, neben Augenheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie Neurochirurgie, auch neu Orthopädie beziehungsweise Unfallchirurgie einführen könnten. Der Bedarf aufgrund von unbehandelten Hüftdysplasien, unversorgten Unfällen und Hüftkopfnekrosen bei Sichelzellanämie sei riesig. Über fünf Jahre hatten wir dies in Anbetracht der suboptimalen hygienischen Bedingungen, des logistischen Aufwands und der immens höheren Kosten verneint. Doch aufgrund eines 2023 zusätzlich eingerichteten OP-Saals und wegen der vielen Bedürftigen, die uns immer wieder begegnet sind, sowie nicht zuletzt wegen des privaten Kontakts zu Dr. med. Ingo Tusk, Chefarzt der Klinik für Sportorthopädie und Endopro-

thetik der Frankfurter Rotkreuzklinik, der bereits Erfahrung mit Endoprothetik-OPs in Afrika hatte, haben wir uns nun doch erstmals auf einen Endoprothesen-Einsatz eingelassen. Ein verbreitetes Problem sind großflächige Verbrennungen, die sich die Menschen durch das Kochen am offenen Feuer zuziehen. Diese werden oftmals nicht behandelt und das vernarbte Gewebe kann die Beweglichkeit einschränken. Den Menschen in Burkina Faso fehlt das Geld, da es in dem westafrikanischen Land kein umfassendes, solidarisches Gesundheitssystem gibt. Außerdem fehlt oft auch die fachärztliche Versorgung. In manchen Facharztrichtungen gibt es in dem Land mit über 23 Millionen Einwohnern gar keine oder nur vereinzelt Ärztinnen und Ärzte. Die Facharztweiterbildung in Burkina Faso erfordert unter anderem einen Auslandsaufenthalt. Naturgemäß können sich dies sowieso nur wenige junge Menschen leisten und viele angehende Ärzte wandern aufgrund der Perspektiven gleich aus.

Vorbereitung ist das halbe Leben

Mit deutlicher innerer Anspannung ging bereits die Hinreise los, da wir nicht nur kiloweise Übergepäck durch knapp 30 Hüftprothesen und die zugehörigen Instrumentarien zu transportieren hatten, sondern auch die Sorge, dass die Kommissionware beschädigt oder im Zoll einbehalten wird. Dank guter administrativer Vorarbeit durch Omar vor Ort und ein Bestätigungs-/Einladungsschreiben des Gesund-



Das Team (von links): Giulio Marinello, Nuzha Lahoueque, Dr. med. Ingo Tusk, Dr. med. Ruth Alamuti-Ahlers und Dagmar Grosse-Wilde.

heitsministeriums von Burkina Faso verlief jedoch alles glatt und alle Endoprothesen und Materialien kamen nicht nur durch die Röntgenkontrolle, sondern auch unbeschadet in der Klinik in Leo an.

Die Sicherheitslage im Land ist nach einem Militärputsch im Jahr 2022 und andauernden Anschlägen von islamistischen Terrormilizen angespannt. Auf dem Weg in den Süden des Landes mussten wir drei Kontrollposten des Militärs passieren, die unseren Wagen kontrollierten. Ein mulmiges Gefühl ist natürlich mit dabei, immer wieder uniformierte Männer mit Maschinengewehren zu passieren, aber letztendlich konnten wir ohne Komplikationen unseren Einsatzort erreichen.

Für uns waren zwei Patientenlisten erstellt worden: eine für plastisch-rekonstruktive Fälle, hauptsächlich große Weichteiltumore und Verbrennungskontraktionen und eine andere, mit anfangs bewusst geringerer Zahl, für unseren orthopädisch-endoprothetischen Piloteinsatz. Wir haben dennoch am ersten Tag alle Patienten gemeinsam im Team mit der einheimischen Chirurgin und einem einheimischen Orthopäden angeschaut und die Indikationen besprochen, außer-

dem alle in unsere digitale Patientenarchivierungsdatenbank aufgenommen.

Es zeigte sich, dass die präoperative Röntgendiagnostik bei Hüftgelenksarthrosen nicht genormt war, so dass sich die präoperative Größenabschätzung für Prothesen als nicht verlässlich erwies. Von circa 30 auf Kommission mitgebrachten Prothesen verschiedener Größen konnten letztendlich nur vier implantiert werden, da die Knochenmaße doch zarter ausfielen als erwartet und fast alle unserer Prothesen schlichtweg zu groß waren. Zahlreiche Patienten mussten deshalb auf den nächsten Einsatz vertröstet werden. Die nicht genutzten und steril verpackten Prothesen konnten wir aber wieder mit nach Deutschland nehmen. Gleichzeitig wurden uns zahlreiche traumatologische Fälle vorgestellt, so dass der noch recht neue, erst kürzlich in Betrieb genommene zweite OP-Saal dennoch gut ausgelastet war. Auch von Seiten der Hygiene gab es keine Probleme, da wir im großen Teamgespräch am ersten Morgen auf höhere Hygieneanforderungen im orthopädischen Saal hingewiesen hatten und diese sehr konsequent befolgt wurden.

Insgesamt verlief der Einsatz ein wenig ruhiger als gewohnt, möglicherweise der Zeitplanung geschuldet: Wir waren zeitgleich mit Beginn des Fastenmonats Ramadan angekommen und einige Mitglieder des sehr offenen und von Religionsvielfalt und Toleranz geprägten örtlichen Teams haben streng gefastet. Letztendlich haben wir 34, teils umfangreiche, Operationen an fünf OP-Tagen durchgeführt. Eine junge Frau kam sogar extra aus dem be-



Keloidtumor am Ohr und Hals, Zustand nach Resektion und Ohrmuschelrekonstruktion sowie Vollhauttransplantation.



alle Fotos (4): Interplast e. V.

nachbarten Ghana für ihre OP angereist. Ein ständiges Problem ist die sandige Luft, in erster Linie durch die zahlreichen Lehmstraßen verursacht. Dadurch haben viele Menschen Beschwerden mit ihrer Lunge. Hier ist besondere Vorsicht und Erfahrung bei der Anästhesie gefragt.

Parallel organisierten wir eine umfassende Schulung für die örtlichen Röntgenassistenten, um mithilfe einer von uns gespendeten genormten Metallkugel eine verlässliche Planung der mitzubringenden Hüftimplantate im nächsten Einsatz zu ermöglichen.

Ausblick und Fazit

Sowohl für die plastische Chirurgie als auch die Orthopädie stehen erste Fälle bereits auf den Patientenlisten und ein Folgeinsatz in der bewährten Fächerkombination ist bereits für 2025 geplant. Unter den dortigen Bedingungen ist Endoprothetik sicher durchführbar, die Ein-

satzkosten erhöhen sich jedoch durch den Mehraufwand insgesamt um Zweidrittel (auf 1.000 Euro je Patient). Zudem sind Visa für NGOs derzeit in Burkina Faso nicht mehr kostenlos und in der Arbeitserlaubnis ist explizit vermerkt, dass sie nur Gültigkeit haben, wenn ein einheimischer Arzt aus dem Fachgebiet konsequent begleitet (was in der praktischen Umsetzung auch schon früher immer der Fall war). Weitere derartige Kombi-Einsätze sind für die Zukunft geplant und sinnvoll, da Routine die Sicherheit erhöht. Allerdings sind wir aufgrund der gestiegenen Kosten noch stärker auf Unterstützung durch Spenden angewiesen.

Dr. med. Ruth Alamuti-Ahlers

Fachärztin für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie
Sektionsleitung Rhein-Main
von Interplast Germany e. V.
E-Mail: rutha@interplast-germany.de
www.interplast-germany.de



Dr. med. Ingo Tusk ist zufrieden: Die Patientin läuft erste Schritte nach Implantation einer Hüftgelenkendoprothese.

Interplast Germany e. V.

1980 wurde der Verein Interplast-Germany von dem plastischen Chirurgen Prof. Dr. med. Gottfried Lemperle gegründet. Über die Jahre ist der Verein stetig gewachsen und umfasst mittlerweile über 2.000 Mitglieder. Die aktiven Mitglieder stammen aus verschiedenen Berufen und Fachrichtungen aus dem medizinischen Bereich. Der Verein unterteilt sich in 13 Sektionen, die ihre eigenen Einsätze organisieren. Im Jahr 2023 machen

sich die Interplast-Experten zu 76 Auslandseinsätzen auf, bei denen sie 3.138 mal operieren. Die Einsatzländer haben sich von Asien zunehmend auf Afrika konzentriert, da viele asiatische Länder mittlerweile weniger Hilfe benötigen. Gesucht werden vor allem Anästhesisten, die am besten schon Erfahrung in Afrika gesammelt haben und sich die komplizierteren Einsätze zutrauen. Spenden sind unter Spendenkonto Sparkasse Rhein-Nahe IBAN DE78 5605 0180 0017 0618 88 willkommen. (red)

Migrantenmedizin: Kulturelle Vielfalt und Kommunikation

Dr. agr. Dr. med. Rahim Schmidt

Nachdruck aus dem Ärzteblatt Rheinland Pfalz, 10/2024, S. 17–19. Weiterer Beitrag „Interkulturelle Aspekte bei Patient:innen mit Migrationsbezug“ siehe HÄBL 06/2022.

In unserer kulturell vielfältigen Gesellschaft erfordert die medizinische Versorgung nicht nur sprachliche und kommunikative Fähigkeiten, sondern auch ein tiefes Verständnis für die soziokulturellen und religiösen Vorstellungen von Migrantinnen und Migranten. Strukturelle Veränderungen, ein effizienterer Ressourceneinsatz sowie die stärkere Einbindung von Ärztinnen und Ärzten mit Migrationshintergrund sind notwendig, um transkulturelle Kompetenzen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens zu etablieren. Eine geschulte und kultursensible Kommunikation in der Migrantenmedizin kann die Autonomie der Patientinnen und Patienten fördern, Fehler reduzieren und Kosten senken.

Menschen mit Migrationshintergrund bringen häufig ein anderes Verständnis von Krankheit mit, haben andere Erwartungen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und benötigen teilweise unterschiedliche Dosierungen von Medikamenten. Hinzu kommen häufige Antibiotika-Resistenzen und eine andere regionale Verbreitung von Erkrankungen. Diese Faktoren im Hinterkopf zu behalten, kann „Überdiagnostik“ und „Übertherapie“ minimieren und somit Zeit und Ressourcen schonen. Dabei sollte jedoch stets berücksichtigt werden, dass es nicht „die eine Kultur“ gibt; jede Patientin und jeder Patient muss als individuelle Person mit eigenen Besonderheiten behandelt werden. Die genannten Beispiele sollen als Denkanstöße für ein differenziertes ärztliches Handeln dienen. Eine kultursensible Sprache und Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung verleihen uns die Sicherheit, Menschen fachlich kompetent zu helfen.

Gesundheitssysteme sind unterschiedlich

Flüchtlinge und Menschen mit Migrationshintergrund hatten in ihren Herkunftsländern oft nur eingeschränkten Zugang zu Gesundheitssystemen, insbesondere in der Unterschicht und der unteren Mittelschicht. Präventive Maßnahmen waren meist kaum verfügbar. Wenn es überhaupt zu einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem kam, war dieser häufig von kurzer Dauer und konzentrierte sich auf das Wesentliche – Vorschriften, Medikamente und Infusionen. Aufklärung, Nachsorge, ambulante und stationäre Terminorganisation sowie Erfahrung im Umgang mit chronischen Erkrankungen wie Bluthochdruck und Diabetes mellitus waren oft nicht vorhanden. Einige Menschen aus abgelegenen Regionen sehen in Deutschland möglicherweise zum ersten Mal in ihrem Leben einen Arzt.

Diese Umstände führen oft zu einem hohen Respekt vor Ärztinnen und Ärzten, verbunden mit einem teilweise passiven Verhalten der Patientinnen und Patienten. Eine vorausgehende Patientenschulung durch die Krankenkassen wäre hier sinnvoll und könnte langfristig Kosten sparen. Unterschiedliche Erwartungen und ein anderes Krankheitsverständnis verursachen zusätzliche Kosten, wenn sie in der medizinischen Versorgung nicht richtig berücksichtigt werden.

„Alles tut weh“: Ein anderes Verständnis von Krankheit

Menschen mit Migrationshintergrund haben oft ein anderes Verständnis von Krankheit und suchen deshalb häufiger die Notfallmedizin auf, da sie akuten Schmerz als Bedrohung wahrnehmen. Zudem neigen sie bei psychischer Belastung oft zu somatischen Beschwerden. In verschiedenen Kulturen werden sozialpsychologische Konflikte und Belastungen in unter-

schiedlichen Organen verortet, was die Diagnostik erschweren kann. So ist im Iran die Leber das Organ, das bei Stress, Trauer oder Verlust „brennt“. Die amerikanische Medizinjournalistin Lynn Payer stellte fest, dass Deutsche im Vergleich zu Briten und Franzosen vier- bis sechsmal häufiger Herzmedikamente verschrieben bekom-



men, da sie ihre Trauer im Herzen tragen – dem Ort der Liebe. Freud und Leid, Trauer, Partnerverlust und Einsamkeit können Angina pectoris-ähnliche Beschwerden hervorrufen. Hier ist weitere kulturübergreifende Forschung notwendig.

In kollektivistischen Familiengesellschaften betrachten Menschen ihren Körper ganzheitlich („alles tut weh“), was die Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung erschwert. Sie fühlen sich krank und erwarten Zuwendung und Fürsorge von der Familie und den Ärztinnen und Ärzten. Nicht selten werden Infusionen, Schmerzmittel und Antibiotika erwartet, selbst bei leichten Erkältungen. Nach einer Untersuchung und einem aufklärenden Gespräch fragen sie häufig nach Medikamenten. Ärztinnen und Ärzte sollten deshalb stets untersuchen und beruhigen: „Ihre Vitalparameter, Herz und Lungen

sind gesund. Ein Medikament würde Ihnen in dieser Situation eher schaden. Lieber inhalieren und einen Kräutertee mit Honig trinken, um Nebenwirkungen zu vermeiden.“ Nach einem empathischen Gespräch ist die Erwartungshaltung oft geringer. Während der Krankheitsphase wird der Patient oder die Patientin oft von Familienmitgliedern und Freunden besucht. In der deutschen Kultur zieht man sich als Kranker eher zurück, um Ruhe zu finden. Die Betonung auf das Leiden ist auch der Wunsch, ernstgenommen zu werden und Unterstützung zu erhalten, da in den Herkunftsländern oft die Versorgungsstrukturen und finanziellen Mittel fehlen. Deshalb



sollte jede Patientin und jeder Patient ernstgenommen, untersucht und die positiven Befunde sowie vorhandenen Ressourcen wie Nichtrauchen oder wenig Alkoholkonsum positiv kommuniziert werden.

Regionale Häufigkeiten von Erkrankungen

Das Wissen über regionale Häufigkeiten von Erkrankungen kann helfen, schneller zu einer Diagnose zu gelangen. Beispielsweise kann Laktoseintoleranz, die bei jüngeren Menschen aus dem Mittelmeerraum häufiger vorkommt (70 Prozent im Vergleich zu 13–14 Prozent in Deutschland), typische Beschwerden verursachen, die zu Überdiagnostik wie einer Gastroskopie führen können. Weitere Beispiele sind Mittelmeerfieber, Thalassämie minor

in Asien und Zentralafrika, Glaukom in Zentralafrika oder Hüftdysplasien bei Kindern aus der Türkei aufgrund bestimmter Wickeltechniken. Bei beschnittenen Frauen können Spätfolgen wie wiederkehrende Harnwegsinfektionen und Schmerzen auftreten.

Muslime in der Versorgung

Bei muslimischen Patientinnen und Patienten, die nach den „fünf Säulen“ des Islams leben, ist das jährliche Fasten zu beachten. Besondere Vorsicht ist bei bestimmten Erkrankungen und Situationen geboten, wie bei Gastritis, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Schwangerschaft, Reisenden, älteren Menschen und Kindern. Gemäß ihrem Glauben dürfen sie weder sich selbst noch anderen schaden, ähnlich wie beim Verzicht auf Alkohol und Drogen. Manchmal äußern muslimische Patientinnen und Patienten den Wunsch, nur von einem Mann oder einer Frau behandelt zu werden. Dies lässt sich oft durch ein kurzes Gespräch klären, etwa mit dem Hinweis, dass das Personal knapp bemessen ist.

Beziehungsaufbau als Grundlage für kultursensible Kommunikation

Für ein erfolgreiches Arzt-Patienten-Gespräch ist eine vertrauensvolle Beziehungsebene entscheidend. Ein Beispiel aus der Praxis: Begrüßen Sie den Patienten freundlich und bitten Sie ihn, Platz zu nehmen (zwei Worte in der Muttersprache

des Patienten können die Atmosphäre auflockern und Vertrauen schaffen). Stellen Sie Blickkontakt her und stellen Sie eine geschlossene Frage, wie zum Beispiel: „Geht es der Familie gut?“ Zeigen Sie Verständnis und Mitgefühl; es geht zunächst nicht um Pathologie oder Medizin, sondern um die Wahrnehmung des Menschen. Auf dieser positiven Beziehungsebene kann das Gespräch auf die Sachebene übergehen. Fragen Sie den Patienten: „Was ist heute Ihr Hauptanliegen?“ Lassen Sie den Patienten drei Minuten lang erzählen und zeigen Sie Verständnis. Erfassen Sie, worum es geht: Körper, Psyche, beides, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder etwas anderes? Geben Sie dann den Ablauf der Sitzung vor, untersuchen Sie den Patienten je nach Verdachtsdiagnose kurz und erläutern Sie den nächsten Schritt. Verabschieden Sie sich verbal freundlich. Studien haben gezeigt, dass eine empathische Sprache nicht nur die Motivation, das Vertrauen und die Compliance fördert, sondern auch Fehler und Kosten senken kann.

Kommunikationsschwierigkeiten überwinden

Unzureichende Kommunikation sowie zunehmende Sprachbarrieren (auch bei Hygienepersonal im Krankenhaus) gefährden die Patientensicherheit. Patientenkommunikation und Patientensicherheit sind eng miteinander verknüpft und bilden das Fundament für Qualitätsmanage-

Biografisches

Im Jahr 1978 verließ **Dr. agr. Dr. med. Rahim Schmidt** den Iran, um in Deutschland zu studieren. Seit 2020 arbeitet er als Facharzt für Allgemeinmedizin und Stell. Leiter der Allgemeinarztpraxis am Campus im Universitätsklinikum Mainz. Er lehrt als Dozent an der Universitätsklinik in Marburg. Auch politisch war Schmidt aktiv: Zwischen 2011 und 2016 war er Mitglied des rheinland-pfälzischen Landtags – als erster Landtagsabgeordneter mit Migrationshinter-



grund in Rheinland-Pfalz. Dort war er u. a. Initiator der Gründung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz als erstes Bundesland in Deutschland. In seinem Buch „Interkulturelle Medizin, Kommunikation und Transkulturelle Kompetenz“ (siehe Buchtipps) regt er zum Nachdenken über Vorurteile und Werte an und zeigt auf, wie Sprache und Kommunikation bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund professionell eingesetzt werden können.



ment und Arzneimittelsicherheit in der medizinischen Versorgung. Nicht nur die Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten, sondern auch die Kommunikation innerhalb des Teams ist wichtig. Häufige Fehler treten oft bei Übergängen auf, wie zum Beispiel bei Entlassungen, die sich auf die anschließende ambulante Medikation und die weitere Versorgung auswirken. Kommunikation in der Migrantenmedizin ist eine Übersetzungsarbeit, die Zeit und Geduld erfordert – eine Herausforderung, der sich unsere Kolleginnen und Kollegen sowie das medizinische Personal jeden Tag mit großer Leidenschaft und Engagement stellen. Gespräche und menschliche

Beziehungen können wie Medizin wirken und sind ein Dialog zwischen unterschiedlichen kulturellen Perspektiven.

Die Sprache ist oft zweideutig, indirekt, verallgemeinernd und in Form von Anekdoten, was die Anamnese erschweren kann. Damit möchte der Patient eine direkte Ablehnung vermeiden. Auch unter ärztlichen Kollegen mit Migrationshintergrund ist eine direkte Kritik Tabu. Für eine erfolgreiche Weiterentwicklung sollte an erster Stelle eine beziehungsfördernde Intervention stehen, dann die Kritik unter vier Augen.

Bei Sprachbarrieren, die über das kulturelle Verständnis hinausgehen (wenn der Patient weder Deutsch noch Englisch spricht), ist der Einsatz eines Dolmetschers zu empfehlen. Sprachbarrieren sind eine tägliche Herausforderung in der medizinischen Versorgung, insbesondere bei Anamnese und Aufklärung (es gibt jedoch Formulare in verschiedenen Sprachen). Diese Herausforderungen betreffen die Sicherheit, rechtliche und ethische Aspekte sowie den Datenschutz. Unterstützung bieten Angehörige, ein mehrsprachiges Team, professionelle Dolmetscher und technische Hilfsmittel. Im Verein Armut und Gesundheit in Deutschland arbeiten wir mit dem Anbieter Triaphon zusammen.

Was kann uns praktisch entlasten und was brauchen wir?

Neben strukturellen Veränderungen, wie der Einrichtung eines Instituts für Migrantenmedizin, sollten flächendeckende Patientenschulungen durch Krankenkassen, Gesundheitsbildung, Informationen über die Funktion von Versorgungssystemen sowie Flyer in Praxen, Krankenhäusern und Notaufnahmen gefördert werden. Diese Materialien sollten Hinweise geben wie: Geduld haben, Respekt zeigen, nur einen Übersetzer mitbringen, sich auf Dringlichkeit einstellen, auf Rückfragen verzichten, Bescheid geben, wenn der falsche Name aufgerufen wird, Händehygiene beachten und die Entlassung organisieren. Patientinnen und Patienten sollten sich auf das Arztgespräch vorbereiten und Befunde mitbringen.

Dr. agr. Dr. med. Rahim Schmidt

Zweiter Vorsitzender des Vereins „Armut und Gesundheit in Deutschland“, Botschafter der Stiftung „Lebensspur“, E-Mail: rahim.schmidt@gmx.de

Literatur beim Autor. Veröffentlicht mit freundlicher Genehmigung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz.

Buchtipp

Dr. agr. Dr. med. Rahim Schmidt

Interkulturelle Medizin und Kommunikation – Transkulturelle Kompetenz und Resilienz fördern die Integration

© 2017 BoD Books on Demand
ISBN 9783743123373, 15.90 €, auch als E-Book



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

Arzneiverordnung in der Praxis – www.akdae.de

L-Thyroxin bei Älteren: Wann einsetzen?

Prof. Dr. med. Sven Diederich
Prof. Dr. med. Michael H. Freitag

Zusammenfassung

Die Schilddrüse ist die größte Hormondrüse des Menschen. Ihre Hormone Trijodthyronin (T3) und Thyroxin (T4) sind essenziell für den Energiestoffwechsel. Bei einem Fehlen der Schilddrüse oder bei Hypothyreose kann eine Substitution mit synthetischem Levothyroxin erfolgen. Insb. der Spiegel des Thyreoidea-stimulierenden Hormons (TSH) gilt als Indikator für die Schilddrüsenfunktion. Der TSH-Spiegel ist bei einer Unterfunktion erhöht, bei einer Überfunktion erniedrigt. In seltenen Fällen gibt der TSH-Spiegel die Schilddrüsenfunktion jedoch nicht akkurat wieder. Außerdem steigt mit dem Alter der TSH-Wert an. Daher ist ein einheitlicher TSH-Referenzwert für alle Altersklassen nicht sachgerecht. Die DEGAM hat 2023 eine neue Leitlinie veröffentlicht, um für eine kritische Bewertung erhöhter TSH-Werte unter Beachtung unterschiedlicher TSH-Referenzbereiche zu sensibilisieren. Zudem soll Übertherapie durch unnötige Levothyroxin-Verordnungen und Kombinationstherapien (Jod mit Levothyroxin, T3 mit T4) vermieden werden. Nicht mehr adäquat ist die Annahme, dass ein TSH-Wert > 4,0 mU/l unabhängig vom Alter als erhöht anzusehen ist. Eine Pathologisierung allein aufgrund einer Abweichung vom TSH-Referenzbereich ist nicht zu rechtfertigen. Im Artikel ist das diagnostische Vorgehen bei erhöhtem TSH-Wert auch schematisch dargestellt.

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 2/2024
Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink: <https://tinyurl.com/2zf6dky3>

Cholesterinsenkung bei Carotisplaques – Wo ist die Evidenz?

Dr. med. Natascha Einhart et al.

Zusammenfassung

Nach der European Society of Cardiology (ESC) gehören Personen mit asymptomatischen Carotisplaques zur gleichen Risikokategorie („very high risk“) wie Patienten mit klinisch manifesten Erkrankungen. Eine ESC-Leitlinie empfiehlt dann eine LDL-C*-Senkung um mind. 50 % (auf < 70 mg/dl) mit ggf. weiterer Intensivierung (auf < 55 mg/dl). Aber wo ist die Evidenz? Carotisplaque heißt eine atherosklerotische Veränderung der Gefäßwand der Carotisarterie. Aber nicht jede Carotisplaque führt zu einer Carotisstenose, d. h. zu einer hämodynamisch relevanten Einengung des Gefäßlumens. Die Diagnose sollte durch Farbduplexsonographie erfolgen. Der Artikel fasst Studien (RCT) dazu zusammen. **Fazit:** Die vorliegende Evidenz rechtfertigt nicht, Patienten mit Carotisplaques pauschal als „Hochrisikopatienten“ zu klassifizieren. Eine individuelle Risikoeinschätzung scheint angebracht, die klassische kardiovaskuläre Risikofaktoren (Alter, Raucherstatus, Lipidwerte) einbezieht. Wird das kardiovaskuläre Risiko auf dieser Grundlage als hoch eingeschätzt, so profitieren die meisten Patienten von moderat dosierten Statinen. In der Primärprävention ist es nicht belegt, dass eine Hochdosistherapie oder eine Titration nach bestimmten LDL-C*-Werten einer moderaten Statindosis überlegen ist.

* Low-Density Lipoprotein-Cholesterin

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 2/2024
Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink: <https://tinyurl.com/5yuz9kd7>

„Ozempic-Babys“? – Was sagt die Datenlage

Dr. P.H. Stanislava Dicheva-Radev
Dr. med. Ursula Köberle et al.

Zusammenfassung

Seit 2023 wird vermehrt von den „Ozempic-Babys“ berichtet: Frauen, die jahrelang nicht schwanger werden konnten, nutzen das Glucagon-like Peptide-1 (GLP-1)-Analogon Semaglutid zur Gewichtsreduktion und werden (ungeplant) schwanger. Der Artikel referiert die Datenlage. Adipositas, häufig mit Typ-2-Diabetes mellitus assoziiert, kann sich auf die reproduktive Gesundheit von Mann und Frau negativ auswirken. Somit ist es erklärbar, dass die mit GLP-1-RA erzielte Gewichtsabnahme und Verbesserung der Stoffwechsellage auch die Fertilität steigern kann. Denkbar ist aber auch ein Versagen hormonaler Kontrazeptiva aufgrund beeinträchtigter Wirksamkeit durch Erbrechen und Durchfall (Nebenwirkungen von GLP-1). Alle in Deutschland erhältlichen GLP-1-RA und der GIP/GLP-1-RA Tirzepatid sind für eine Anwendung in der Schwangerschaft nicht zugelassen. Es besteht das Risiko für fetale Fehlbildungen (siehe Tabellen). Bei Behandlung mit GLP-1-RA oder Tirzepatid sollte nach aktuellem Stand eine sichere Kontrazeption gewährleistet sein, mit Absetzen dieser Mittel vor einer geplanten Schwangerschaft (Wartezeit beachten). **Embryotox:** Das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie der Charité bietet unabhängige Infos zur Verträglichkeit von Arzneimitteln in Schwangerschaft und Stillzeit an, <https://www.embryotox.de/>.

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 2/2024
Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink: <https://tinyurl.com/mwuvuwah>

Aufklärung und Einwilligung in der neueren Rechtsprechung

§ Medizinrecht

Bekanntlich bedürfen ärztliche Heileingriffe grundsätzlich der Einwilligung des Patienten, um rechtmäßig zu sein. Die wirksame Einwilligung des Patienten setzt dabei dessen ordnungsgemäße Aufklärung voraus. Diese soll ihm eine zutreffende Vorstellung davon verschaffen, worauf er sich einlässt, wenn er der Behandlung zustimmt und ihn dadurch in die Lage versetzen, über die Inkaufnahme der mit ihr verbundenen Risiken frei zu entscheiden. In Betracht kommende Risiken müssen nicht exakt medizinisch beschrieben werden; ausreichend ist, den Patienten „im Großen und Ganzen“ über Chancen und Risiken der Behandlung aufzuklären und ihm dadurch eine allgemeine Vorstellung vom Ausmaß der mit dem Eingriff verbundenen Gefahren zu vermitteln, ohne diese zu beschönigen oder zu verschlimmern. Obwohl diese Grundsätze in der Ärzteschaft allgemein bekannt sein dürften, nehmen Haftungsfälle aufgrund unzureichender Aufklärung zu. [1]

1. Risikoaufklärung

Im Rahmen der Risikoaufklärung kommt es bei Fragen nach der Risikohäufigkeit auf die Schwere der möglichen Risiken einerseits und auf die entsprechende Häufigkeit der möglichen Realisierung des Risiko andererseits an. Je gravierender sich ein Risiko darstellt, je belastender die potenziellen Folgen sind, umso geringere Wahrscheinlichkeiten des Risikoeintritts genügen. Pauschale Aussagen lassen sich hierzu aber nicht treffen. Im Fall des OLG Nürnberg [2] war die Möglichkeit einer Komplikation als „sehr, sehr gering“ bei einer de facto Eintrittshäufigkeit bis zu 4 % beschrieben worden. Im Hinblick auf eine drohende Nervverletzung mit entsprechenden Beweglichkeitseinschränkungen erachtete der Senat die Risikoaufklärung als unzureichend und verfehlt.

2. Aufklärung über Behandlungsalternativen

Das OLG Hamm [3] unterstreicht die bisherige Rechtsprechung, wonach zu einer ordnungsgemäßen Aufklärung auch gehört, dass dem Patienten unaufgefordert Kenntnis über Behandlungsalternativen verschafft werden muss, wenn für eine medizinisch sinnvolle und indizierte Therapie mehrere gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die zu jeweils unterschiedlichen Belastungen des Patienten führen oder unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen bieten.

3. Aufklärung über Neulandmethode

Die Aufklärung im Zusammenhang mit sogenannten Neulandmethoden unterliegt besonderen Anforderungen. Maßgeblich ist die Abgrenzung, wann von einer Neulandmethode gesprochen

werden kann. Die Abgrenzung hängt davon ab, ob die behandelte Seite nach objektiven Maßstäben unter Wahrung der berechtigten Sicherheitsinteressen des Patienten bei Anwendung der Methode ex ante mit der ernsthaften Möglichkeit rechnen musste, dass die Methode von den anderen etablierten Methoden so abweicht, dass mit ihr weitere, unbekanntere Risiken verbunden sein können. [4]

4. Rechtzeitige Aufklärung und Einwilligung

Ein Schwerpunkt der aktuellen Rechtsprechung [5] betrifft die Frage der Rechtzeitigkeit von Aufklärung und Einwilligung. Nach § 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 2 BGB hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann, wobei die höchstrichterliche Rechtsprechung an die Grundsätze zur Selbstbestimmungsaufklärung anknüpft. Unabdingbar ist mithin eine Aufklärung, die so rechtzeitig erfolgt, dass der Patient durch ausreichende Abwägung der für und gegen den Eingriff sprechenden Umstände seine Entscheidungsfreiheit und damit sein Selbstbestimmungsrecht in angemessener Weise wahrnehmen kann. Hierbei existiert kein starrer Zeitraum zwischen Aufklärung und Einwilligung, sondern es besteht eine gewisse Flexibilität, abhängig von Eingriff und individueller Sachlage, so der BGH. [6]

Bis zu diesem Urteil hatten die Instanzgerichte versucht, den Zeitrahmen zwischen Aufklärung und Einwilligung abzuwägen, der ihnen angemessen erschien. Nach der neuen Rechtsprechung liegt es allein in der Entscheidung des Patienten, ob und wann er nach ordnungsgemäßer und rechtzeitiger Aufklärung seine Einwilligung erteilt oder versagt. Er kann seine Einwilligung unmittelbar nach dem Aufklärungsgespräch erteilen oder aber sich eine Bedenkzeit ausbitten. Etwas anderes mag dann gelten, wenn der Patient zwar in die Behandlung einwilligt, ärztlicherseits aber erkennbar ist, dass er noch Zeit für eine Entscheidung benötigt. Das OLG Frankfurt [7] hat entgegen einer Entscheidung des OLG Bremen [8] in Übereinstimmung mit der neueren Rechtsprechung des BGH unterstrichen, dass die Einwilligung auch unmittelbar im Anschluss an die Aufklärung nicht per se unwirksam ist. Die Einwilligung nach einer Verlaufsaufklärung kann sogar noch am Operationstag rechtzeitig erfolgen [9], wobei der Patient während der Einwilligungserklärung keineswegs schon sediert sein oder auch unter Druck („Das ganze OP-Team wartet schon auf Sie!“) stehen darf.

5. Aufklärende Person

§ 630e Abs. 2 Nr. 1 BGB bestimmt die Person des bzw. der Aufklärenden. Danach muss die Aufklärung durch den Behandelnden

oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt. Bislang bestand lediglich Einigkeit darüber, dass die Aufklärung durch einen Arzt zu erfolgen hat. Ungeklärt blieb, ob die Aufklärung gegebenenfalls durch einen Facharzt erfolgen muss. Im Hinblick auf mögliche Komplikationen eines Eingriffs fordert das OLG Hamm [10] nun keine Facharztkenntnisse, der aufklärende Arzt muss aber in der Lage sein, besondere Risiken zu vermitteln die mit dem anstehenden Eingriff verbunden sind. [11] Verfügt der aufklärende Arzt nicht über den entsprechenden Kenntnisstand, bleibt die Aufklärung unwirksam.

6. Hypothetische Einwilligung

Der Behandelnde hat bekanntlich zu beweisen, dass er vor dem Eingriff die Einwilligung eingeholt und entsprechend aufgeklärt hat. Genügt die Aufklärung nicht den Anforderungen des § 630e BGB, kann der Behandelnde sich darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte (sog. hypothetische Einwilligung nach § 630h Abs. 2, S. 2 BGB). Für diese Behauptung ist die ärztliche Seite aber erst dann beweisbelastet, wenn der Patient zur Überzeugung des Tatrichters plausibel macht, dass er – wäre er ordnungsgemäß und vollständig aufgeklärt worden – vor einem echten Entscheidungskonflikt gestanden hätte. [12]

Vom Patienten nicht zu verlangen ist dagegen, dass er plausibel macht, er hätte sich im Falle einer ordnungsgemäßen Aufklärung tatsächlich gegen die durchgeführte Maßnahme entschieden. Der Patient muss lediglich einen echten Entscheidungskonflikt, nicht hingegen ein anderes Entscheidungsergebnis im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung plausibel machen. Maßgeblich ist insoweit allein die persönliche Entscheidungssituation des betroffenen Patienten in einer ex-ante-Sicht, nicht hingegen, ob ein „vernünftiger“ Patient dem entsprechenden ärztlichen Rat gefolgt wäre.

Dr. jur. Thomas K. Heinz

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
E-Mail: dr.heinz@freenet.de



Foto: Jens Haensel

Die Literaturhinweise finden sich online auf unserer Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Bücher



Florian Bruns:
Kranksein im Sozialismus:
Das DDR-Gesundheitssystem
aus Patientensicht 1971–1989

Reihe Kommunismus und Gesellschaft,
Band 12, Ch. Links Verlag, Berlin 2022,
280 Seiten, 25 €
ISBN: 9783962891671

Florian Bruns rekonstruiert anhand von Eingaben und Archiven die Patientenperspektive auf das DDR-Gesundheitswesen in der Ära Honecker. Er stützt sich auf drei Quellengruppen: erstens Eingaben, die Patienten oder Angehörige zwischen 1971 und 1989 an die SED-Zentrale, an das Gesundheitsministerium oder an Honecker persönlich richteten, zweitens Antworten auf diese Eingaben mitsamt internem Schriftverkehr sowie drittens Aktenmaterial aus dem Ministerium für Gesundheitswesen (MfG), das Eingaben auf übergeordneter Ebene auswertete. Schwierigkeiten im Bereich der Arzneimittelversorgung waren im DDR-Gesundheitswesen an der Tagesordnung, und sehr oft wurden Notlagen durch individuelle Ausnahmeregelungen behoben. Der Autor bietet in seiner Untersuchung eine Kombination aus Struktur- und Alltagsgeschichte, mit der gesundheitlichen Versorgung im Mittelpunkt. Die Geschichten, die Patienten oder Angehörige hier erzählen, liefern Hinweise darauf, wie die Menschen das sozialistische Gesundheitswesen wahrnahmen.

Die Zuteilung der Personal- und Sachmittel – vom Universitätsklinikum bis zur kleinsten Poliklinik – hing direkt vom Volkswirtschaftsplan ab, war also eng an die ökonomische Entwicklung der DDR gekoppelt. Die zentrale Rolle des Staates beim Gesundheitsschutz war dabei ideologisch gesetzt. Viele Eingabeverfasser beriefen sich auf einen Idealtypus sozialistischer Gesundheitsfürsorge, die auf SED-Parteitag und in den Medien propagiert wurde, in der Realität aber kaum vorzufinden war. Das Grundproblem der mangelnden Finanzierung belastete das Gesundheitswesen durchgängig von 1971 bis 1989.

Den Schwierigkeiten bei der Rekrutierung und Motivation des medizinischen Personals standen Mängel bei der Infrastruktur und in der Arzneimittelversorgung gegenüber. Bauliche Mängel, rückständige Haus- und Medizintechnik sowie Personalmangel führten immer wieder zur Schließung von Gesundheitseinrichtungen im ganzen Land. Eingaben zu gesundheitlichen Fragen und Problemen markieren gleichzeitig einen besonderen Kommunikationsraum im Gesundheitswesen, der zwar nicht herrschaftsfrei war, aber doch die Möglichkeit bot, Kritik zu äußern, Missstände zu benennen und auf die Diskrepanz zwischen gesundheitspolitischem Ideal und realsozialistischer Wirklichkeit hinzuweisen.

Ein aufschlussreiches Buch, das die Entwicklung des Gesundheitswesens der DDR der Ära Honecker in der Zeit von 1971 bis 1989, seine Mängel, Defizite, Missstände, Diskrepanzen und Konflikte aus der Patientenperspektive aufzeigt und referiert.

Dr. med. Paul Kokott, Salzgitter

Die Rezension wird auch im Niedersächsischen Ärzteblatt abgedruckt.

Leserbrief zum CME-Beitrag „Netzhautkomplikationen bei Diabetes mellitus – mehr Erfolg durch Interdisziplinarität“ von Dr. med. Marvin Lucas Biller, Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Kohnen et al. im HÄBL 03/2024, S. 150ff

„Das Screening auf diabetische Retinopathie funktioniert nicht“

Im oben genannten Artikel weisen die Autoren zurecht darauf hin, dass Patienten mit Diabetes mellitus interdisziplinär ärztlich betreut werden müssen. Erforderlich sind regelmäßige augenärztliche Kontrollen und eine stadiengerechte Diagnostik und Therapie.

Als niedergelassener Diabetologe möchte ich auf ein gravierendes Problem hinweisen, auf das die Autoren nicht eingehen: Das Screening auf diabetische Retinopathie funktioniert nicht, zumindest nicht in Frankfurt. Das mussten wir am Beispiel einer Kohorte von 265 gesetzlich versicherten Patienten feststellen (siehe Exp Clin Endocrinol Diabetes 2023;131:182–186):

- Das von der Diabetes-Schwerpunktpraxis eingeleitete Screening auf diabetische Retinopathie wurde bei weniger als 50 % der Patienten abgeschlossen, obwohl dem Augenarzt ein vollständig ausgefüllter NVL-Überleitungsbogen vorgelegt wurde.
- Ein Viertel der untersuchten Patienten leisteten eine Zuzahlung von über 60 Euro, obwohl der Augenarztpraxis ein gültiger Überweisungsschein vorgelegt wurde.

Nach Präsentation und Publikation dieser Arbeit wurde festgestellt, dass dieses Problem in vielen anderen Regionen ähnlich anzutreffen ist. Patienten werden regelmäßig genötigt, Untersuchungen vorneh-

men zu lassen, die sie nicht brauchen und nicht wollen. Das eigentliche Screening auf diabetische Retinopathie scheint dabei unterzugehen, ein Befund wird nicht erstellt. In einem besonders schwerwiegenden Fall hat eine meiner Patientinnen verschiedene Untersuchungen für insgesamt 230 Euro machen lassen. Zuvor sei sie vom Augenarzt gefragt worden: „Wollen Sie etwa blind werden?“ Sie erhält eine Rente von 670 Euro/Monat.

Dr. med. Bernardo Mertes

Facharzt für Innere Medizin,
Diabetologe DDG/LÄK, Leiter CCB Diabetes Centrum Bethanien, Belegarzt am Agaplesion Krankenhaus Bethanien

Antwort der Autoren

Sehr geehrter Herr Dr. Mertes, in Ihrem Leserbrief weisen Sie mit Verweis auf die unter Ihrer Mitwirkung entstandene Studie zurecht darauf hin, dass die augenärztliche Vorsorge bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes noch immer unzureichend ist.

Im Rahmen der im Frankfurter Raum durchgeführten Studie mit 265 gesetzlich versicherten und an Diabetes erkrankten Teilnehmenden konnte zusammenfassend gezeigt werden, dass ein leitliniengerechtes augenärztliches Screening (einschließlich ärztlicher Untersuchung mit Funduskopie und schriftlicher Berichterstattung an den Zuweiser) nur in 46 % der Fälle erfolgte. Eine Funduskopie (mit oder ohne Bericht) erfolgte bei 72 % der Teilnehmenden. Bei etwa 28 % aller Eingeschlossenen fand trotz Aufklärung über die Wichtigkeit der augenärztlichen Vorsorge und daraufhin erfolgter formell korrekter Zuweisung im darauffolgenden Sechsmonatszeitraum keine augenärztliche Vorstellung statt. Insgesamt veranschaulichen diese Zahlen den hohen Nachholbedarf in der Etablierung einer

flächendeckenden qualitativen augenärztlichen Vorsorge bei Diabeteskranken, den wir mit unserem CME-Fortbildungsartikel ebenfalls primär adressieren wollen (vgl. HÄBL 03/2024).

Wie Sie in Ihrer Publikation beschreiben, sind mögliche Gründe für die Defizite mannigfaltig: Trotz einer guten Aufklärung über die Wichtigkeit der Vorsorge erfolgte diese im Verlauf zu selten, was einerseits (wie von Ihnen beschrieben) an der Unterschätzung der möglichen Konsequenzen für die Sehkraft durch die Betroffenen liegen kann, andererseits jedoch deutlich häufiger durch die Hürden der augenärztlichen Terminvergabe bedingt ist. Letztere ergeben sich vor allem durch wiederholte Zurückweisungen (oftmals begründet durch ein erhöhtes Patientenauftreten) und, sofern eine Terminvergabe möglich ist, lange Wartezeiten.

Ihrer Arbeit ist zu entnehmen, dass 85 % aller Teilnehmenden der Studie in augenärztlichen Praxen vorstellig wurden, was die Wichtigkeit des ambulanten Sektors bei der augenärztlichen Diabetesvorsorge unterstreicht. Um die Terminvergabe zu

erleichtern, sollte (auch angesichts der zu erwartenden demografischen Entwicklungen) eine Ausweitung der ambulanten Kapazitäten erwogen werden.

Gleichzeitig sollten die ambulant und in den Kliniken tätigen Kollegen durch Optimierung ihrer Betriebsabläufe und Etablierung von Spezialsprechstunden eine möglichst hohe Kapazität für derartige Patientenkollektive anstreben, was jedoch in den vielen Fällen bereits geschieht. Eine schriftliche Rückmeldung in Form eines Befundes an den Zuweiser ist, wie in unserem Artikel beschrieben, eine zentrale Säule der interdisziplinären Zusammenarbeit und sollte immer erfolgen. Möglicherweise kann hier auch seitens des Zuweisers eine schriftliche Erinnerung (in Form eines standardisierten Bogens) an den Patienten mitgegeben werden, um die Rate an Befundausstellungen zu erhöhen. Auf augenärztlichen Fortbildungen und Kongressen sollte die Wichtigkeit des (schriftlichen!) interdisziplinären Austauschs, der durch die einschlägigen Fachgesellschaften ebenfalls betont wird, weiterhin und zukünftig noch stärker betont werden.

Sie sprechen in Ihrem Leserbrief auch an, dass etwa 25 % der Studienteilnehmenden eine Zuzahlung im Rahmen ihrer augenärztlichen Vorstellung geleistet haben. Dazu ist prinzipiell zu sagen, dass jeder versicherten Person eine adäquate augenärztliche Vorsorge im Rahmen ihrer Diabeteserkrankung zusteht. Eine Spaltlampenuntersuchung mit Funduskopie ist dabei durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt und in den meisten Fällen ausreichend, um typische diabetische Veränderungen (z. B. eine Rubeosis iridis oder Netzhautveränderungen) zu erkennen.

Da die Sehorgane jedoch verschiedene altersbedingte Veränderungen durchlaufen, liegen bei Patienten mit Diabetes in vielen Fällen augenärztliche Komorbiditäten vor, die bei der Screeninguntersuchung auffallen und eine weitergehende Diagnostik sinnvoll erscheinen lassen können. An dieser Stelle ist es für die behandelnden Augenärzte sehr wichtig, derartige Veränderungen vor dem Patien-

ten klar und scharf von typischen Diabetesveränderungen abzugrenzen, damit keine Verwirrung bezüglich der Notwendigkeit dieser Untersuchungen im Rahmen der Diabetesvorsorge aufkommt. Leider wird eine derartige klare Abgrenzung jedoch nicht allen (teils komplexen) ophthalmologischen Krankheitsbildern gerecht. In Einzelfällen kann eine weiterführende apparative Diagnostik (wie eine OCT-Bildgebung, die zumeist nicht von der Krankenkasse übernommen wird) auch im Rahmen der augenärztlichen Diabetesvorsorge sinnvoll sein, um bestimmte Veränderungen (wie z. B. die Intensität eines Makulaödems) oder zeitliche Veränderungen im Verlauf genauer und präziser beurteilen zu können. Solche Fälle sollten jedoch sehr streng abgewogen und nur im klaren Bedarfsfall seitens des Augenarztes auch konkret empfohlen werden. Dabei sollte der potenzielle Mehrwert klar geschildert und kontextualisiert werden. In keinem Fall sollten Patienten Untersuchungen erhalten, die keinen oder

einen im jeweiligen Zusammenhang unverhältnismäßig geringen Mehrwert bieten. Auch das Ausüben von Druck auf den Patienten sollte selbstverständlich vermieden werden! Im Zweifel handelt es sich beim Diabetes-Screening zumeist nicht um einen Notfall, weshalb das Einholen einer Zweitmeinung vor Durchführung von weiteren Untersuchungen sinnvoll sein kann.

Insgesamt sind weiterhin große interdisziplinäre Herausforderungen vonnöten, um die Qualität und Flächendeckung des augenärztlichen Diabetescreening zu verbessern. Augenärztliche und internistische Kollegen sind genau wie die Politik angehalten, sich des bekannten Problems zeitnah und mit hoher Priorisierung anzunehmen.

Dr. med. Marvin Lucas Biller
Dr. med. univ. Klemens Paul Kaiser
Dr. med. Elena Plawetzki
Dr. med. Julian Bucur
Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Kohnen

Leserbrief zum Editorial von Dr. med. Edgar Pinkowski und Co-Editorial von Dr. med. Wolf Andreas Fach, HÄBL 11/2024

Gedanken nach 45 Berufsjahren

Ich zolle denen Respekt, die sich für die Ärzteparlamente aufstellen lassen und wertvolle Zeit dafür aufbringen. Sie müssen weiter den Spagat zwischen Interessensvertretung der KollegInnen und auch der PatientInnen aushalten. Der Präsident der Landesärztekammer Hessen Dr. med. Edgar Pinkowski, dessen Arbeit gegen die Windmühlen der Umstände sehr zu würdigen ist, bezieht als Vertreter der Ärzteschaft wiederholt Stellung. Genauso wie auch Kollege Dr. med. Wolf Andreas Fach die derzeitige Zerreißprobe zutreffend beschreibt.

Der Begriff Teamgeist im Sinne eines kollegialen Miteinanders der ärztlichen Berufsausübung in Kliniken und Praxen stammt aus einer früheren Welt mit anderen als den derzeitigen Werten. Eine „verfasste Krankenkassenlobby“ mit all den Versprechungen den (meist unwisenden, ggf. auch gleichgültigen) Versicherten gegenüber und den gesetzlich abgesetzten Forderungen und Zwangs-

maßnahmen gegenüber uns „Leistungserbringern“ (da kann es schon gar keinen Teamgeist mehr per Definition geben) behält als immer noch bestehender Wasserkopf aus noch derzeit über 90 Krankenkassen (1990 waren es noch über 1.100) die Oberhoheit – auch mit Hinweisen auf den sog. Sicherstellungsauftrag und den Appell an das ärztliche Ethos. Was regelmäßig folgt, sind Anstrengungen zur Beschwichtigung eines wieder neu erkannten Problems, in der Regel für irgendeine Arztgruppe nicht von Vorteil. Bemerken wir nicht das Aufeinanderprallen dieser verschiedenen Welten?

Dringend notwendige wirtschaftliche Planungssicherheit ärztlicher Tätigkeit in niedergelassener Praxis oder im Krankenhaus darf sich nicht an Gewinnsucht gewisser Medizinkonzerne oder außerärztlicher „Player“ orientieren. Das Schwungrad dreht sich ungebremst jeglicher Erkenntnisse in eine Zukunft, die von politischer und gesellschaftlicher Seite, aber auch von

philosophischer und ethischer Seite zum zwingenden Umdenken hinsichtlich einer Teambildung schreit. Die heutigen „Machtstrukturen“ sind offenkundig. Die Hilflosigkeit – die von den meisten so empfundene – muss einem neuen WIR im empathischen Sinne Platz machen, was es gesellschaftlich neu zu definieren gilt. Da können wir von den Strukturen humanitärer Projekte (Rotes Kreuz, Malteser, Johanniter, Ärzte ohne Grenzen) vielleicht etwas lernen. NGOs, die orientiert an „alten“ Werten Menschlichkeit in die Zukunft retten – und das fängt in der Basisarbeit an mit vielen kleinen Projekten miteinander. Vielleicht wäre die verpflichtende Wiedereinführung eines einjährigen sozialen Dienstes ein Schritt in die richtige Richtung – ein Schritt, der von Politikern leise angesprochen wird, aber schnell wegen äußeren Gründen infrage gestellt wird.. Hier wünsche ich mir Mut in Planung und Durchhaltevermögen auf lange Frist.

Dr. med. Peter C. Rainer, Fulda

Leserbrief zur allgemeinen Debatte um die telefonische Krankschreibung: Wie geht es weiter?

Die telefonische Krankmeldung – willkommen in Phantasialand

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat sie vor knapp einem Jahr zur kurzfristigen Bekämpfung der Praxisüberlastung etabliert, nun fordern der Bundesärztekammerpräsident Klaus Reinhardt¹ und die Bundesvorsitzende des Hausärzterverbandes Nicola Buhlinger-Göpfarth¹, dass sie für immer bleiben soll: die telefonische Krankmeldung.

Da bleibt doch der gesund Menschenverständige mit offenem Mund sitzen und möchte rufen: willkommen im Phantasialand. In diesem idealen Land schaut niemand zunächst auf seine eigenen Interessen, sondern alle Menschen haben das gesellschaftliche Gesamtgelingen und die Interessen der Schicksalsgenossinnen und -genossen im Auge. Man meldet sich nur krank, wenn eine Aufnahme der Arbeit objektiv nicht möglich ist, kann folgerichtig selber täglich morgens über seine Arbeitsfähigkeit entscheiden, am besten auch seinen Grad der Behinderung beim Versorgungsamt angeben und sein Renteneintrittsalter nach ehrlicher Selbsteinschätzung der Belastbarkeit selbstbestimmt festlegen. Alle arbeiten gerne, sind kollegial und zufrieden, die Wirtschaft prosperiert und wenn sie nicht gestorben sind, dann leben die glücklichen Bewohner dieses Landes noch heute.

Auch in der realen Welt hatten wir ein über Jahrzehnte gut funktionierendes Solidarsystem, dessen Wert gar nicht hoch genug geschätzt werden kann. Es wurde durch die Agenda 2010 nachgeschärft,

was zu einer über Jahrzehnte prosperierenden Wirtschaft führte. In dieser Wohlstandsphase haben sich allerdings interne und externe Normen verändert – und auch das Verhalten der Menschen.

In der realen Welt des Jahres 2024 sitzen im Gegensatz zum Phantasialand in den Arztpraxen nicht nur Behandlungsbedürftige, beim VdK nicht nur Berentungspflichtige, morgens rufen nicht nur Kranke beim Arbeitgeber und beim Hausarzt an, um sich abzumelden. Die Krankenstände steigen landesweit massiv an und sind unterdessen doppelt so hoch wie in Schweden². Diese Entwicklung ist nicht allein durch die Coronapandemie und andere Viruserkrankungen erklärbar, sondern durch eine ganz andere Epidemie: nämlich die der Krankmeldung aus Frustration oder Bequemlichkeit.

Auf den Punkt gebracht hat es der Vorstand der Innovationskasse IK Lübeck, Ralf Hermes²: „Es hat sich in unserer Gesellschaft normalisiert, sich anlasslos krankzumelden.“

Das Phänomen bewirkt nicht nur zahlreiche Ausfälle, es führt in ganzen Teams, die feststellen, dass die notorischen Arbeitsvermeider sanktionsfrei davonkommen dazu, dass sich auch die anderen im Team fragen, warum sie sich eigentlich nicht auch gelegentlich eine bezahlte Auszeit gönnen – schon ist der Dominoeffekt da. Ich würde den Verantwortlichen im BMG, der Bundesärztekammer und des Hausärzterverbandes empfehlen, ihr Menschenbild einmal upzudaten und sich klarzumachen, dass das Verfolgen eigener Interes-

sen ein elementarer Bestandteil des menschlichen Wesens ist, der in der Vergangenheit nur durch soziale und formale Kontrolle eingehegt wurde.

Eine Solidargemeinschaft funktioniert nur so lange wie die Mitglieder aus freien Stücken oder durch die entsprechenden Kontrollinstitutionen dazu bewegt werden, ihren Aufgaben nachzukommen. Wenn es diese Instanzen nicht mehr gibt, kollabiert das System. An diesem Punkt sind wir bereits. Das Phänomen trägt dazu bei, dass immer weniger zu verteilen ist, was am Ende zu Lasten der wirklich Bedürftigen gehen wird. Da sollten wir als Ärzte unserer Verantwortung auch gerecht werden, Arbeitsfähigkeit objektiv zu beurteilen und nicht auf Zuruf zu bestätigen. Je leichter es den Arbeitnehmern gemacht wird, sich der Arbeit zu entziehen, umso mehr werden sie es statistisch tun.

Schlecht sind nicht die Menschen. Sie sind so, wie sie schon immer waren. Schlecht ist ein politisches System, das von einem falschen Menschenbild ausgeht und schlecht ist vor allem die Leistung der Verantwortlichen, die das nicht realisieren möchten. Den Kontext zwischen barrierefreier telefonischer Krankmeldung und Arbeitsunfähigkeitsquote zu negieren, ist genauso naiv wie zu bestreiten, dass die Unterbringung und Alimentierungssituation im Zielland keine Pull-Effekte für die illegale Migration bewirken. Aber das ist eine andere Geschichte ...

Dr. med. Ulrich Groh, Bad Nauheim

¹ ARD – Tagesschau vom 28.10.2024

² Pioneer Briefing vom 26.10.2024

Foto: Werner Hilpert – stock.adobe.com

Schreiben Sie uns!



Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt/M.



Dr. med. Katharina Ronstedt, MBA, (Foto links) ist seit dem 1. Oktober neue Chefarztin des Instituts für Kinderradiologie am Klinikum Kassel. Die Kinderradiologin wechselte von der Universitätsmedizin Halle/Saale nach Kassel. Ronstedt übernimmt die Leitung der Kinderradiologie von Oberärztin **Dr. med. Sabine Ortega-Lawerenz**, die die Abteilung in den zurückliegenden Monaten kommissarisch führte und der Abteilung weiter treu bleibt.

Foto: GNH



PD Dr. Amir K. Bigdeli (Foto oben) ist neuer Chefarzt der Klinik für Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie am Klinikum Kassel. Der Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie mit Zusatzbezeichnung Handchirurgie hat zuletzt als leitender Oberarzt und Leiter der Plastischen und Rekonstruktiven Chirurgie der BG Klinik Ludwigshafen gearbeitet.

Foto: Klinikum Kassel

Abidin Karatas (Foto unten) wird Chefarzt der Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie, die das St. Elisabethen Krankenhaus in Frankfurt/Bockenheim neu eröffnet. Karatas war zuvor zehn Jahre als Chefarzt tätig und etablierte eine Klinik für Gefäßchirurgie in Idar-Oberstein, parallel war er als Chefarzt der Gefäß- und Endovaskularchirurgie am St. Josefskrankenhaus in Freiburg im Breisgau tätig.

Foto: Black Forest



Prof. Dr. med. Thomas Paul (Foto links) ist neuer Sektionsleiter der Kinderkardiologie in der Klinik für Neonatologie und allgemeine Pädiatrie am Klinikum Kassel. Er verstärkt damit das Team von **Prof. Dr. med. Andreas Jenke**. Zuvor war er seit 2002 Direktor der Klinik für Pädiatrische Kardiologie, Intensivmedizin und Neonatologie am Universitätsklinikum Göttingen.

Foto: GNH

Die Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Klinikum Wetzlar hat einen neuen Chefarzt: **Prof. Dr. med. Christopher Bliemel** (Foto unten) leitet seit 1. September 2024 die Abteilung. Er ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit den Zusatzbezeichnungen „Spezielle Unfallchirurgie“, „Spezielle Orthopädische Chirurgie“, „Handchirurgie“, „Notfallmedizin“ und „Röntgendiagnostik – fachgebunden Skelett“. Bliemel kommt vom Universitätsklinikum Marburg, wo er fast 17 Jahren tätig war, zuletzt als Stellv. Klinikdirektor des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Foto: Lahn-Dill-Kliniken GmbH



Dr. med. Gerhard Sütfels (Foto unten) ist neuer Chefarzt an der DGD Klinik Hohe Mark. Er wird in der Sozialpsychiatrie, Suchtmedizin und Psychotherapie vor allem für drei Einrichtungen der Klinik am Standort Frankfurt am Main verantwortlich sein (Tagesklinik, Psychiatrische Institutsambulanz und Eltern-Kind-Kompetenzzentrum). Außerdem übernimmt er die Leitung der beiden internistischen Suchtstationen der Klinik in Oberursel. Sütfels war zuletzt Ärztlicher Direktor im Reha-Zentrum Todtmoos der Klinik Wehrwald im Südschwarzwald. (DGD = Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband)

Foto: DGD



Erratum

In die Kurzbiografie von **PD Dr. med. Horst Baas** im Artikel „Ehrungsfeier der Landesärztekammer Hessen“ (HÄBL 11/2024, S. 615) hatten sich Fehler eingeschlichen. Korrekt ist: Der Facharzt für Neurologie Horst Baas war von 1998 bis 2015 Chefarzt der Klinik für Neurologie mit Stroke Unit am Klinikum Hanau. Seit 1995 ist er Mitglied der Gutachter- und Schlichtungskommission der LÄKH, mit Gutachtertätigkeit. Seit 2002 ist er Mitglied der Ethikkommission, zudem Vorsitzender der Prüfungskommission. Eine Wahlperiode lang (von 2000 bis 2004) war er Delegierter. Am Klinikum Hanau war Baas von 2003 bis 2006 Stv. Ärztlicher Direktor. (red)

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

Bezirksärztekammer Frankfurt

- 01.01.: Mirna Kroh, Friedrichsdorf, 70 Jahre
- 01.01.: Dr. med. Bernd Krämer, Mühlheim, 75 Jahre
- 02.01.: Dr. med. Manfred von Buttlar, Birstein, 70 Jahre
- 02.01.: Dr. med. Thomas Meybier, Gelnhausen, 70 Jahre
- 04.01.: Dr. med. Bettina Steinmetz, Frankfurt, 65 Jahre
- 05.01.: Dr. med. Andreas Spaniol, Homburg, 65 Jahre
- 06.01.: Dr. med. Franz-Josef Bienefeld, Offenbach, 80 Jahre
- 07.01.: Dr. med. Christian Schulze, Kronberg, 65 Jahre
- 07.01.: Dr. med. Hansjörg Melcher, Glashütten, 70 Jahre
- 08.01.: Prof. Dr. med. Karl-Heinz Blum, Frankfurt, 65 Jahre
- 08.01.: Dr. med. Werner Stein, Neu-Isenburg, 80 Jahre
- 09.01.: Dr. med. Thomas Walther, Hofheim, 65 Jahre
- 10.01.: Dr. med. Ernst Rohwedder, Glashütten, 65 Jahre
- 10.01.: Dr. med. Dorothea Krost, Schöneck, 70 Jahre
- 10.01.: Dr. med. Helga Nowak, Heusenstamm, 70 Jahre
- 11.01.: Dr. med. Gerd Lautenschläger, Alzenau, 70 Jahre
- 12.01.: Dr. med. Manfred Schmitt, Bad Soden, 85 Jahre
- 13.01.: Siegfried Opitz, Frankfurt, 75 Jahre
- 13.01.: Dr. med. Dagmar Charrier, Steinbach, 80 Jahre
- 14.01.: Brigitte Venzke-Weber, Bad Homburg, 80 Jahre
- 17.01.: Dr. med. Dieter Gruppe, Frankfurt, 90 Jahre
- 18.01.: Dr. med. Joachim Strelitz, Frankfurt, 75 Jahre
- 19.01.: Doctor medicinae/Semmelweis Univ. Budapest Karin Wilbrand, Bad Nauheim, 75 Jahre
- 25.01.: Dr. med. Gerhard Warken, Mainz, 65 Jahre
- 26.01.: Dr. med. Eckhard Priepke, Oberursel, 65 Jahre
- 27.01.: Dr. med. Lutz Schumacher, Bad Soden, 75 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Swinging-Christmas-Konzert mit den „Jazzdocs“ in Seligenstadt

Mit einem Swinging-Christmas-Programm tritt die Band „The Jazzdocs“ am Sonntag, 15. Dezember 2024, um 17 Uhr am kleinen Weihnachtsmarkt auf dem Seligenstädter Freihofplatz auf. Im Programm sind Titel wie „Let it snow“ und „Jingle Bells“, Weihnachtsklassiker wie „Stille Nacht“ und „Schneewalzer“, aber auch Latin- und Rock-Weihnachtsongs. Die Band besteht vorwiegend aus

Medizinern, darunter LÄKH-Präsidiumsmitglied Dr. med. Hansjoachim Stürmer (Foto). Bei Regen wird das Konzert in das Klein's Bauhaus am Bahnhof verlegt. (red)

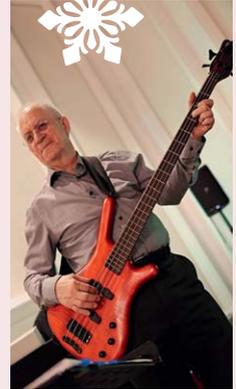


Foto: Manuel Maier

MFA-Sommerprüfung 2025

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2025 vom 29. April bis zum 31. Juli 2025

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2025 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

15. Januar und 22. Januar 2025

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars. Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

- 1) der Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) mit Beurteilungsprotokoll,
- 2) der Fragebogen über die Tätigkeit der Auszubildenden,
- 3) ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
- 4) bei vorzeitiger Abschlussprüfung zusätzlich: die notwendige Notenbescheinigung der Berufsschule.

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen.

Zur Abschlussprüfung im Sommer 2025 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit nicht später als am 30. September 2025 endet,
2. Auszubildende, die die Abschlussprüfung vorzeitig abzulegen beabsichtigen (in der Regel ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
3. Wiederholer/-innen, die im vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
4. sogenannte Externe, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des Medizinischen Fachangestellten tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

Informationen im Internet unter <https://www.laekh.de/aktuelles>.

**Landesärztekammer Hessen
Abteilung MFA-Ausbildungswesen**

Qualifizierungslehrgang für MFA: Fachkraft für Impfmanagement

Termine:	Beginn 14.02.2025
Information und Anmeldung:	Danuta Scherber Fon: 06032 782-189 E-Mail: danuta.scherber@laekh.de
Kurzlink:	https://tinyurl.com/5fm9w2rb



www.carl-oelmann-schule.de

Medizinisches Kreuzworträtsel

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

mit dieser Ausgabe möchten wir Ihnen ein medizinisches Kreuzworträtsel von Dr. med. Natalie Yaldizli aus Basel präsentieren. Geben Sie uns gerne Rückmeldung, ob Ihnen das Rätsel gefällt und ob wir so etwas öfter ins Hessische Ärzteblatt nehmen sollen. E-Mail an: haebl@laekh.de

1		2	3	4	5	6	7	8
9	10	5	11	7			12	
13				8				
14	6				15		2	
16			17	18			19	20
21		22		23		24		
25	26				27			
28	29		30	31	32		33	
34							35	

Waagrecht: 1 Niereninsuffizient | 9 Das Ellenbogengelenk ist anatomisch ein ...gelenk | 11 Amerikanische Kleinstadt, nach der die Borreliose benannt ist | 12 Ein Dopaminagonist zur Behandlung vom Morbus Parkinson = ...pinirol | 13 Gängiger ACE-Hemmer (Wirkstoff) | 14 Eine Multiple Sklerose Läsion im MRI, die aussieht wie eine Raumforderung wird auch ...faktiv genannt | 15 Gängiger Calciumantagonist zur Behandlung der arteriellen Hypertonie = ...dipin | 16 Entzündung der Cauda equina: ...berg-Syndrom | 18 Charakteristisches Merkmal eines fortgeschrittenen Fundus hypertonicus: ...-Zeichen (Eponym) | 21 Shigellen Dysenterie | 23 Verhärtung = ...duration | 24 Generalisiert Tonisch-klonischer Anfall = Grand ... Anfall | 26 Unterhalb des Zwerchfells gelegen: ...diaphragmal | 27 Hirnwindungen | 28 Symptom bei einer Migräne: ...sis | 30 Physiologischer Reflex zur Fixation von bewegten Objekten: ...kinetischer Nystagmus | 33 Abk. für Bulbus olfactorius | 34 Elektrolyt, der eine wichtige Rolle spielt im Wasserhaushalt des Körpers | 35 In die Blutbahn eingeschwemmtes Blutgerinnsel = ...bolus

Senkrecht: 1 Harnleiter | 2 Teil der Cartilago thyroidea: ...apfel | 3 Ulna | 4 Charakteristische Nebenwirkung eines Statins | 5 Vakzination | 6 Flüssiger Teil des Blutes nach Gerinnung (Plural) | 7 Angeborene Schädel- und Kehlkopffehlbildung mit charakteristischer miauender Stimme im Säuglingsalter: ... du chat Syndrom | 8 Den ganzen Kopf betreffend: ...cephal | 10 Teil der Bandscheibe: ... fibrosus | 17 Der Kleinhirnwurm wird in der Medianebene auch ... vitae bezeichnet | 19 Cicatrix | 20 Hirneigener Tumor | 22 Erbliche Kernanomalie bei Leukozyten (wird oft als Linksverschiebung verkannt): Pelger- ... Anomalie | 24 Gutartiger Tumor der Gebärmutter | 25 Niere | 29 Abk. für Macula adhaerens | 31 Ein Parasympathomimetikum in der Therapie des Glaukoms = ...locarpin | 32 Abk. für Tumor

Lösungswort: _____

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

- 28.01.: Dr. med. Ursula Bierwagen, Hanau, 70 Jahre
- 30.01.: Hans-Georg Eisenbarth, Frankfurt, 85 Jahre
- 31.01.: Dr. med. Harald Pauthner, Bad Homburg, 75 Jahre

Bezirksärztekammer Darmstadt

- 01.01.: Mohammed Al-Kumaim, Frankfurt, 65 Jahre
- 06.01.: Dr. med. Reinhold Wolf, Darmstadt, 75 Jahre
- 13.01.: Michael Hubert, Darmstadt, 65 Jahre
- 15.01.: Dr. med. Renate Zimmer, Oberzent, 75 Jahre
- 19.01.: Dr. med. Iris Kusch, Mörfelden-Walldorf, 80 Jahre
- 19.01.: Dr. med. Elisabeth Sparrer, Darmstadt, 80 Jahre
- 21.01.: Dr. med. Thomas Basting, Dieburg, 70 Jahre
- 24.01.: Prof. Dr. med. Dipl.-Phys. Karl-Otto Steinmetz, Darmstadt, 75 Jahre
- 26.01.: Dr. med. Klaus Winkelmann, Hirschberg, 80 Jahre
- 27.01.: Dr. med. Gerhard Diestel, Erzhausen, 70 Jahre
- 30.01.: Bärbel Franz, Otzberg, 65 Jahre
- 30.01.: Dr. med. Walter Seelinger, Lampertheim, 70 Jahre

Bezirksärztekammer Marburg

- 01.01.: Dipl.-Med. Renate Bock, Fritzlar, 75 Jahre
- 08.01.: Dr. med. Michael Scharsich, Marburg, 80 Jahre
- 09.01.: Ursula Schroeder, Marburg, 75 Jahre
- 13.01.: Prof. Dr. med. Claus-Dieter Koch, Cölbe, 85 Jahre
- 15.01.: Dr. med. Renate Mäurer, Frankenberg, 75 Jahre
- 29.01.: Dr. med. (I). Matthias Weiss, Kassel, 65 Jahre

Bezirksärztekammer Kassel

- 01.01.: Sabine Wüstefeld,
Eschwege, 65 Jahre
- 01.01.: Eva-Marie Martini-Weise,
Kassel, 70 Jahre
- 04.01.: Dr. med. Ann-Katrin Falk,
Kassel, 80 Jahre
- 05.01.: Dr./Univ. Damaskus
Alexander Fares, Kassel 75 Jahre
- 09.01.: Dr. med. Sabine Kötter,
Baunatal, 80 Jahre
- 10.01.: M.D. (Afghanistan) Jhan Shah
Maiwand, Vellmar, 75 Jahre
- 12.01.: Dr. rer. nat. Bodo Flake,
Willingen, 75 Jahre
- 14.01.: Dr. med. Ulrich Gockel,
Gersfeld, 75 Jahre
- 18.01.: Dr. med. Bernhard Herrmann,
Kassel, 65 Jahre
- 21.01.: Harald Schmitt, Kassel, 65 Jahre
- 22.01.: Dr. med. Andreas Fiehn,
Calden, 70 Jahre
- 24.01.: Dr. med. Volker Sonnenschein,
Bad Wildungen, 65 Jahre
- 25.01.: Dr. med. Wido Goebels,
Fulda, 75 Jahre
- 28.01.: Dr. med. Irene Faupel,
Warburg, 70 Jahre
- 30.01.: Dipl.-Päd. Paul Sahelijo-Krohn,
Rosdorf, 70 Jahre
- 30.01.: Dr. med. Jürgen Leiter,
Bad Arolsen, 75 Jahre

Bezirksärztekammer Wiesbaden

- 01.01.: Dr. med. Evelyn Wolf,
Wiesbaden, 75 Jahre
- 02.01.: Dr. med. Paul Bimler,
Wiesbaden, 90 Jahre
- 17.01.: Dr. med. Ralf Thiel,
Schlangenbad, 65 Jahre
- 20.01.: Dr. med. Christian Hartung,
Mainz, 65 Jahre
- 20.01.: Prof. Dr. med. Jürgen Schmitz,
Tausstein, 80 Jahre
- 25.01.: Dr. med. Peter Gotzmann,
Schlangenbad, 70 Jahre
- 26.01.: Arne Meyer, Wiesbaden, 65 Jahre
- 31.01.: Dr.-medic/IMF Cluj-Napoca
Viorica Savencu, Idstein, 65 Jahre

Goldenes Doktorjubiläum

- 03.01.: Dr. med. Wolfgang Sättler,
Oberursel
- 03.01.: Dr. med. Bernd Lochner,
Frankfurt
- 06.01.: Dr. med. Baba Alimou Barry,
Hungen
- 09.01.: Dr. med. Johanna Schenk,
Hochheim
- 20.01.: Dr. med. Gabriele Hauer,
Neckarsteinach
- 21.01.: Dr. med. Heinrich Enslin,
Bad Homburg
- 24.01.: Dr. med. Konrad Goecke,
Marburg
- 24.01.: Dr. med. Peter Schott,
Kassel
- 29.01.: Dr. med. Jürgen Justus,
Butzbach

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060188205 ausgestellt am 13.04.2022 für Mirghani Ahmed, Michelstadt

Arztausweis-Nr. 060271453 ausgestellt am 19.06.2023 für Diana Awad Toloza, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060274068 ausgestellt am 10.07.2023 für Dr. med.

Martin Beddig, Edertal

Arztausweis-Nr. 060344061 ausgestellt am 27.09.2024 für

Jana-Sophie Domidian, Mainz

Arztausweis-Nr. 060291026 ausgestellt am 23.11.2023 für PD Dr. med.

Alexander Fürnkranz, Langen

Arztausweis-Nr. 060072106 ausgestellt am 15.01.2021 für Dr. med.

Nurjati Keymling, Bad Hersfeld

Arztausweis-Nr. 060202193 ausgestellt am 12.07.2022 für Dr. med.

Ulrike Kilic, Butzbach

Arztausweis-Nr. 060344883 ausgestellt am 02.10.2024 für Dr. rer. nat.

Urs Kleinholdermann, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060066310 ausgestellt am 13.07.2020 für Dr. med.

Rolf-Dieter Krebsler, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060260018 ausgestellt am 17.03.2023 für Dr. med.

Frank Laukhuf, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060336953 ausgestellt am 15.08.2024 für Dr. med.

Andreas Lührmann, Zwingenberg

eHBA-Nr. 80276001081900038970

ausgestellt am 31.07.2023 für

Leticia Miracoli Wittrin, Offenbach

Arztausweis-Nr. 060343351 ausgestellt am 23.09.2024 für Lara Plöger, Marburg

Arztausweis-Nr. 060068201 ausgestellt am 21.09.2020 für

Tsvetomira Rashkova, Schöffland

Arztausweis-Nr. 060344059 ausgestellt am 27.09.2024 für Samir Rassuljar,

Kassel

Arztausweis-Nr. 060344887 ausgestellt am 02.10.2024 für Dr. med.

Katrin Reischl, Schindellegi

Arztausweis-Nr. 060294016 ausgestellt am 14.12.2023 für Dr. med.

Andre-Robert Rotmann, Dreieich

Arztausweis-Nr. 060206781 ausgestellt am 10.08.2022 für Andrea Schrader,

Marburg

Arztausweis-Nr. 060063964 ausgestellt am 24.02.2020 für Pia Mareike Schütte,

Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060287706 ausgestellt am 30.10.2023 für Paulina Schweickert,

Frankfurt

eHBA-Nr. 80276001081000129556

ausgestellt am 14.12.2021 für

Haitham Taha, Limburg

Arztausweis-Nr. 060344885 ausgestellt am 02.10.2024 für Dr. med.

Philipp Weisser, Frankfurt

eHBA-Nr. 80276001081000037670

ausgestellt am 31.10.2020 für

Dr. med. Thomas Wolf, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060344886 ausgestellt am 02.10.2024 für

Saeed Zare, Frankfurt

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Ina von Boetticher,
Wiesbaden
* 16.02.1942 † 23.09.2024

Atanas Dimitrov Donchev,
Bad Wildungen
* 12.10.1961 † 28.06.2024

Dr. med. Karl Eysel, Kassel
* 27.10.1938 † 27.09.2024

Dr. med. Hans Peter Feldmann,
Darmstadt
* 15.01.1940 † 08.06.2023

Dr. med. Gabriela Förster, Naumburg
* 16.06.1958 † 16.04.2023

Dr. med. Karl-Heinz Hartmann,
Volkmarren
* 31.10.1937 † 05.10.2024

PD Dr. med. Hans Werner Theodor
Ikenberg, Frankfurt am Main
* 26.05.1954 † 19.09.2024

Dr. med. Hans Thomas Ludolph,
Frankenberg
* 25.02.1955 † 16.10.2024



Dr. med. Werner Meyer-Troll, Frankfurt
* 20.04.1939 † 04.09.2024

Dr. med. Barbara Noack, Bad Homburg
* 30.12.1949 † 26.09.2024

Dr. med. Peter Noll, Neu-Isenburg
* 06.06.1948 † 30.06.2024

Dr. med. Kord Pfeifer, Taunusstein
* 24.07.1942 † 12.03.2024

Dr. med. Walter Reygers, Wiesbaden
* 13.02.1930 † 07.08.2024

Dr. med. Axel Seeländer, Wolfhagen
* 30.06.1949 † 27.09.2024

Michael Seitz, Gießen
* 06.06.1955 † 11.08.2024

Internationaler Waldkunstpfad Darmstadt / Foto: Isolde Asbeck

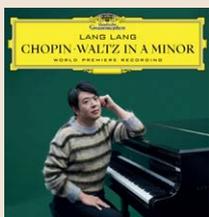
Geburtstage

Bezirksärztekammer Gießen

- 04.01.: PD Dr. med. Michael Edelmann,
Bochum, 80 Jahre
- 06.01.: Marianne Rüdiger,
Wetzlar, 75 Jahre
- 07.01.: Dr. med. Jörn Kuntsche,
Oberursel, 65 Jahre
- 08.01.: Dr. med. Ivo Foppa,
Wetzlar, 65 Jahre
- 08.01.: Dr. med. Gisela König-Fuß,
Ober-Mörlen, 70 Jahre
- 11.01.: Dr. med. Dorothea Strehlau,
Hüttenberg, 90 Jahre
- 12.01.: Hermann Gundrum,
Ortenberg, 75 Jahre
- 14.01.: Dr. med. Bernhard Lentz,
Bad Nauheim, 85 Jahre
- 15.01.: Dr. med. Klaus Möhlen,
Rockenberg, 80 Jahre
- 18.01.: Dr. med. Hartmut Schneider,
Bad Nauheim, 80 Jahre
- 19.01.: Dr. med. Brigitte Krannig,
Biebertal, 70 Jahre
- 19.01.: Dr. med. Ute Lipp,
Grebeshain, 80 Jahre
- 20.01.: Prof. Dr. med. Matthias Wilder-
muth, Wuppertal, 70 Jahre
- 22.01.: Dr. med. Kristina Okrasa,
Bischoffen, 75 Jahre
- 25.01.: Dr. med. Klaus Spahn,
Haiger, 85 Jahre
- 26.01.: Dr. med. Erich Karl,
Ober-Mörlen, 75 Jahre

Musiktipps

Lang Lang spielt wiederentdeckten Chopin-Walzer



„Es ist nicht die komplizierteste Musik von Chopin, aber im Stil entspricht sie ihm ganz und gar.“
Lang Lang

Die Noten schlummerten lange unentdeckt in den Beständen der New Yorker Bibliothek Morgan Library & Museum in Manhattan und wurden erst jüngst bei Katalogisierungen entdeckt (so die New York Times). Das Papier von der Größe einer Karteikarte in winziger Notation trägt die Überschrift „Valse“ und den wohl nachträglich eingefügten Namen „Chopin“ am oberen Rand. Nach Untersuchungen von Papier und Tinte, einer Analyse der Handschrift und des musikalischen Stils kamen die Experten zu der Ansicht, dass es sich bei dem Werk aller

Wahrscheinlichkeit nach um einen bisher unbekanntem Walzer des polnischen Komponisten und Pianisten Frédéric Chopin (1810–1849) handelt, entstanden zwischen 1830 und 1835. Chopin komponierte viele Walzer. Sie zeichnen sich durch ihre Eleganz aus, durch kontrastierende Stimmungen, mal beschwingt, mal melancholisch, und stecken voller Erfindungen, die den Begriff des „Salonstücks“ neu definierten. Das Fundstück in a-Moll umfasst nur 48 Takte und beginnt mit leisen dissonanten Tönen, die in stürmischen Akkorden münden. Am 27. Oktober wurde das Stück in New York von Lang Lang uraufgeführt. Jetzt erschien die Einspielung als digitale Single bei Deutsche Grammophon. Die Chopin-Veröffentlichung folgt auf kürzlich bei DG erschienenen drei Weltersteinspielungen von „Ganz kleine Nachtmusik“, einem wiederentdeckten Werk von Mozart. (asb)

Ehrungen MFA/Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum zehnjährigen Berufsjubiläum:

Jasmin Göttlicher, seit zehn Jahren tätig im MVZ Altstadt Carree, Fulda.

Wir gratulieren zum 25-jährigen Berufsjubiläum:

Verena Pokorny, seit 25 Jahren tätig bei Dr. med. M. Aliakbari, S. Sommer, Dr. med. I. M. Brunn und C. Wulsch, Mücke.

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;
Lukas Reus, Referent Stabsstelle Medien

Heftkoordinatorin: Dipl.-Theol. (ev.) Isolde Asbeck

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Nina Walter M.A. (Ärztliche Geschäftsführerin)
Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)
Susanne Florin M.A., MBA (Leiterin Akademie)
Dipl. Med.-Päd. Silvia Happel (Leiterin Carl-Oelemann-Schule)

Design und Online-Auftritt: Katja Kölsch M.A.

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen;
Karl Klamp, Gutachter- und Schlichtungsstelle

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

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

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

Geschäftsführung: Joachim Herbst

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

Abonnementservice: Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-470
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

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

Gebiet Nord: Kay Clauberg, Tel. +49 2234 7011-306,
Mobil +49 173 6052428, clauberg@aerzteverlag.de

Gebiet Süd und Non-Health: Petra Schwarz,
Tel.: +49 2234 7011-262, Mobil +49 152 57125893,
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. 10, gültig ab 01.01.2024

Druckauflage: 10.900 Ex.; Verbreitete Auflage: 10.635 Ex.

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e. V.

85. 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 Fremdbeilagen 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

Hessisches Ärzteblatt

Ihren Anzeigenauftrag senden Sie bitte direkt an:

Deutscher Ärzteverlag GmbH
Hessisches Ärzteblatt
Anzeigendisposition
Postfach 400254, 50832 Köln

E-Mail:
kleinanzeigen@aerzteverlag.de

Anzeigenschluss für Heft 1
vom 23.12.2024
ist am Montag, dem 02.12.2024

Erreichbar sind wir unter:

Tel: 02234 7011 – 290
E-Mail: kleinanzeigen@aerzteverlag.de

Ihre Chiffrezuschrift senden Sie bitte an:

Chiffre HÄ
Deutscher Ärzteverlag GmbH
Chiffre-Abteilung
Postfach 1265
59332 Lüdinghausen
(Die Kennziffer bitte deutlich auf den Umschlag schreiben!)

oder per E-Mail an: chiffre@aerzteverlag.de

Stellenangebote



Wir suchen für unseren **Rehamedizinischen Dienst** der **Stiftung kreuznacher diakonie** am **Standort Bad Kreuznach** jeweils einen

- **Facharzt (w/m/d) für physikalische und rehabilitative Medizin oder Orthopädie und Unfallchirurgie**
- **Facharzt (w/m/d) für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie oder Nervenheilkunde**

Beide Stellen in Voll- oder Teilzeit und unbefristet.

Weitere Informationen und die detaillierten Ausschreibungen finden Sie unter:
jobs.kreuznacherdiakonie.de



Gynäkologe/in (m/w/d)
mit Zusatz-Weiterbildung:
Gynäkologische Exfoliativ-
Zytologie (Teilzeit/Vollzeit)



Als großes, etabliertes zytologisches Labor in Frankfurt a.M. suchen wir zur Verstärkung unseres Teams eine/n engagierte/n Gynäkologen/in (m/w/d) mit Zusatz-Weiterbildung in gynäkologischer Exfoliativ-Zytologie.

Unser Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) bietet mit der Prävention, der Zytologie, der weiteren Abklärung in der Dysplasie-Sprechstunde, der pathologischen Begutachtung und der eventuell notwendigen Therapie in einem ambulanten OP-Zentrum alle Facetten der Zervixkarzinom-Früherkennung aus einer Hand an und somit unseren Patientinnen und Einsendern die bestmögliche Versorgung.

Bei Interesse an dieser spannenden Aufgabe freuen wir uns auf Ihre Bewerbung an andre.ahr@cytomol.de.

Prof. Dr. med. André Ahr
Ärztlicher Leiter · Geschäftsführer

Ihre Aufgaben:

- Durchführung zytologischer Befundungen
- Optionale Teilnahme an Dysplasiesprechstunde
- Zusammenarbeit mit Pathologie
- Mitwirkung an Weiterentwicklung diagnostischer Verfahren

Ihr Profil:

- Abgeschl. Facharztausbildung in Gynäkologie mit Zusatz-Weiterbildung: Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie
- Teamfähigkeit und Freude an interdisziplinärer Zusammenarbeit
- Flexibilität und Engagement

Wir bieten:

- Nettes, kollegiales Team
- Überdurchschnittlicher Verdienst
- Work-Life-Balance
- Modernes Arbeitsumfeld mit allen Ressourcen

MVZ CytoMol · Zytologie und Molekularbiologie Frankfurt GbR
Berner Str. 76 · 60437 Frankfurt am Main
T 069 46 99 40 65 · F 069 46 99 40 66

GESUCHT:

kompetente Verstärkung für unsere Hausarztpraxis in Darmstadt. Wir wachsen weiter. Deshalb sucht die Hausarztpraxis Druschlak zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen Facharzt für Allgemeinmedizin (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit. jobs@hausarztpraxis-druschlak.de

STARTE DEINE ÄRZTLICHE KARRIERE

DAS JOB-EVENT FÜR JUNGE MEDIZINER:INNEN

Nicht verpassen! Auf unseren Job-Events dreht sich alles um Karriereoptionen und -strategien für junge Mediziner:innen und Studierende. **Operation Karriere** liefert dir wertvolle Tipps und aktuelle Infos. So bist du bestens gewappnet für dein Medizinstudium und den Berufseinstieg als Ärztin oder Arzt.

Die Highlights:

- ✓ Kostenfreier Eintritt inkl. Verpflegung
- ✓ Vorträge und Workshops
- ✓ Networking mit Arbeitgebern
- ✓ Bewerbungsfotos gratis vor Ort
- ✓ Jobportal mit freien Stellen

Besuch uns:  

Mehr Infos und
gratis Anmeldung:
**operation-
karriere.de**

Auch in deiner Nähe:

Berlin
23.11.2024

Charité – Campus Virchow-Klinikum
(CVK), Augustenburger Platz 1

Mehr Infos:



Köln
07.12.2024

KOMED-Veranstaltungszentrum
Im Mediapark 6

Mehr Infos:



Präsentiert von:

**Deutsches
Ärzteblatt**

Mit freundlicher Unterstützung:



Veranstalter:



GLÜCK

„Man muss Glück teilen,
um es zu multiplizieren.“

Marie von Ebner-Eschenbach



sos-kinderdoerfer.de

2019/1



SOS
KINDERDÖRFER
WELTWEIT

Damit Sie in allen
Datenschutzfragen auf
der sicheren Seite sind!



- Wann muss ich einen Datenschutzbeauftragten benennen?
- Wie organisiere ich meine Praxis datenschutzkonform?
Und wie meine Homepage?

2019, ca. 230 Seiten, broschiert
inkl. Online Zugang
ISBN 978-3-7691-3689-0
ISBN eBook 978-3-7691-3690-6
jeweils € 49,99 (inkl. MwSt.)

Direkt bestellen:
Telefon 02234 7011-314
Telefax 02234 7011-476
bestellung@aerzteverlag.de
www.aerzteverlag.de/buecher
Versandkostenfreie Lieferung
innerhalb Deutschlands bei
Online-Bestellung.



Zeit für den Menschen – Zeit zum Leben.

 **AMD.BG BAU**
Arbeitsmedizinischer Dienst



Wir bieten Ihnen:



**Vereinbarkeit
von Familie und Beruf**
Flexible Arbeitszeit ohne
Nacht-, Bereitschafts-
und Wochenenddienst
6 Wochen Jahresurlaub,
4 Flexstage pro Jahr
und bis zu 16 Gleittage



Fester Kundestamm
mehr Zeit für ärztliche
Tätigkeiten – ohne
Akquise



Attraktive Vergütung
Dienstfahrzeug – auch
zur privaten Nutzung,
Möglichkeit zur Teil-
nahme am Bonusssystem,
Vermögenswirksame
Leistungen (VWL)



**Sicherheit des
öffentlichen Dienstes**
mit einer zusätzlichen
Altersversorgung (VBL)
(Tochter der BG BAU)



Legen Sie Wert auf eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf?
Wünschen Sie sich wieder mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten – ohne Akquise?

Kommen Sie zu uns ins Team!

Wir sind der Arbeitsmedizinische Dienst der Baubranche.

Der AMD der BG BAU betreut bundesweit in seinen über 60 Zentren und im Außendienst die Versicherten des Bauhaupt- und Baunebengewerbes sowie große Reinigungs- und Serviceunternehmen. Wir bieten unseren Beschäftigten einen sicheren Arbeitsplatz mit Zukunftsperspektiven und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie flexible Arbeitszeiten durch unser Gleitzeitmodell und eine attraktive betriebliche Altersvorsorge (VBL). Setzen Sie sich gemeinsam mit uns ein – für Sicherheit, Gesundheit und Prävention in einer spannenden Branche!

Für unsere Standorte **Kassel** und **Gera** suchen wir je einen

**Facharzt (m/w/d) für Arbeitsmedizin oder
Arzt (m/w/d) mit der Zusatz-Weiterbildung
Betriebsmedizin**

Sie ...

- sind präventiv tätig, betreuen und beraten unsere Mitgliedsbetriebe zum Arbeits- und Gesundheitsschutz
- arbeiten in einem kollegialen Team in unserem arbeitsmedizinischen Zentrum und im Außendienst mit qualifiziertem Assistenzpersonal
- erkennen arbeitsbedingte Erkrankungen frühzeitig und helfen diese zu verhindern
- sind Berater (m/w/d) beim betrieblichen Gesundheitsmanagement in Unternehmen
- wirken bei der individuellen beruflichen und medizinischen Rehabilitation mit

Ihr Profil

- Facharzt (m/w/d) für Arbeitsmedizin oder Arzt (m/w/d) mit der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin
- Sicheres und positives Auftreten
- Kontaktfreudigkeit, Teamfähigkeit und Engagement
- Pkw-Führerschein

Die Stellen sind ab sofort unbefristet in Vollzeit zu besetzen. Grundsätzlich sind die Stellen teilzeitgeeignet.

Schwerbehinderte Bewerbende werden bei gleicher Eignung und Qualifikation besonders berücksichtigt.

Das klingt nach einer interessanten Aufgabe für Sie? Dann freuen wir uns über Ihre Bewerbung auf unserer Karriereseite www.amd.bgbau.de/karriere unter Angabe Ihrer Gehaltsvorstellung und Ihres Wunschstandortes.

Unsere Regionalleitung, Frau Dr. David, steht Ihnen in fachlichen Fragen unter der Telefonnummer +49 151 68914862 gern zur Verfügung.

www.amd.bgbau.de

Das Bergman Clinics Mathilden Gesundheitszentrum wächst und sucht weitere Partner

Im Vorgriff auf die bevorstehende Krankenhausreform hat sich das Bergman Clinics Mathilden Gesundheitszentrum (ehemals Mathilden-Hospital) in Büdingen im Juli 2024 neu aufgestellt. Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychologie am Mathilden Gesundheitszentrum bietet eine Tagesklinik sowie eine Institutsambulanz und behandelt alle psychischen Störungen, die einer zeitnahen oder Notfall-Behandlung bedürfen. Im somatischen Bereich verfügt das Gesundheitszentrum über ein MVZ mit allen gängigen Fachabteilungen (Innere Medizin, Unfallchirurgie, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie) inkl. der Behandlungsmöglichkeit für Arbeitsunfälle, ein regionales AOP-Zentrum sowie einer radiologischen Anbindung. Für das vorhandene Angebot suchen wir aktuell weitere Partner, die sich in das bestehende Zukunftskonzept räumlich anmieten wollen oder auch das regionale AOP-Zentrum als Operationsmöglichkeit mit ihrer Praxis nutzen wollen. Bei Interesse kontaktieren Sie uns unter folgender **Telefonnummer: 0179 5125 156**

Gesucht wird

Facharzt/in (m/w/d) für Innere Medizin

WB Phlebologie/Angiologie a.W. möglich

Wahlweise 11– 40 Wochenstunden
Keine Dienste

für internistisch-chirurgische Gefäßpraxis im Rhein-Main-Gebiet.
Teilzeit/ flexible Arbeitszeiten möglich.

Venenzentrum Wiesbaden
Dr. Detlef Schulte-Hürmann
Taunusstr. 37, 65183 Wiesbaden
info@venenzentrum-wiesbaden.de

Mittelhessen

Wir suchen einen/eine

FA/FÄ Anästhesie,

möglichst mit Zusatzbezeichnung Schmerztherapie.

Unser regionales Schmerzzentrum bietet ein breites Spektrum ambulanter Schmerztherapie. U.a. Ultraschallgestützte Blockaden, Akupunktur, multimodale stat. Schmerztherapie im Schmerznetzwerk sowie ambulantes Operieren.

Anstellung in Teilzeit oder Vollzeit möglich. Weiterbildungsbefugnis Anästhesie und Spezielle Schmerztherapie, jeweils 1 Jahr, vorhanden.

Regionales Schmerzzentrum Pohlheim

Neue Mitte 12, 35415 Pohlheim

Ansprechpartner: Dr. Dorothea Fago

d.fago@schmerztherapie-pohlheim.de

Fachärztin zur Anstellung gesucht!

Gynäkologisches Zentrum in Offenbach Wir suchen zur Verstärkung unseres Teams eine Fachärztin zur Anstellung.

Arbeitszeiten nach Absprache: Voll oder Teilzeit möglich.

Ihr Profil: Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

Wir bieten: flexible Arbeitszeiten, übertariflicher Gehalt, flexible Urlaubsgestaltung, ambulantes oder stationäres Operieren je nach Wunsch möglich.

Interessiert: Bitte schicken Sie uns Ihre Bewerbungsunterlagen:
praxis.tzelepis@gmx.de



Unsere Kreisklinik in Hofgeismar sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt **eine(n) Belegärztin/Belegarzt für den Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe.**

Wir wertschätzen Vielfalt und begrüßen daher alle Bewerbungen unabhängig von Geschlecht, Nationalität, ethnischer und sozialer Herkunft, Religion/Weltanschauung, Behinderung, Alter sowie sexueller Orientierung und Identität. Bewerbungen von Frauen sind ausdrücklich erwünscht und werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt. Ihre Bewerbung senden Sie bitte bis spätestens zum 27.12.2024 per Mail (zusammengefasst in einer pdf-Datei – max. 5 MB) an:

bewerbungen@kreisklinikenkassel.de
oder schriftlich an die **Kliniken des Landkreises Kassel, Personalabteilung, Am Kleinen Ofenberg 1, 34466 Wolfhagen.**

Neue Wege, neue Chancen

Wir suchen

Fachärztinnen/Fachärzte (m/w/d)

für Kinder- und Jugendmedizin

Neuaufbau: Pädiatriezentrum in Limburg

- ab dem 01.02.2025
- Voll-/Teilzeit (mind. 20 Stunden)
- überdurchschnittliche Vergütung
- Leistungszulage
- Digitalisierung und modernste Geräte
- Disziplinäre Zusammenarbeit im Arztteam
- keine Regressforderungen
- keine Verwaltungstätigkeiten in modernsten Räumlichkeiten
- 30 Tage Urlaub, Erstattung von Fortbildungskosten
- Firmenfahrzeug (optional)

Kontakt

Tel.: 06472-8 33 95 94 (8:00-16:30 Uhr)

E-Mail: verwaltung@medicum-mittelhessen.de

MVZ medicum.mittelhessen
EHM GmbH



Arbeitnehmerorientierte Hausarztpraxis in ...

... Lampertheim sucht hausärztlich tätige/n Fachärztin oder Facharzt zur Anstellung oder Ärztin/Arzt in Weiterbildung (w/m/d).

Wir bieten:

- Fokus auf den Arztberuf und viele Möglichkeiten in der Arbeits- und Urlaubszeitgestaltung.
- Ein tolles Team, erprobte Prozesse sowie ein hohes Maß an Digitalisierung (z. B. AMBOSS-Zugang).
- Enge Zusammenarbeit innerhalb des kollegialen Ärzteteams. Eine hervorragende Organisation und modernstes Informationsmanagement bieten beste Voraussetzungen für qualitativ hochwertige Arbeit, bei der die Behandlungsqualität im Mittelpunkt steht.

jobs@praxis-seelinger.com // 0160 - 793 88 22

Hessisches Ärzteblatt



GEZIELT REKRUTIEREN!

Finden Sie qualifiziertes Fachpersonal in Ihrer Umgebung mit einer Stellenanzeige im Hessischen Ärzteblatt!

Wir beraten Sie gerne:

Verkauf Stellenmarkt, Telefon 02234 7011-250
stellenmarkt@aerzteverlag.de





Dr. Frühauf Klinik
Scheffelstraße 83
63071 Offenbach
Tel.: 069-850010
info@klinik-dr-fruehauf.de
www.klinik-dr-fruehauf.de

Die Klinik Dr. Frühauf ist ein privat geführtes internistisch kardiologisches Krankenhaus mit 36 Betten. Wir bieten unseren Patienten modernste Diagnostik- und Therapieverfahren sowie individuelle und persönliche ärztliche und pflegerische Betreuung in familiärer Umgebung. Zur Verstärkung unseres Klinik-Teams in Offenbach suchen wir ab sofort

Facharzt (d/m/w) für Psychiatrie und/oder Psychosomatik

in Vollzeit, Teilzeit oder im Konsiliardienst

Wir bieten einen attraktiven Arbeitsplatz in einem qualitäts-, zukunfts- und serviceorientierten Haus mit einer leistungsgerechten Vergütung. Wir unterstützen regelmäßige Fort- und Weiterbildungen.

Bitte senden Sie ihre aussagekräftige Bewerbung an:
Dr. Frühauf Klinik, Scheffelstr. 83, 63071 Offenbach
oder info@klinik-dr-fruehauf.de

Wir freuen uns auf Sie!

WBÄ/WBA für Allgemeinmedizin in TZ oder VZ zum nächstmöglichen Zeitpunkt für grosse Gemeinschaftspraxis im **Raum Wiesbaden** gesucht. Wir sind akademische Lehrpraxis der Uni Frankfurt mit breitem Leistungsspektrum und 36 Monaten Weiterbildungsermächtigung, bieten flexible Arbeitszeiten, sehr gutes Betriebsklima und ebenso gute Bezahlung.

Kontakt und weitere Informationen unter **0177/7952940** und **elke.molter@t-online.de**

Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendheilkunde gesucht!

Etabliertes MVZ in Frankfurt am Main Stadtmitte.

Wir suchen zur Verstärkung unseres Teams ab sofort einen Facharzt/-ärztin für Kinder und Jugendheilkunde zur Anstellung. Arbeitszeiten nach Absprache Voll oder Teilzeit möglich.

Wir bieten: flexible Arbeitszeiten, übertarifliches Gehalt und flexible Urlaubsplanung.

Neugierig: Bitte schicken sie Ihre Bewerbungsunterlagen an:
info@mvzapro.de

Fachärztin/arzt Allgemeinmedizin/ Innere gesucht in Anstellung von Allgemeinarztpraxis im Taunusstein (WB ebenfalls möglich)

Breit aufgestellte Allgemeinarztpraxis mit vielen Entfaltung- und Fortbildungsmöglichkeiten (auf Wunsch) im naturheilkundlichen Bereich sucht Verstärkung auf Teilzeitbasis, (WB in Vollzeit), sehr angenehmes Betriebsklima, Arbeitszeiten nach Absprache, 10min zur A3, 10min nach Wiesbaden, direkt an der B417 gelegen.

www.integrative-allgemeinmedizin-taunusstein.de
Kontakt: integrative-allgemeinmedizin@t-online.de

Stellengesuche

Psychiater-Engpass? Erfahrener FA hilft in Ihrer Klinik, Praxis, auch Forensik. Vorder/Hintergrund usw.
psychiatergesucht2025@web.de

Praxisabgabe

Psychiatrische Praxis in Gießen mit 1 KV Sitz in zentraler Innenstadtlage aus Altersgründen Gründen abzugeben. Kontakt: praxisbaumgarten@gmx.de

Praxisräume

Praxisflächen im neuen Gesundheitszentrum in Büdingen

Zu pachten ist eine Gesamtfläche von ca. 1.670 qm. Diese lässt sich ideal auch in Teilabschnitte aufteilen. Die Räumlichkeiten sind barrierefrei und verfügen über eine erstklassige und hochwertige Ausstattung (Lüftungsanlage, EDV, Mobiliar, Parkhaus etc.). In unserem Gesundheitszentrum lassen sich viele Synergien bilden, um Patienten ein ideales Gesamtkonzept bieten zu können. Bei Interesse kontaktieren Sie uns unter folgender **Telefonnummer: 0179 5125 156**

Wiesbaden: Praxisräume (gemiet.) u./o.-Ausstattg. ab 1/25 abzugeben

Mobiliar (u.a. höhenverst. Schreibt., kl. Küche), Elektroliegen, Drucker, Lesegeräte/IT, Infusionsmat./-stühle u.v.m.

Kontakt 0174-2149537, gerne auch SMS,

Platz für mehr: 430 qm, ebenerdig, sehr tragfähiger Boden, starke Stromversorgung, Labor mit Entlüftungsanlage, 6 eigene Parkplätze, 2 Zufahrten, ruhige Lage in Vorort von Darmstadt. Sehr geringe Heizkosten, 200 qm Garten, mehrere Büros, 2 Toiletten, Waschraum, Küche, Wohnen und Arbeiten möglich. Minuten von A 5 und A 67 entfernt. Kauf oder Miete. Tel. 01704790895, **LWGERHARD@Gmail.com**

Privatpraxis für Naturheilkunde und Osteopathie sucht neue Räume – gerne auch in Kooperation. **Kontakt@praxismedicus.de**

Wir sind für Sie da!

Verkauf & Beratung Telefon +49 (0) 2234 7011-250
Anzeigerservice Telefon +49 (0) 2234 7011-290

Anzeigenmanagement · Postfach 40 02 54 · 50832 Köln
kleinanzeigen@aerzteverlag.de · aerzteverlag.de/anzeigerservice



Praxiseinrichtung

LEITZ Phasenkontrastmikroskop

ältere Bauart, voll funktionsfähig, binokular, 4x Revolver, ideal für Vitaluntersuchung z. B. in gyn. Praxis. Zu verschenken
Lediglich neuer Kondensator für die Beleuchtung erforderlich.
Selbstabholung Alsfeld. **Tel.: 0151 - 16522903 ab 18:00 Uhr**



Dipl. - Ing. Keil + Kistler

GmbH u. Co. KG Medizintechnik
Alles aus einer Hand: Systemhaus für Medizintechnik und Praxiseinrichtung

Heinrich-Heine-Str. 6
35440 Linden/Hessen

www.keil-kistler.de
info@keil-kistler.de

Telefon: +49 (0) 64 03 / 97 23 50

Unsere Leistungen:

- Beratung, Planung, Einrichtung
- Teilweise und/oder komplette Einrichtung
- Umbau / Renovierung
- Baubegleitung
- Eigene Möbel- und Geräteausstellung



GOÄ

Optimieren Sie Ihre Privatabrechnung mit dem Online-Kommentar zur GOÄ!

Das Autoren-Team unter Leitung von Dr. Regina Klakow-Franck garantiert Ihnen als ausgewiesene GOÄ-Expertinnen und -Experten besondere Praxisnähe. Gerichtsurteile, Stellungnahmen der Ärztekammern und Beschlüsse der Gebührenordnungsausschüsse der Bundesärztekammer liefern Ihnen ein hohes Maß an Rechtssicherheit.

Das sind Ihre Vorteile:

- Einnahmen sichern
- Schnell ans Ziel
- Vorsprung durch Spezialwissen
- Volle Transparenz
- Kontinuierliche Aktualisierungen

Die Onlineversion des GOÄ-Kommentars ist Bestandteil unseres Portals abrechnung-medizin.de mit vielen weiteren Inhalten zu Abrechnung und Kodierung.

Privatliquidation stets aktuell und rechtssicher!



Begründet von Dietrich Brück, fortgeführt von Regina Klakow-Franck (Hrsg.)

**Einzelplatz-Lizenz mit 12-monatigem Zugang:
€ 109,00 inkl. MwSt.**



Mehrplatzlizenzen zu attraktiven Staffelpreisen – sprechen Sie uns gerne an:

- telefonisch unter **Tel. 02234-7011-335**
- per E-Mail an kundenservice@aerzteverlag.de



Mehr Infos, die Bestellmöglichkeit und den Weg zum kostenlosen Test-Zugang finden Sie unter:

<https://www.praxisbedarf-aerzteverlag.de/wissen/buecher-ebooks/abrechnung/>

**Jetzt 30 Tage
gratis testen!**