



Staphylococcus aureus-Bakteriämie, die oft verkannte Sepsis

Foto: © analysis121980 – stock.adobe.com

Serie Patientensicherheit

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sind zentrale Instrumente zur Förderung der Patientensicherheit

Sommerempfang

Nach coronabedingter Pause luden die Heilberufe Hessens wieder auf den Neroberg in Wiesbaden ein

Wahl in Hessen

Landtagswahl am 8. Oktober: Parteien beantworten Fragen zur Gesundheitspolitik in Hessen

Beste Lösungen durch kritische Debatten

Es ist geschafft. Die Kammerwahl 2023 wurde erfolgreich durchgeführt und zwar ohne Auffälligkeiten oder gar Pannen. Dafür gilt mein Dank den hauptamtlichen Helferinnen und Helfern sowie dem ehrenamtlichen Wahlausschuss, der das ganze Geschehen von Anfang an stets wachsam im Auge behielt. Vor allem aber gilt mein Dank Ihnen, die Sie sich aktiv an der Wahl beteiligt haben. Die Höhe der Wahlbeteiligung lag bei für Kammerwahlen respektablen 41,39 %, auch wenn ich hier natürlich noch mehr gewünscht hätte. Ganz besonders danke ich allen, die sich persönlich zur Wahl gestellt und damit schon ein Zeugnis ihrer Unterstützung für die Kammerarbeit abgelegt haben.

An Arbeit wird es auch in der neuen Wahlperiode nicht mangeln. Allein der Blick auf die angekündigte Krankenhausreform verspricht einiges an Aufwand. Welche Auswirkungen wird eine derartige Reform auf die Weiterbildung haben? Dabei rede ich gar nicht von dem unsinnigen Plan, dass die sogenannten Level I-Häuser einen wesentlichen Teil der ärztlichen Weiterbildung verantworten sollen. Wenn jedoch eine wirklich tief greifende Reform der Krankenhäuser mit entsprechender Verlagerung oder Schließung von Abteilungen oder gar kompletten Krankenhäusern erfolgt, wird dies Auswirkungen auf die Weiterbildungen inklusive der Weiterbildungsbefugnisse haben. Parallel wachsen die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung, deren Rolle in der ärztlichen Weiterbildung daher perspektivisch zunehmen wird und muss. Hier bedarf es jedoch dringender neuer Lösungen, um eine entsprechende Finanzierung zu gewährleisten.

Finanzierung, besser gesagt fehlende Finanzierung, dieses Wort steht gleichsam für die gegenwärtig und in nächster Zukunft auf uns zurollende Pleitewelle von Krankenhäusern. Im Einzelfall mögen schlechtes Wirtschaften und falsche Managemententscheidungen der Grund dafür sein, doch mehrheitlich sind es schlicht die Folgen fehlender Investitionskosten durch die Bundesländer, massiver Steigerungen von Personal- und Energiekosten sowie der Kosten für Medizinprodukte, Arzneimittel und Lebensmittel. Pflegekräftemangel sowie rückläufige Fallzahlen seit der Coronapandemie tun ein Übriges. Ein ungeordnetes Krankenhaussterben ist das Gegenteil einer sinnvollen Krankenhausplanung und in meinen Augen verantwortungslos, wenn nicht gar zynisch. Eine Struktur zugrunde gehen zu lassen, ist einfach. Doch es ist ungleich schwieriger, sehr teuer und nicht selten unmöglich, sie wieder aufzubauen. Sollte noch irgendein Politiker oder vermeintlicher Experte glauben, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die Folgen eines ungeordneten Krankenhaussterbens auffangen könnten, dem sei in aller Deutlichkeit gesagt, dass das ein frommer Wunsch ist. Ganz abgesehen davon, dass noch immer nicht erkennbar ist, wie die ambulante Versorgung bei der geplanten Krankenhausreform berücksichtigt wird, zumal sich der Eindruck aufdrängt, dass die Regierung die ambulante

Versorgung, insbesondere den fachärztlichen Bereich, eher als überflüssig ansieht.

Wer Veränderung will, muss in der Regel zunächst investieren und ja, das kostet Geld. So ist uns allen klar, auch der Politik, dass die Energiewende nicht umsonst zu haben ist. Der Griff in den Geldbeutel, gemeint ist auch der eigene, ist unvermeidbar, wenn wir in den nächsten Jahrzehnten noch eine lebenswerte bzw. -fähige Umwelt erleben wollen. Daher nimmt es nicht Wunder, dass das Bündnis Heilen & Helfen den Klimawandel in den Mittelpunkt des diesjährigen Sommerempfangs im Wiesbadener Opelbad stellte (siehe S. 498). Auch diese inzwischen fast schon traditionelle Veranstaltung der hessischen Heilberufe fiel in den Jahren 2020 bis 2023 der Coronapandemie zum Opfer. Umso größer war die Freude, endlich wieder zu einem persönlichen Austausch mit den Gästen zusammenkommen zu können. Diese Freude, aber auch das Bedauern über die fehlenden Kontakte während der Pandemie wurde vielfach geäußert.

Haben wir in Deutschland wirklich alles richtig gemacht? Sind wir wirklich bereit, unser Handeln in den Pandemie Jahren einer (selbst)kritischen Prüfung zu unterziehen und aus den Ergebnissen Konsequenzen für die Zukunft abzuleiten, wohlgerne ohne persönliche Angriffe und Schuldzuweisungen? In der Medizin kennen wir alle den PDCA-Zyklus des Qualitätsmanagements: plan – do – check – act. Planen, durchführen, prüfen, handeln (verbessern). Das muss auch für gesamtgesellschaftliche und politische Entscheidungen gelten, deren Auswirkungen oftmals alle Menschen betreffen. Auch kritische Stimmen haben das Recht, gehört zu werden (siehe dazu den Beitrag von Prof. Dr. Ursel Heudorf S. 502). Das gilt für die Krankenhausreform ebenso wie für die während der Coronapandemie getroffenen Maßnahmen. Nur in der kritischen und sachlichen Auseinandersetzung können wir die beste Lösung finden, wohlwissend, dass der Kenntnisstand einige Jahre später eine andere Lösung besser erscheinen lassen könnte. Aber nur so entstehen Wissenszuwachs und Erkenntnisgewinn.



Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident

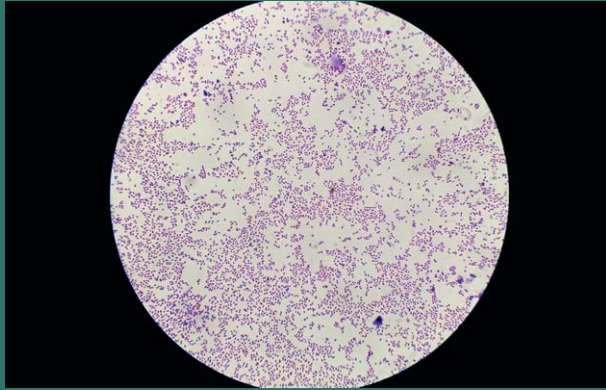


Foto: © Arif Biswas – stock.adobe.com

Staphylococcus aureus-Bakteriämie

Die Staphylococcus aureus-Bakteriämie (SAB) ist eine potenziell lebensbedrohliche Hochrisikoerkrankung und tritt häufig auf. In dem zertifizierten Fortbildungsbeitrag geht der Autor auf das Bakterium, Diagnostik und Therapie der Bakteriämie ein.

480

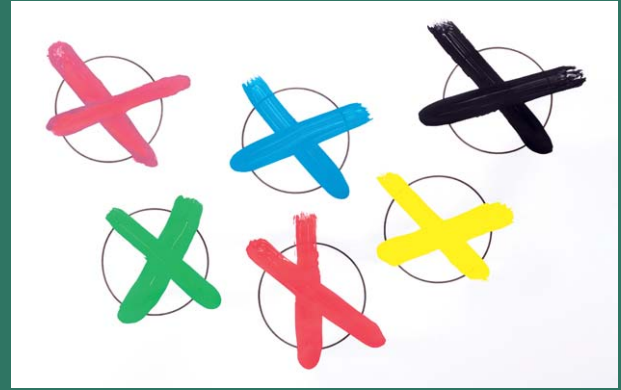


Foto: penofoto.de – stock.adobe.com

Wahlprüfsteine

Am 8. Oktober 2023 wird der Hessische Landtag neu gewählt. Die sechs als Fraktionen vertretenen Parteien (CDU, Die Grünen, SPD, AfD, FDP, Die Linke) antworten auf Fragen der Redaktion zu ihren Plänen zur Gesundheitspolitik in Hessen.

488

Editorial: Beste Lösungen durch kritische Debatten	475
Aus dem Präsidium: Nach der Wahl – vor der Wahl	478

Ärzttekammer

Papierausgabe nur noch auf Wunsch	479
Medizinischer Nachwuchskongress – „Operation Karriere“	486
Tätigkeitsbericht der Jahre 2018–2023 ab Anfang September online abrufbar	487
Mehr Aufklärung und Erfolgsbeispiele zur Stärkung der Organspende	496
Klimawandel und Gesundheit – Sommerempfang der hessischen Heilberufe	498
Krebsregister: Krebsmeldung fordern und fördern	520
ReproMed & Hämotherapie: Erfahrungsaustausch der Stabsstelle Qualitätssicherung im Oktober	524

Fortbildung

CME: Staphylococcus aureus-Bakteriämie, die oft verkannte Sepsis	480
Neue Ansätze für Ausbildung von Ethikberater*innen	518

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	504
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	510
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	527

Patientensicherheit

Serie Teil 21: Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	512
Fortbildungsveranstaltungen zur Patientensicherheit	515



Foto: Michelle Spillner

Sommerempfang der Heilberufe

Nach vierjähriger pandemiebedingter Unterbrechung hatten die hessischen Heilberufe im Juli zum Sommerempfang auf den Neroberg in Wiesbaden geladen. Thema des Abends waren die Folgen des Klimawandels für die Gesundheit. Rund 160 Gäste nahmen teil.

498

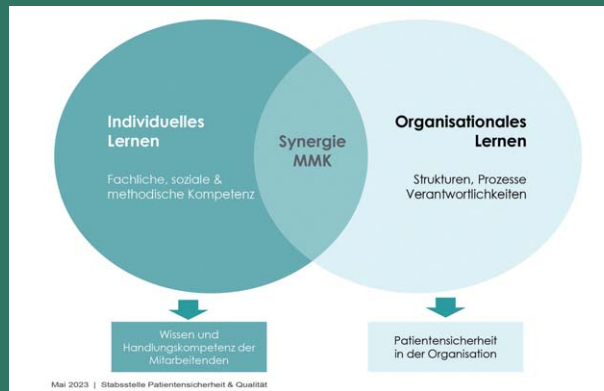


Foto: Rechte bei den Autoren

Serie Teil 21: Patientensicherheit

Dieser Teil der Serie widmet sich den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MMK). Mit der berufsgruppenübergreifenden strukturierten Analyse und Aufarbeitung besonderer Fälle in der Klinik tragen die MMK dazu bei, die Patientensicherheit nachhaltig zu verbessern.

512

Forum

Landtagswahl am 8. Oktober: Sieben Wahlprüfsteine, sechs Fraktionen antworten	488
Bad Nauheimer Gespräche: Massive Schäden für vulnerable Menschen	500
Klimawandel und Gesundheitswesen	517
Bildtafeln aus über 100 Jahren Medizingeschichte	522

Ansichten und Einsichten

Weiterbildung in Not – Lauterbachs Kahlschlag	495
Weiblicher Blick auf die Landesärztekammer Hessen	499
„SARS-CoV-2: Herausforderungen und Lehren aus der Pandemie“	502

Junge Ärztinnen und Ärzte: Studentische Poliklinik: Kostenlos, anonym, sozial 516

Aus den Bezirksärztekammern: Begrüßungs- und Informationsabend 523

Personalia – Nachruf auf Prof. med. Uwe Töllner 526/517

Impressum 532

Bücher



Leben mit Contergan
Christina Ding-Greiner (Hrsg.)

S. 524

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)

Nach der Wahl – vor der Wahl

In Europa ist Krieg, Hunderttausende sind auf beiden Seiten gefallen, die genauen Zahlen gelten als Kriegsgeheimnis. Die Pandemie ist vorüber, die Sommer werden immer heißer. Im Lichte dieser Entwicklungen erweisen sich unsere Kammerwahl und auch die nahende Landtagswahl in Hessen auf den ersten Blick eher als von marginaler Bedeutung.

Ambulante Versorgung wird von der Politik liegengelassen

Unsere Aufgabe an dieser Stelle ist, uns mit den Bedingungen der Patientenversorgung und unserer Berufsausübung in Hessen und in Deutschland zu beschäftigen. Die Rahmen sind per Gesetz vorgegeben. Doch die Zeiten wandeln sich. Viele Gesetze werden neu geschrieben oder eben auch mal nicht. In Sachen GOÄ scheint die Zeit seit 30 Jahren still zu stehen, als ob die Bundesregierung sich weigern würde, ihrer Aufgabe und Verantwortung nachzukommen und per Rechtsverordnung die GOÄ endlich zu aktualisieren. Sie tut es nicht. Dafür soll die ganze Krankenhauslandschaft zügig umgepflügt werden, bis zu einem Drittel der Krankenhäuser seien überflüssig, ohnehin schrieben sie ja schon rote Zahlen ...

Die ambulante Versorgung wird in den Plänen der Politik im großen weiten Bogen liegengelassen.

Zwar lamentiert man permanent über Ärzte- und Fachkräftemangel, man sinniert über Gesundheitskioske, versucht ärztliche Leistungen zu delegieren und zu virtualisieren. Von den aktuell 421.300 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland sind 165.700 im ambulanten Bereich tätig, davon 55.600 (!) im Angestelltenverhältnis. Im Jahr 2012 waren erst 20.900 in der Anstellung, Tendenz nach wie vor stark ansteigend (BÄK-Ärzttestatistik 2022). Das bedeutet, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte bereit sind, das Risiko der wirtschaftlichen Selbstständigkeit (unternehmeri-



Foto: Katarina Ivanisevic

„Es geht um die Erhaltung einer feingliedrigen, wohnortnahen, individualisierten Krankenversorgung.“

sches Risiko) in eigener Praxis auf sich zu nehmen. Veraltete Gebührenordnungen, die die Realität nicht mehr abbilden, schwankende, nicht planbare Honorarumsätze, Regressdrohungen, wuchernde Bürokratie schrecken ab.

Auch die Selbstaussbeutung mit 60–65 Wochenarbeitsstunden ist nicht mehr zeitgemäß, die Jugend orientiert sich an der 40-Stunden-Woche mit Tarifvertrag. Die immer weniger werdenden Praxisinhaber müssen aber mit ihrem stagnierenden Honorarumsatz die Tarifsteigerungen ihrer Angestellten bedienen. Inflation und steigende Energiekosten kommen hinzu. Selbst Medizinische Versorgungszentren klagen über wirtschaftliche Schwierigkeiten und drohende Insolvenz. Die Stunde der Investoren scheint gekommen: Quersubvention via Kapitalmarkt oder Steuermittel, kleine Fische – große Fische ...

Gefahr für persönliche Arzt-Patienten-Beziehung

Bei dieser Entwicklung sehe ich die Gefahr, dass die ambulante Versorgung in Großbetrieben unter und die persönliche Arzt-Patienten-Beziehung verloren geht. Ist das politisch gewollt?

Es geht um die Erhaltung einer feingliedrigen, wohnortnahen, individualisierten Krankenversorgung. Ausschließlich auf große Fallzahlen basierte Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsüberlegungen bilden den realen Bedarf verzerrt ab. Aus der Perspektive einer Großmutter vom Dorf oder im Wohngebiet am Stadtrand gestaltet sich die Problemstellung der Gesundheitsreform überschaubar. Sie möchte Ärzte oder Ärztinnen in ihrer Nähe haben, die sie persönlich kennt und den sie aus eigener Kraft, am besten fußläufig, mit ÖPNV noch erreichen kann. Bekommt sie sie?

Michael Andor

Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen

Podcast zur geplanten Cannabis-Legalisierung

Im FAZ-Podcast „Podcast für Deutschland“ wurde in der Folge vom 21. Juli 2023 das Thema Cannabis-Legalisierung diskutiert. Als Experte kam auch der stellv. Suchtbeauftragte der Landesärztekammer Hessen und Suchtmediziner, Dr. med. Mathias Luderer (Foto), umfangreich zu Wort. Luderer, Leiter des Bereichs Suchtmedizin am Universitätsklinikum Frankfurt am Main, nimmt eine kritische Haltung zur Legalisie-



rung ein. Weitere Gäste sind der Leiter des Frankfurter Drogenreferats, Dr. Artur Schroers, sowie Prof. Dr. med. Rainer Thomasius, Ärztlicher Leiter des Suchtbereichs an der Universität Hamburg-Eppendorf. Luderer ist ab Minute 10:10 zu hören. Der QR-Code und Link führen zum Podcast auf der FAZ-Webseite. tinyurl.com/53ur5me2



Foto: privat



Hessisches Ärzteblatt: Papierausgabe nur noch auf Wunsch

Ab Ausgabe 10/23 ist die digitale Version das führende Medium

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
mit dieser Ausgabe halten zum letzten Mal alle Ärztinnen und Ärzte in Hessen das Hessische Ärzteblatt (HÄBL) in Papierform in Händen. Ab September 2023 ist die digitale Version des HÄBL das offizielle Mitteilungsorgan der Landesärztekammer Hessen.

Selbstverständlich können Sie das Hessische Ärzteblatt jederzeit weiterhin als Papier-Exemplar erhalten, wenn Sie dies wünschen.

Bitte geben Sie diesen Wunsch in Ihr Portal der Landesärztekammer ein oder mailen Sie direkt an meldewesen@laekh.de

Für die Redaktion

Dr. med. Peter Zürner
Verantwortlicher Redakteur

Dr. med. H. Christian Piper
stellv. Verantwortlicher Redakteur

Katja Möhrle
Leiterin Stabsstelle Medien

Hier können Sie im Portal (<https://portal.laekh.de>) Ihren Haken für die Printausgabe setzen:

Portal | Meine Meldedaten - Münzing Ralf

An dieser Stelle finden Sie Ihre in der Landesärztekammer Hessen hinterlegten Meldedaten. Sollten Sie Unstimmigkeiten feststellen, können Rückfragen verwenden wir Ihre im Portal der Landesärztekammer Hessen hinterlegte E-Mailadresse oder Telefonnummer.

Formular Änderungsmeldung

Allgemeines | Kontakt | Weiterbildung | Tätigkeiten | **Einwilligungen** | Berufserlaubnis | Ausweise

- > Mailing zu Fortbildungsveranstaltungen
- > Privatadresse für Wahlwerbung
- > FobiApp: Punktekonto freischalten
- ✓ Deutsches und Hessisches Ärzteblatt

Zur Versendung des Hessischen Ärzteblattes und dem Bezug des Deutschen Ärzteblattes* werden an die Deutsche Ärzteverlag GmbH in Köln folgende Daten: Geburtsdatum, Geschlecht, WB-Qualifikation, Haupttätigkeit.

Ich möchte das Deutsche Ärzteblatt beziehen und bin mit der Datenweitergabe an den Deutschen Ärzteverlag einverstanden

Ich möchte das Hessische Ärzteblatt ab dem 01.09.2023 weiterhin als Druckausgabe erhalten

*Freiwillige Mitglieder können sich kostenfrei für das Deutsche Ärzteblatt unter aerzteblatt.de registrieren. Alternativ kann dort oder direkt beim Deutschen Ärzteverlag einverstanden werden. Den Versand können Sie hier auf die Dienstadresse Ihrer Haupttätigkeit umstellen:

Ärzteblätter an die Dienstadresse meiner Haupttätigkeit versenden

Es war doch nur ein Kratzer!

Staphylococcus aureus-Bakteriämie, die oft verkannte Sepsis

VNR: 2760602023060630002

Dr. med. Rolf Teßmann

Gleich vorweg: Die Staphylococcus aureus-Bakteriämie (SAB) ist eine potenziell lebensbedrohliche Hochrisikoerkrankung; SAB führt fast zwangsläufig zu einer Blutstrominfektion und wird als Auslöser einer Sepsis häufig unterschätzt [1]. SAB ist häufig (Inzidenz: 30/100.000 Einwohner/Jahr) und ist nach Escherichia coli der zweithäufigste Auslöser einer ambulanten oder einer nosokomial erworbenen Blutstrominfektion! [2]

Immer noch hat die SAB eine extrem hohe Letalität (über 25 %) [14, 15], neigt zu Früh- und Spätkomplikationen und zu Rezidiven bei unzureichend behandelter Infektion. Komplikationen im frühen Krankheitsverlauf sind unter anderem:

- Sepsis, septischer Schock,
- Infektionsausbreitung über den Primärherd (z. B. kleine Wunde) hinaus in das umgebende Gewebe,
- Frühe Streuherde, sogenannte septische Metastasen, in andere Organsysteme (z. B. Lunge),

Spätkomplikationen durch septische Streuung nach Wochen (oder erst nach Monaten) sind bei ambulant erworbener SAB häufiger und finden sich bei bis zu 15 % aller Patienten. Typische Spätkomplikationen sind:

- Endokarditis,
- tief sitzende Abszesse,
- Osteomyelitis,
- Spondylodiszitis,
- Infektion an einliegendem Fremdmaterial wie Implantaten z. B. Endoprothesen/Herzschrittmachersonden/(Kunst-)Herzklappen usw.

Insbesondere nicht ausreichend sanierte Infektionsherde oder eine inadäquate antibiotische (Primär-)Therapie erhöhen das Risiko für Spätkomplikationen. [16]

Risikofaktoren für eine SAB sind die Kolonisation der Haut mit Methicillin-sensiblen und/oder Methicillin-resistentem *S. aureus* (MSSA und/oder MRSA), Haut- und Weichteilinfektionen, intravasale Ka-

theter, intravenöser (i. v.) Drogenabusus, postoperative Wundinfektion, Immunsuppression oder Lebererkrankungen.

Eine SAB darf niemals als eine „verunreinigte Blutkultur“ fehlinterpretiert werden. Jeder *S. aureus*-Nachweis im Blut muss unmittelbar und adäquat therapiert und saniert werden! Insbesondere eine unzureichende (Sepsis-)Therapie in der Frühphase, verspätet, falsch und/oder zu kurz eingesetzte i. v. Antibiotika sind verantwortlich für die hohe Letalität. [3] Die Sterblichkeit kann fast halbiert (!) werden, wenn die Diagnose schnell gestellt wird und die Therapie unmittelbar und ohne Zeitverzug einsetzt und ausreichend lange mit einem geeigneten Antibiotikum fortgeführt wird. [15]

S. aureus - der Überlebenskünstler

S. aureus ist ein grampositives, kugelförmiges Bakterium. In der unbelebten Umgebung ist *S. aureus* wochenlang widerstandsfähig gegen Austrocknung, pH-tolerant und haftet an Haut, natürlichen und/oder künstlichen Oberflächen wie (Schutz-)Kleidung. *S. aureus* kann Plasma koagulieren, das heißt es bildet Koagulase, aber auch andere Enzyme und Toxine, die sein Eindringen in Gewebe erleichtern. Das Bakterium überlebt lange im Blutstrom, es führt durch Absiedlung schnell zu tiefen Abszessen. Grampositive Staphylokokken in Blutkulturen sind im klinischen Alltag keine Seltenheit.

Aber: *S. aureus* muss hier deutlich abgegrenzt werden von dem Nachweis niedrig virulenter koagulasenegativer Staphylokokken (wie *S. epidermidis* oder *S. hominis*), die zur normalen Hautflora gehören und häufig, insbesondere bei einmaligem Nachweis, als „Blutkultur-Kontamination“ gewertet werden können.

S. aureus bildet Biofilme (Bakterien schützen sich durch einen dichten Schleim aus Bio-Polymeren – andere klinische Biofilm-

bildner sind neben Staphylokokken: Pseudomonaden, und Streptokokken) und sogenannte small-colony-variants (SCV), schlafende Phänotypen, die sich intrazellulär klinisch weitgehend unbemerkt im Wirtsgewebe einnisten und hier lange persistieren können. All dies führt dazu, dass eine antibiotische Monotherapie häufig erfolglos ist. 20 % der Bevölkerung sind mit *S. aureus* auf der Haut und im Oropharynx besiedelt, Tätige im Gesundheitswesen bis zu 40 %. Diese Besiedlung ist per se ohne Krankheitswert, erhöht aber das Risiko deutlich, eine Infektion zu entwickeln.

Genetische Mechanismen können einen Methicillin-sensiblen *S. aureus* (MSSA) in einen Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) überführen. MRSA ist primär resistent gegen Methicillin/Oxacillin mit (Kreuz-)Resistenzen gegen alle Betaaktamantibiotika wie Penicilline (auch sog. Staphylokokken-Penicilline), Cephalosporine der Gruppe 1 bis 4, Monobactame und Carbapeneme. [13] Eine Vortherapie mit Fluorchinolonen soll das Risiko für eine MRSA-Kolonisation erhöhen. [3] MRSA ist weltweit verbreitet und hat eine große Bedeutung als Verursacher von nosokomialen Infektionen. Eine Besiedlung von Haut/Oropharynx betrifft insbesondere hospitalisierte Patienten. In der ambulanten Versorgung auftretende Besiedlungen/Infektionen werden als community acquired (CA-MRSA) bezeichnet, Live-stock-assoziierte Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (LAMRSA) werden meist über die Tiermast auf den Menschen übertragen. [5] Infektionen durch MRSA (insbesondere SAB) haben einen ungünstigeren Krankheitsverlauf und eine schlechtere Prognose als durch MSSA hervorgerufene. Achtung: MRSA ist nicht (!) virulenter als MSSA, die Sterblichkeitsrate bei MRSA-Infektionen ist allerdings wegen häufig verspätet einsetzender adäquater Antibiotikatherapie und einer einge-

schränkten Antibiotikaauswahl höher. Durch ein konsequentes und systematisches MRSA-Hygienemanagement, das neben dem Screening auf MRSA auch die (Kohorten-)Isolierung MRSA-kolonisierter/infizierter Patienten, die Schulung des Personals, striktes Einhalten der erforderlichen Hygienemaßnahmen (Händehygiene!), Dekolonisierungsmaßnahmen im Sinne eines Sanierungsversuches und den rationaleren Einsatz von Antibiotika umfasst [5], ist der MRSA-Anteil aller *S. aureus*-Isolate in Deutschland von 24 % (2010) auf 8,5 % (2019) gesunken, in der ambulanten Versorgung von 13 % (2010) auf 6 % (2019). Innerhalb Europas gibt es allerdings ein ausgeprägtes Süd-Nord-Gefälle zuungunsten von Süd-Ost-Europa (z. B. Italien, Griechenland, Rumänien) hier mit MRSA-Nachweisraten aller *S. aureus*-Isolate von über 35 % (2019).

Seit 2009 ist der Nachweis von MRSA in Blut- und Liquorkulturen nach § 7 IfSG meldepflichtig; auch hier geht die Inzidenz mit 5,6/100.000 Einwohner/Jahr (2012) auf 2,2/100.000 Einwohner/Jahr (2019) zurück. [8]

Diagnose und Diagnostik

„Daran denken ist der erste Schritt zum Handeln.“ Richtungsweisend für die Diagnose SAB sind die sorgfältige Anamnese und körperliche Untersuchung (Vorerkrankungen, Hinweise auf Organinfektionen usw.). Im ambulanten Bereich erworbene SAB haben ihren Ursprung meist in Infektionen der Haut [4] (Follikulitis, Furunkel oder in kleinen Wunden, der aufgekratzte Mückenstich, der Kratzer). Diese Auslöser werden aber häufig nicht (mehr) erkannt oder sind dem Patienten nicht mehr erinnerlich. Das genau ist die Herausforderung in der ambulanten Versorgung! Immer die Frage stellen: Liegen (auch anamnestische) Warnhinweise bzw. klinische Zeichen auf eine Infektion vor? Um die Diagnose „schwere Infektion“ oder gar „beginnende Sepsis“ klinisch zu stellen, wird „gescreent“. Hierfür werden Symptome wie Fieber ($\geq 38^\circ\text{C}$) oder Hypothermie ($\leq 35,5^\circ\text{C}$), extrem starkes Krankheitsgefühl, feuchte, kalte und/oder bläulich fleckige marmorierte Haut, Petechien, ggf. eine periphere Sauerstoffsättigung $< 95\%$, nachlassende Diurese er-

fasst und können zu der Verdachtsdiagnose Sepsis führen. Der sogenannte quick-SOFA-Score (qSOFA) vervollständigt die Diagnose und führt zu einer Notfalleinweisung in die Klinik mit sofortigem Therapiebeginn.

Hierfür sollten – außerhalb der Intensivstation – zwei der folgenden qSOFA-Kriterien erfüllt sein:

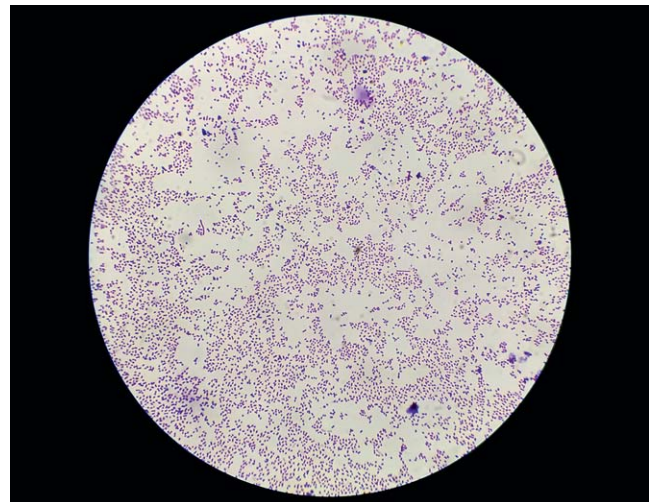
- Bewusstseinstörung/neu aufgetretene Verwirrtheit,
- Atemfrequenz $> 22/\text{min.}$,
- Systolischer Blutdruck $< 100 \text{ mmHg}$.

Bereits der Verdacht auf eine beginnende Sepsis sowohl bei ambulanten Patienten wie auch innerklinisch erworben (z. B. Gefäßkatheter-assoziiert), führt umgehend zu einer gezielten Anamnese, intensiver körperlichen Untersuchung und weitergehenden Diagnostik (Blutkultur, Infekt-Focussuche). Bei der Sepsis beginnt die unmittelbar eingeleitete Therapie immer parallel zur Diagnostik, sog. Maßnahmenbündel reduzieren die nach wie vor hohe Mortalität deutlich [1].

Nach aktueller S3-Leitlinie handelt es sich bei einer Sepsis „... um eine lebensbedrohliche Organdysfunktion, ausgelöst durch eine Infektion, welche mit einer Regulationsstörung beim Wirt einhergeht“. [1] Sepsis ist ein medizinischer Notfall, analog zu einem akuten Herzinfarkt oder Apoplex. Frühzeitiges Erkennen und Behandeln rettet Leben.

Blutkulturen: Es kommt auf jede Stunde an

Im stationären Bereich wird der Verdacht auf Blutstrominfektionen in der Regel früher gestellt als in der ambulanten Versorgung (ein infizierter peripherer Gefäßzugang ist schneller erkannt als eine nicht mehr erinnerliche Follikulitis). Blutkulturen (BK) können hier bereits ohne ausgeprägte klinische Symptomatik einer Frühkomplikation entnommen werden.



Staphylococcus aureus-Bakterien

Foto: © Arif Biswas – stock.adobe.com

Bei jedem klinischen Verdacht auf eine Blutstrominfektion/Sepsis werden dem Patienten leitliniengerecht umgehend zwei, besser drei BK-Paare (aerob/anaerob, jeweils 8–10 ml Blut pro Flasche) entnommen. Die kalkulierte Breitspektrumantibiotikatherapie bei Sepsisverdacht auf den wahrscheinlichsten ursächlichen Erreger – bereits in der ersten Stunde nach Diagnosestellung – ist hier zwingend. Jede Stunde Therapieverzögerung kann die Letalität um bis zu 7 % steigern! [1]. Die Therapie erfolgt immer i. v. und hoch dosiert (sog. loading-dose): Insbesondere bei unbekanntem Infektionsherd kann hier nach aktuellen Leitlinien für die Sepsisprimärtherapie – abhängig von der lokalen Resistenzlage – das Präparat Piperacillin/Tazobactam (= Betalactamantibiotikum plus Betalaktamaseinhibitor) 3–4 x 4,5 g i. v. (als Kurzinfusion oder gleichwertig 3 x 4,5 g als prolongierte (vier Stunden) Gabe eingesetzt werden. Bei schweren Infektionen, bei immunsupprimierten sowie hämodynamisch instabilen Patienten und bei Erregerisolaten mit hoher Resistenzlast (z. B. ESBL, Carbapenemase) wird immer die Dosierung 4 x 4,5 g als prolongierte (3 Stunden) Gabe empfohlen [19], alternativ das 4. Generationscephalosporin Cefepim 3–4 x 2 g i. v. oder – ohne Carbapenemase-Nachweis – auch Carbapeneme [3]. Bei einer Blutstrominfektion, die ausschließlich durch *S. aureus* (mikrobiologischer Nachweis!) verursacht ist, sollte mit Staphylokokkenpenicillin Flucloxacillin oder dem 1. Generationscephalosporin Cefazolin i. v. therapiert werden.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Staphylokokkus aureus-Bakteriämie, die oft verkannte Sepsis“ von Dr. med. Rolf Teßmann finden Sie nachfolgend abgedruckt und im Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25. August

2023 bis 24. Februar 2024 möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben. Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben des Autors sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

Selbstverständlich werden gleichzeitig Sepsistherapieebündel wie i. v. kristalloide Flüssigkeitsgabe, ggf. Vasopressorgabe etc. als Sofortmaßnahmen eingeleitet. Spätestens nach zwei bis vier Tagen werden Folge-BK abgenommen; dies wird konsequent bis zum Nachweis der Sterilität fortgeführt. Nochmal: Jeder *S. aureus*-Nachweis in einer BK (SAB) sollte als potenzielle Blutstrominfektion interpretiert werden!

Mit Keimnachweis sollte die kalkulierte Antibiotikatherapie gezielt angepasst werden, wobei andere Infektherde/infizierte Organe immer „im Auge behalten werden müssen“; ggf. kann erst im Verlauf der Erkrankung auf schmalere wirkende Antibiotika (AB) deeskaliert werden. Positive Folge-BK zeigen frühzeitig ein Therapieversagen oder einen persistierenden Focus an (siehe unten) und definieren zudem bei *S. aureus*-Nachweis den Schweregrad der SAB. Zur Festlegung der Therapiedauer bei SAB gilt die erste negative (!) BK als Tag eins einer wirksamen Antibiotikatherapie. [2]

Merke: Wird die Diagnose SAB gestellt, muss unmittelbar eine konsequente i. v. antibiotische Therapie, eine sofortige Focussuche und die schnellstmögliche (oft operative) Focussanierung eingeleitet werden.

Infekt-Focussuche

Jeder Nachweis von *S. aureus* im Blut soll eine intensive Focussuche initiieren. Gut gelebte und etablierte Antibiotic Stewardship (ABS)-Strukturen schaffen bei den Beteiligten Akzeptanz, „so viel Aktivität wegen einer (!) positiven Blutkultur“ zu entwickeln und sog. Maßnahmenbündel

zu initiieren. Diese enge Vernetzung und der kollegiale Austausch zwischen klinischer Mikrobiologie, infektiologisch aus- und weitergebildeten Ärztinnen/Ärzten sowie klinischen Pharmakologinnen/Pharmakologen und behandelnden Ärztinnen/Ärzten führen zu deutlich besserem Outcome! [6, 17, 18]

Zur Focussuche gehören neben der Anamnese und gezielter körperlicher Untersuchung auch die zielgerichtete Suche nach Implantaten/Fremdmaterialien sowie der Einsatz weiterer apparativ technischer Verfahren (Sonografie, Röntgen, CT/MRT, Endoskopie usw.). Insbesondere septische Streuherde/Absiedlungen werden über diese Stufendiagnostik identifiziert. Besonderes Augenmerk ist hier auf folgende Infektherde zu legen:

- Endokarditis (siehe unten),
- Meningitis, Knochen- und Gelenksinfektionen wie Osteomyelitis, Spondylitis/Spondylodiszitis, septische Arthritis; Haut- und Weichteilinfektionen;
- einliegende periphere oder zentrale Gefäßkatheter (auch fest implantierte Portsysteme) als sehr häufige Auslöser in der Klinik [20],
- sowie andere implantatassoziierte Infektionen (z. B. (Kunst-) Herzklappenbesiedlung).

Eine Echokardiographie sollte bei SAB erwogen werden, unabhängig davon, ob eine Endokarditis Auslöser oder sekundäre Komplikation einer SAB ist. Insbesondere der Echokardiographie kommt sowohl bei der Diagnosestellung als auch der Behandlung der Endokarditis eine Schlüsselrolle zu. Eine Endokarditis geht mit einer deutlich erhöhten Letalität einher [2].

Kompliziert oder unkompliziert?

Eine komplizierte SAB liegt bereits vor, wenn ein (!) Kriterium erfüllt ist:

- Eine Endokarditis und/oder septische Absiedlungen sind nachgewiesen.
- Implantierte Fremdmaterialien liegen ein (z. B. Totalendoprothese (TEP), Herzklappenprothese, Herzschrittmacher, verbliebener i. v.-Katheter, Port usw.).
- Ein tief sitzender Primärfocus ist wahrscheinlich.
- Folgeblutkulturen (2 bis 4 Tage nach der initialen Blutkultur) bleiben positiv.
- Keine Entfieberung 72 Stunden nach Therapiebeginn.

Eine unkomplizierte SAB erfüllt keines dieser Kriterien [1].

Eine transoesophageale Echokardiographie (TEE) ist der Goldstandard zum Ausschluss einer Endokarditis. TEE soll bei allen Patienten mit einer ambulant erworbenen und/oder komplizierten SAB eingesetzt werden. Lagen positive Folgeblutkulturen vor, sollte eine TEE innerhalb von zehn Tagen wiederholt werden. Nur bei unkompliziertem Verlauf oder Nichtverfügbarkeit einer TEE kann auch eine transthorakale Echokardiographie (TTE) durchgeführt werden. [2, 7, 16]

Therapieebündel (i. v. Antibiotikatherapie und Focussanierung)

Parallel zu der i. v. eingeleiteten antibiotischen Therapie muss mit Nachdruck die Focussanierung betrieben werden. Erst hierdurch wird der nachhaltige Therapieerfolg gesichert und Rezidiven vorgebeugt, wobei es klinisch irrelevant ist, ob es sich um auslösende Primär- oder durch Absiedlung entstandene Sekundärfocusse handelt. Beispiele: Abszessdrainage, andere chirurgische Maßnahmen, Entfernung einliegender Fremdmaterialien (z. B. i. v. Katheter) usw. [7, 10, 16].

Antibiotikatherapie

Prinzip: frühestmöglich; ausreichend lange; i. v.; hochdosiert; staphylokokkenwirksames Schmalspektrum-AB!

Die Dauer der i. v.-Antibiotika(AB)Therapie wird definiert über die Festlegung: Liegt eine unkomplizierten oder eine komplizierten SAB vor?

Die unkomplizierte SAB wird in der Regel mindestens 14 Tage i. v. antibiotisch therapiert. Eine Oralisierung wird für diese Zeit noch nicht empfohlen, obgleich neuere Daten zeigen, dass bakterizide AB mit guter oraler Bioverfügbarkeit eine Öffnung zu einer Sequenztherapie rechtfertigen könnten [21]. Die Therapieempfehlungen für eine komplizierte SAB sind komplexer, allerdings besteht Einigkeit, dass eine Therapiedauer von vier, besser sechs Wochen i. v. AB-Therapie nicht unterschritten werden soll. Aktuelle Studien untersuchen, unter welchen Umständen die Therapie evtl. verkürzt/oralisiert werden kann.

Die Anwendungsdauer der Antibiotikatherapie richtet sich auch danach, ob eine Focussanierung (Entfernung von Fremdmaterial, Abszess- Spaltung/-drainage usw.) möglich war oder nicht. Bedingt durch die Biofilmbildung und SCV von *S. aureus* ist ein Therapieversagen bei verbleibenden Fremdkörpern häufig, hier wird eine Therapiedauer auch über sechs Wochen hinaus empfohlen. [1, 2]

Welche Antibiotika?

Wurden außer *S. aureus* keine weiteren Erreger nachgewiesen, wird eine MSSA-SAB mit dem Staphylokokkenpenicillin Flucloxacillin oder dem 1. Generationscephalosporin Cefazolin therapiert. Bei Vorliegen einer IgE-vermittelten Penicillinallergie kann Daptomycin i. v. als Alternative eingesetzt werden.

Hinweis: Daptomycin ist bei pulmonalem Focus kontraindiziert, da es durch Surfactant inaktiviert wird!

Die verwendeten Antibiotika werden häufig in hohen Dosierungen eingesetzt. Dieses Vorgehen wird – zumindest initial – zum Erreichen ausreichender Gewebespiegel empfohlen.

Flucloxacillin ist nephrotoxisch, hepatotoxisch und führt zu Venenirritationen; Cefazolin zeigt in vitro einen sog. Inokulum-effekt, das heißt eine hohe Erregerdichte (z. B. in Abszessen) führt zu einem Wirkverlust vor Ort. Manche Autoren [9, 17] empfehlen daher, die Primärtherapie mit Flucloxacillin i. v. für fünf bis sieben Tage einzuleiten, um danach (bei dann erwar-

teter reduzierter Erregerkonzentration) auf Cefazolin zu wechseln. Sowohl Flucloxacillin wie auch Cefazolin wirken bei ZNS-Infektionen allerdings nicht ausreichend. Bei einliegendem Fremdmaterial (z. B. Hüft-TEP, Kunstklappe, Herzschrittmacher) bilden Patienten mit SAB häufig eine Fremdkörperinfektion aus [22]. Immer, wenn Fremdkörper im Rahmen der Focussanierung nicht entfernt werden können oder eine vollständige Entfernung misslingt, ist eine Kombinationstherapie mit den biofilm-aktiven Antibiotikum Rifampicin (900 bis 1200 mg/Tg) i. v., später (nach Wochen) auch oral in zwei oder drei geteilten Dosen oder Fosfomycin-Natrium (2–3 x 4 bis 8 g) i. v. indiziert. Weder Rifampicin noch Fosfomycin dürfen als Monotherapie eingesetzt werden, sondern müssen bei MSSA mit Flucloxacillin/Cefazolin oder MRSA Vancomycin/Daptomycin kombiniert werden, um die bei Monotherapie regelhaft entstehende Rifampicinresistenz zu vermeiden.

Das Basisantibiotikum bei MRSA-SAB ist Daptomycin 1x/Tg i. v. (10–12 mg/kg

Übersicht Antibiotikatherapie SAB [nach 2]

	Antibiotikum	Dosierung/Applikation	Therapiedauer
MSSA SAB ohne Komplikationen	Flucloxacillin od. Cefazolin	(4-)6 x 2000 mg/Tg i.v. 3 x 2000 mg/Tg i.v.	2 Wochen
MSSA SAB mit Komplikationen	Flucloxacillin od. Cefazolin	(4-)6 x 2000 mg/Tg i.v. 3 x 2000 mg/Tg i.v.	4–6 Wochen
MSSA SAB mit einliegendem Fremdkörper	Flucloxacillin od. Cefazolin plus Rifampicin od. Fosfomycin	(4-)6 x 2000 mg/Tg i.v. 3 x 2000 mg/Tg i.v. 2 x (450-)600 mg/Tg i.v. 2–3x 4000–8000 mg/Tg i.v.	Mindestens: 4–6 Wochen
MRSA SAB ohne Komplikationen	Daptomycin od. Vancomycin	1x 10–12 mg/kgKG/Tg i.v. 2x 10–15 mg/kgKG/Tg i.v. (Talspiegelkontrolle: 15–20mg/l!)	2 Wochen
MRSA SAB mit Komplikationen	Daptomycin od. Vancomycin	1x 10–12 mg/kgKG/Tg i.v. 2x 10–15 mg/kgKG/Tg i.v. (Talspiegelkontrolle: 15–20 mg/l!)	4–6 Wochen
MRSA SAB mit einliegendem Fremdkörper	Daptomycin od. Vancomycin plus Rifampicin od. Fosfomycin	1x 10–12 mg/kgKG/Tg i.v. 2x 10–15 mg/kgKG/Tg i.v. (Talspiegelkontrolle: 15–20 mg/l!) 2 x (450-)600 mg/Tg i.v. 2–3x 4000–8000 mg/Tg i.v.	Mindestens: 4–6 Wochen

Körpergewicht (KG)) in einer Dosis (ca: nicht bei pneumogenen Infektionen!) oder Vancomycin mit einer loading-dose von 25–30 mg/kgKG/Tg. i. v., einer Erhaltungsdosis von 15–20 mg/kgKG/Tg i. v., immer mit (Tal-)Spiegelbestimmung (Zielwert 15–20 mg/l); bei einliegendem

Fremdmaterial Rifampicin/Fosfomycin als Kombinationspartner wie bei MSSA-SAB.

Ein Übergang zur oralen (Sequenz-)Therapie bei MSSA ist derzeit eine ärztliche Einzelfallentscheidung, kann ggf. bei unkomplizierter SAB nach sieben Tagen angedacht werden oder bei in situ verbliebenen Fremdkörpern, bei denen eine Thera-piedauer über sechs Wochen empfohlen wird. Hierzu müssen aber AB gewählt werden, die eine ausreichende orale Bio-verfügbarkeit haben [16].

Eine eingeleitete Kombinationstherapie kann mit Rifampicin p.o. weitergeführt werden (siehe oben).

Sonderfall Endokarditis: In 8 bis 12 % aller Patienten mit SAB ist eine Endokarditis Auslöser oder sekundäre Komplikation [23]. Die Prinzipien der SAB-Diagnostik/Therapie ändern sich nicht, wohl aber die Sorgfalt, mit der das Krankheitsbild ange-gangen und auch regelhaft überprüft werden muss. Insbesondere nach kompli-zierter SAB mit Endokarditis wird eine ambulante Nachsorge von bis zu einem Jahr nach Klinikentlassung empfohlen. [2] Mittlerweile ist gut belegt, das gut gelebte ABS-Strukturen mit frühzeitiger Einbindung von Infektiologinnen/Infektiolo-gen oder zumindest in der Infektiologie erfahrenen Ärztinnen/Ärzten, struktu-rierten SAB-Konsilen und Überprüfung der internen Leitlinienadhärenz die SAB-Mortalität nahezu halbieren können. [6, 11, 12, 17, 18]

Zusammenfassung: SAB (Sepsis)-Strategiebündel

- 1) Jedem Verdacht auf eine schwere Infektion/sich entwickelnde Sepsis muss sektorenübergreifend(!) mit besonderem Augenmerk nachgegangen werden, Screeningverfahren (z. B. qSOFA und/oder andere Infektzeichen) helfen bei der Diagnose und aktivieren weitergehende Sofortmaßnahmen.
- 2) Auch banale Infektionen oder Verletzungen können eine SAB/Sepsis auslösen und verpflichten zum Handeln.
- 3) Primärmaßnahmen: zielgenaue Anamnese, körperliche Untersuchung und intensive Focussuche, auch in der ambulanten Versorgung.

- 4) Sepsis ist ein medizinischer Notfall.
- 5) Bei Verdacht auf SAB/Sepsis: schnellstmögliche Krankenseinweisung; innerklinisch umgehende Aktivierung etablierter ABS-Strukturen.
- 6) Therapie-/Diagnostikbündel aktivieren; sofort: BK-Entnahme, Folge-BK festlegen (2–4 Tage nach Erst-BK).
- 7) Parallel Sepsistherapiebündel einleiten: unmittelbar Therapiebeginn mit hochdosiertem Breitspektrumantibiotikum i. v. auf wahrscheinlichsten Erreger; i. v. Kristalloide, ggf. Vasopressoren.
- 8) S. aureus-Nachweis in der Blutkultur darf nicht als Kontamination interpretiert werden!
- 9) SAB bestätigt: Umstellung auf Flucloxacillin oder Cefazolin i. v. bei MSSA; Daptomycin/Vancomycin i. v. bei MRSA.
- 10) Bei SAB: ggf. Endokarditisausschluss (TEE/TTE), immer Focussuche (Bildgebung!), Focussanierung (Entfernung von Kathetern, Abszessspaltung, Primärfocussanierung).
- 11) Kombinationstherapie mit Rifampicin/Fosfomycin i. v. bei einliegenden/verbleibenden Fremdkörpern.
- 12) Schweregrad der SAB feststellen und Dauer der Antibiotikatherapie festlegen.
- 13) Adäquate AB-Behandlungsdauer für unkomplizierte Verläufe (zwei Wochen i. v.), bei komplizierten Verläufen (vier bis sechs Wochen i. v.) festlegen.
- 14) Ambulante Nachsorge bei SAB mit Endokarditis bis zu einem Jahr nach Klinikentlassung.

Abkürzungsverzeichnis	
AB	Antibiotika
ABS	Antibiotic Stewardship
BK	Blutkultur
CA-MRSA	community acquired MRSA
Foci	Multifokal von lateinisch: focus – Brennpunkt; engl. multifocal = mehrere Herde (Foci) betreffend
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IgE	Immunglobulin E-Antikörper
LAMRSA	Livestock-assoziierte MRSA
MRE	Multiresistente Erreger
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MSSA	Methicillin-sensibler Staphylococcus aureus
S	Staphylococcus
SAB	Staphylococcus aureus Bakteriämie
SCV	small-colony-variants
TEE	transoesophageale Echokardiographie
TEP	Totalendoprothese
TTE	transthorakale Echo-kardiographie
qSOFA	quick-SOFA-Score

Dr. med. Rolf Teßmann
Ltd. Arzt Kranken-haushygiene,
Ärztlicher Laborleiter
BG Unfallklinik
Frankfurt am Main



Foto: Kai Abrech

Anmeldung für die ABS-AG:

E-Mail: monika.bachus@bgu-frankfurt.de
Fon: 069 475 1542
Informationen zum MRE-Netz:
www.mre-rhein-main.de

Multiple-Choice-Fragen:

Staphylococcus aureus-Bakteriämie, die oft verkannte Sepsis

VNR: 2760602023060630002

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage trifft nicht zu?

S. aureus-Bakteriämie (SAB) ...

- 1) ... hat unbehandelt nach wie vor eine Letalität von über 25 %.
- 2) ... neigt zu Früh- und Spätkomplikationen.
- 3) ... neigt zu Rezidiven nach initialer Genesung.
- 4) ... ist in der Regel eine mild verlaufende Erkrankung.

2. Welche Aussage trifft für Spätkomplikationen bei SAB nicht zu?

- 1) Spätkomplikationen durch septische Streuung sind bei ambulanter SAB seltener als bei nosokomial erworbener Form.
- 2) Spätkomplikationen durch septische Streuung treten häufig erst nach Wochen auf.
- 3) Typische Spätkomplikationen sind Endokarditis, Osteomyelitis, Spondylodiszitis usw.
- 4) Sowohl nicht sanierte Infektionsherde wie inadäquate antibiotische Therapie erhöhen das Risiko für Spätkomplikationen.

3. Typische Risikofaktoren für eine SAB sind?

- a. Eine Kolonisation der Haut mit MSSA und/oder MRSA.
- b. Invasive Katheter.
- c. Intravenöser Drogenabusus.
- d. Eine postoperative Wundinfektion.
- e. Lebererkrankungen.

- 1) Nur a und b sind richtig.
- 2) Nur a, c und d sind richtig.
- 3) Alle sind falsch.
- 4) Alle sind richtig.

4. Welche Aussagen zu S. aureus treffen zu?

- a. S. aureus ist ein grampositives Bakterium.
- b. S. aureus ist ein Koagulase-negatives Bakterium.
- c. S. aureus ist wochenlang widerstandsfähig gegen Austrocknung und hat eine gute Überlebensfähigkeit auch in unbelebter Umgebung.

d. S. aureus bildet Biofilme und sogenannte small-colony-variants (SCV).

- 1) a und b sind richtig.
- 2) b ist richtig.
- 3) a, c und d sind richtig.
- 4) Alle Antworten sind richtig.

5. Welche Aussage zu MRSA trifft nicht zu?

- 1) MRSA-Nachweis im Blut/Liquor ist nach § 7 IfSG meldepflichtig.
- 2) Die Inzidenz von MRSA in Deutschland sinkt seit Jahren.
- 3) MRSA heißt mittlerer-Risiko-Struktur-Ausgleich.
- 4) MRSA ist nicht virulenter als MSSA, häufig setzt die wirksame Therapie aber erst verspätet ein.

6. Aussagen zu ambulant erworbener SAB – welche Antwort 1) bis 4) stimmt?

- a. Haben ihren Ursprung meist in Infektionen der Haut oder kleinen Wunden (Follikulitis, Furunkel und ähnlichen).
- b. Ausgeprägte Infekt-Zeichen, die einen qSOFA-Score > 2 haben, zwingen zu einer unmittelbaren stationären Noteinweisung.
- c. qSOFA erfasst die Symptome Fieber, starkes Krankheitsgefühl, kalte oder feuchte Haut.
- d. Bei Verdacht auf SAB müssen sofort Blutkulturen entnommen werden.
- e. Ambulant erworbene SAB verlaufen immer leichter als nosokomiale SAB.

- 1) Alle Aussagen sind richtig.
- 2) Nur Aussage c und e sind richtig.
- 3) Nur Aussage c ist richtig.
- 4) Aussage a, b und d sind richtig.

7. Eine komplizierte SAB liegt vor, wenn bereits ein Kriterium erfüllt ist:

- a. Eine Endokarditis wurde nachgewiesen.
- b. S. aureus wird im Blut nachgewiesen und es liegt eine TEP ein.

c. Die Folgeblutkulturen Tag zwei bis vier nach der initialen Blutkultur bleiben positiv.

d. Es liegen keine septischen Absiedlungen vor, die SAB wurde in der Klinik erworben und der Patient entfiebert sofort nach Entfernen eines intravenösen Zugangs.

- 1) Nur a ist richtig.
- 2) Nur c ist richtig.
- 3) Nur d ist richtig.
- 4) a bis c sind richtig.

8. Welche Aussage zu SAB trifft nicht zu?

- 1) Bei Sepsis-Verdacht wird die Therapie unmittelbar i. v. mit einem Breitspektrum-Antibiotikum eingeleitet und auch nach Identifikation von S. aureus in der Blutbahn immer unverändert fortgeführt.
- 2) Eine MSSA-SAB wird leitlinienkonform mit dem Staphylokokkenpenicillin Flucloxacillin i. v. oder dem 1. Generationscephalosporin Cefazolin i. v. therapiert.
- 3) MRSA-SAB wird mit Daptomycin i. v. oder Vancomycin i. v. therapiert.
- 4) Bei einliegendem Fremdmaterial sollte bei MSSA immer i. v. eine biofilmaktive Kombinationstherapie mit Rifampicin oder Fosfomycin mit Staphylokokkenpenicillin/Cefazolin durchgeführt werden.

9. Allgemeine (Be-)Handlungsbündel für die SAB sind:

- a. Jeder Patient erhält eine intensive körperliche ärztliche Untersuchung, die die Suche nach dem Primärfokus einschließt.
- b. Definition: Jeder S. aureus-Nachweis in einer BK (SAB) sollte als potenzielle Blutstrominfektion interpretiert werden!
- c. Jeder ernsthafte Verdacht auf SAB (ambulant erworben) zwingt zur Klinikeinweisung mit sofortiger Aktivierung etablierter ABS-Strukturen.

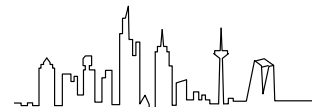
- d. Abszessdrainagen, Entfernung einliegender Fremdmaterialien (z. B. i. v. Katheter) und/oder andere chirurgische Maßnahmen dienen der Focussanierung.
- e. Parallel zur Diagnostik (Blutkultur, bildgebende Verfahren) soll die antibiotische Therapie eingeleitet werden. Komplizierte MSSA/MRSA-Bakteriämien werden mindestens vier bis sechs Wochen i. v. antibiotisch behandelt.

- 1) Nur a und b sind richtig.
2) Nur c und d sind richtig.
3) Nur a und e sind richtig.
4) Alle sind richtig.

10. Welche Aussagen zur Dauer der Antibiose bei SAB trifft zu?

- 1) MSSA (unkompliziert): vier bis sechs Wochen i. v.
2) MRSA (kompliziert)/MSSA (kompliziert): zwei Wochen i. v.
3) MRSA (kompliziert) ohne Kombinationstherapie: zwei Wochen i. v.
4) MSSA (unkompliziert): zwei Wochen i. v.

Ärzttekammer



Medizinischer Nachwuchskongress „Operation Karriere“

Erneut fand die „Operation Karriere“, der führende Nachwuchskongress für Medizinstudierende des Deutschen Ärzteverbandes, am 24. Juni 2023 auf dem Campus Westend der Goethe-Universität in Frankfurt am Main statt. Der Kongress richtete sich hauptsächlich an Medizinstudierende und Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie an Arbeitgeber aus Kliniken, Verbänden und der Industrie mit dem Ziel, beide Interessengruppen zusammenzuführen. Anregenden Input zu ihrer zukünftigen Karriere als Ärztin oder Arzt nahmen die Teilnehmenden des Kongresses mit. In zahlreichen Workshops und Vorträgen informierten sich die Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner über Themen wie „Fernweh: Was bringt die Famulatur im Ausland?“ und „Die Doktorarbeit: Easy zum Dr. med.“ sowie über die rechtliche Stellung im Praktischen Jahr (PJ).

Die neue Weiterbildungsordnung 2020, das eLogbuch, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten und Informationen zur Karriere nach dem Medizinstudium: Das waren einige Themen, die am Infostand der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) diskutiert wurden. Neben der Abteilung Ärztliche Weiterbildung waren auch die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung sowie die Stabsstelle Qualitätssicherung am Infostand vertreten. Flyer zu verschiedenen Fort- und Weiterbildungskursen



Foto: privat

Für Interessierte am Infostand (von links): Dr. Iris Natanzon, Petra Hench-Rueda, Daniel Libertus, Susanne Florin und Nina Walter.

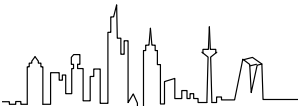
wurden von den jungen Ärztinnen und Ärzten interessiert entgegengenommen.

Befragungsprojekte der LÄKH zum ärztlichen Nachwuchs

Neben ihrer Präsenz am Informationsstand hielt Nina Walter, Ärztliche Leiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung und stellvertretende Ärztliche Geschäftsführerin der LÄKH, den Impulsvortrag: „Beruf und Karriere: Was Nachwuchsärztinnen und -ärzte wirklich wollen“ und präsentierte die aktuellen Ergebnisse der Befragungsprojekte der LÄKH zum ärztlichen Nachwuchs. Die Daten aus der Absolventenbefragung, die seit 2009 von der LÄKH durchgeführt wird, verdeutlichen, dass die

Mehrheit der Medizinstudierenden weiblich ist und sich die Berufsziele „Oberarzt/-ärztin im Krankenhaus“ und „fachärztlich selbstständige Tätigkeit“ weiterhin großer Beliebtheit erfreuen. Wie in den Vorjahren zogen die Mitarbeitenden der LÄKH ein positives Fazit: „Es ist immer wieder interessant, wenn Studierende sich auf diese Weise mit ihrem Studium und ihrem künftigen Beruf auseinandersetzen und man mit dem ärztlichen Nachwuchs persönlich ins Gespräch kommt. Wir freuen uns bereits auf den nächsten Austausch im kommenden Jahr bei ‚Kaffee, Keks und Kommunikation‘“.

Dr. Dipl.-Soz. Iris Natanzon



Tätigkeitsbericht 2018–2023 ab Anfang September online abrufbar!

Zu Beginn der neuen Wahlperiode der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen können Sie noch einmal im neuen Tätigkeitsbericht einen Blick auf die Meilensteine der Kammer der vergangenen fünf Jahre werfen.

Der Bericht gibt detaillierten Aufschluss über die zahlreichen Aufgaben und Projekte, die in der Kammer im Dienste der Ärzteschaft und der Patienten umgesetzt wurden. Die Förderung der ärztlichen Weiterbildung, der Umzug in den Neubau an der Hanauer Landstraße, die Gestaltung von Hitzeaktionsplänen, die Jahre der Pandemie bis zur neuen Weiterbil-

dungsordnung – ereignis- und arbeitsreiche fünf Jahre liegen hinter uns!

Wir laden Sie herzlich ein, den Tätigkeitsbericht der Landesärztekammer Hessen zu entdecken und mehr über die Herausforderungen und Zukunftsperspektiven für die hessische Ärzteschaft zu erfahren. Ab Anfang September führen die Links und der QR-Code direkt dorthin:

https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Presse/Taetigkeitsberichte/Taetigkeitsbericht_2023.pdf oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/2xcp975s> (lei)



Literatur zum Artikel:

Es war doch nur ein Kratzer!

Staphylococcus aureus-Bakteriämie, die oft verkannte Sepsis

von Dr. med. Rolf Teßmann

- [1] Brunkhorst F M et al. S3-Leitlinie Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2020 May;115(Suppl 2):37–109
- [2] Staphylococcus aureus Bakteriämie (SAB), 1–6 (2019) https://leitlinien.dgk.org/files/10_2015_pocket_leitlinien_infektioese_endokarditis.pdf
- [3] Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. (PEG); AWMF-Registernummer 082–006 S2k-Leitlinie Kalkulierte parenterale Initialtherapie bakterieller Erkrankungen bei Erwachsenen – Update 2018 2. aktualisierte Version, erstellt am 25. Juli 2019 https://register.awmf.org/asets/guidelines/082–006l_S2k_Parenterale_Antibiotika_2019–08-abgelaufen.pdf
- [4] Sunderkötter C et al. S2k-Leitlinie Haut- und Weichgewebeinfektionen Auszug aus „Kalkulierte parenterale Initialtherapie bakterieller Erkrankungen bei Erwachsenen – Update 2018“. J Dtsch Dermatol Ges. 2019 Mar;17(3):345–3717
- [5] Robert Koch-Institut; RKI-Ratgeber (2016) Staphylokokken-Erkrankungen, insbesondere Infektionen durch MRSA; https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Staphylokokken_MRSA.
- [6] S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie e. V. (DGI) (federführend) AWMF; S3-Leitlinie Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus; AWMF-Registernummer 092/001 – update 2018
- [7] Weis S et al. Staphylococcus aureus-Bakteriämie: Die besondere Sepsis. Intensiv-News 4/15 (2015) <https://medicom.cc/de/publikationen/intensivnews/201504/>
- [8] Robert-Koch-Institut; RKI (2021) Datenstand Bakterien, Blutkultur, 2021; ARS, <https://ars.rki.de>.
- [9] Lanckohr C et al. Antibiotic Stewardship-Maßnahmen zur Optimierung der Verordnung von Antiinfektiva; Der Anaesthesist; 67:3–8 (2018)
- [10] Tilz R et al. Konsensuspapiere; Empfehlungen zur Sondenextraktion – Gemeinsame Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG); Kardiologie 2022;16:213–232
- [11] Vogel M et al. Infectious disease consultation for Staphylococcus aureus bacteremia – A systematic review and meta-analysis; J Infect. 2016 Jan;72(1):19–28
- [12] Schuts E C et al. Current evidence on hospital antimicrobial stewardship objectives: a systematic review and meta-analysis; Lancet Infect Dis. 2016 Jul;16(7):847–856
- [13] KRINKO; Bekanntmachungen – Amtliche Mitteilungen; Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut; Bundesgesundheitsbl 2014; 57:696–732
- [14] Kaasch AJ et al. Staphylococcus aureus bloodstream infection: a pooled analysis of five prospective, observational studies; J Infection 2014; 68:242
- [15] Rieg S et al. Mortality of S. aureus bacteremia and infectious diseases specialist consultation—a study of 521 patients in Germany; J Infection 2009; 59(4):232–9
- [16] Hagel S et al. SOP Management der Staphylococcus-aureus-Blutstrominfektion; Intensivmedizin up2date 2018; 14(04): 361–366
- [17] Kimmig A et al. Infektiologische Konsile bei Patienten mit Staphylococcus-aureus-Bakteriämie – eine retrospektive Beobachtungsstudie am Universitätsklinikum Jena; Dtsch Med Wochenschr 2018; 143(21): e179-e187
- [18] Weis S et al. Antibiotic Stewardship am Beispiel der Staphylococcus aureus Bakteriämie; Med Klin Intensivmed Notfmed. 2017 Apr;112(3):192–198.
- [19] The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing – EUCAST (2023) EUCAST Clinical Breakpoint Tables v. 13.0, valid from 2023–01–01 https://www.eucast.org/fileadmin/src/media/PDFs/EUCAST_files/Breakpoint_tables/Dosages_v_13.0_Breakpoint_Tables.pdf
- [20] Kaasch A J et al. Staphylococcus aureus bloodstream infection: a pooled

analysis of five prospective, observational studies; *J Infect.* 2014 Mar;68(3):242–51.

[21] Iversen K et al. Partial Oral versus Intravenous Antibiotic Treatment of Endocarditis *N Engl J Med.* 2019 Jan 31;380(5):415–424

[22] Sendi P et al. Periprosthetic joint infection following *Staphylococcus aureus* bacteremia *J Infection* 2011; 63:17–22

[23] Holland t I et al. Clinical management of *Staphylococcus aureus* bacteremia: a review *JAMA* 2014; 312(13):1330–41

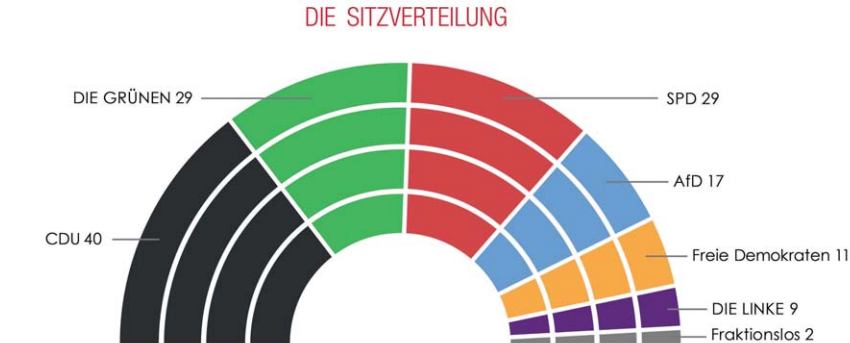
Gesundheitspolitische Herausforderungen für Hessen

Landtagswahl am 8. Oktober: Sieben Wahlprüfsteine, sechs Fraktionen antworten

Am 8. Oktober 2023 wird der Hessische Landtag neu gewählt. Ein wichtiger Themenbereich ist die Gesundheitspolitik. Die Redaktion hat bei den aktuell als Fraktion vertretenen sechs Parteien (Reihenfolge nach Zahl der Sitze) nachgefragt, was deren gesundheitspolitische Sprecher für die Zukunft zu einzelnen Themen ankündigen.

1. Die Krankenhauslandschaft muss reformiert werden. Doch gehen die Planungen des Bundesgesundheitsministers, der bis zum Sommer die Eckpunkte seines Gesetzentwurfs zur Krankenhausreform vorlegen will, in die richtige Richtung? Welche Lösungen sieht Ihre Partei für die Herausforderungen, mit denen Krankenhäuser in Hessen konfrontiert sind?

Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt, CDU: Die ersten Vorschläge des Bundes hätten die meisten Krankenhäuser finanziell schlechter gestellt. Die Abhängigkeit des Zahlungsflusses von den Versorgungsstufe-Level war falsch. Nach massiver Intervention der Länder konnten Kompromisse erzielt werden. Die Vorhaltepauschale richtet sich nun nach den ca. 70 Leistungsgruppen. Das ist ein richtiger Weg. Die Vorhaltepauschale vermindert den Druck auf maximale Leistungsdichte und permanente Vollaus-



Ergebnis der Landtagswahl 2018

● CDU 27 % ● DIE GRÜNEN 19,8% ● SPD 19,8% ● AfD 13,1% ● Freie Demokraten 7,5% ● DIE LINKE 6,3%

Inzwischen sind es fünf fraktionslose Abgeordnete und die AfD hat nur noch 14 Abgeordnete.

lastung. Diese Änderung der Finanzierung der Kosten der Patientenversorgung ist aber nicht kostenneutral. Hier fehlen noch die Vorschläge des Bundes.

Kathrin Anders, Bündnis 90/Die Grünen:

Eine gute medizinische und pflegerische Versorgung ist für uns wichtige Daseinsvorsorge. Unser Ziel ist eine wohnortnahe, flächendeckende und qualitativ hochwertige ambulante und stationäre medizinische Versorgung. Die intersektorale Zusammenarbeit wollen wir stärken. Gemeinsam mit den Kommunen ist es unser Ziel, eine leistungsfähige und erreichbare Versorgung für alle zu sichern. Den Landeskrankenhausplan werden wir auch mit Blick auf die integrierte Bedarfspla-

nung überarbeiten sowie die Investitionsmittel erhöhen. Die Krankenhausreform ist maßgebend und umzusetzen. Um das Gesundheitswesen besser zu vernetzen und transparenter für Patient*innen zu machen, sind außerdem Investitionen in digitale Infrastruktur notwendig.

Dr. Daniela Sommer, SPD:

Wir brauchen in Hessen endlich eine steuernde Krankenhausplanung, die gibt es nicht. Daher ist eine Krankenhausreform wichtig und notwendig, die eine gute Gesundheitsversorgung für alle Hessinnen und Hessen sicherstellt. Darüber hinaus vernachlässigt die Landesregierung seit über 20 Jahren ihre gesetzliche Aufgabe zur Finanzierung der Investitionen in die Krankenhäuser, der sie im Rahmen des Sicherstellungsauftrages nachkommen müsste. Dies führt dazu, dass Krankenhäuser ihre Investitionskosten zum Teil durch Erlöse aus dem DRG-System (Fallpauschalen) decken müssen. Resultat sind verschuldete Kliniken, fehlendes Personal und ein Anstieg an unnötigen Operationen. Damit leidet nicht nur die Qualität der Krankenhäuser, sondern auch die Gesundheit der Patienten wird zunehmend gefährdet. Indem Krankenhäuser Personal einsparen, zahlen auch Ärzte und Pflegekräfte einen hohen Preis. Hoher Arbeitsdruck und fehlende Erholung sind die Konsequenzen hieraus und damit nachvollziehbare Gründe, warum



Foto: CDU

CDU: Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt ist seit 2008 Mitglied des Hessischen Landtages und dort seit 2009 auch gesundheitspolitischer Sprecher der CDU. Seit 2012 ist Bartelt stellvertretender Vorsitzender der CDU-Fraktion im Hessischen Landtag. Er absolvierte sein Medizinstudium in Frankfurt. 1986 legte er die Prüfung zum Hautarzt ab. Von 1986 bis 2008 wirkte er in der eigenen Hautarztpraxis in Frankfurt-Höchst. Seit 2008 nimmt Bartelt regelmäßige Vertretungen in Hautarztpraxen wahr.

Foto: © Hessischer Landtag

Menschen den Beruf verlassen oder gar nicht erst anstreben. Es braucht gute Arbeitsbedingungen, um Personal gewinnen und halten zu können und eine auskömmliche Investitionsfinanzierung, um Krankenhäuser und damit die Gesundheitsversorgung zu stärken und zu sichern.

Volker Richter, AfD: Der Erhalt kommunaler Krankenhäuser als Standortfaktor ist wichtiger Bestandteil der Kommunal- und Landespolitik. Wir setzen uns für den weitgehenden Erhalt und gegen eine Privatisierung der kommunalen Krankenhäuser sowie für eine bedarfsgerechte Finanzierung ein. Die Sicherstellung der Vorhaltung von Gesundheitseinrichtungen ist zentrale Aufgabe des Staates. Die AfD Hessen setzt sich dafür ein, dass die Landesregierung ihrer Verpflichtung zur fortlaufenden Finanzierung von Investitionen in die hessischen Plankrankenhäuser in voller Höhe nachkommt und darüber hinaus der aufgelaufene Investitionsstau abgebaut wird. Personalschlüssel und verpflichtende Personaluntergrenzen sind in der Finanzierung zu berücksichtigen. Energie und Sanierungskosten sind gesondert zu vergüten. Kinderkliniken sollen ein eigenständiges Investitionsbudget in der Krankenhausfinanzierung erhalten, mit einem 1,2-fachem Faktor der Regelbudgets für Krankenhäuser. Den Krankenhausentlastungstarifvertrag für Universitätskliniken begrüßen wir ausdrücklich und fordern einen an diesen angelehnten Tarifvertrag für alle Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft

Yanki Pürsün (FDP): Wir Freien Demokraten sind der Ansicht, dass eine Reform der Krankenhauslandschaft dringend erforderlich ist. Allerdings müssen die Reformpläne des Bundesgesundheitsministers sorgfältig geprüft werden, um sicherzustellen, dass sie den tatsächlichen Bedürfnissen und Herausforderungen der Krankenhäuser in Hessen gerecht werden. Unsere Partei setzt sich für eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung ein, die auf einer fundierten regionalen Bedarfsanalyse basiert. Zudem befürworten wir die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung sowie eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, um eine effiziente und patientenorientierte Versorgung sicherzustellen.

ziente und patientenorientierte Versorgung sicherzustellen.

Petra Heimer, Die Linke: Schon im Sommer 2020 hat Die Linke im Hessischen Landtag einen „Gesundheitsplan für Hessen“ vorgelegt und eine grundsätzliche Reform der Versorgungssituation vorgeschlagen. Die bisher vorliegenden Konzepte bleiben auf halber Strecke stehen: Nur, wenn wir die Ökonomisierung des Gesundheitswesens wirklich zurückdrehen, können wieder Gesundheit und Gemeinwohl in den Fokus rücken. Das würde u. a. ein Ende der Fallpauschalen und die Wiedereinführung des Gewinnerzielungsverbots erfordern. Das wäre auch entscheidend, um die Sektorengrenzen zu überwinden und die tatsächliche Versorgungslage der Bevölkerung in den Mittelpunkt zu stellen. Vor allem muss aber das Land endlich die tatsächlichen Investitionsbedarfe der hessischen Kliniken finanzieren, hier klafft weiterhin ein Loch in dreistelliger Millionenhöhe. Dies ist neben der Krankenhausplanung die erste Landesverpflichtung. Wir unterstützen die Forderung, dass die Investitionsmittel zukünftig an den Baupreisindex gekoppelt werden.

2. Unter dem Motto „Wir sehen schwarz für die Zukunft Ihrer Versorgung“ haben Haus- und Fachärzte in Hessen in den vergangenen Monaten mehrfach gegen die Sparpolitik im Gesundheitswesen protestiert. Fachkräftemangel, Budgetierung und die gestiegene Kosten stellen Arztpraxen vor massive Probleme. Wie kann der ambulante Versorgungsbereich wieder gestärkt werden?



Foto: Bündnis 90/Die Grünen

Die Grünen: Kathrin Anders ist Jahrgang 1982. Nach einer Ausbildung zur Erzieherin (2004) machte sie ihr Diplom als Sozialpädagogin (FH/ 2010). Anders ist seit 2009 Mitglied der Partei Bündnis 90/Die Grünen und seit 2011 Stadtverordnete in Bad Vilbel. Seit 2019 ist sie Mitglied des Hessischen Landtags und Mitglied des Gesundheitsausschusses. Seit 2021 ist Anders gesundheitspolitische Sprecherin sowie Sprecherin für frühkindliche Bildung und Grundschulen.

Dr. Ralf-Norbert Bartelt, CDU: An erster Stelle muss ein eindeutiges Bekenntnis zur freiberuflichen Haus- und Facharztpraxis erfolgen. MVZ sind dort zu befürworten, wo Kassenarztsitze nicht ausreichend besetzt sind. Sie sollten dann in erster Linie in kommunaler Trägerschaft sein. MVZ in Trägerschaft von Kapitalgesellschaften widersprechen dem Ideal der Freiberuflichkeit. Die Gebührenordnung EBM für gesetzlich Versicherte muss angepasst werden. Insbesondere sind die Regelleistungsvolumina bei weitem nicht kostendeckend. Die Notfallversorgung muss in Kooperation mit den Kliniken neugeregelt werden, damit auf dem Land die Praxen entlastet werden. Es müssen auch für Praxisteam Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie erfolgen.

Kathrin Anders, Die Grünen: Es braucht eine bessere Kooperation von ambulanten und stationären Einrichtungen und wir brauchen attraktive Arbeitsplätze für junge Ärzt*innen. Interdisziplinäre, kommunale Versorgungszentren sichern die Erreichbarkeit für Patient*innen. Diese Angebote wollen wir mit Investitionsmitteln unterstützen.

Wir wollen die Fachkräfteoffensive zur Personalgewinnung ausbauen. Dazu gehören vereinfachte Zugänge zu den Berufen, Programme zu Quereinstieg und Qualifizierung sowie eine schnelle Anerkennung von ausländischen Bildungs- und Berufsabschlüssen. Das deutschlandweit einzigartige Pflegequalifizierungszentrum wird gezielt gefördert, um ausländische Fachkräfte schnell in der Praxis zu integrieren. Das Land hat das Schulgeld in der Ausbil-

derung vieler Gesundheitsfachberufe übernommen.

Die Förderung von Gemeindepflegenden zur Unterstützung des pflegerischen und medizinischen Bedarfs in Hessen muss ausgebaut werden. Sie stellen einen Lückenschluss und eine Entlastung bestehender Strukturen dar.

Dr. Daniela Sommer, SPD: Die Sicherstellung der wohnortnahen ambulanten medizinischen Versorgung ist eines unserer wichtigsten Ziele in der Gesundheitspolitik. Die wohnortnahe Versorgung durch Hausärzte/-innen sowie Fachärzte/-innen ist wesentlich für die Grundversorgung der Bevölkerung und muss erhalten und gestärkt werden. Daneben braucht es regionaldifferenzierte Ansätze und Organisationsformen wie multiprofessionelle, medizinische Versorgungs-, Gesundheits- und Notfallzentren oder Ärztegenossenschaften besonders in ambulanter Form, die den modernen Fortschritt der Medizin nutzen und die Sektorengrenzen überwinden können.

Volker Richter, AfD: Die ambulanten Arztpraxen stehen vor demografischen und strukturellen Herausforderungen (Digitalisierung, Personalmangel, Budgetierung, Neubesetzung von Arztpraxen). Die AfD Hessen hält die ambulante Behandlung durch Praxen und individuellem Arzt-Patient-Kontakt für die bestmögliche Versorgung der Patienten vor Ort. Die ambulante Behandlung ist der Schutzwall vor den Krankenhäusern. Problematisch ist die Transformationspolitik, die auf allen Ebenen für eine Erhöhung

der Kosten (Inflation) sorgt und damit augenblicklich beendet werden muss, da die daraus resultierenden finanziellen Lücken weder vom Verbraucher noch von Krankenkassen, Krankenhäusern oder Ärzten abgedeckt werden können. Sämtliche vorgeschlagenen Problemlösungen führen nur zu einer Verminderung von Wirkungen, beseitigen aber nicht die Ursache. Die Budgetierung ist somit an die Gegebenheiten anzupassen.

Yanki Pürsün, FDP: Wir Freien Demokraten kennen die Herausforderungen, mit denen der ambulante Versorgungsbereich konfrontiert ist. Um diesen Bereich zu stärken, setzen wir uns für eine Entbürokratisierung und Flexibilisierung ein. Wir möchten den Ärzten mehr Gestaltungsspielraum geben und bürokratische Hürden reduzieren, damit sie sich auf ihre eigentliche ärztliche Tätigkeit konzentrieren können. Zudem setzen wir uns für eine bedarfsgerechte Honorierung der ärztlichen Leistungen ein, um Anreize für eine Tätigkeit in unterversorgten Regionen zu schaffen. Des Weiteren unterstützen wir die Förderung von innovativen Versorgungsmodellen wie Telemedizin, um die Effizienz und Erreichbarkeit im ambulanten Bereich zu verbessern.

Petra Heimer, Die Linke: Ärztinnen und Ärzte müssen sich wieder mehr auf die Medizin und weniger um die Bürokratie kümmern müssen. Viele Auflagen u. a. der Budgetierung gängeln mehr, als dass sie zu tatsächlichen Versorgungsverbesserungen führen. Hier sind insbesondere im Bund die entsprechenden Weichen zu

stellen. Das Land muss insbesondere die Umfeldbedingungen verbessern, den Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken und gemeindepsychiatrische und -medizinische Ansätze fördern.

3. Alternde Bevölkerung, sinkende Arztlizenzen: Was schlagen Sie vor, um den Ärztemangel zu beheben und damit auch in Zukunft die Versorgung der Bevölkerung zu sichern?

Dr. Ralf-Norbert Bartelt, CDU: Natürlich müssen mehr Studienplätze geschaffen werden. Das ist im Hochschulpakt zu vereinbaren. Das alleine ist aber nicht ausreichend. Wir benötigen Anreize und auch Lenkungen, um Niederlassungen im ländlichen Raum und in manchen Stadtteilen der Großstädte zu fördern.

Kathrin Anders, Die Grünen: Wir wollen die hausärztliche Versorgung sichern und stärken sowie in unterversorgten Gebieten die Nachbesetzung attraktiver gestalten.

Der große Mangel an Haus- und Fachärzt*innen stellt eine große Herausforderung dar. Wir haben es in dieser Legislaturperiode geschafft, die Medizinstudienplätze auszubauen. In Hessen wurden im Wintersemester 2019/2020 knapp 10.300 Studierende im Bereich der Human- und Zahnmedizin ausgebildet. Dies entspricht einem bundesweiten Anteil von knapp 9 %. Hessen bildet somit bereits über 1.500 Studierende der Human- und Zahnmedizin mehr als die im Bundesanzeiger publizierte Quote aus. Zudem hat das Land in den vergangenen Jahren 185 Teilstudienplätze in Marburg in Vollstudienplätzen im Fach Humanmedizin umgewandelt. Mit der Einführung der Landarztquote sowie dem dazugehörigen Stipendium und spezifischen Curricula sorgen wir zudem perspektivisch für eine bessere Versorgung ländlicher und unterversorgter Gebiete.

Dr. Daniela Sommer, SPD: Wir brauchen ein stringentes Maßnahmenpaket gegen den Arztlizenzmangel. 2030 werden in Hessen 4.200 Ärzte fehlen – schlechte Vorzeichen für die ärztliche Versorgung! Es ist vollkommen unverständlich, warum die schwarzgrüne Landesregierung alle Warnzeichen seit Jahren ignoriert.



Foto: SPD

SPD: Dr. Daniela Sommer, 1978 geboren, nach dem Abitur hat sie in Marburg Diplom-Pädagogik studiert, bevor sie unter anderem beim DRK, beim Caritasverband und der Universität Kassel beschäftigt war. Dort promovierte Daniela Sommer in Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Seit 2014 ist sie Abgeordnete und als gesundheitspolitische Sprecherin, als Sprecherin für Wissenschaft und Kunst sowie als Parlamentarische Geschäftsführerin der SPD-Landtagsfraktion tätig.

Jeder siebte Hausarzt ist heute älter als 65. Viele Hausärzte, die in den Ruhestand gehen, finden keine Nachfolge. Ärztinnen und Ärzte arbeiten schon längst am Limit mit dem Wissen, der Druck wird steigen, wenn die nächste Hausarztpraxis schließt. Patientinnen und Patienten befürchten, keinen Hausarzt mehr zu finden. Ein Baustein, um die hausärztliche Versorgung zu sichern, ist die Landarztquote. Sie eröffnet jungen Menschen, die sich dazu bereit erklären, im ländlichen Raum zu praktizieren, bessere Chancen auf einen Studienplatz und trägt dazu bei, dass die Praxen in den ländlichen Regionen nicht veröden.

Es braucht darüber hinaus aber auch mehr Medizinstudienplätze, eine gute Infrastruktur und eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie, um eine Nachfolge zu gewinnen. Zudem haben wir einen Aktionsplan „Kinderärzte“ für Hessen gefordert. Es können immer weniger kranke Kinder betreut werden, weil Personal fehlt. Die Arbeitsbedingungen in Kinderkliniken und für Kinderärzte müssen verbessert werden. Auch die Kindermedizin darf nicht in erster Linie profitabel sein – sie muss helfen!

Volker Richter, AfD: Die AfD Hessen fordert die Schaffung ausreichender Studien- und Anschlussstudienplätze.

Yanki Pürsün, FDP: Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen ärztlichen Versorgung ist von großer Bedeutung. Die Freien Demokraten setzen sich dafür ein, den Zugang zum Medizinstudium zu erleichtern und die Kapazitäten für die Ausbildung von Ärzten zu erhöhen. Zudem befürworten wir die Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen, um junge Ärzte für eine Tätigkeit in unterversorgten Regionen zu gewinnen und zu halten. Dies beinhaltet eine angemessene Vergütung, gute Arbeitsbedingungen sowie eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Darüber hinaus setzen wir uns für die Förderung von interdisziplinärer Zusammenarbeit und die Nutzung innovativer Technologien ein, um die Effizienz und Qualität der Versorgung zu steigern.

Petra Heimer, Die Linke: Hessen muss mehr Medizinstudienplätze bereitstellen,

da nachweislich die anstehenden altersbedingten Berufsaustritte aktuell nicht abgefangen werden können. Zudem müssen wir – insbesondere, aber nicht nur im ländlichen Raum – die Arbeitsbedingungen so gestalten, dass junge Ärztinnen und Ärzte sich angesprochen fühlen. In kommunalen oder genossenschaftlichen Gesundheitszentren können feste Arbeitszeiten, das Arbeiten im Team und Anstellung statt Niederlassung die Attraktivität erhöhen. Bürokratie kann zentralisiert und praxenübergreifend organisiert werden. Ein garantierter Kitaplatz in der Gemeinde und bezahlbarer Wohnraum können weitere Anreize bieten, bei denen das Land Hessen die Kommunen unterstützen muss.

4. Wie lässt sich eine bessere ambulante und stationäre Versorgung der Bevölkerung vor allem im ländlichen Raum erreichen?

Dr. Ralf-Norbert Bartelt, CDU: Die Landarztquote muss ggf. erweitert werden. Besondere Anreize, wie Niederlassungsprämien, Promotionsstipendien, Praktika in Landarztpraxen, sollten ausgeweitet werden. Die KV-Zulassungsbezirke müssen nochmals verkleinert werden.

Kathrin Anders, Die Grünen: Die Grundversorgung muss für alle Menschen in Hessen gesichert sein. Als dafür notwendig sehen wir eine bessere Kooperation zwischen den ambulanten und stationären Einrichtungen sowie weitere Investitionsmittel für bedarfsgerechte Angebote. Gerade im ländlichen Raum sind die Ver-

netzung des Gesundheitswesens und große Investitionen in digitale Infrastruktur besonders notwendig. Wir wollen medizinische Versorgungszentren ebenso stärken wie das Angebot von Gemeindepfleger*innen. Genügend Medizinstudienplätze und Anreize wie die Landarztquote sind wichtige Voraussetzungen. Mit der Landarztquote, die 6,5 % der Medizinstudienplätze in Hessen für angehende Hausärzt*innen im ländlichen Raum reserviert und so eine mindestens zehnjährige Tätigkeit sicherstellt, gehen wir einen großen Schritt in die richtige Richtung

Dr. Daniela Sommer, SPD: Wir brauchen für die Zukunft einen Plan zu Versorgungsstrukturen (sektorenübergreifende Gesundheitsplanung), die sowohl den demografischen Herausforderungen als auch den limitierten Möglichkeiten in den klassischen Versorgungssettings und dem Fachkräftemangel in der Pflege Rechnung tragen. Wissenschaftliche Expertisen lassen den Schluss zu, dass ein hoher Bedarf an einem sektoren-, berufsgruppenübergreifenden, systematischen, evidenzbasierten Versorgungsmix besteht. Akteure aus verschiedenen Sektoren müssen lokale sowie indikations- und populationsbezogene Netzwerke zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung entwickeln, die als Intervention bzw. Adoption neuer sozialer Praktiken soziale Innovationen generieren können.

Wir wollen die Gesundheitsversorgung durch ein auf die jeweilige Region abgestimmtes Konzept zur Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Notwendig sind eine vollständige Überarbeitung der Be-



AFD: Volker Richter, geboren 1964 in Kassel. Ab 1980 Ausbildung zum Offsetdrucker. Bis 1994 arbeitet Richter angestellt als Drucker in unterschiedlichen Druckereien. 1994 Abschluss Industriemeister Druck, seit 1994 tätig als freier Handelsvertreter. Mitglied der AfD seit 2013, seit 2019 Abgeordneter im Hessischen Landtag, Sprecher für Arbeitsmarktpolitik, Sprecher für Integrations- und Migrationspolitik, Sprecher für Sozialpolitik, Sprecher für Tierschutzpolitik, Sprecher für Gesundheitspolitik.

Foto: AfD

darfsbemessung, Kooperationen im Gesundheitsbereich, mehr Einfluss für die Kommunen, Gesundheitszentren/Nahversorgungszentren, Einsatz von besonders geschulten Pflegefachkräften sowie E-Health, aber auch Motivation und Qualifikation der Studierenden in der Medizin, um sie für unterversorgte Regionen zu gewinnen.

Volker Richter, AfD: Die Sicherstellung der wohnortnahen medizinischen Versorgung im ländlichen Raum ist unerlässlich. Intelligente Lösungen im Individualverkehr (z. B. finanzielle Unterstützungen für Krankenfahrten) und Stärkung des ÖPNV, insbesondere in Flächenkreisen, wären Maßnahmen, um die Bevölkerung im ländlichen Raum zu unterstützen.

Yanki Pürsün, FDP: Die Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum ist ein zentrales Anliegen der Freien Demokraten. Wir setzen uns für eine bedarfsgerechte Planung und eine gezielte Förderung von medizinischen Versorgungszentren ein, um eine flächendeckende ambulante Versorgung sicherzustellen. Zudem befürworten wir den Ausbau von Telemedizin und die Förderung innovativer Versorgungsmodelle, um auch in entlegenen Regionen eine hochwertige medizinische Betreuung zu gewährleisten. Darüber hinaus setzen wir uns im Rahmen der Krankenhausplanung für den Erhalt und die Spezialisierung von ausgewählten Krankenhäusern auch in ländlichen Gebieten ein, um kurze Wege und eine verlässliche stationäre Versorgung zu gewährleisten.

Petra Heimer, Die Linke: Statt in einem kalten Strukturwandel Krankenhäuser nach Finanzlage zu schließen, brauchen wir eine Neuaufstellung und tatsächliche Gesundheitsplanung. Ambulante und intersektorale Gesundheitszentren müssen die Grundversorgung in der Fläche sichern und wohnortnah auch mit dem Nahverkehr erreichbar sein. Hier müssen wir nicht nur die ärztliche Versorgung garantieren, sondern diese mit Pflegeangeboten, therapeutischen Heilberufen, ambulanter Rehabilitation und Apotheken verknüpfen. Die hessischen Gesundheitskonferenzen, die bisher ein Schattendasein führen, müssen als Planungsinstanzen gestärkt und einbezogen werden, um ein funktionierendes gestuftes System sicherzustellen. Wenn dieser Prozess erfolgreich verlaufen soll, müssen wir zugleich die Weichen auf eine zunehmend sektorenfreie Versorgung stellen. Gerade im ländlichen Raum ist die Trennung in ambulante und stationär oftmals künstlich, weil kaum eine Klinik ohne niedergelassene Belegärztinnen und -ärzte aufrechterhalten werden könnte. Zusammenarbeit zu stärken statt Konkurrenz zu leben, ist der Schlüssel für eine stabile medizinische Versorgung.

5. Wie soll in Hessen die Notfallversorgung im Rahmen der Krankenhausreform aufgestellt und ausgestaltet werden?

Dr. Ralf-Norbert Bartelt, CDU: Hier hat die KV Hessen ausgezeichnete Modelle entwickelt (SaN-Projekt). Die Notfalldienste der KV und die Notfallambulanzen

der Kliniken müssen verzahnt werden. Das Modell der KV Hessen sollte idealerweise bundesweit flächendeckend umgesetzt werden.

Kathrin Anders, Die Grünen: Wir haben den Appell der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, die intersektorale Patientensteuerung in der Notfallversorgung – also die notwendige Abstimmung zwischen den niedergelassenen, ambulanten und klinischen Strukturen sowie dem Rettungsdienst – voranzutreiben, sehr ernst genommen. Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration unterstützt und begleitet das beispielgebende Projekt Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung (SaN), das seit Anfang 2022 in drei hessischen Landkreisen als Modell umgesetzt wird.

Nicht jeder Notfall muss mit einem Krankenhausaufenthalt enden. Wir sehen in dem hessischen Modellprojekt (SaN) große Potenziale, die Notfallversorgung punktuell zu entlasten und die im SaN-Projekt geschaffenen Strukturen flächendeckend in Hessen auszuweiten.

Dr. Daniela Sommer, SPD: Im Notfall muss es schnell gehen – das geht nur mit klarer Struktur und mit der Steuerung der Patienten/-innen. Es braucht eine Stärkung statt Kürzung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD). Modellprojekte wie der gemeinsame Tresen für ÄBD und das Krankenhaus Frankfurt/Höchst sowie das SaN-Projekt werden wir landesweit etablieren. Landeseinheitliche Regelungen der Befugnisse im Rettungsdienst werden wir prüfen.

Volker Richter, AfD: Die Coronazeit hat die besondere Rolle der ambulanten Behandlung bei der Versorgung der Patienten auch in Krisenzeiten bestätigt. Der Hausarzt hat dabei die zentrale Verantwortung. Deshalb sollen die Möglichkeiten erweitert und die Vergütung von medizinisch ambulanten Behandlungen adäquat angepasst werden, um die Krankenhäuser auch außerhalb von Krisenzeiten zu entlasten. Leistungsprämien, Inflationsausgleich, Neupatientenregelung, Dispositionenprogramme sollen verbessert werden und erhalten bleiben.



Foto: FDP

FDP: Yanki Pürsün ist 1972 in Frankfurt am Main geboren und gelernter Luftverkehrskaufmann. Seit 2019 ist er hessischer Landtagsabgeordneter für die FDP und seit 2021 Fraktionsvorsitzender der FDP-Fraktion im Frankfurter Rathaus. Er ist Sprecher für Soziales, Gesundheit und Integration. Pürsün ist Mitglied im Expertenpool des Zentrums für Internationale Friedenseinsätze und Mitglied der Integrationskonferenz. Er wurde unter anderem mit dem Ehrenbrief Hessens ausgezeichnet.

Yanki Pürsün, FDP: Um die Notfallversorgung in Hessen zu verbessern, ist eine Regionalisierung erforderlich, die eine sorgfältige Analyse der regionalen Gegebenheiten beinhaltet. Dabei sollten die spezifischen Bedürfnisse und Anforderungen der einzelnen Regionen berücksichtigt werden, um entsprechende Strukturen zu schaffen oder zu fördern. Eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und anderen Gesundheitseinrichtungen vor Ort ist von entscheidender Bedeutung, um die regionale Gesundheitsversorgung zu stärken. Zudem ist eine Vernetzung und Kooperation verschiedener Akteure im Gesundheitswesen unerlässlich. Eine effektive Notfallversorgung erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, Rettungsdiensten, niedergelassenen Ärzten und anderen beteiligten Parteien. Durch den Aufbau von regionalen Netzwerken und Kooperationen können Ressourcen besser genutzt und eine koordinierte Versorgung gewährleistet werden. Um eine hohe Qualität in der Notfallversorgung sicherzustellen, sollten klare Qualitätsstandards definiert und regelmäßig überprüft werden. Dies beinhaltet sowohl die fachliche Kompetenz der Behandlungsteams als auch die Ausstattung der Einrichtungen mit moderner Medizintechnik. Der Einsatz von telemedizinischen Lösungen kann eine sinnvolle Ergänzung zur Notfallversorgung sein, insbesondere in ländlichen Regionen oder bei Engpässen in der ärztlichen Besetzung. Durch telemedizinische Anwendungen können Fachärzte schnell und unkompliziert in die Diagnose und Behandlung eingebunden werden, wodurch eine umfassendere Versorgung gewährleistet werden kann. Eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung erfordert gut ausgebildetes medizinisches Fachpersonal. Daher sollte die Aus- und Weiterbildung von Ärzten, Pflegekräften und Rettungsdienstpersonal verstärkt gefördert werden, um den zukünftigen Bedarf an qualifizierten Fachkräften zu decken und eine optimale Versorgung zu gewährleisten.

Petra Heimer, Die Linke: Die gesetzlich festgelegten Rettungszeiten dürfen nicht nur in der Theorie, sondern müssen auch in der Praxis mit Leben erfüllt werden. Zugleich wissen wir, dass insbesondere die

personellen Ressourcen auch im Rettungsdienst knappe Güter sind. Hier könnten tatsächliche digitale Anwendungen, die den Notarzt bei minderschweren Fällen nicht ausrücken lassen, helfen. Auch ist es sinnvoll, dass Rettungsdienste zur Entlastung von Notaufnahmen und zur schnellstmöglichen Versorgung von Patientinnen und Patienten diese auch in kooperierende Praxen fahren dürfen. Entsprechende Modellprojekte müssen deswegen jetzt zügig verallgemeinert und flächendeckend ausgerollt werden.

6. Wird sich Ihre Partei in der kommenden Legislaturperiode für die von der Landesärztekammer Hessen geforderte Einrichtung eines Lehrstuhls für Palliativmedizin in Hessen einsetzen?

Dr. Ralf-Norbert Bartelt, CDU: Das ist zu befürworten und muss im Hochschulpaket geregelt werden.

Kathrin Anders, Die Grünen: Die palliativmedizinische Versorgung werden wir ausbauen, insbesondere im ambulanten Bereich. Neben den hauptamtlichen Kräften haben wir dabei auch die vielen ehrenamtlich Engagierten im Blick, die einen wichtigen Beitrag leisten, die Menschen in dieser Phase zu begleiten. Das Zusammenwirken von Hauptamt und Ehrenamt in diesem Bereich wollen wir stärken. Auch der Einrichtung eines Lehrstuhls für Palliativmedizin stehen wir positiv gegenüber.

Dr. Daniela Sommer, SPD: Die Einrichtung eines sol-

chen Lehrstuhles befürworten wir sehr. Wir leben in einer älter werdenden Gesellschaft und Palliativmedizin wird immer wichtiger als Bestandteil der medizinischen Versorgung.

Volker Richter, AfD: „Der Umgang mit Sterbenden ist eine Herausforderung – medizinisch und zwischenmenschlich (...)“, heißt es in der Resolution der Landesärztekammer Hessen. Dieser Aussage schließt sich die AfD in Hessen an. Die Einrichtung eines Lehrstuhles für Palliativmedizin an einer der drei medizinischen Fakultäten in Hessen ist eine wünschenswerte Option.

Yanki Pürsün, FDP: Wir Freien Demokraten setzen uns für eine moderne und patientenorientierte Gesundheitspolitik ein. Dazu gehört auch die Stärkung der Palliativmedizin. Wir sind der festen Überzeugung, dass die Palliativmedizin eine zen-

trale Komponente der Gesundheitsversorgung ist. Daher werden wir uns in der kommenden Legislaturperiode für eine umfassende Verbesserung der Palliativversorgung in Hessen einsetzen. Wir werden uns dafür einsetzen, dass die Einrichtung eines Lehrstuhls für Palliativmedizin in Hessen geprüft und bei positiver Bewertung unterstützt wird, um die bestmögliche Versorgung schwerkranker Menschen sicherzustellen.

Petra Heimer, Die Linke: Die Palliativmedizin ist eine emotional besonders anspruchsvolle und gesellschaftlich bedeutende Fachrichtung, die mehr Aufmerksamkeit verdient. Deshalb kann Die Linke diesen Vorschlag der Landesärztekammer Hessen nachvollziehen und unterstützen ihn.

7. Hessische Ärztinnen und Ärzte tragen in nicht unerheblichem Maße zu den Steuereinnahmen von Bund und Ländern bei. Daher stößt die Entscheidung, dass berentete Ärztinnen und Ärzte keine Energiepauschale des Bundes erhalten sollen, auf Unverständnis. Werden Sie sich für die Forderung der Ärzteschaft, die Energiepauschale auch an Rentnerinnen und Rentner des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen zu zahlen, einsetzen?

Dr. Ralf-Norbert Bartelt, CDU: Das formulierte Anliegen ist berechtigt.

Kathrin Anders, Die Grünen: Wir können das Ungerechtigkeitsempfinden der Betroffenen nachempfinden. Da es sich um eine Energiepauschale des Bundes handelt hat das Land Hessen keinen direkten Einfluss darauf, wer die Pauschale erhält. Für die Ruhestandsbeamten des Landes Hessen, die ebenfalls zunächst von einem Ausschluss betroffen waren, gewährt das Land aus eigenen Mitteln eine entsprechende Pauschale. Es ist allerdings nicht die Aufgabe eines Landes, Lücken von Bundesprogrammen zu schließen. Wir werden uns aber weiterhin dafür einsetzen, dass Programme von Bund und Land gut durchdacht sind und alle Zielgruppen im Blick haben.

Dr. Daniela Sommer, SPD: Dies liegt nicht in der Entscheidung der Länder. Gern werden wir aber diesen Vorschlag an die Bundestagsfraktion weitergeben.

Volker Richter, AfD: Energiepauschalen verfestigen die Ideologie einer fehlgeleiteten Politik der Bundesregierung. Der Staat ist verpflichtet, seinen Bürgern Energie in benötigter Menge und zu bezahlbaren Preisen zur Verfügung zu stellen. Pauschalen wären somit maximal zur

Überbrückung finanzieller Engpässe möglich, wenn die Energiepolitik auf Bundesebene einen zeitlich beschränkten Rahmen benötigt, um sich zu verändern. Die Verantwortung für diese fehlgeleitete Politik trägt am Ende der Bürger in der Wahlkabine.

Yanki Pürsün, FDP: Als Freie Demokraten setzen wir uns für faire Bedingungen und eine angemessene Unterstützung von Rentnerinnen und Rentnern ein, insbesondere wenn es um Leistungen geht, die ihre finanzielle Situation verbessern können. Die Entscheidung, Rentnerinnen und Rentnern des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen die Energiepauschale des Bundes vorzuenthalten, ist in der Tat ein Thema, das Unverständnis hervorruft. Die Forderung der Ärzteschaft, die Energiepauschale auch an diese Gruppe zu zahlen, ist daher nachvollziehbar und verdient eine sorgfältige Prüfung. Es ist wichtig, die Beiträge und das Engagement der Ärzteschaft auch im Ruhestand anzuerkennen und ihnen die gleiche Behandlung wie anderen Rentnerinnen und Rentnern zu gewähren.

Petra Heimer, Die Linke: Nach Auffassung der Linken war das gesamte System der Energiepauschalen fehlerhaft und hat zahlreiche neue Ungerechtigkeiten erzeugt. Stattdessen braucht es ein bezahlbares Grundkontingent an Strom-, Gas- und Heizenergie, gesetzlich garantiert für alle Haushalte und zur Sicherung des Basisverbrauchs. Gleichzeitig müssen und können hohe Verbräuche dann teuer sein, um sozial gerecht und ökologisch sinnvoll Einsparreize zu erreichen. Zudem muss endlich die staatliche Preisaufsicht für Energiekosten wiedereingeführt werden, um Mitnahmeeffekte bei den Energiekonzernen und illegale Preisabsprachen zu unterbinden.

**Die Fragen stellte
Katja Möhrle.**



Foto: Die Linke

Die Linke: Petra Heimer ist Jahrgang 1962 und von Beruf Erzieherin. Sie hat mehr als zwölf Jahre in Kindertageseinrichtungen gearbeitet, über den zweiten Bildungsweg Abitur nachgeholt und danach Diplom-Psychologie und Mediation (MM) studiert. Mehr als 15 Jahre war Heimer in der Beratung für Arbeitsplatzkonflikt- und Mobbingbetroffene tätig. Seit 1. September 2022 ist sie Landtagsabgeordnete der Linksfraktion im hessischen Landtag und dort für Gesundheit und Soziales zuständig.

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

Weiterbildung in Not – Lauterbachs Kahlschlag

Die dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission zur Reform der Krankenhausvergütung ist ein Aufreger und führt zu vielerlei Kontroversen. Unbeachtet blieben bislang die direkten und indirekten Auswirkungen auf die Weiterbildung von Kolleginnen und Kollegen zum Facharzt. Warum ist das aber wichtig? Weil Weiterbildung ein sensibles Geschöpf mit einer feinen Balance zwischen Kompetenzerwerb, Machbarkeit und Finanzierbarkeit ist und die medizinische Versorgung langfristig sichert.

Für den Kompetenzerwerb im Arztberuf braucht es Weiterbilder:innen, heute Befugte genannt. Diese tummeln sich in großen und kleinen Kliniken, als Belegärzt:innen, im MVZ und in Einzelpraxen. Die bisherige Weiterbildungsordnung bedient sich aller dieser Einrichtungen. Stationäre und ambulante Weiterbildung sind gleichberechtigt, die Entwicklung hin zu ambulanten Befugungen ist richtig und folgt dem Trend der ambulanten Behandlung. Vermittelt werden Kompetenzen. Weiterbildungszeiten geben nur einen Rahmen vor. Die Krankenhausreform wird mit der Einführung streng reglementierter Level die positiven Entwicklungen einer kompetenzbasierten Weiterbildung zunichte machen. Dazu einige Beispiele aus den verschiedenen Leveln. [1]

- Für Level II-Krankenhäuser ist gar keine ärztliche Leitung mehr vorgesehen. Pflegefachpersonen können vielleicht einen Gesundheitskiosk leiten, aber sie können sicher nicht weiterbilden und sie können

diese Weiterbildung auch nicht verantworten. Ärztliche Arbeit in Kliniken dieses Levels wird damit formal nicht als Kompetenzerwerb im stationären Bereich anerkannt werden können.

- Für verbleibende Ärztinnen und Ärzte in diesem Krankenhausniveau ist eine vollzeitige Anstellung gar nicht vorgesehen. Eine Weiterbildung in Teilzeit und „auf Zuruf“ kann nicht funktionieren und ist keiner Kollegin und keinem Kollegen in Weiterbildung zuzumuten. Nicht umsonst fordern die Ärztekammern einen qualifizierten Kompetenzerwerb.

Leider ist das noch nicht alles, alle vorgesehenen Level werden betroffen sein. Der Level In soll ja einem richtigen kleinen Krankenhaus entsprechen. Das hilft der Weiterbildung von Kolleginnen und Kollegen aber auch nicht weiter.

- Level In-Krankenhäuser sind auf die „Basisbehandlung“ in der Inneren Medizin und der Chirurgie beschränkt. Schon für angehende Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin wird mindestens ein Jahr Kompetenzerwerb in der akuten stationären Inneren Medizin gefordert. Es bleibt abzuwarten, welche der In-Krankenhäuser überhaupt diese Voraussetzungen erreichen.

- Die Beschränkungen auf Basisbehandlungen in Chirurgie und Innerer Medizin sowie eine Basisnotfallversorgung haben eine fatale Wirkung auf die Weiterbildung. Im besten Fall kann noch die Weiterbildung für Allgemeinmedizin abgebildet werden, wenn ein Jahr „akute stationäre Innere Medizin“ vermittelt werden kann. Das Gebiet Innere Medizin kann nicht mehr vollumfänglich befugt werden, da Schwerpunkte wie Kardiologie, Gastroenterologie u. a. fehlen. Gleiches gilt für die Allgemeinchirurgie. Für diese Weiterbildung fehlen die Kompetenzen für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Visceralchirurgie. Eine volle Weiterbildung für Innere Medizin und Chirurgie ist damit an diesen Häusern nicht mehr möglich, Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung müssen in ein Krankenhaus mit einem höheren Level wechseln.

- Eine kinder- und jugendmedizinische Klinik oder Abteilung ist im Level In gleichgar nicht mehr vorhanden. Das vorgesehene Gleichgewicht von ambulanter und stationärer Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin wird unerreichbar.

In Level II-Krankenhäusern setzt sich die Malaise für die Weiterbildung fort.

- HNO, Augenheilkunde und Haut- und Geschlechtskrankheiten sollen in diesen Krankenhäusern nur noch eine „Basisbehandlung“ übernehmen. Es fehlt die Definition der Basisbehandlung und es fehlen die speziell zu erwerbenden Kompetenzen. Eine Gebietsbezeichnung kann auf diesem Weg nicht erworben werden.

- Auch für die Kinder- und Jugendmedizin sind Einschränkungen zu erwarten, da die Hämatologie und Onkologie für Kinder und Jugendliche in den Krankenhäusern dieser Versorgungsstufe nicht vorgesehen ist und nur im Level III angeboten wird.

- Stammzelltransplantationen sind für Hämatologen und Onkologen Teil der Weiterbildung und werden ebenfalls nicht in Level II-Krankenhäusern vorgehalten. Das Nadelöhr für die onkologische Weiterbildung ist programmiert.

Kliniken der Level II und In werden faktisch von der Weiterbildung ausgeschlossen, Kliniken des Level II werden in der Weiterbildung behindert. Die vorgesehene Konzentration der medizinischen Versorgung und der ärztlichen Weiterbildung auf wenige universitäre Einrichtungen und Kliniken des Level III schafft Nadelöhre. Notwendige Verbundweiterbildungen sind bislang wenig erprobt und die ambulante Weiterbildung wird die angesprochenen Defizite nicht ausgleichen können. Eine Weiterbildung „aus einem Guss“ wird es nicht mehr geben, für die Patientenversorgung ist das nicht gut.

Dr. med. Wolf Andreas Fach

Präsidiumsmitglied,

Vorsitzender des Berufsverbandes

Deutscher Internistinnen und Internisten

e. V. (BDI) – Landesverband Hessen

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

[1] Die Beispiele sind einer Ausarbeitung der Weiterbildungsabteilung der Landesärztekammer Brandenburg, Referatsleitung Ass. jur. Kristina Metzner LL.M., entnommen.

Level III

Große Krankenhäuser der **Maximalversorgung** sind Universitätskliniken oder Großkrankenhäuser mit quasi sämtlichen Fachrichtungen inkl. Intensivmedizin und Notfallversorgung. Sie sollen primär für die schweren und schwersten Fälle zuständig sein.

Level II

Mittelgroße Krankenhäuser der **Regel- und Schwerpunktversorgung** mit einer Mindestzahl bestimmter Fachrichtungen. Sie können daher fachbezogen **spezialisiert** ebenfalls schwere Fälle z. B. in der Kardiologie behandeln.

Level In

Kleine Krankenhäuser zur **Basisversorgung** mit Chirurgie und Innerer Medizin sowie einigen Intensivbetten und einer Notaufnahme.

Level li

Ambulant-stationäre Zentren, die keine Krankenhäuser mehr im heutigen Sinne sind. Hier soll gemäß der integrierten Versorgung v. a. die ambulante Behandlung mit **Allgemeinmedizin und Pflege** im Vordergrund stehen. (Tagespauhallen)



Fotos: Katja Kölsch

Lebhafte Diskussionen (unten, von links): Dr. med. Ana Paula Barreiros, Dr. med. Axel Rahmel, Dr. med. Leona Möller, Dr. med. Edgar Pinkowski, Prof. Dr. med. Wolf O. Bechstein, Prof. Dr. med. Jürgen Graf und Lorena von Gordon.

Mehr Aufklärung und Erfolgsbeispiele zur Stärkung der Organspende

Runder Tisch Organspende in der Landesärztekammer Hessen

Die Entwicklung ist dramatisch: Mit nur 104 postmortalen Organspenden lagen die Spenderzahlen in der Region Mitte, zu der auch Hessen gehört, im Jahr 2022 deutlich hinter jenen von 2021. Welche Gründe gibt es dafür, wie lässt sich dieser Abwärtstrend stoppen und wie kann die Bereitschaft zur Organspende wieder erhöht werden?

Um Antworten auf diese Fragen zu finden, hatte die Landesärztekammer Hessen am 4. Juli anlässlich der Jahrestagung der DSO (Deutsche Stiftung Organtransplantation) zu einem Runden Tisch Organspende unter der Moderation von Prof. Dr. med. Wolf O. Bechstein, Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main, eingeladen.

Organspende sei eine Gemeinschaftsaufgabe, die nur funktionieren könne, wenn alle Hand in Hand zusammen arbeiteten: Bevölkerung, Politik, beteiligte Organisationen, Ärzte, Ärztinnen und Pflegekräfte, erklärte Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski. Einig waren sich die Expertinnen und Experten am Runden Tisch darin, dass die Kulturfrage eine wichtige Rolle für die Einstellung zur Organspende spiele.

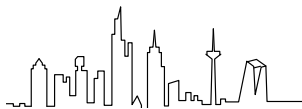
Wie Dr. med. Ana Paula Barreiros, Geschäftsführende Ärztin der DSO Mitte, berichtete, liege die Ursache des Rückgangs der Organspendezahlen in der niedrigen Zustimmungsquote. Bei 14 potenziellen Spendern im Jahr 2022 seien keine Angehörigen mehr zu identifizieren gewesen: „Aufgrund der Zustimmungslösung konnte niemand gefragt werden.“ Und wenn

Angehörige die Entscheidung über eine mögliche Organspende treffen müssten, falle diese oft negativ aus. In solchen Fällen fühle es sich anscheinend sicherer an, gegen die Organspende zu stimmen. Ursachen könnten kulturbedingt sein.

Perspektivenwechsel erforderlich

Wichtig sei ein Perspektivenwechsel – nicht nur den Tod bei der Organspende sehen, sondern auch die Chance auf Leben, die mit der Spende gerettet werden könnten, betonte Barreiros.

Eine Auffassung, die Prof. Dr. med. Jürgen Graf, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Goethe-Universität Frankfurt, bestätigte. Es handele sich um eine Vertrauensfrage. Angehörige würden der postmortalen Spende eher zustim-



men, wenn das Vertrauen in Ärztinnen und Ärzte vorhanden sei. Dieses Vertrauen sei nur durch den Aufbau einer Beziehung zu den Angehörigen möglich.

Ein weiterer Diskussionspunkt war die Dokumentation der Spendebereitschaft. Nur in ungefähr 15 % der Fälle liege eine erklärte Bereitschaft zur Organspende schriftlich vor, so Dr. med. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation. Das stehe in Kontrast zur überwiegend positiven Einstellung zum Thema Organspende in der Gesellschaft. In Umfragen äußerten immerhin knapp 50 % der Befragten, dass sie einen Organspendeausweis besäßen.

Vertrauen stärken

Rahmel war wichtig zu betonen: „Man hat es nicht mit Ablehnung, sondern mit fehlender Zustimmung zu tun.“ So lägen in Deutschland alle Rahmenbedingungen für die Organspende, einschließlich einer hohen Qualifikation der Transplantationsbeauftragten vor. Doch solange es keine entsprechende Kultur gebe, werde sich die aktuelle Situation nicht ändern. Ausdrücklich hoben die Diskussionsteilnehmer hervor, wie wichtig es sei, das Vertrauen der Menschen in die Organspende und die transplantierenden Ärztinnen und Ärzte zu stärken. Dabei müsse deutlich gemacht werden, dass die Hirntodfeststellung in Deutschland Voraussetzung dafür sei, dass ein Patient zum potenziellen Organspender werde, sagte Bechstein. Dass die Landesärztekammer Hessen die erste Kammer gewesen sei, die die Wei-

terbildung zum Transplantationsbeauftragten eingeführt hat, hob Pinkowski hervor. Damit seien hohe Qualitätsanforderungen an die Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte verbunden, die diese Weiterbildung durchliefen.

Arbeiten in interprofessionellen Teams

Diskutiert wurde der Einsatz von interprofessionellen Teams, wie beispielsweise die Einbindung von Pflegemitarbeitenden. Gerade Pflegende könnten einen positiven Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen eine Organspende haben, da sie einen engen und vertrauensvollen Kontakt zu Patienten und Angehörigen hätten, betonte Graf. An den hessischen Ausführungsbestimmungen zum Transplantationsgesetz seien auch Pflegende beteiligt. Als Transplantationsbeauftragte an der Uniklinik Marburg arbeite sie bereits in interprofessionellen Teams, berichtete Dr. med. Leona Möller. Hier gebe es sowohl ärztliche als auch pflegerische Ansprechpartner. Möller rief auch dazu auf, stärker als bisher für den Organspendeausweis zu werben – bei Hausärzten, aber auch bereits in Schulen: „Das sind wichtige Bausteine, um die Situation der Organspende zu verbessern.“

Erfolgsbeispiele kommunizieren

Eine Einschätzung, die Lorena von Gordon, die vor acht Jahren lungentransplantiert wurde, aus eigener Erfahrung bestätigte. Sie habe damals die Chance bekom-

men, ein ganz normales Leben zu führen, sagte die Mittdreißigerin an dem Runden Tisch. Von Gordon arbeitet Vollzeit und treibt in ihrer Freizeit Sport. Um die Einstellungskultur zum Thema Organspende zu verbessern, forderte von Gordon eine stärkere Kommunikation von Erfolgsbeispielen. Sie selbst leistet mit dem Verein „Junge Helden“ Aufklärungsarbeit in Schulen, um aktiv auf junge Menschen zuzugehen. Je jünger die Personen seien, desto offener sei der Austausch und positiver besetzt das Thema. Bei Erwachsenen sehe das oft anders aus. Auch von Gordon wünscht sich einen Kulturwandel.

Bundesärztekammer für Widerspruchslösung

Die Nachricht des hessischen Ärztekammerpräsidenten aus dem Vorstand der Bundesärztekammer, dass sich die Deutsche Ärzteschaft erneut für die Widerspruchslösung ausgesprochen habe, wurde von der Runde positiv aufgenommen. Auch Graf sprach sich für die Widerspruchslösung aus. Der europäische Vergleich zeige, dass eine solche Lösung her müsse. Bechstein wies darauf hin, dass die Willensbildung kulturell und politisch schwierig sei. Seine Anregung einer ethischen Diskussion vor der politischen Entscheidung wurde von Pinkowski begrüßt: „Das ist sicherlich ein Thema für die Ethikgremien der Bundesärztekammer.“

Katja Möhrle
Marissa Leister

„Suizid – Keep on talking!“ Ausstellung & Programm von Frans in Frankfurt

9. September bis 8. Oktober 2023

**Ort: Ausstellungshalle, Schulstr. 1A,
Frankfurt am Main**

Das Frankfurter Suizidpräventionsnetzwerk Frans holt eine Ausstellung nach Sachsenhausen, die Exponate verschiedener Künstler zum Thema „Suizid – Keep on talking!“ zeigt. Die Ausstellung wurde in einer Kooperation des Kasseler Museums für Sepulkralkultur und der Universität Kassel entwickelt und für den Standort Frankfurt neu kuratiert.

Blick ins Begleitprogramm:

- **Kunst als Spiegel der Seele**
(Streifzug durch die Kunstgeschichte im Kontext affektiver Erkrankungen mit Dr. med. Christine Reif-Leonhard)
am 13.09.23, 18:30–20 Uhr
- **Weiterleben ohne Dich**
(die Situation der Hinterbliebenen)
am 20.09.23, 18:30–20 Uhr
- **Überlebenswege**
(Hilfe für Menschen mit Suizidgedanken)
am 27.09.23, 18:30–20 Uhr
- **Stigma Suizid** – Wieso es uns so schwer fällt, darüber zu sprechen
04.10.23, 18:30–20 Uhr
- **Lebensmüde Sterbenswach**
(Klangcollage aus Texten & Songs)
06.10.23, 17–18 Uhr

Im Internet: frans-hilft.de/Ausstellung





Klimawandel und Gesundheit – Sommerempfang der hessischen Heilberufe

Lebhafter Austausch auf dem Neroberg nach coronabedingter Zwangspause

Nach vierjähriger pandemiebedingter Unterbrechung hatten die hessischen Heilberufe am 18. Juli zum Sommerempfang auf den Neroberg in Wiesbaden eingeladen. Zeitgemäßes und gesamtgesellschaftlich relevantes Thema waren die Folgen des Klimawandels auf die Gesundheit. Etwa 160 Gäste aus Politik, Wirtschaft, Wissenschaft, Medien sowie der Heilberufe nahmen teil.

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen, eröffnete die Veranstaltung und nahm in seiner Ansprache Bezug auf die aktuelle, durch den Klimawandel bedingte Hitzewelle. Hitze stelle ein Gesundheitsrisiko dar, das tödlich enden könne. Es bestehe dringender Handlungsbedarf. Das Anliegen der Heilberufe sei, ihren Sachverstand zur Verfügung zu stellen, um adäquate Maßnahmen ergreifen zu können. Ein Beispiel dafür sei der unter Beteiligung der Heilberufe erstellte Hitzeaktionsplan des Landes Hessen mit dem zentralen Element eines Hitzewarnsystems. „Hitzeschutz kann nur gemeinsam vorangebracht werden“, bekräftigte Pinkowski.

In ihrem Grußwort hob Anne Janz (Bündnis 90/Die Grünen), Staatssekretärin im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, hervor, dass den Herausforderungen des Klimawandels ausschließlich in Zusammenarbeit begegnet werden könne und würdigte das Engagement des Bündnisses Heilen & Helfen. Neben zu ergreifenden Maßnahmen erfordere der Klimawandel auch eine Anpassung der Lebenswelten und des Verhaltens. Dies sei jedoch nicht gleichbedeutend mit Verzicht, sondern könne durch eine veränderte Lebensweise mit mehr Bewegung und gesünderer Ernährung auch gewinnbringend sein. Anpassung an das Klima sei Gesundheitsschutz.

Hauptreferent des Abends war Dr. Heinz Fuchsig, Umweltreferent der Tiroler und der Österreichischen Ärztekammer. Der Arzt für Allgemeinmedizin mit Spezialisie-

rung auf Arbeits- und Umweltmedizin stellte die Erfordernisse dar, die die Klimakrise mit sich bringe, so z. B. die Klimakompetenzbildung im Gesundheitswesen. Beschäftigten in den Gesundheits- und Pflegeberufen komme eine zentrale Rolle zu, wenn es darum gehe, klimarelevante Inhalte zu identifizieren und zu kommunizieren. Die Heilberufe seien gefragt, wenn es darum gehe, die Resilienz von Patientinnen und Patienten, von Institutionen und der Gesellschaft im Klimawandel zu stärken. Der Referent zeigte trotz der aktuellen globalen Krisen eine positive Sichtweise und es gelang ihm, Hoffnung und Optimismus zu verbreiten. Er betonte, dass Deutschland es geschafft habe, den Weg für Solar- und Windenergie zu ebnen und dass andere Länder nachgezogen seien. China beispielsweise baue mittlerweile ungefähr soviel erneuerbare Energien zu wie der Rest der Welt zusammen, auch bei der Neuzulassung von E-Autos sei das Reich der Mitte auf der Überholspur. Die Nutzung alternativer Energien bringe einen zusätzlichen Gewinn: steigende Lebenserwartung durch die Reduktion der Feinstaubbelastung. Zum Abschluss hatte Fuchsig noch einen kleinen praktischen Tipp, um bei Hitzebelastung und darüber hinaus einen kühlen Kopf zu bewahren: Ein Fächer senke nicht nur die „persönliche Betriebstemperatur“, sondern helfe



Foto: Michelle Spillner

Austausch auf dem Neroberg in Wiesbaden (von links nach rechts): Stephan Allroggen (Vorstandsvorsitzender Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen), Anne Janz (Staatssekretärin Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Bündnis 90/Die Grünen), Dr. Doris Seiz (Präsidentin Kassenzahnärztekammer Hessen), Dr. Heike Winter (Präsidentin Psychotherapeutenkammer Hessen), Ursula Funke (Präsidentin Landesapothekerkammer Hessen), Dr. Heinz Fuchsig (Umweltreferent der Tiroler und der Österreichischen Ärztekammer), Prof. Dr. Sabine Tacke (Präsidentin Landestierärztekammer Hessen) und Dr. Edgar Pinkowski (Präsident Landesärztekammer Hessen).

durch die monotone Handbewegung auch dabei, „in einer hitzigen Phase herunterzukommen und Lösungen zu finden“.

Ursula Funke, Präsidentin der Landesapothekerkammer Hessen, sprach das Schlusswort. Sie machte die politischen Entscheidungstragenden auf drängende Probleme im Gesundheitswesen aufmerksam. So gebe es große Lücken bei der Versorgung auf dem Land und auch die Lieferengpässe bei Arzneimitteln stellten Apotheker täglich vor riesige Herausforderungen. Aufgabe der Heilberufe sei es, eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu sichern, doch müssten dafür entsprechende Voraussetzungen geschaffen und bewahrt werden.

**Lukas Reus
Dr. Marion Selig**

Weiblicher Blick auf die Landesärztekammer Hessen

Wunschliste des Ärztinnenbundes Gießen für Kammerarbeit und Beruf

Die Gremienbesetzung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) ist weit von einer Parität entfernt, die Mitgliederzahlen der LÄKH sind es keineswegs. In Zukunft ist angesichts des wesentlich höheren Anteils weiblicher Studierender der Humanmedizin noch mit einem weiteren Anstieg von Frauen unter den Kammerangehörigen zu rechnen.

Was hält speziell Ärztinnen davon ab, sich in Gremien der Landesärztekammer zu engagieren? Welches Wissen haben sie, welche Informationen fehlen, welche Themen bewegen sie?

Eine Arbeitsgruppe der Regionalgruppe Gießen initiierte zu diesen Fragen eine kleine Umfrage unter hessischen Mitgliedern des Deutschen Ärztinnenbundes. Der Rücklauf (ca. 20 %) ist keineswegs repräsentativ, bietet aber aufgrund vieler Freitextantworten reichhaltiges Material mit wertvollen Anregungen.

Verbesserte Transparenz

Vielfach fand sich die Forderung nach mehr Transparenz!

Anregungen: Bei Umstellung des Hessischen Ärzteblatts (HÄBL) auf Online-Ausgaben sollte es einmal pro Jahr eine Printausgabe geben, wo übersichtlich auch die Organisationsstruktur der LÄKH dargestellt wird – am besten mit QR-Codes für weitere online abrufbare Informationen. (Internetseite mit Organigrammen und Zusatzinformationen zu den mit Ehrenamtlichen besetzten Gremien und Aufgaben, Tagungsrhythmus und Sitzungsdauer sowie Aufwandsentschädigung).

Ein Archiv zu speziellen Themen (über Suchmaschine auffindbar). Welche Themen und ehrenamtlichen Ansprechpartner:innen gibt es jenseits von Präsidium LÄKH und Vorstand Versorgungswerk? Gewünscht werden auch Infos und Vernetzung z. B. über Gesundheitstage.

Zusammenfassungen von mitgliederrelevanten (und nicht vertraulichen) Beschlüssen der Gremien sollten publik gemacht werden. Wie ist die Stellung der

Kammer gegenüber wesentlichen Fragen der (Gesundheits)-Politik?

Gestaltung von Sitzungen

Online oder Hybridangebote werden gewünscht, aber auch mindestens eine Präsenzsitzung pro Gremium und Jahr, um Vernetzung und informellen Austausch zu fördern. Gewünscht wird Coaching durch erfahrene Kolleginnen und stärkere Vernetzung von Aktivistinnen – auch listenübergreifend. Die Übernahme von Kinderbetreuungskosten oder speziellen Betreuungsangeboten sollte unkompliziert möglich sein – das gilt auch für weitere Veranstaltungen der LÄKH.

Gewünschte Informationen

Es besteht ein hoher Informationsbedarf insbesondere zu empfehlenswertem Verhalten am Beginn der Berufstätigkeit. Das Versorgungswerk betreffend: Wie verhalte ich mich taktisch klug für möglichst günstige zukünftige Absicherung? Wie viel Rente kann ich erwarten, was passiert bei Höherversicherung? Wie funktioniert die Verwaltung? Wie wird Geld angelegt? Gibt es Kooperation mit anderen Versorgungswerken? Wie wirken sich Elternzeit und Teilzeitarbeit auf Rentenansparungen aus?

Eher allgemeiner Informationsbedarf besteht zu der Bedeutung ärztlicher Selbstständigkeit im Vergleich zum Angestelltenverhältnis sowie zu medizinischen Versorgungszentren. Weitere Themen sind: unter anderem die Telemedizin.

Unterstützungsbedarf und Problemfelder von Ärztinnen

Schwangerschaft in der Weiterbildung (WB) und bei fachärztlicher Tätigkeit sowie insgesamt bessere Anleitung in der WB sind weitere brennende Themen. Gewünscht werden mehr Berücksichtigung von Interessen von Chefärztinnen und Ärztinnen im Krankenhaus, TOP-Sharing-Modelle (Arbeitszeitmodelle, bei dem sich

zwei Führungskräfte eine Managementposition teilen) in Beruf und Ehrenamt, Netzwerke, bessere Anerkennung von Teilzeitarbeit in der Weiterbildung, auch für Clinician Scientists, Etablierung von Quoten in vielen Bereichen, insbesondere auch bei Gremien der LÄKH.

Außerdem werden dringend verbesserte Kita-Angebote für Kinder von Ärztinnen benötigt. Charakteristische Aussagen: Kinderlose ziehen in Karriere und Kammer vorbei – Aufbrechen patriarchaler Strukturen – Männer werden mehr gefördert als Frauen – Klima des Buckelns in der WB (nicht geschlechtsspezifisch) – flexiblere Arbeitszeiten, weniger Überstunden – geregelte Arbeitszeit an Kliniken – Ämterhäufung etablierter Personen – gewachsene Männernetzwerke mit Ausgrenzung unliebsamer Frauen – Intransparenz und Überalterung bei Prüfern – auch Einbeziehung interessierter Kolleginnen von außen sollte vermehrt erfolgen.

Zur Mitarbeit motivierende Themen

Vielfach genannt wurden Klima und Gesundheit, Gendermedizin, Fort- und Weiterbildung sowie ethische Fragen insbesondere am Anfang und am Ende des Lebens, in die sich die Befragten gerne einbringen würden.

Ausblick

Die Ergebnisse der Befragung zeigen eine Vielzahl anregender Facetten für eine kreative Einbeziehung und stärkere Beteiligung von insbesondere jungen Ärztinnen. Etliche Anliegen sind, um mehr Wirksamkeit zu entfalten, gut geeignet, um als Anträge in die Delegiertenversammlung eingebracht zu werden. Eine beherzte Transformation entlang dieser „weiblichen“ Impulse könnte die Kammerarbeit bereichern und zukunfts führend machen.

Prof. Dr. med. Erika Baum
Dr. med. Carmen Brosig
Dr. med. Brigitte Ende

Massive Schäden für vulnerable Menschen

Bei den Bad Nauheimer Gesprächen berichten Experten vom Leiden der Kinder und Alten durch Maßnahmen gegen die SARS-CoV-2-Pandemie

Eine der umstrittensten politischen Verordnungen während der Covid-19-Pandemie waren die Kita- und Schulschließungen. Aus Angst vor der Ausbreitung des Virus und einer erhöhten Kranklast wurden Betreuungs- und Bildungseinrichtungen teils monatelang geschlossen. Schon damals warnten manche Experten wie Kinderärzte vor den Folgen. Hintergrund der Schließungen war, eine andere vulnerable Gruppe, vornehmlich sehr alte Menschen, vor der Ansteckung mit dem Virus zu schützen. Doch gerade diese sollen ebenso wie die sehr jungen Mitglieder der Gesellschaft unter den Folgen der verschiedenen Pandemiemaßnahmen der Politik besonders gelitten haben. Das ist das Resümee von Experten beim Bad Nauheimer Gespräch am 29. Juni in den Räumlichkeiten der Landesärztekammer Hessen. Daraus folgt für die Expertenrunde vor allem eines: Aufarbeitung der Pandemiepolitik tut Not.

Benachteiligte Kinder litten besonders stark

Schon mehrmals in den vergangenen Jahren waren die Covid-19-Pandemie und vor allem die verordneten Maßnahmen Gegenstand von Diskussionen bei den Bad Nauheimer Gesprächen, moderiert von Prof. Dr. med. Ursel Heudorf (siehe Ausgabe 9/2022). Diesmal standen die Auswirkungen der Pandemiemaßnahmen auf Kinder, Jugendliche sowie Alte im Fokus der Runde. Geladene Experten waren die Kinderärztin Barbara Mühlfeld, der Jurist Dr. Axel Koch, der Geriater und Gerontopsychiater Prof. Dr. Johannes Pantel sowie die Geschäftsführerin der Agaplesion Markus Diakonie gGmbH Hannelore Rexroth. Den Einstieg mit Kurzvorträgen machte Barbara Mühlfeld. Die Kinderärztin berichtete, dass die Maßnahmen, die unter der Prämisse standen, die vulnerablen Gruppen der Gesellschaft zu schützen, erheblichen Einfluss auf die Entwicklung von Kindern genommen hätten. Zunächst hätten



Foto: Lukas Reus

Die Referenten beim Bad Nauheimer Gespräch (von links): Barbara Mühlfeld, Dr. Axel Koch, Moderatorin Prof. Dr. Ursel Heudorf, Prof. Dr. med. Johannes Pantel, Hannelore Rexroth.

viele Kinder und Jugendlichen die Maßnahmen sehr ernst genommen und mitgetragen. Auch, um ihre Angehörigen zu schützen. Bald aber sei diese Bereitschaft in Enttäuschung umgeschlagen, weil Kinder und Jugendliche nicht gehört wurden und die Schutzmaßnahmen für besonders Vulnerable in Alten- und Pflegeeinrichtungen nicht gut genug waren, so Mühlfeld. Die Maßnahmen trafen auch nicht alle Kinder und Jugendliche gleich schwer. Risikofaktoren für Benachteiligungen waren unter anderem Armut, mangelnde Deutschkenntnisse oder psychische Erkrankungen. Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch besser gestellten Verhältnissen hatten Möglichkeiten, die Nachteile besser zu kompensieren. „Man kann sagen: Wer schon vor der Pandemie zu den Benachteiligten gehörte, den haben die Maßnahmen besonders getroffen und die Unterschiede weiter vergrößert“, sagte Mühlfeld.

Folgen, die einerseits in Studien belegt seien und die sie auch in ihrer Praxis beobachtete, seien massive Gewichtszunahme innerhalb kurzer Zeiträume, psychische Erkrankungen wie beispielsweise Mutismus oder verzögerter Spracherwerb, was vor allem für diejenigen Kinder und Jugendliche dra-

matisch schlecht sei, die Deutsch als Zweitsprache lernen, so Mühlfeld.

Diese Verzögerungen und Lücken seien nicht nur nachteilig für das Individuum, sondern auch für die gesamte Gesellschaft. „Deswegen würde ich mir wünschen, dass wir diesem Thema eine ähnliche Öffentlichkeit geben wie Wärmepumpen“, sagte Mühlfeld zum Abschluss und sorgte für Schmunzeln und Beifall im Publikum.

Online kann Schule als Ort der Sozialisation nicht ersetzen

Der Unternehmensanwalt Dr. Axel Koch berichtete anschließend von seinen Erfahrungen vor Gerichten während der Pandemie und kritisierte die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes. Insgesamt sechs Verfassungsbeschwerden habe er während der Pandemie gegen die Schulschließungen und die Ausdehnung der Maßnahmen auf Kinder eingereicht. Seine Argumentation habe sich darauf gestützt, dass Kinder nicht entscheidend zur Weiterverbreitung des Virus beitragen. Selbst wenn sie in einem ähnlichen Maß das Virus verbreiten, seien die Maßnahmen un gerechtfertigt, da es die Kinder in einer empfindlichen Entwicklungsphase treffe, so

der Anwalt. „Immer wieder war dann die Begründung: Das sei alles gar nicht so schlimm“, sagte Koch. Doch selbst als sich die Erkenntnisse verdichteten, dass bereits Schäden bei Kindern entstanden seien, habe dies nicht zum Umdenken geführt. Neben der Vermittlung von Wissen sei die Schule eben auch ein Ort der Sozialisation, an dem Kinder Sichtweisen und Lebensrealitäten außerhalb der Familie kennenlernten. Diese Möglichkeit der Entwicklung sei nicht durch Online-Unterricht zu ersetzen, so Koch. Nun sei er vor den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte gezogen, um gegen die Schulschließungen der Vergangenheit zu klagen. Er bedauere, dass er soweit gehen müsse, um die Rechte von Kindern zu erstreiten.

Die Brücke zu der anderen vulnerablen Gruppe, den Alten, sei doch auch: Hätte die Regierung diese besonders gefährdete Gruppe Menschen besser und gezielter geschützt, hätten Kinder weniger gelitten. Damit meine er aber nicht, die Alten wegzusperren, vielmehr hätten beispielsweise verpflichtende Tests in Alten- und Pflegeheimen früher eingesetzt werden müssen.

„Bärendienst für die Generationensolidarität“

Senioren standen dann im Kurzvortrag von Prof. Dr. med. Johannes Pantel, Leiter des Arbeitsbereichs Altersmedizin mit Schwerpunkt Psychogeriatric und klinische Gerontologie an der Universität Frankfurt, im Fokus. Der Lockdown habe die Menschen zu einer erzwungenen Solidarität gedrängt, obwohl bereits vorher schon eine hohe Sensibilität für die Lage älterer Menschen vorhanden gewesen sei. Die Lockdowns seien ein „Bärendienst für die Generationensolidarität“ gewesen, so Pantel. Senioren seien verbal angegriffen worden, wenn sie aus dem Haus gegangen seien, genauso wie junge Menschen, wenn sie Gesellschaft mit Gleichaltrigen suchten. Ein weiteres Problem seien die ausgefallenen Vorsorgeuntersuchungen, die gerade bei älteren Menschen zu unnötigen Todesfällen führten, weil Erkrankungen nicht rechtzeitig diagnostiziert und therapiert wurden. Heime seien zu einer Art Gefängnis für ihre Bewohner geworden,

obwohl man mit gezielteren Maßnahmen, wie beispielsweise PCR-Tests, einen liberaleren Umgang mit Gesellschaft schon früher hätte ermöglichen können. Pantel berichtete daraufhin von einem Fall vor Gericht in Baden-Württemberg, der die irrationale Gesellschaftsdynamik verdeutliche, bei dem er als Sachverständiger Stellung bezogen hatte. In diesem Heim seien die Bewohner vereinsamt und verwahrlost und das Pflegepersonal fürchtete um eine erhöhte Suizidgefahr unter den Bewohnern. Die durchgeimpften Bewohner wollten endlich wieder Kontakt zu anderen aufnehmen. Das Gericht erlaubte dies zwar schlussendlich, beschränkte es aber nur auf diesen Einzelfall und nicht auf andere Heime im Land.

Pflegeheime in schwieriger Lage

Den letzten Bericht lieferte Hannelore Rexroth, die verantwortlich für drei stationäre Pflegeheime in Frankfurt mit 500 Bewohnern ist. Zu Beginn sei sie über die ordnungsrechtlichen Maßnahmen der Politik froh gewesen, da diese ihr und den Mitarbeitern einen festen Rahmen in der unsicheren Zeit ermöglichten. Das Unternehmen Agaplesion habe bereits vor den Lockdowns im zentralen Logistikzentrum Hygienematerial für ein Jahr eingelagert. „Das war dann aber bereits nach nur zwei Monaten aufgebraucht“, berichtete Rexroth. Die zunächst positive Situation mit den Regelungen sei dann im Verlauf der Pandemie negativ umgeschlagen. So sollten beispielsweise demente Patienten isoliert werden, was allerdings ohne ständige Bewachung gar nicht möglich sei. Geholfen habe das Netzwerk in Frankfurt mit anderen Pflegeeinrichtungen, diese hätte sich gegenseitig unterstützt, so Rexroth. Die Impfpflicht für medizinisches Personal sei für die Geschäftsführerin „nur Aktionismus“ gewesen, da die Impfung zwar vor schweren Verläufen schütze, aber nicht vor der Verbreitung des Virus.

Abschließende Diskussionsrunde

In der anschließenden Diskussionsrunde mit dem Publikum wurde unter anderem von Prof. Heudorf kritisiert, dass viele Professionen nicht gehört wurden. „Vieles war nicht nur sinnlos, sondern kontrapro-

duktiv.“ Nach den Gründen gefragt, warum es teilweise während der Pandemie so weit kommen konnte, war die Meinung der Experten, dass vor allem Virologen und Modellierer in der öffentlichen Wahrnehmung gesehen wurden, die häufig unterkomplexe Modelle lieferten. „Wenn man sich fragt, warum das so gekommen ist, braucht man gar keine Verschwörungstheorie oder Agenda“, sagte Pantel: „Wenn Sie in politischer Verantwortung sind und es liegt ein solch dramatisches Modell auf dem Tisch: Machen Sie keinen Lockdown und die Zahlen aus dem Modell treten ein – dann rollt ihr Kopf. Wenn Sie einen Lockdown machen, aber es kommt doch nicht so schlimm, können Sie sagen: Das war wegen meiner Maßnahmen.“ Heudorf stellte zudem die Frage, wie es dazu kommen konnte, dass diese massiven Grundrechtseingriffe toleriert wurden. „Ich war ja Gesundheitsamtsleiterin und wenn da jemand nicht seinen Pass zeigen wollte, konnte man nichts machen. Aber während der Pandemie haben wir jedem Kneipier unsere Daten, inklusive medizinischer Daten, überlassen.“ Monika Buchalik aus dem Publikum machte den Vorschlag, dass in Zukunft die Fachwelt lauter werden und in der Medienwahrnehmung nicht nur reagieren, sondern auch agieren müsse. Pantel forderte daraufhin auch eine vollumfängliche öffentliche Aufarbeitung beispielsweise durch eine Enquete-Kommission. Koch sah die Gefahr, dass dies in naher Zukunft nicht passieren werde, weil es für die verantwortlichen Akteure noch zu nah dran sei.

Michael Andor aus dem Publikum kritisierte, dass durch die Isolation der Kinder deren natürlicher Austausch mit Krankheitserregern aus ihrem Umfeld verhindert worden sei. Barbara Mühlfeld unterstützte dies und berichtete von Fällen in einem Hamburger Kinderkrankenhaus, die mit einer Krankheitslast von Erregern beispielsweise von Streptokokken-Stämme konfrontiert gewesen seien, wie es vorher noch nicht in so kurzer Zeit aufgetreten sei. „Und da ist natürlich eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass dies mit den politischen Maßnahmen zusammenhängt.“

Lukas Reus

„SARS-CoV-2: Herausforderungen und Lehren aus der Pandemie“

Kommentar und Ergänzungen zum Symposium des Landes Hessen am 10. Juli 2023



Mit Spannung erwartet: Statements von Prof. Dr. med. Sandra Ciesek und Prof. Dr. med. Christian Drosten.

Die beiden durch die Corona-Pandemie bekannt gewordenen Virologen Prof. Dr. med. Sandra Ciesek (Universitätsklinikum Frankfurt/Main) und Prof. Dr. med. Christian Drosten (Charité Berlin) waren Gäste eines auch sonst „hochkarätig“ besetzten Symposiums, zu dem das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) unter Minister Kai Klose (Bündnis 90/Die Grünen) eingeladen hatte. Unter dem Titel „SARS-CoV-2: Herausforderungen und Lehren aus der Pandemie“ diskutierten Vertreterinnen und Vertreter aus Wissenschaft, Gesundheit und Politik am 10. Juli im Universitätsklinikum in Frankfurt am Main die Lehren und Schlussfolgerungen aus der Corona-Pandemie. Ein Bericht über das Symposium ist auf der Website des HMSI abrufbar über folgenden Link und QR-Code:

<https://soziales.hessen.de/corona/corona-symposium/> [1]



Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, ehemalige stellv. Leiterin des Gesundheitsamtes Frankfurt/Main, hat im Publikum die Veranstaltung verfolgt. Unter der Rubrik „Ansichten und Einsichten“ kommentiert sie hier die Ergebnisse des Symposiums.

Die Pressemitteilung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration [1] hat die meisten Punkte dargestellt, einige wichtige Kritikpunkte jedoch nicht erwähnt.

So sei der größte Fehler in der Pandemie gewesen, dass der Fokus nur auf das Virus gerichtet gewesen sei und nicht in Systemen gedacht worden sei (Prof. Volker Mosbrugger). Statt auf Containment hätte man mehr auf die Vulnerablen schauen müssen, habe dafür aber nicht die politische Rückendeckung erhalten (Dr. Jürgen Krahn, Leiter Gesundheitsamt Darmstadt und Vorsitzender LV ÖGD in Hessen).

Die Verletzung fachlicher, ethischer und rechtlicher Standards bei der Isolierung pflegebedürftiger Menschen [2–4], die Missachtung der Selbstbestimmung der Patienten und die Abkehr von der evidenzbasierten Medizin [5–8] wurden nicht angesprochen. Zuwendung durch Angehörige oder Besucher wurde reglementiert oder untersagt, Behandlungen verschoben und aufwendige Tests vorgenommen, ohne Prüfung der Evidenz und ohne Einbeziehung der Patienten. Der Impfung wurde ein Bärendienst erwiesen, als sie anfangs mit erkennbar falschen Versprechungen und später mit Zwängen durchgesetzt werden sollte – statt die Menschen über Nutzen und Risiken ehrlich aufzuklären und die Impfung ihrer freien Entscheidung zu überlassen [9]. Auch wenn sich ein Großteil der Bevölkerung nicht mehr mit der Pandemie befassen möchte, tut eine umfassende Aufarbeitung Not [s. auch 8], um Fehler in Zukunft zu vermeiden. Bereits im April dieses Jahres wurde hierzu ein von 40 Wissenschaftlern initiiertes und inzwischen

mehrhundertfach unterzeichneter Offener Brief veröffentlicht: die Auswirkungen der Pandemie auf das Gesundheitssystem, das Bildungssystem und die Wirtschaft sowie die sozialen Kollateralschäden sind zu untersuchen [10]. In einem zweiten Brief wurden zentrale Brüche in der Gesundheitsversorgung angesprochen, insbesondere zur wissenschaftlichen Evidenz, zur Rolle der Patientenautononomie und zur Beteiligung von Gruppen/Verbänden in der Gestaltung des Gesundheitswesens [7].

Drosten: „Trugschlüsse“, „falsche Methoden“, „falsche Aussagen“, „eitle Selbstdarsteller“

Die Berichterstattung in den Medien über die Veranstaltung [z. B. 11–17] konzentrierte sich auf den Beitrag Christian Drostens, der „rückblickend auf die Irrtümer in der Rezeption der Pandemie“ hinzuweisen versuchte [1]. „Sein Vortrag ‚Wellen und Varianten‘ hatte stellenweise etwas von Rechtfertigung und Abrechnung. Drosten arbeitete sich ab an ‚vielen Trugschlüssen‘, an ‚eitlen Selbstdarstellern‘ (...), an Falschaussagen aus seiner Sicht“ [15]. Drosten, vom Moderator als „Erklärer der Pandemie“ eingeführt, sah sich veranlasst, Dinge aus seiner Sicht richtig zu stellen. Diese „Richtigstellungen“ wurden von den Medien meist ungeprüft weitergegeben. Es lohnt sich daher, einige der genannten Punkte aufzugreifen.

Wie war das mit den Lockdowns ...

Obwohl es Publikationen aus Deutschland und England gibt, die – unter Berücksichtigung des Meldeverzugs – zeigen, dass der Wendepunkt der Pandemie schon vor dem ersten Lockdown erreicht war [18–20], betonte Drosten, dass der rasche Lockdown in Deutschland im März 2020 60.000 Menschenleben gerettet habe. „Unselige Debatten“ im Herbst 2020 und die damals gesäten „Wissenschafts-

zweifel“ hätten in der zweiten Welle zu einer hohen Sterblichkeit geführt. Evidenz zu seiner Behauptung blieb Drosten jedoch schuldig.

... den Schulschließungen ...

Zur Aussage, dass Deutschland die Schulen länger als andere Länder geschlossen habe, zeigte Drosten eine Abbildung aus dem OECD-Bericht zur Situation der Bildung in 31 Ländern [21, S. 11], ohne zu erwähnen, dass die Reihung lediglich die Schließungen in der Sekundarstufe 2 umfasste. Die in der Abbildung nur schwer erkennbaren Marker für Schließungen im Vorschul- oder Primarbereich zeigen ein etwas anderes Bild. Um aus den Fehlern der Pandemie zu lernen, erscheint es sinnvoll, vergleichbare europäische Länder zu betrachten, die ihren Kindern weniger Einschränkungen auferlegt haben (u. a. Schweden, Schweiz, Finnland, Frankreich, Belgien, Spanien, Niederlande) [siehe auch 22].

... dem Unterschied zwischen Kindern als Teil oder Treiber der Pandemie ...

Besteht bei Drosten überhaupt die Bereitschaft, im Hinblick auf die Kinder etwas aus der Pandemie zu lernen? Den deutschen Schulstudien unterstellte er weiterhin „falsche Aussagen“ und „falsche Methoden“ [s. auch 23]. Fachleute und -gesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie und die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene haben aber nie die Beteiligung der Kinder am Infektionsgeschehen negiert, sondern immer darauf hingewiesen, dass Kinder Teil, aber keine Treiber des Pandemiegeschehens seien [Lit. in 23]. Auch der von Drosten geäußerte Satz „... sind sie [Kinder] infiziert, dann übertragen sie“, ist in dieser Pauschalisierung nicht zu belegen. Die Erfahrung von Kinderärzten und Ärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und viele epidemiologische Studien zeigen stattdessen, dass Kinder mit Atemwegsinfektionen in der Regel weniger infektiös als Erwachsene sind.

... und zwischen infizierten Schulkindern und in der Schule infizierten Kindern ...

Unter der Annahme „infiziertes Kind im Schulalter = in der Schule infiziertes Kind“ zitierte Drosten Daten der britischen Statistikbehörde ONS mit hohen Infektionszahlen bei Kindern im Schulalter. Dem widersprechen nicht nur zahlreiche Schulstudien, sondern auch verschiedene Untersuchungen, die die höchsten „Inzidenzen“ bei Schulkindern unmittelbar nach den Ferien fanden. Unerwähnt ließ Drosten den 6. „School Infection Survey“ des



Fotos: Manuel Maier

Gastgeber Kai Klose, Hessischer Minister für Soziales und Integration.

ONS, wonach die Positivraten bei in der Schule untersuchten Schülern durchweg niedriger als bei Kindern in der Umgebungsbevölkerung lagen. Das ONS führt dies u. a. auf Präventionsmaßnahmen und Testungen zurück [Lit. in 23].

Weiter argumentierte Drosten, man habe nur durch Schulschließungen das Homeoffice zum Schutz der älteren Bevölkerung durchsetzen können. Diese Begründung für gravierende Einschränkungen von Grundrechten für Kinder und die Inkaufnahme der Beeinträchtigung ihrer Entwicklungsmöglichkeiten sowie von schweren Folgeschäden für die psychische und physische Gesundheit von Kindern stellen eine fremdnützige Instrumentali-

sierung von Kindern dar, die mit dem Kindeswohl sicherlich nicht in Einklang zu bringen ist.

... sowie der Pathogenität der Omikron-Variante?

Auch sei Omikron nicht „mild“ gewesen: „Dass die Krankheitslast bei Omikron gesunken ist, lag alleine an der Impfung“, so Drosten wörtlich [1]. Vermutlich bezog er sich dabei auf die kürzlich erschienene Studie von Wong et al. [24], ohne die Studien und Reviews zur Kenntnis zu nehmen, nach denen von Omikron ein signifikant geringeres Risiko für Krankenhaus-Einweisungen und andere Endpunkte als bei früheren Varianten ausgeht, und zwar meist unabhängig vom Impfstatus [z. B. 25–30]. Warum er entgegen guter wissenschaftlicher Praxis die überwältigende Datenlage unerwähnt ließ, bleibt unklar.

Denken in Systemen und bessere Kommunikation sind gefragt

Sicher haben in der Pandemie viele ihr Bestes gegeben, aber es wurden eben auch viele Fehler gemacht, besonders in der Kommunikation. Leider waren auf dieser Veranstaltung Fragen der Zuhörer nicht vorgesehen, eine echte Kommunikation nicht möglich. Aber wenn diese Veranstaltung als ein erster Auftakt zu einer Aufarbeitung gesehen werden kann, die dem Gedanken von Prof. Mosbrugger zum systemischem Denken, zum konstruktiven Hinterfragen wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Forderungen nach besserer und offener Kommunikation folgt, dann kann es [7, 10] gelingen.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf
ehemalige stellv. Leiterin
des Gesundheitsamtes Frankfurt/Main

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Die Literaturhinweise finden sich online unter der Website www.laekh.de, HÄBL-Ausgabe 09/2023.

1 Vgl. auch Bad Nauheimer Gespräche (BNG) vom 29.06.2023: „Kinder und Alte – die Vergessenen der Pandemie. Bericht in dieser Ausgabe auf S. 500 sowie Video-Mitschnitt abrufbar über die Website der BNG www.bad-nauheimer-gespraech.de

Literatur zum Artikel:

„SARS-CoV-2: Herausforderungen und Lehren aus der Pandemie“

Kommentar und Ergänzungen zum Symposium des Landes Hessen am 10. Juli 2023

- [1] Hessisches Ministerium für Soziales und Integration: Symposium SARS-CoV-2: Herausforderungen und Lehren aus der Pandemie <https://soziales.hessen.de/corona/corona-symposium>
- [2] Inzitari M, Risco E, Cesari M et al. Editorial: Nursing Homes and Long Term Care after COVID-19: A New Era? *J Nutr Health Aging* 2020; 24: 1042–1046. doi:10.1007/s12603-020-1447-8
- [3] Bethell J, Aelick K, Babineau J et al. Social Connection in Long-Term Care Homes: A Scoping Review of Published Research on the Mental Health Impacts and Potential Strategies During Covid-19. *J Am Med Dir Assoc* 2021; 22: 228–237.e25. doi:10.1016/j.jamda.2020.11.025 Epub 2020 Nov 26. PMID: 33347846
- [4] Liddell K, Ruck Keene A, Holland A et al. Isolating residents including wandering residents in care and group homes: Medical ethics and English law in the context of Covid-19. *Int J Law Psychiatry* 2021; 74: 101649. doi: 10.1016/j.ijlp.2020.101649 Epub 2020 Dec 1
- [5] Matthias Schrappe. Zehn Thesen zur Aufarbeitung der Corona-Krise. Teil I, Teil 2, Teil 3. *Cicero* 30.11., 1.12., 2.12. 2022
- [6] Schrappe M, Francois-Kettner H, Gottschalk R, Knieps F, Knipp-Selke A, Manow P, Püschel K. „Die Bedeutung fachlich-wissenschaftlicher Grundprinzipien und die Folgen ihrer Missachtung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (3/23), S. 72–86. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.23.1866-0533.2518>
- [7] Pandemieaufarbeitung: Womit beginnen? Zentrale Brüche in der Gesundheitsversorgung. <https://pandemieaufarbeitung.net>
- [8] Heudorf U. COVID-19 Pandemie – wirkliche Aufarbeitung tut not. *Hessisches Ärzteblatt* 2023; 84: Heft 5 <https://www.laekh.de/hessisches-aerzteblatt-heftarchiv>.
- [9] Thiessen M. Immunisierte Gesellschaft Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert. *Bundeszentrale für Politische Bildung* 2021 ISBN 978-3-7425-0721-1
- [10] Offener Brief: Einsetzung einer Kommission zur Aufarbeitung der Corona-Pandemie https://pandemieaufarbeitung.net/offener_brief_1/
- [11] Tagesschau 11.07.2023: Hessen Christian Drostens Corona-Rückblick in Frankfurt: „Ignorierte Fakten“, „viele Trugschlüsse“, „unselige Debatten“ <https://www.tagesschau.de/inland/regional/hessen/hr-christian-drostens-corona-rueckblick-in-frankfurt-ignorierte-fakten-viele-trugschluesse-unselige-debatten-100.html>
- [12] Zweites Deutsches Fernsehen Thomas Häusele 10.07.2023: Corona-Symposium in Frankfurt : Was können wir aus der Pandemie lernen? In Frankfurt haben Experten auf die Corona-Pandemie zurückgeblickt: Was können Medizin, Politik und Medien daraus lernen? Professor Dr. Christian Drosten übte deutliche Kritik. <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/corona-pandemie-symposium-lehren-100.html>
- [13] Frankfurter Allgemeine Zeitung FAZ 11.07.2023 Corona-Pandemie: Drostens bilanziert auf Frankfurter Symposium <https://www.faz.net/aktuell/rhein-main/frankfurt/corona-pandemie-drostens-bilanziert-auf-frankfurter-symposium-19024111.html>
- [14] Frankfurter Neue Presse FNP: Drostens spricht über Lehren aus der Pandemie. <https://www.fnp.de/hessen/lehren-aus-pandemie-vor-allem-fuer-politik-und-kommunikation-zr-92391732.html>
- [15] Frankfurter Rundschau FR. Pamela Dörhöfer. Vorbei, aber noch unverarbeitet FR 13.07.2023. <https://www.fr.de/panorama/pandemie-christian-drostens-virologe-nicht-verarbeitet-corona-92397864.html> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yj5ctuhn>
- [16] Stern: Lehren aus Pandemie vor allem für Politik und Kommunikation <https://www.stern.de/gesellschaft/regional/hessen/wissenschaft--lehren-aus-pandemie-vor-allem-fuer-politik-und-kommunikation-33633718.html>
- [17] WELT 12.07.2023 Corona: Drostens kritisiert Medien und Politik. <https://www.welt.de/vermischtes/article246326010/Christian-Drostens-kritisiert-unselige-Debatte-in-der-Pandemie.html>
- [18] Küchenhoff H, Günther F, Höhle M, Bender A. Analysis of the early COVID-19 epidemic curve in Germany by regression models with change points. *Epidemiol Infect.* 2021 Mar 11;149:e68. doi:

- 10.1017/S0950268821000558.
PMID: 33691815; PMCID: PMC 7985895.
- [19] Wood SN, Wit EC. Was R < 1 before the English lockdowns? On modeling mechanistic detail, causality and inference about Covid-19. *PLoS One*. 2021 Sep 22;16(9):e0257455. doi: 10.1371/journal.pone.0257455. PMID: 34550990; PMCID: PMC 8457481.
- [20] Wood SN. Inferring UK COVID-19 fatal infection trajectories from daily mortality data: Were infections already in decline before the UK lockdowns? *Biometrics*. 2022 Sep; 78(3):1127–1140. doi: 10.1111/biom.13462. Epub 2021 Apr 7. PMID: 33783826; PMCID: PMC 8251436.
- [21] OECD. The state of Global Education. 18 Months into the pandemic. <https://doi.org/10.1787/1a23bb23-en>
- [22] Soriano-Arandes A, Brett A, Buon-senso D, Emilsson L, de la Fuente Garcia I, Gkentzi D, Helve O, Kepp KP, Mossberg M, Muka T, Munro A, Papan C, Perramon-Malavez A, Schaltz-Buchholzer F, Smeesters PR and Zimmermann P (2023) Policies on children and schools during the SARS-CoV-2 pandemic in Western Europe. *Front. Public Health* 11:1175444. doi: 10.3389/fpubh.2023.1175444
- [23] Heudorf U. Kinder in der SARS-CoV-2 Pandemie in Deutschland. Die Stellungnahme des Instituts für Virologie der Charité im Anhörungsverfahren des Bundesverfassungsgerichts zur „Bundesnotbremse“ – und offene Fragen. *Hessisches Ärzteblatt* 2022; 83: Heft 5 https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/Einzelartikel/2022/05_2022/Kinder_SARS_COV_2_Pandemie_Deutschland.pdf
- [24] Wong JY, Cheung JK, Lin Y, Bond HS, Lau EHY, Ip DKM, Cowling BJ, Wu P. Intrinsic and effective severity of COVID-19 cases infected with the ancestral strain and Omicron BA.2 variant in Hong Kong. *J Infect Dis*. 2023 Jun 27:jjad236. doi: 10.1093/infdis/jiad236. Epub ahead of print. PMID: 37368235.
- [25] Arabi M, Al-Najjar Y, Mhaimeed N, et al. Severity of the Omicron SARS-CoV-2 variant compared with the previous lineages: A systematic review. *J Cell Mol Med*. 2023;27(11): 1443–1464. doi:10.1111/jcmm.17747
- [26] Mohsin M, Mahmud S. Omicron SARS-CoV-2 variant of concern: A review on its transmissibility, immune evasion, reinfection, and severity. *Medicine (Baltimore)*. 2022 May 13;101(19):e29165. doi: 10.1097/MD.00000000000029165. PMID: 35583528; PMCID: PMC9276130. (P)
- [27] Relan P, Motaze NV, Kothari K, Askie L, Le Polain O, Van Kerkhove MD, Diaz J, Tirupakuzhi Vijayaraghavan BK. Severity and outcomes of Omicron variant of SARS-CoV-2 compared to Delta variant and severity of Omicron sublineages: a systematic review and metanalysis. *BMJ Glob Health*. 2023 Jul;8(7):e012328. doi: 10.1136/bmjgh-2023-012328. PMID: 37419502; PMCID: PMC 10347449.
- [28] Stock SJ, Moore E, Calvert C, Carruthers J, Denny C, Donaghy J, Hillman S, Hopcroft LEM, Hopkins L, Goulding A, Lindsay L, McLaughlin T, Taylor B, Auyeung B, Katikireddi SV, McCowan C, Ritchie LD, Rudan I, Simpson CR, Robertson C, Sheikh A, Wood R. Pregnancy outcomes after SARS-CoV-2 infection in periods dominated by delta and omicron variants in Scotland: a population-based cohort study. *Lancet Respir Med*. 2022 Dec;10(12):1129–1136. doi: 10.1016/S2213–2600(22)00360–5. Epub 2022 Oct 7. PMID: 36216011; PMCID: PMC9708088.
- [29] Birol Ilter P, Prasad S, Mutlu MA, Tekin AB, O'Brien P, von Dadelszen P, Magee LA, Tekin S, Tug N, Kalafat E, Khalil A. Maternal and perinatal outcomes of SARS-CoV-2 infection in unvaccinated pregnancies during Delta and Omicron waves. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2022 Jul;60(1):96–102. doi: 10.1002/uog.24916. PMID: 35441407; PMCID: PMC9111049.
- [30] Deng J, Ma Y, Liu Q, Du M, Liu M, Liu J. Association of Infection with Different SARS-CoV-2 Variants during Pregnancy with Maternal and Perinatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 29;19(23):15932. doi: 10.3390/ijerph192315932. PMID: 36498007; PMCID: PMC9740636.



Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

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

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

I. FORTBILDUNG

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Innere Medizin

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hess. Diabetes Gesellschaft (HDG) – Regionalgesellschaft Hessen der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG); zertifizierte DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2.

Teile 3 + 4: **Mi., 27. September 2023** 5 P
(Live-Online-Veranstaltung)

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

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

Rheuma an einem Tag

Mi., 01. November 2023 6 P
(Live-Online-Veranstaltung)

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

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

EKG-Refresher **Mi., 11. Oktober 2023** 9 P

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

Ort: **Bad Nauheim**

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

Katastrophenschutz

Symposium: Gelebte Zivil-Militärische Zusammenarbeit

Fr., 15. September 2023 9 P

Leitung: Oberstarzt d. R.
Dr. med. Ulrich Jürgens, Wiesbaden

Ort: **Schloß Oranienstein, Diez**

Gebühr: 60 € (ermäßigt: 15 €)

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul II: **Sa., 04. November 2023** 8 P
Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

Modul III: **Fr., 15.–Sa., 16. Dezember 2023** 16 P
Orthopädie/Unfallchirurgie, Psychiatrie, Psychotherapie
Gebühr: 400 € (Akademiestatistiker 360 €)

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul IV: **Fr., 06.–Sa., 07. Oktober 2023** 12 P
Gebühr: 330 € (Akademiestatistiker 297 €)

Modul V: **Sa., 07. Oktober 2023** 4 P
Gebühr: 110 € (Akademiestatistiker 99 €)

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

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

Patientensicherheit und Qualitätssicherung

In Kooperation mit der Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen.

Gemeinsam für mehr Patientensicherheit – Tools und Praxisbeispiele für die Behandlung im Team

Mi., 22. November 2023 5 P
(Live-Online-Veranstaltung)

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

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

Palliativmedizin

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

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

Ort: **Bad Nauheim**

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

Hämotherapie

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

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

Beginn Telelernphase: 09.10.2023

Leitung: Dr. med. A. Opitz, Kassel
Gebühr: 400 € (Akademiestudenten 360 €)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Notfallmedizin

Aufbauseminar Leitender Notarzt
Qualifikationsseminar für LNA

Sa., 04. November 2023 11 P

Leitung: Dr. med. G. Appel, T. Winter
Gebühr: 320 € (Akademiestudenten 288 €)
Ort: Hess. Landesfeuerwehrschule Kassel
Auskunft/Anmeldung: P. Glitsch, Fon: 06032 782-219
E-Mail: patrizia.glitsch@laekh.de

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Do., 02.–Sa., 04. November 2023 26 P

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

Notfallmedizin machbar machen

Mi., 22. November 2023 8 P

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
Gebühr: 200 € (Akademiestudenten 180 €)
Ort: beide Bad Nauheim
Auskunft/Anmeldung: S. Schubert-Wallmeyer
Fon: 06032 782-202, E-Mail:
susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de

Intensivmedizin

49. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

Mo., 16.–Fr., 20. Oktober 2023 50 P

Leitung: Prof. Dr. med. F. Finkelmeier,
Dr. med. A. Grünewaldt,
Dr. med. S. Heyl, Frankfurt
Gebühr: 800 € (Akademiestudenten 720 €)
Ort: Frankfurt, Uniklinikum
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Frauenheilkunde

In Kooperation mit der Stabsstelle Qualitätssicherung
der Landesärztekammer Hessen

Neue Aspekte in der Reproduktionsmedizin –
ein praktischer Überblick

Mi., 29. November 2023 (Live-O.) 4P

Leitung: Katrin Israel-Laubinger, Frankfurt
Gebühr: 130 € (Akademiestudenten 117 €)
Auskunft/Anmeldung: C. Ittner, Fon: 06032 782-223
E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Qualitätsmanagement

Moderation von Morbiditäts- & Mortalitätskonferenzen
(MMK)

Do., 12.–Fr., 13. Oktober 2023 18P

Beginn der Telelernphase: 11.09.2023
Leitung: Dr. med. K. Schneider
Gebühr: 480 € (Akademiestudenten 432 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer
Fon: 06032 782-227
E-Mail: adiola.candelo-roemer@laekh.de

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt (40 Std)

Mo., 06.–Fr., 10. November 2023 40 P

Leitung: D. Ziedorn, Wetzlar
Gebühr: 980 € (Akademiestudenten 882 €)
Ort: **Mo. + Fr.: (Live-Online)**
Di.–Do.: Wetzlar, Lahn-Dill-Klinikum

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher

**Mi., 15. November 2023
(Live-Online-Veranstaltung)**

Leitung: D. Ziedorn, Wetzlar
Gebühr: 200 € (Akademiestudenten 180 €)

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

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

Ultraschall

Modul Differenzialdiagnose Akutes Abdomen

Gebühr: Sa., 23. September 2023 10 P
350 € (Akademiestudenten 315 €)
Leitung: Dr. med. Thomas Müller, Wiesbaden
Ort: St. Josefs-Hospital, Wiesbaden

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

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

Theorie: Fr., 17. November 2023
Praktischer Teil: Sa., 18. November 2023
Gebühr: 560 € (Akademiestudenten 504 €)
Ort: Theorie: Bad Nauheim, BZ

Praxis: Frankfurt, KKH Nordwest, Kommunikationszentrum

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

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Theorie: Fr., 08.–Sa., 09. September 2023 22 P
Praktikum: Mo., 25. September 2023
Gebühr: 420 € (Akademiestudenten 378 €)
Ort: Theorie: Frankfurt, LÄKH
Praxis: Frankfurt, KKH Nordwest

Aktualisierungskurs (Live-Online)

Gebühr: Sa., 21. Oktober 2023 8P
220 € (Akademiestudenten 198 €)

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte

Kenntniskurs

Theorie: Sa., 07. Oktober 2023 4P
Gebühr: 110 € (Akademiestudenten 99 €)
Ort: Frankfurt, LÄKH

Praktikum: Sa., 07. Oktober 2023 5P
Gebühr: 90 € (Akademiestudenten 81€)
Ort: Frankfurt, LÄKH
Leitung: Prof. Dr. med. N. Naguib, Halberstadt

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

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“ – Neuropädiatrie - Endokrinologie

Leitung: Mi., 20. September 2023 6 P
Prof. Dr. med. S. Weber, Marburg
Gebühr: 80 € (Akademiestudenten kostenfrei)
Ort: Bad Nauheim

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

Arbeits- und Betriebsmedizin

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

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

FOBI: Mi., 13. September 2023 6 P
Mi., 08. November 2023 6 P

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

Gebühr: je 160 € (Akademiestudenten 144 €)
Leitung: Dr. med. A. Rauch

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

II. WEITERBILDUNG

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Manuelle Medizin

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

Modul III: Do., 12.–Sa., 14. Oktober 2023 30P
Beginn Telelernphase: 12.09.2023
Gebühr: 660 € (Akademiestudenten 594 €)

Modul IV: Do., 19.–Sa., 21. Oktober 2023 30P
Beginn Telelernphase: 19.09.2023
Gebühr: 660 € (Akademiestudenten 594 €)

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden
Ort: Bad Nauheim

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

Palliativmedizin

Fallseminar Modul III Mo., 20.–Fr., 24. November 2023 40 P
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 1050,00 € (Akademiestudenten 945 €)

Kurs-Weiterbildung Di. 28.11.2023–Sa. 02.12.2023 40 P
Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau
Gebühr: 950 € (Akademiestudenten 855 €)

Fallseminar Modul I Die, 05.–Sa., 09. März 2024 40 P
Leitung: Christoph Riffel, Darmstadt
Gebühr: 1092,50 € (Akademiestudenten 983,25 €)
Ort: Bad Nauheim

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

Sozialmedizin

Modul V: Mo., 04.–Fr., 08. September 2023 40 P
Modul VI: Mo., 11.–Fr., 15. September 2023 40 P

Gesamtleitung: PD Dr. med. U. Seifart, Marburg
Gebühren: je Modul 550 € (Akademiestudenten 495 €)
Ort: Bad Nauheim

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

Repetitorium Radiologie

Mo., 18.–Sa., 23. September 2023
Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt
Gebühr: 800 € (Akademiestudenten 720 €)

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

Allgemeinmedizin

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Mo., 04.–Fr., 08. Dezember 2023 40P
Ort: Mo.–Do. Bad Nauheim,
Fr. Live-Online

Gebühren: 610 € (Akademiestudenten 549 €)
Gesamtleitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt

Psychosomatische Grundversorgung

für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs B: Di., 14.–Mi., 15. November 2023 20 P
Leitung: Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden
Gebühr: 380 € (Akademiestudenten 342 €)

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

Kurs C-Modul II Sa., 13.01.2024 10P
Gebühr: 209 € (Akademiestudenten 188,10€)
Ort: Bad Nauheim
Leitung: Prof. Dr. med. S. Bösner, Marburg
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Kurs A-Modul I Die., 12.–Mi., 13.03.2024 20P
Gebühr: 418 € (Akademiestudenten 376,20€)
Ort: Bad Nauheim
Leitung: Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden

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

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 06.–Sa., 11. November 2023
(gesamt 61 P)

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

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

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

Ort: Bad Nauheim

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer

Fon: 06032 782-227

E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung

29. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35100/35110). Es handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung. Enthalten sind 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken und 20 Stunden Theorie. Die Balintgruppenarbeit ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.

Block IV: Fr., 29.–Sa., 30. September 2023 16 P

Block V: Fr., 10.–Sa., 11. November 2023 16 P

Block VI: Fr., 08.–Sa., 09. Dezember 2023 16 P

Block I: Fr., 19.–Sa., 20. Januar 2024 16 P

Block II: Fr., 01.–Sa., 02. März 2024 16 P

Gebühren: je Block 310 €/ab 2024 je Block 341 €
(Akademienmitglieder 279 €/306,90 €)

Ort: Bad Nauheim

Leitung: P. E. Frevert

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

Paket 1: Telelernphase I & Block 1 51 P

Telelernphase I: Mo., 25. September–
So., 29. Oktober 2023

Block I: Mo., 30. Oktober–
Fr., 03. November 2023

Leitung: K. Israel-Laubinger, Frankfurt

Gebühr: 1.300 € (Akademienmitglieder 1.170 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer

Fon: 06032 782-227, E-Mail:

adiela.candelo-roemer@laekh.de

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

G11-G12 Fr., 15.–Sa., 16. September 2023

G13-G14 Fr., 17.–Sa., 18. November 2023

G15 Sa., 02. Dezember 2023

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

GP Fr., 15.–Sa., 16. September 2023

GP Fr., 17.–Sa., 18. November 2023

Leitung: H. Luxenburger, München

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

Ort: Bad Nauheim

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287

E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de oder

A. Bauß, DÄGfA, Fon: 089 71005-11,

E-Mail: bauss@daegfa.de

Sportmedizin

Module für den Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Sportmedizin

Modul 9: Mo., 25.–Di., 26. September 2023

Modul 7: Mi., 27.–Do., 28. September 2023

Modul 14: Fr., 29.–Sa., 30. September 2023

Modul 13: Mo., 13.–Di., 14. November 2023

Modul 12: Mi., 15.–Do., 16. November 2023

Modul 11: Fr., 17.–Sa., 18. November 2023

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

Gebühren: je 330 € (Akademienmitgl. 297 €)

Ort: Bad Nauheim

Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208

E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken

Modul 4: Beginn der Telearnphase: 12.10.2023
Sa. 04. November 2023 und

Mo., 13.–Fr., 17. November 2023

Modul 6: Beginn der Telearnphase: 09.11.2023
Sa., 02. Dezember 2023 und
Mo., 11.–Fr., 15. Dezember 2023

Gebühr: je 930 € (Akademiestudenten 837 €)
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt
Ort: **Bad Nauheim und Live-Online**

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

Modul IV: **Fr., 08.–Sa., 09. September 2023 20 P**
Leitung: C. Drefahl, Frankfurt
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Modul II: **Fr., 03.–Sa., 04. November 2023 21 P**
Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel
Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Gebühr: je 390 € (Akamitgl. 351 €)
Ort: Modul II: Kassel
Modul IV: Bad Nauheim

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse

Gesamtleitung: **Mi., 08.–Sa., 11. November 2023 42P**
Prof. Dr. med. Ivo Meinhold-Heerlein,
Gießen
Gebühr: 640 € (Akademiestudenten 576 €)
Gebühr/Tag: 200 € (Akademiestudenten 180 €)
Ort: **Bad Nauheim**

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

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

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

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

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

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

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

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

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

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Gebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Bitte informieren Sie sich über:
Fon: 06032 782-204
E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de
Akademie online:

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





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

Neu: Klimawandel und Gesundheit (KLG) 48 Stunden

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

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

Termine Teil 1: Anmeldung über www.dapg.info/termine
Gebühr: 85 €

Termine Teil 2: sh. aktuelle Fortbildungsangebote
Gebühr: 105 €

Termine Teil 3: Interessentenliste
Gebühr: 455 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Nichtärztliche Praxisassistenz (NäPA)

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

Termin: ab 02.11.2023

Gebühr: 1.925 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Aktualisierung Onkologie: Prostatakarzinom (ONK A 3)

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

Termin ONK A3: Sa., 21.10.2023, 09:30–16:45 Uhr

Gebühr: 125 €

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

Kardiologie (KAR) 120 Stunden

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

Termin KAR: ab 04.10.2023

Gebühr: 1.300 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Palliativversorgung (PAL) 120 Stunden

Die Kommunikation mit Schwerkranken stellt neben der medizinischen Betreuung eine besondere Herausforderung dar. Die Einbindung der Medizinischen Fachangestellten in die Versorgung der Patienten soll die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in ihrer Arbeit unterstützen. Der Qualifizierungslehrgang basiert auf dem Curriculum der Bundesärztekammer.

Termin ONK PAL: ab 09.11.2023

Gebühr: 275 €

Termin PAL: ab 06.12.2023

Gebühr: 735 € zzgl. 60 € Prüfungsgebühr

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

Kontakt: Diana Wölk, Tel.: 06032 782-121, Fax -180

Onkologie (ONK) 120 Stunden

Der Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung der Ärztin/des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Onkologiepatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen besteht aus den nachfolgenden Modulen:

Termin ONK PAL: ab 09.11.2023

Gebühr: 275 €

Termin ONK: ab 30.11.2023

Gebühr: 665 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

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



Fachkraft für Impfmanagement (IMP) 40 Stunden

Der Qualifizierungslehrgang wird auf Grundlage des Fortbildungscurriculums der Bundesärztekammer durchgeführt.

Termin IMP: ab 06.10.2023

Gebühr: 455 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Aufbereitung von Medizinprodukten (SAC) 24 Stunden

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

Termine:

SAC 4: ab 12.10.2023

SAC 5: ab 30.11.2023

Gebühr: 370 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

EBM – Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen (PAT 11)

Inhalte:

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

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

Termin: Sa., 04.11.2023, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 125 €

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

Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende

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

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

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

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

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

Gebühr: 125 €

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

Patientenbegleitung und Koordination (PBK) 40 Stunden

Der Qualifizierungslehrgang besteht aus drei Veranstaltungsböcken, die einzeln angeboten werden:

- Interaktion mit chronisch Kranken (8 Std.) und
- Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen (16 Std.)

Termin: Interessentenliste

Gebühr: 310 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176

Belastungs- EKG für Fortgeschrittene (MED 2) 8 Stunden

Die Fortbildung richtet sich an Teilnehmer/-innen, die ihren Kenntnisstand und ihre Fertigkeiten vertiefen und erweitern möchten. Inhalte u. a.:

- Erkennung von technischen (Anwendungs-) Fehlern anhand von Herzstromkurven
- Grundlagen Pathologie, Ruhe-EKG und Belastungs-EKG
- Notfallausstattung und Gerätewartung
- Grundlagen der Dopplermessung (u. a. Blutdruckmessung)
- Praktische Durchführung (inkl. Monitoring) und Überblick über die Auswertung eines Belastungs-EKGs

Termin MED 2: Interessentenliste

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

Tagesaktuelle Informationen

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





Serie Teil 21: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen – zentrales Instrument zur Förderung der Patientensicherheit

Dr. med. Kyra Schneider, Prof. Dr. med. Jürgen Graf, Prof. Dr. med. Wolf O. Bechstein, Dr. med. Michael Heise,

Dr. med. Hanan El Youzouri

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MMK) tragen mit der berufsgruppenübergreifenden strukturierten Analyse und Aufarbeitung besonderer Fälle in der Klinik dazu bei, die Patientensicherheit nachhaltig zu verbessern. Der aktuelle Stand der Implementierung im Universitätsklinikum Frankfurt am Main wurde mittels mehrerer Befragungen evaluiert. Für eine suffiziente Durchführung von MMK ist die geschulte und sensible Moderation der Konferenzen besonders wichtig – hierzu bietet die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen eine Fortbildungsreihe an.

Über 100 Jahre nach der Einführung von MMK in der Harvard Medical School durch E. A. Codman (siehe Kasten) werden diese laut der aktuellen Krankenhausstudie KHaSiMiR 21 in den allermeisten Kliniken in Deutschland umgesetzt. [1] Dabei gibt es jedoch einiges Potenzial zur Weiterentwicklung. So sind MMK in knapp 25 % der Kliniken nicht strukturiert und nur in ca. 76 % fach- bzw. ungefähr 66 % berufsgruppenübergreifend umgesetzt.

Die Verpflichtung zur Durchführung von MMK ergibt sich für die Krankenhäuser aus der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Auch diverse Fachzertifizierungen fordern die Durchführung von MMK, die ggf. auch im Stellungnahmeverfahren der externen Qualitätssicherung nachzuweisen sind. Seit 2016 liegt der Methodische Leitfaden „Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen“ der Bundesärztekammer (BÄK) vor, seit 2019 der Leitfaden der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. [2, 3] Dieser hat die systemische Analyse und die Rollen im Rahmen von MMK noch weiter ausgearbeitet.

Entwicklung eines Rahmenkonzepts zur Umsetzung von MMK im Universitätsklinikum Frankfurt

MMK sind am Universitätsklinikum Frankfurt lange etabliert. 2017 wurden erstmals die ärztlichen Leitungen zur Umsetzung von MMK in ihren Einrichtungen strukturiert befragt. Auf dieser Grundlage und dem Leitfaden der BÄK wurde in einer

interdisziplinären Arbeitsgruppe unter der Leitung der Stabsstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement (QM/kRM) mit Beteiligung eines Einrichtungsleiters ein klinikumsweit geltendes Rahmenkonzept für die Durchführung von MMK erstellt. Hierfür wurden auch Vorlagen für die Vorbereitung, Präsentation und Dokumentation erstellt und in der Dokumentenlenkung hinterlegt. Basis des Dokumentationsbogens ist der des Methodischen Leitfadens MMK der BÄK.

Da nur in 54 % der Einrichtungen eine Maßnahmenverfolgung etabliert war, wurde diese Verantwortung den Qualitätsmanagementbeauftragten der jeweiligen Einrichtungen übertragen. Die von der BÄK geforderte regelmäßige Evaluation wurde jährlich mit pandemiebedingter Unterbrechung durchgeführt.

Über das bestehende Qualitätsmanagementsystem wird in einem jährlichen Risikoassessment der Einrichtungen die systematische Umsetzung von strukturierten MMK abgefragt. In den Inhouse-Schulungen der Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragten (QMB/RMB) wird das Instrument der MMK detaillierter vorgestellt. Parallel dazu gibt es das Angebot der Begleitung von MMK durch die Stabsstelle QM/kRM (nun Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität). 2022 wurden erstmals die Fallanalysierenden in einem neu konzeptionierten Kurs geschult und eine Fortbildung für die Moderatoren von MMK entwickelt.

Die Evaluation zeigt eine positive Entwicklung der Etablierung von MMK

Die Evaluation erfolgte über zwei Ebenen, die der Einrichtungsleitungen und die der Teilnehmenden. Die Einrichtungsleitungen wurden 2017, 2019 und 2021 befragt. In

„Codman wollte ein Pionier sein, dennoch war sein Ziel ein weitaus größeres: Er wollte die Medizin und die Art und Weise, wie sie im 20. Jahrhundert praktiziert wurde, reformieren. Sein Hauptinteresse in der Medizin galt dem, was er „Endergebnis-Idee“ nannte. Eine wirklich einfache Idee, die nur aus der Vorstellung bestand, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten lange genug begleiten sollten, um dann eine Aussage darüber treffen zu können, ob die Ergebnisse ihrer Behandlungen funktionierten.“

„Codman wanted to be a pioneer, but his goal was far greater; he wished to reform medicine and how it was practiced in the 20th century. His primary interest in medicine was what he called the End Result Idea. A simple idea, really, it consisted only of the notion that doctors should follow all their patients long enough to tell if the results of their treatment worked.“

W. J. Mallon: Ernest Amory Codman: The End Result of a Life in Medicine. WB Saunders, Philadelphia 2000. Übersetzung: Katja Kölsch



dieser Zeit wurde die regelmäßige Umsetzung von MMK in 82 % der Einrichtungen auf 90 % gesteigert. Ursprünglich fanden diese in 46 % der Einrichtungen wöchentlich statt, 2021 lag die Präferenz dann mit 56 % bei einer quartalsweisen Durchführung. Die Nachhaltigkeit von MMK, die in der ersten Befragung mit durchschnittlich 7,5 (bei einer Skala von 1 für „sehr schlecht“ bis 10 für „sehr gut“) bewertet wurde, konnte nach den oben beschriebenen Interventionen auf 8,6 gesteigert werden, fiel allerdings im Rahmen der Pandemie auf 8,1 zurück. Der Anteil der MMK mit moderierender Leitung blieb im Verlauf der Jahre nahezu unverändert bei 45 %. Der Anteil der Oberärztinnen und Oberärzte, die die Moderation einer MMK übernommen haben, konnte von 48 % auf 68 % gesteigert werden.

Im Rahmen der Befragung wurden folgende positive Erfahrungen von MMK genannt:

- Entlastung für einzelne Personen und das gesamte Team,
- Formulierung von Lernbotschaften, die konkret umgesetzt werden können/müssen,
- Kultur der konstruktiven Selbstkritik,

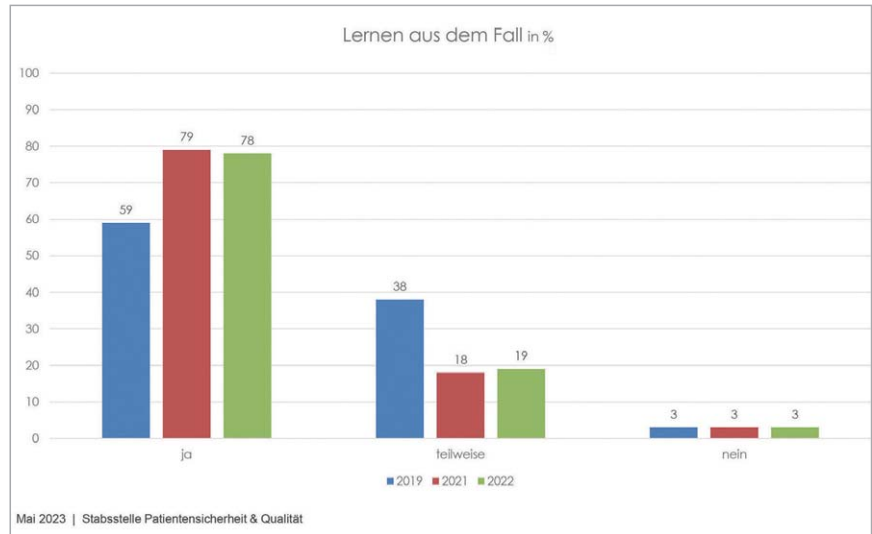


Abb. 1: Ergebnisse der Befragung der Teilnehmenden (Ausschnitt); Quelle: Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität, Universitätsklinikum Frankfurt

- Identifizierung von Schwächen in der Organisationsstruktur,
- Offene, kollegiale Kommunikation,
- Konstruktive, zielführende Diskussionen und
- Verbesserung von Strukturen und Dokumentation.

Die Befragung der Teilnehmenden wird über die zentrale Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität in Zusammenarbeit

mit den QMB der Einrichtungen organisiert. Grundlage der Evaluation ist der Befragungsbogen des Leitfadens MMK der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Die Anzahl der Rückläufer liegt bei 97, 125 bzw. 120 Bögen in den Jahren 2019, 2021, 2022/2023. Die größten positiven Verbesserungen gab es bzgl. der „Klarheit

MMK am Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Konkret werden für eine MMK geeignete Fälle durch den verantwortlichen Oberarzt identifiziert. Dies können postoperative Todesfälle oder auch Fälle sein, bei denen es mit weiteren behandelnden Disziplinen zu Abstimmungsproblemen kam. Üblicherweise werden die Fälle durch eine/n Assistenzärztin bzw. Assistenzarzt in fortgeschrittener Weiterbildung (d. h. keine Berufsanfänger) vorbereitet, indem der Fall chronologisch im klinkeigenen Template dargestellt und aufgearbeitet wird. Relevante Befunde (z. B. des Labors oder der Bildgebung) werden ebenfalls in die Präsentation aufgenommen.

Es folgt eine Prüfung, ob interne Standards eingehalten wurden. Die Literatur zu diesem Fall wird gesichtet und für die Kolleginnen und Kollegen mit wenigen Folien aufbereitet. Dieser Prozess der Fallanalyse wird oberärztlich begleitet. Die MMK finden monatlich zu einem festen Termin während der Arbeitszeit

statt. Die Patientensicherheitsbeauftragte des Universitätsklinikums nimmt ebenfalls teil. Sofern es behandlungsrelevante beteiligte Disziplinen bzw. weitere Berufsgruppen gibt, werden diese zur MMK frühzeitig mit eingeladen. In den Zentren sind diese von Beginn an interdisziplinär geplant. Nach der Begrüßung und dem Hinweis auf die Verschwiegenheitsverpflichtung durch die Einrichtungsleitung übernimmt der für die MMK verantwortliche Oberarzt die Moderation. Ggf. wird zu diesem Zeitpunkt das Kriterium für die Aufnahme des Falles in die MMK benannt. Danach erfolgt die Fallpräsentation durch die Assistenzärztin/den Assistenzarzt inklusive der Vorstellung der Literaturhinweise. Diese wird durch die Einrichtungsleitung noch in den weiteren Kontext eingeordnet. Ggf. werden noch weitere Informationen zum Fall durch die anwesenden Kolleginnen und Kollegen (Viszeralchirurgie) er-

gänzt. In der nachfolgenden gemeinsamen Reflexion werden kritische Entscheidungen diskutiert – immer unter dem Aspekt: Würden wir mit dem Wissen von heute eine Entscheidung zur Diagnostik oder Therapie anders fällen?

In dieser Phase der MMK ist die Moderation zum Teil herausfordernd, um bei Schuldgefühlen zu entlasten bzw. mögliche Schuldzuweisungen zu unterbinden. Dies gelingt durch den Fokus auf die übergeordnete Aufgabe des gemeinsamen Lernens aus diesem Fall. Eine weitere Aufgabe der Moderation ist die Begleitung zur Ausarbeitung von Lernbotschaften und Präventionsmaßnahmen. Diese werden protokolliert und in die Maßnahmenverfolgung durch die Qualitätsmanagementbeauftragten mit aufgenommen. Der Abschluss und die Gesamteinordnung des Falls wiederum ist Aufgabe der Einrichtungsleitung.

Dr. med. Kyra Schneider



über Schiefgelaufenes“ (Anstieg von 59 % auf 76 %). Das „Lernen aus dem Fall“ wurde von ursprünglich 59 % nun von 78 % bejaht (vgl. Abb. 1). 81–84 % der Teilnehmenden gaben an, selbst offen zu reden. Ähnliche Rückmeldungen gab es zum offenen Reden der anderen. In 82–84 % wurden auch fehlerbegünstigende Faktoren besprochen.

Identifizierte Erfolgsfaktoren

Diverse Arbeiten konnten die Reduktion sowohl der Komplikationsrate als auch der Gesamtmortalität durch MMK nachweisen. [4–7] MMK können sich positiv auf die Sicherheitskultur auswirken, wenn sich die Teilnehmenden psychologisch sicher fühlen und ein Bloßstellen der Beteiligten unterbleibt. [8]

Damit MMK erfolgreich sein können, müssen die Rollen Leitung, Moderation und präsentierende Person klar und die Fallauswahl transparent sein. Die Moderation von MMK ist eine besondere Herausforderung, da z. B. Schuldzuweisungen kontraproduktiv auf offenes Reden über Fehler wirken. Moderatoren und Fallpräsentierende sollten spezifisch qualifiziert und auch die Leitungen von MMK sollten ge-

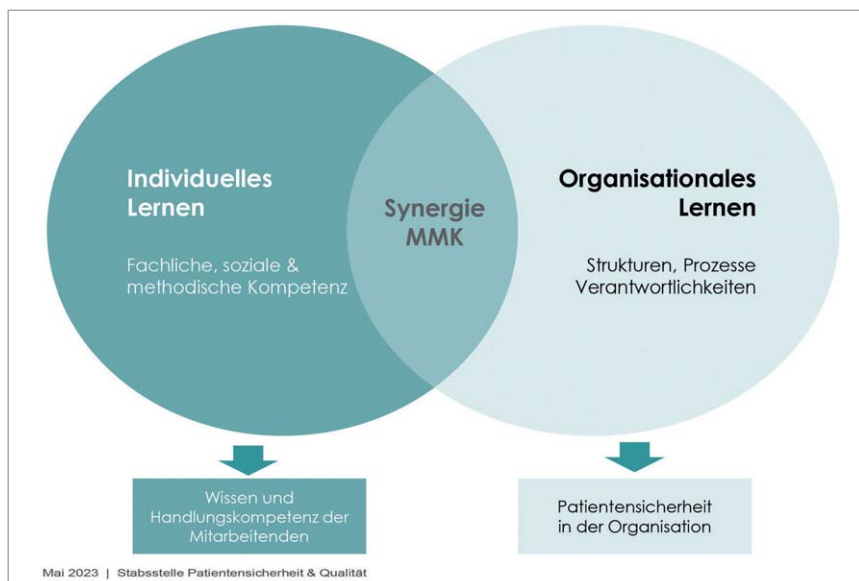


Abb. 2: MMK ist eine Synergie aus individuellen und organisationalen Lernen [9]

zielt auf die Zielsetzung, den Ablauf und die besonderen Herausforderungen für ihre Rolle vorbereitet werden. Beispielsweise werden in der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, und Transplantationschirurgie alle postoperativen Todesfälle in einer strukturierten MMK besprochen und protokolliert. Indikation, intraoperatives Vorgehen und postoperative Behandlung werden kritisch hinterfragt ohne Suche nach per-

sönlichem Versagen („no blame and shame“), sondern im Hinblick auf strukturelle Verbesserungsmöglichkeiten. Hilfreich ist auch die Einordnung des Vorgangs in den aktuellen Stand des medizinischen Wissens, welches ggf. auch umfangreichere Literaturrecherche erfordert.

Gemeinsames Lernen

Die präsentierten Ergebnisse des Universitätsklinikum Frankfurt zeigen, dass es mit einem entsprechend angepassten Konzept möglich ist, die Effekte von MMK positiv weiterzuentwickeln und die Nachhaltigkeit zu steigern. Wenn es gelingt, eine offene Atmosphäre des gemeinsamen Lernens ohne Schuldzuschreibungen zu schaffen, sind MMK ein wirksames Instrument sowohl für das individuelle als auch das organisationale Lernen (vgl. Abb. 2). Klarheit der Rollen und Struktur unterstützen die erfolgreiche und gewinnbringende Umsetzung von MMK.

Dr. med. Kyra Schneider
Prof. Dr. med. Jürgen Graf
Prof. Dr. med. Wolf O. Bechstein
Dr. med. Michael Heise
Dr. med. Hanan El Youzouri

Fortbildungen zu MMK der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH siehe nächste Seite. Die Literaturhinweise finden sich online.



Dr. med. Kyra Schneider leitet seit 2015 die Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität des Universitätsklinikum Frankfurt am Main und ist dort die Patientensicherheitsbeauftragte. Die Anästhesiologin, Intensiv- und Notfallmedizinerin hat neben langjähriger klinischer Erfahrung diverse Qualifikationen im Qualitäts- und Risikomanagement erworben und ist seit langem leitend in diesem Be-



Literatur zur Serie Patientensicherheit (Teil 21)

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen – zentrales Instrument zur Förderung der Patientensicherheit

von Dr. med. Kyra Schneider, Prof. Dr. med. Jürgen Graf, Prof. Dr. med. Wolf O. Bechstein, Dr. med. Michael Heise,

Dr. med. Hanan El Youzouri

- [1] Gambashidze N, Blum K, Rösner H, Schmiedhofer M, Strametz R, Weigl M. KHaSiMiR 21 – Krankenhausstudie zur Sicherheit durch Management innerklinischer Risiken 2021–22 Bericht 1 Ergebnisse der Befragung zur Implementierung des klinischen Risikomanagements. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2023/01/KHaSiMiR_Abschlussbericht_Teil-I.pdf Zugriff 19.05.2023
- [2] Bundesärztekammer (Hrsg.). Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung. Band 32: Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK) Band 32, 1. Auflage 2016 ISSN – Internet 2195–3694. Zugriff https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf Zugriff 15.06.2023
- [3] Stiftung Patientensicherheit Schweiz (Hrsg.) Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Stiftung Patientensicherheit Schweiz – Zürich, Mai 2019. ISBN 3–905803–27–5 <https://patientensicherheit.ch/forschung-entwicklung/mm-konferenzen/> Zugriff 15.06.2023
- [4] Antonacci AC, Lam S, Lavarias V, Homel P, Eavey RA. A report card system using error profile analysis and concurrent morbidity and mortality review: surgical outcome analysis, part II. *J Surg Res.* 2009 May 1;153(1):95–104. doi: 10.1016/j.jss.2008.02.051. Epub 2008 Mar 31. PMID: 18511079.
- [5] Kirschenbaum L, Kurtz S, Astiz M. Improved clinical outcomes combining house staff self-assessment with an audit-based quality improvement program. *J Gen Intern Med.* 2010 Oct;25(10):1078–82. doi: 10.1007/s11606–010–1427–5. Epub 2010 Jun 17. PMID: 20556534; PMCID: PMC2955460.
- [6] Vogel PA, Vassilev G, Kruse B, Cankaja Y. PDCA – Zyklus und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz als Basis der Wundinfektionsreduktion in der Kolorektalchirurgie [PDCA cyclus and morbidity and mortality conference as a basic tool for reduction of wound infection in colorectal surgery]. *Zentralbl Chir.* 2010 Aug;135(4):323–9. German. doi: 10.1055/s-0030–1247280. Epub 2010 Aug 30. PMID: 20806135.
- [7] Kashiwazaki D, Saito H, Uchino H, Akioka N, Hori E, Shibata T, Tomita T, Akai T, Kuwayama N, Kuroda S. Morbidity and Mortality Conference Can Reduce Avoidable Morbidity in Neurosurgery: Its Educational Effect on Residents and Surgical Safety Outcomes, *World Neurosurgery*, Volume 133, 2020, Pages e348–e355, ISSN 1878–8750, <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.09.018>.
- [8] Wittels K, Aaronson E, Dwyer R, Nadel E, Gallahue F, Fee C, Tubbs R, Schuur J; EM M&M Culture of Safety Research Team. Emergency Medicine Morbidity and Mortality Conference and Culture of Safety: The Resident Perspective. *AEM Educ Train.* 2017 May 4;1(3):191–199. doi: 10.1002/aet2.10033. PMID: 30051034; PMCID: PMC6001737.
- [9] Modifiziert nach: Bundesärztekammer (Hrsg.). Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung. Band 32: Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK) Band 32, 1. Auflage 2016 ISSN – Internet 2195–3694.



Fortbildungsveranstaltungen zur Patientensicherheit

Ab 11. September 2023:

Moderation von Morbiditäts- & Mortalitätskonferenzen (MMK)

CME-zertifizierte Präsenzfortbildung

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflegende, Personen anderer Gesundheitsfachberufe (mehrjährige Berufserfahrung empfohlen)

Termin:

Telearnphase: 11.09. bis 11.10.2023

Präsenzphase: 12.10.23 von 8:30–16 Uhr und 13.10.2023 von 8:30–13 Uhr

Ort: Landesärztekammer Hessen,
Hanauer Landstraße 152,
60314 Frankfurt

Thema: Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MMK) sind für die Patientensicherheit in Kliniken von hoher Bedeutung (siehe vorheriger Artikel). Die Veranstaltung zielt darauf ab, die Moderierenden von MMK auf ihre anspruchsvolle Rolle vorzubereiten und zu schulen. Dabei wird besonderer Wert auf die Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten und den Praxisbezug gelegt.

Veranstalter: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen. Kooperationspartner: Stabsstelle Qualitätssicherung der LÄKH

Gebühr: 480 € (Akademiemitgl. 432 €)

Zertifizierung/Anerkennung: Die Fortbildung ist mit 18 CME-Punkten zertifiziert. Kurzlink: <https://tinyurl.com/bddpx5cz>

Die QR-Codes auf dieser Seite führen direkt zur jeweiligen Veranstaltung unter www.akademie-laekh.de



22. November 2023:

Patientensicherheit ist Teamarbeit

CME-zertifizierte und nach § 2 Abs. 5 Patientensicherheitsverordnung anerkannte Live-Online-Fortbildung

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Patientensicherheitsbeauftragte und alle Interessierten im Gesundheitswesen

Termin: 22.11.2023, 17 bis 21 Uhr

Ort: Live-Online

Thema: Im Fokus der Veranstaltung stehen die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die gezielte Einbeziehung der Patientinnen und Patienten. Hierzu gehört das Thema „Entlassmanagement“ – ein wichtiger Prozessschritt, der nur sektoren- und berufsgruppenübergreifend gelingen kann. Am Beispiel „Room of Error“ soll gezeigt werden, wie ein interaktives Tool verschiedene Berufsgruppen beim Erkennen von Fehlern und dem Lernen daraus unterstützen kann. Das Thema „Shared Decision Making“ reiht sich als Paradebeispiel in das diesjährige Motto des Welttages der Patientensicherheit ein: „Engaging Patients for Patient Safety, Elevate the voice of patients!“

Im Internet: www.tag-der-patientensicherheit.de

Veranstalter: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen. Kooperationspartner: Hessische Krankenhausgesellschaft, Stabsstelle Qualitätssicherung der LÄKH, Universitätsklinikum Frankfurt

Gebühr: 130 € (Akademiemitgl. 117 €)

Zertifizierung/Anerkennung: Die Fortbildung ist mit 5 CME-Punkten zertifiziert und gemäß § 2 Abs. 5 Patientensicherheitsverordnung anerkannt. Kurzlink: <https://tinyurl.com/ynymezye>



29. November 2023:

Neue Aspekte in der Reproduktionsmedizin – ein praktischer Überblick

CME-zertifizierte Live-Online-Fortbildung

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte (Reproduktionsmediziner, Gynäkologen und Allgemeinmediziner), Reproduktionsbiologen

Termin: 29.11.2023, 17 bis 21 Uhr

Ort: Live-Online

Thema: Die Reproduktionsmedizin ist seit ihren Anfängen in den 1970er- und 1980er-Jahren ein zwar kleines, aber sich rasant entwickelndes Fachgebiet, das menschliche, medizinische, psychosoziale, ethische, wirtschaftliche und rechtliche Aspekte berührt. Die Bedeutung reproduktionsmedizinischer Fragestellungen nimmt dabei immer mehr zu. Die Veranstaltung betrachtet neben allen Fortschritten auch die kritischen Aspekte. Aktuelle Einflüsse auf die Inanspruchnahme derartiger Behandlungen wie die SARS-CoV-2-Pandemie oder der Ukrainekrieg und die in der Praxis immer wichtiger werdende Fragestellung der Gametenspende bei verschiedenen Formen der Elternschaft stehen ebenfalls auf dem Programm. Ein Workshop zu Fällen aus der Praxis rundet die Veranstaltung ab.

Veranstalter: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen. Kooperationspartner: Stabsstelle Qualitätssicherung der LÄKH.

Gebühr: 130 € (Akademiemitgl. 117 €)

Zertifizierung/Anerkennung: Die Fortbildung ist mit 4 CME-Punkten zertifiziert. Kurzlink: <https://tinyurl.com/26zdub84>



Studentische Poliklinik: Kostenlos, anonym, sozial



Ein Junior-Student untersucht eine Patientin, dies wird von einem Senior dokumentiert und gleichzeitig das weitere Vorgehen mit der anwesenden Ärztin besprochen.

Laut Statistischem Bundesamt leben in Deutschland rund 61.000 Menschen (2019, www.destatis.de) ohne Krankenversicherungsschutz. Die Dunkelziffer ist weitaus höher, da bei der Erfassung ausschließlich diejenigen mit gesichertem Aufenthaltsstatus berücksichtigt werden. So geht man deutschlandweit eher von Hunderttausenden Nicht-Versicherten aus. Wer aber keine Krankenversicherung hat, kann nur bedingt ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, denn Behandlungskosten müssen in diesem Fall selbst getragen werden. Stehen finanzielle Mittel nicht zur Verfügung, bleibt der Zugang zur medizinischen Versorgung oft verwehrt.

Diesem Umstand möchten sich die Medizinstudierenden der Studentischen Poliklinik (StuPoli) in Frankfurt am Main nicht beugen. „Der Zugang zur medizinischen Versorgung ist Grundrecht eines jeden Menschen. Die Realität bildet dies nicht ab. Wir bieten eben diesen Zugang niedrigschwellig und kostenfrei an“, so die Initiative. Unterstützt vom Frankfurter Gesundheitsamt, bietet die StuPoli Frankfurt bereits seit 2014 kostenfreie Sprechstunden für Nicht-Versicherte an – derzeit zweimal wöchentlich für jeweils zwei Stunden. 2022 behandelte die StuPoli 233 Patientinnen und Patienten.

Vorbild: Student-Run Free Clinics

Das Konzept der StuPoli basiert auf dem US-amerikanischen Vorbild der Student-

Run Free Clinics – Einrichtungen der Primärversorgung, die von Studierenden geführt und verwaltet werden. Ein Gewinn für alle Beteiligten: Einerseits schließen die künftigen Ärztinnen und Ärzte eine Lücke in der Gesundheitsversorgung, gleichzeitig können sie von den dort gemachten Erfahrungen profitieren. „Viele Studierende erhoffen sich, durch ihren Start in der StuPoli ihre klinisch-praktischen Fertigkeiten zu verbessern“, sagt Léon Lück, ein Student der StuPoli. Für Gespräche und Untersuchungen stehe viel Zeit zur Verfügung. Das werde nicht nur von den Studierenden, sondern auch von den Patientinnen und Patienten positiv aufgenommen.

Organisation der StuPoli Frankfurt

Die Klinik wird von den Studierenden selbstständig organisiert – von der Leitung der Klinikabläufe bis zum Anmelde- und Terminmanagement. Zwei Untersuchungsteams widmen sich den Patientinnen und Patienten unter ärztlicher Begleitung. Ein Team setzt sich aus zwei Studierenden zusammen. Ein Junior (Studierende des ersten oder zweiten klinischen Semesters) und ein Senior (höhere klinische Semester) führen gemeinsam Anamnese, Untersuchungen und Diagnostik durch. Für die Besprechung des weiteren Vorgehens

wird ein Arzt oder eine Ärztin hinzugezogen. Zusätzlich können sich Patientinnen und Patienten dienstags mit einer Sozialarbeiterin austauschen.

Die Frankfurter StuPoli ist als Wahlfach in den klinischen Abschnitt des Medizinstudiums integriert. Häufig geht das Engagement der Studierenden jedoch darüber hinaus. „Zahlreiche Kommilitonen und Kommilitoninnen der höheren Semester kommen zurück, um sich als Seniors ehrenamtlich zu engagieren“, so Léon Lück.

Fachärztliche Unterstützung willkommen

In der allgemeinmedizinischen Sprechstunde können nicht alle Krankheitsbilder behandelt werden. Häufig bedarf es fachärztlicher Behandlung. Aus diesem Grund arbeitet die StuPoli stetig an der Erweiterung ihres Netzwerks von Fachärztinnen und -ärzten, die bereit sind, diese Patientinnen und Patienten kostenfrei in ihrer Sprechstunde aufzunehmen.

Studentische Poliklinik Frankfurt
Zeil 5, 2. OG | 60313 Frankfurt am Main
E-Mail: studentischepoliklinik@gmail.com
Sprechzeiten: Dienstag 17–19 Uhr
Mittwoch 18–20 Uhr

Marissa Leister

Fallbeispiel: Engmaschige Therapie und Kontrolle

Herr K. (61), musste aufgrund einer lebensbedrohlichen Ketoazidose auf der Intensivstation behandelt werden. Zudem erkrankte er schwer an Covid-19, wodurch er im Verlauf seines Klinikaufenthaltes eine Niereninsuffizienz entwickelte und dialysepflichtig wurde. K. kam nach seinem dreimonatigen Klinikaufenthalt in die Sprechstunde der StuPoli zur ambulanten Weiterbehandlung, da er nicht krankenversichert war.

Bei uns erfolgten eine Optimierung der antihypertensiven Therapie, eine regelmäßige Kontrolle der Nierenwerte sowie eine Anpassung der Medikation seines

Diabetes Mellitus. Wir führten regelmäßige körperliche Untersuchungen, Blutentnahmen, Sonographien und EKG durch, um den Gesundheitszustand engmaschig zu verfolgen.

Der Patient zeigte sich stets kooperativ und besuchte unsere Sprechstunde ca. 20 mal nach seinem Klinikaufenthalt im Jahre 2021 – und sein Gesundheitszustand verbesserte sich deutlich. Seit Beginn 2022 freuen wir uns, dass Herr K. einen neuen Arbeitsplatz finden und somit in die gesetzliche Krankenversicherung wieder aufgenommen werden konnte. (StuPoli)

Klimawandel und Gesundheitswesen

Klimaschutz in Krankenhaus und Praxis – Wo fange ich an?

Der Hartmannbund stellt bei seiner diesjährigen Landesdelegiertenversammlung am Samstag, 23. September 2023, das Thema „Der Klimawandel im Gesundheitswesen: Eine Gemeinschaftsaufgabe“ in den Mittelpunkt. Die Ärztin Svenja Krück, Präsidiumsmitglied und Klimaschutzbeauftragte der Landesärztekammer Hessen, benennt in diesem Vorwort zur Veranstaltung Eckpunkte zum Thema.

Spätestens seit den heißen und trockenen Sommern ist der Klimaschutz wieder eines der gesamtgesellschaftlich relevantesten Themen. Selbstverständlich machen sich auch Ärztinnen und Ärzte Gedanken, wie sie nicht nur privat, sondern auch auf der Arbeit einen Beitrag leisten können.

Dass die Medizin eine der ressourcenintensivsten Branchen und damit extrem klimagefährdend ist, wissen viele Kolleginnen und Kollegen inzwischen. Des Weiteren ist es kein Geheimnis, dass umfangreiche Gegenmaßnahmen getroffen werden müssen, um eine weitere Erderwärmung einzudämmen.

Doch genau hier beginnt das Dilemma: Was können Ärztinnen und Ärzte konkret tun? Wie so oft gibt es auch hier keine einfache Antwort. Je nach Fachrichtung und Versorgungsbereich bestehen unterschiedliche Möglichkeiten, die eigene Arbeit umweltfreundlicher zu gestalten. Was im Einzelnen umsetzbar ist, muss individuell abgewogen werden.

Inzwischen existieren detailliert ausgearbeitete Vorschläge verschiedener Organisationen, die den Klimaschutz in der Medizin fördern wollen. Besonders hervorzuheben ist in diesem Kontext das Projekt „Transformative Arztpraxis“ der Deutschen Organisation Klimaschutz und Gesundheit (KLUAG), die auf ihrer Website auch eine Checkliste veröffentlicht hat. Außerdem bietet es sich an, sich mit gleichgesinnten Kolleginnen und Kollegen in „Health for future“-Ortsgruppen auszutauschen und hier insbesondere über lokale Aspekte informiert zu bleiben. Ein weiterer wichtiger Baustein, um zu starten, ist der Besuch von Fortbildungen zum Thema Klimaschutz. Sie werden inzwischen zunehmend auch CME-zertifiziert angeboten.

Trotz aller Bemühungen von Ärztinnen und Ärzten selbst sind wir im Bereich Klimaschutz auch auf andere angewiesen, um die Transformation zum klimafreundlichen Sektor zu schaffen. Insbesondere Produzenten von Pharmazeutika und Medizinprodukten müssten ihr Sortiment um nachhaltige Produkte erweitern, Umbaumaßnahmen in Kliniken und Praxen müssen finanziell gefördert und medizinische Standards unter dem Aspekt des Ressourcenverbrauchs neu evaluiert werden. All dies erfordert einen politischen Willen zum Klimaschutz, für den sich unser Berufsstand weiterhin konsequent einsetzen sollte.

Svenja Krück

Hartmannbund Hessen: Einladung Landesdelegiertenversammlung 2023

Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Landesverband Hessen, Dr. med. Lothar Born, lädt zur Landesdelegiertenversammlung 2023:



Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Termin: Samstag, 23. September 2023, 10–12 Uhr, danach Imbiss

Ort: APO-Bank Frankfurt, 1. OG., Mainzer Landstr. 275, Frankfurt/Main

Thema: Der Klimawandel im Gesundheitswesen: Eine Gemeinschaftsaufgabe

Referentin: Dorothea Baltruks, wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Centre for Planetary Health Policy (CPHP) in Berlin

Anmeldung: Die Teilnehmeranzahl ist begrenzt. Frühzeitige Anmeldung erbeten, per E-Mail an: stephanie.neumann@hartmannbund.de

Erinnerung an Prof. Dr. med. Uwe Töllner

* 05.10.1938 † 26.05.2023

Der ehemalige Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums Fulda, Prof. Dr. med. Uwe Töllner (Foto), ist am 26. Mai 2023 verstorben. Der Kinderarzt war in der Fachwelt hoch angesehen und in Fulda und der Region sehr beliebt. Von 1982 bis 2002 leitete er als Direktor die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums Fulda. Er hat die Klinik mit strategischem Weitblick beständig weiterentwickelt. Die Etablierung der Intensiv-

einheit für pädiatrische Intensivmedizin und Neonatologie sowie die Anerkennung zur ersten staatlich anerkannten Ausbildungsstätte für pädiatrische Intensivmedizin und Neonatologie für Ärzte und Pflegepersonal in Hessen waren sein Verdienst. Wissensvermittlung und Ausbildung waren ihm stets ein Herzensanlie-



Foto: privat

gen. Über viele Jahre leitete er die Kinderkrankenpflegeschule des Klinikums Fulda und war Fachprüfer bei der LÄK Hessen. Sein wissenschaftliches Renommee gründet auf zahlreichen Vorträgen und Publikationen, für die er mit zahlreichen Preisen und Auszeichnungen geehrt wurde. Die Gründung des Fördervereins „Känguruh“ und des Kinderschutzbundes Fulda ergänzen sein unermüdliches und erfolgreiches Schaffen für unsere Klinik für Kinder- und Jugendmedizin.

PD Dr. med. Thomas Menzel,
Vorstand, für das Klinikum Fulda

Neue Ansätze für Ausbildung von Ethikberater*innen

1. Fachtagung zur Ethik-Fallberatung

Ethikberatung im Gesundheitswesen gehört spätestens seit einer Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer im Jahr 2006¹ als „praxisrelevanter Beitrag zur Versorgung von Patienten“ zur guten medizinischen Praxis. In Hessen ist durch das Krankenhausgesetz aus dem Jahr 2011 in allen Kliniken ein*e Ethikbeauftragte*r sogar verpflichtend. Ethikberatung umfasst neben der Konzeption und Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen und der Entwicklung von Ethik-Leitlinien die konkrete Einzelfallberatung. Diese erfolgt in der Regel durch eine moderierte ethische Fallbesprechung mit den verschiedenen Beteiligten vor Ort. Ethik-Fallberatungen sollen helfen, die verschiedenen Behandlungsoptionen ethisch zu bewerten und so die bestmögliche Entscheidung zu treffen.

Fallbeispiel

Herr B. kann sich eines Abends, beim Abendessen mit seiner Familie, plötzlich nicht mehr artikulieren und rutscht von seinem Stuhl. Wenig später trübt er rasch ein. In der Klinik stellt sich schnell heraus, dass B. einen ausgedehnten Mediainfarkt auf der linken Seite erlitten hat. Der Versuch einer Thrombektomie ist nicht erfolgreich und bei begleitendem Hirnödem wird in Einverständnis mit der Familie eine Hemikraniektomie durchgeführt. Der weitere intensivmedizinische Aufenthalt gestaltet sich zwar ohne Komplikationen. Der Patient ist dabei aber weiterhin nicht kontaktfähig und beatmungspflichtig. Als eine Tracheotomie erforderlich wird, äußert sich die Familie, als sie um Zustimmung gebeten wird, gegenüber der behandelnden Oberärztin sehr zurückhaltend. Herr B. war vor dem Schlaganfall leidenschaftlicher Sportler: Bewegung und Selbstbestimmung sind ihm sehr wichtig, argumentiert die Ehefrau. Die Familie ist daher unsicher, ob B. einer Fortführung

der Intensivtherapie, die im ungünstigen Fall eine „Bettlägerigkeit“ und erhebliche Pflegebedürftigkeit zur Folge hätte, überhaupt zustimmen würde. Nach längerer Diskussion votieren sie daher für eine Therapiezieländerung hin zu einem rein palliativmedizinischen Konzept. Die Oberärztin ist unsicher, wie sie weiter vorgehen soll, da die Prognose aus neurologischer Sicht – zumindest für den Moment – keineswegs infaust ist. Sie bittet daher um eine Ethik-Fallberatung.

Konkrete Einzelfallberatung

In der Ethik-Fallberatung könnten nun mehrere Dinge geklärt werden: Auch wenn die behandelnde Ärztin zum Zeitpunkt der Anfrage der Meinung ist, dass der Patient noch „Perspektiven“ hat, kann das Therapieziel auf seine Sinnhaftigkeit hin reflektiert werden. Zum anderen kann thematisiert werden, wie der von der Ehefrau übermittelte mutmaßliche Wille zu bewerten ist. Je nach methodischer Orientierung folgt das Verfahren einem bestimmten Ablauf. Nach einer einleitenden Phase, in der sich die beratenden Personen vorstellen und den Ablauf des Gesprächs vorbereiten, folgt eine Informationserhebung.

Dann sollten Handlungsoptionen formuliert werden, die dann im Rahmen einer ethischen Güterabwägung reflektiert und bewertet werden, so dass es im Idealfall zu einem ethisch fundierten Konsens im Hinblick auf das weitere Vorgehen kommt. Ein solcher Beratungsprozess dauert üblicherweise nicht länger als maximal 60 Minuten. Die beratende Person fungiert dabei als kompetent*r Begleiter*in, die so-



Foto: stock.adobe.com

wohl den Prozess steuert als auch eine inhaltliche Expertise einbringt. Die Verantwortung für die Entscheidung verbleibt dabei jedoch bei der Ärztin. Sollte sich der mutmaßliche Wille im Rahmen der Ethik-Fallberatung so herausarbeiten lassen, dass er auf die Situation zutrifft, besteht keine Einwilligung zur Fortsetzung der Therapie. Diese muss dann unterbleiben, auch wenn sie – zumindest für den Moment – als effektiv und sinnvoll erachtet wird.

Kompetenzerwerb für Berater, Umfrage

Ethik-Fallberatung kann ein sinnvolles, aber durchaus ein komplexes Unterfangen sein. Doch über welche Kompetenzen muss eine beratende Person verfügen und wie können diese erworben werden? Dafür fand im Dezember 2022 in der Goethe-Universität Frankfurt am Main die erste Fachtagung zur Didaktik der Ausbildung von Ethikberater*innen im Gesundheitswesen statt. Initiiert vom Frankfurter Dr. Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik der Medizin und der AG Ethik in der Medizin der Philipps-Universität Marburg, wurde die Tagung in Zusammenarbeit mit der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) und dem Universitätsspital Zürich durchgeführt.

Die Ausbildung wird von verschiedenen Bildungsträgern, auch der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der

¹ <https://www.zentrale-ethikkommission.de/stellungnahmen/ethikberatung-in-der-klinischen-medicin>;
<https://www.zentrale-ethikkommission.de/stellungnahmen/ausserklinische-ethikberatung-2019>

Landesärztekammer Hessen, angeboten. Sie folgt einem spezifischen Curriculum der AEM und ist im Rahmen der von der AEM seit 2014 angebotenen Zertifizierung für Ethikberatung als Schulung anerkannt. Neben der Lehre von theoretischen Grundlagenkenntnissen sind simulierte Ethik-Fallberatungen Kernstück der praktischen Ausbildung. Anders als für die Vermittlung theoretischer Kenntnisse gibt es für den Kompetenzerwerb in der praktischen Beratungstätigkeit keine hinreichende Harmonisierung didaktischer Konzepte. Dies war Gegenstand der Tagung. Rund 40 teilnehmende Ausbilder*innen für Ethikberatende aus Deutschland, Österreich und der Schweiz wurden im Vorfeld zu ihren aktuellen Ausbildungsstrategien befragt. Dabei zeigte sich eine große Vielfalt von didaktischen Ansätzen mit einem breiten Spektrum an gelehrten Modellen für Ethik-Fallberatungen.

Weitgehende Einigkeit bestand darin, dass insbesondere der Praxistransfer in der Ausbildung eine besondere Herausforderung darstellt und dass die bisherige Ausbildungszeit dem nicht hinreichend genügt. Regelmäßig werden Simulationen in der praktischen Ausbildung eingesetzt.

Vorträge und Workshops

Die Psychologin und Privatdozentin Michaela Kolbe vom Simulationszentrum am Universitätsspital Zürich widmete sich in einem Vortrag dem Thema „Feedback“. Es ist für die praktische Ausbildung im Zusammenhang mit der Auswertung von simulierten Einzelfallberatungen von besonderer Bedeutung. Wie muss das Feedback vorgebracht werden, damit Adressat*innen das Optimum für die Entwicklung der (Beratungs-) Fähigkeiten daraus ziehen können? Viele bisher üblichen Feedbacktechniken wie die sogenannte „Sandwichtechnik“ seien als kontraproduktiv erkannt worden. Charakteristisch

für ein sinnvolles und effektives Feedback sei: eine spezifische Haltung der feedbackgebenden Person und ein Feedback innerhalb eines kommunikativen Prozesses. Dann könne sich die feedbackempfangende Person zu eben diesem Feedback verhalten. Gründe für die jeweils gezeigte Kommunikationssequenz würden so transparent angesprochen und wertschätzend hinterfragt werden.

In zwei Workshops wurde über die Konzeption und Durchführung von Simulationen in der praktischen Ausbildung für Ethikberatende diskutiert. Dabei wurde zwischen Peer-to-Peer-Simulationen und Simulationen mit Simulationspersonen (SP) unterschieden.

Bei Peer-to-Peer-Simulationen übernehmen Teilnehmer*innen der Kurse vorab konzipierte Rollen, so dass eine Ethik-Fallberatung realitätsnah simuliert wird. Sie eignen sich für das Erlernen prozessualer Aspekte und Fertigkeiten, sind leicht zu realisieren, unterliegen aber einer starken Situationsabhängigkeit. Peer-to-Peer-Simulationen sind aktuell der Standard der praktischen Ausbildung.

Bei Simulationen mit Simulationspersonen (SP) werden ausgebildete Schauspieler*innen für vorab konzipierte Rollen eingesetzt. Schauspieler*innen sind die Übernahme von Rollen gewohnt und werden zudem intensiv auf ihre Rollen vorbereiten. So können die Simulationen standardisiert durchgeführt werden, sind wiederholbar lernzielorientiert variierbar und deutlich realitätsnaher. SP werden in der Ausbildung von Ethikberatern in einem Pilotprojekt mit dem Marburger Skills Lab Maris eingesetzt.

Fazit der Diskussion

Die Teilnehmenden sahen insgesamt ein hohes Potenzial im zukünftigen Einsatz von SP bei der Ausbildung zur Ethikberatung. Limitierend seien der höhere logisti-

schen Aufwand und die mangelnde Verfügbarkeit von ausgebildeten Schauspielern. Dennoch hätte der Einsatz von Schauspielern gegenüber Peer-Simulationen Vorteile. Inhalt und Methode könnten besser aufeinander abgestimmt werden und nicht nur kognitive, sondern auch emotionale Aspekte bei der Ethik-Fallmoderation gezielter trainiert werden. Auch wäre ein standardisiertes, professionelles Feedback gewährleistet. Die Möglichkeit einer verbesserten Praxisvorbereitung von Ethikberatern, insbesondere in den späten Phasen der Ausbildung, wurde hervorgehoben.

Ausblick

Es gibt eine große Diversität hinsichtlich möglicher Ausbildungsstrategien. Die Ausbilder*innen wünschen sich auch deshalb eine Plattform für weiteren Austausch. Von den Organisator*innen wurde beschlossen, die Tagung jährlich wiederkehrend auszurichten, die nächste voraussichtlich im Februar 2024.

Dr. rer. med. Timo Sauer

Goethe-Universität Frankfurt,
Dr. Senckenbergisches Institut
für Geschichte und Ethik der Medizin,
Paul-Ehrlich-Str. 20–22, 60590 Frankfurt/M.

Prof. Dr. phil. Alfred Simon

Akademie für Ethik in der Medizin,
Humboldtallee 5, 37073 Göttingen

Prof. Dr. med. Tanja Krones, Dipl.-Soz.

Universitätsspital Zürich/
Universität Zürich,
Institut für Biomedizinische Ethik und
Medizingeschichte, Zürich, Schweiz

Prof. Dr. med. Carola Seifart

Philipps-Universität Marburg, FB Medizin,
Arbeitsgruppe Ethik in der Medizin,
Baldingerstraße, 35043 Marburg

Neuer Campus Fulda – Universitätsmedizin Marburg

Die Zusammenarbeit zwischen der Universitätsmedizin Marburg und dem Klinikum ist seit dem Wintersemester 2014/15 fester Bestandteil der Lehre im klinischen Studienabschnitt des Studiengangs Humanmedizin an der Philipps-Universität Marburg. Dabei wurden am Campus Fulda für

jeweils eine kleine Gruppen von Studierenden ein- bis zweiwöchige Blockpraktika und Seminare angeboten. Diese Kooperation wird ab dem Wintersemester 23/24 auf eine neue Ebene gehoben: Ab Oktober finden für eine etwa 90-köpfige Gruppe die gesamte Lehre des zweiten

und dritten klinischen Studienjahres (7. bis 10. Semester) in Fulda statt. Neu dabei als weiterer Kooperationspartner ist die Hochschule Fulda. Der hessische Ministerpräsident Boris Rhein gibt im Rahmen der offiziellen Eröffnung am 22. August 2023 den Startschuss für den neuen, erheblich erweiterten „Campus Fulda – Universitätsmedizin Marburg“.

(red)

Krebsmeldung fordern und fördern

Aktualisiertes Krebsregistergesetz und digitales Fördervorhaben

und -übermittlung transparenter aufzeigt.

Rechte von Betroffenen

Wurde früher bei einem Widerspruch der gesamte Datensatz zu einer betroffenen Person nicht gespeichert, greift mit der Novelle eine wichtige Änderung. Um medizinisches Behandlungswissen nicht zu verlieren, schränkt sich das angepasste Widerspruchsrecht auf die dauerhafte Speicherung der Identitätsdaten (z. B. Name, Anschrift, Versichertendaten) einer betroffenen Person ein. Damit kann das Krebsregister die Behandlungsdaten ohne Identitätsbezug nutzen und weiter einen vollzähligen und vollständigen Datenbestand aufbauen. Die Novelle stärkt weiterhin den Datenschutz durch die Einführung neuer Löschrufen.

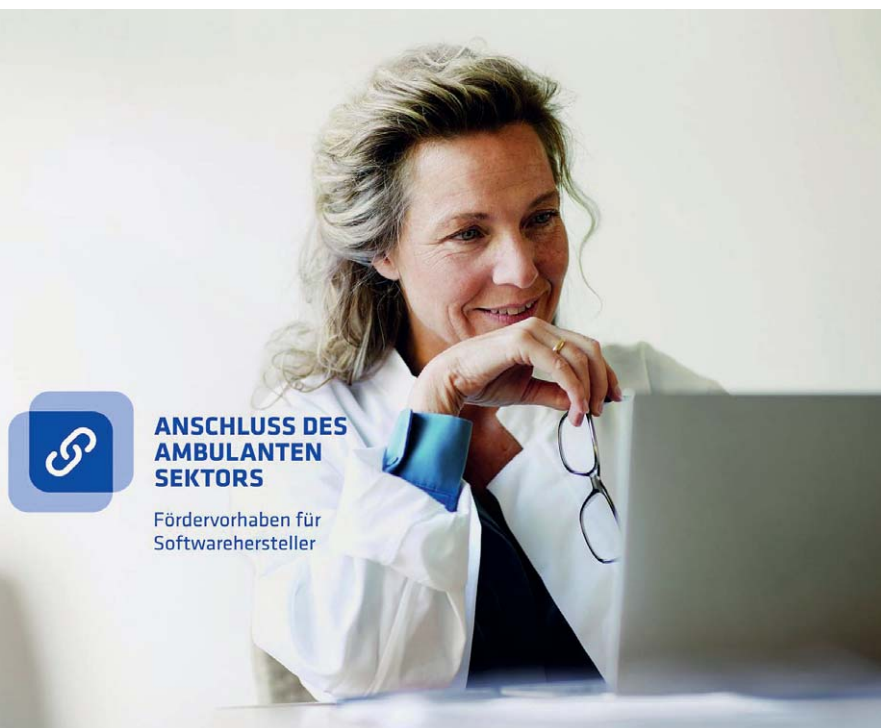
Meldetätigkeit von medizinischen Einrichtungen

Die Novelle führt die Meldepflicht von prognostisch ungünstigen Hauttumoren ein. Ebenso weitet sie die Verantwortung für die Meldetätigkeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bzw. Chefärztinnen und -ärzten auf die Geschäftsführungen von medizinischen Einrichtungen aus.

Beispiel:

Sofern der Verwaltungsdirektor einer Klinik sich nachweislich weigert, die von einem nach dem Krebsregistergesetz meldepflichtigen Arzt aufgewandte Zeit für Krebsmeldungen als Arbeitszeit anzuerkennen bzw. zu vergüten, kann er Adressat des Ordnungswidrigkeitsverfahrens werden.

Die Novelle präzisiert die rechtzeitige, richtige und kontinuierliche Datenübermittlung und schafft Papiermeldungen ab. Neu ist auch, dass das Krebsregister ein Ordnungswidrigkeitsverfahren einleiten



ANSCHLUSS DES AMBULANTEN SEKTORS

Fördervorhaben für Softwarehersteller

Die vollständige Ansicht dieser Anzeige zum Fördervorhaben „Anschluss des ambulanten Sektors an das Hessische Krebsregister“ ist vorne im Heft auf der zweiten Umschlagseite zu finden.

Um die klinisch-epidemiologische Krebsregistrierung zu stärken und Meldelücken zu schließen, setzt das Hessische Krebsregister auf die kürzlich in Kraft getretene Gesetzesnovelle und sein aktuelles Fördervorhaben „Anschluss des ambulanten Sektors“. Während einerseits im Gesetz eine Sanktion für anhaltend fehlende oder falsche Meldungen eingeführt wird, fördern das Hessische Krebsregister und das Land Hessen andererseits die Vereinfachung des Meldevorgangs.

Novellierung des Hessischen Krebsregistergesetzes

Im Oktober 2014 begann mit der zweiten Novellierung des Hessischen Krebsregistergesetzes die klinisch-epidemiologische Krebsregistrierung in ganz Hessen. Seitdem erfasst das Krebsregister Daten zur Krebsdiagnose, -therapie und -nachsorge und trägt so langfristig zum Fortschritt in der Prävention, Therapieoptimierung,

Versorgungsforschung und Qualitätssicherung bei. Nach der dritten Gesetzesnovellierung im Dezember 2019 trat am 15. August 2023 seine aktuelle Neufassung in Kraft. Die Novelle bringt wichtige Neuerungen mit, um die Qualität und Nutzung der Krebsregisterdaten zu verbessern.

Forschung und Datennutzung

Die Gesetzesnovelle ermöglicht dem Krebsregister, sich sowohl an der Versorgungs- und Ursachenforschung zu beteiligen als auch Forschungsprojekte selbstständig durchzuführen. Auch schafft sie die rechtliche Grundlage, Daten an das Zentrum für Krebsregisterdaten beim Robert Koch-Institut und andere Institutionen auf nationaler und internationaler Ebene zu senden. Ferner erleichtert die Novelle den Zugang zu Krebsregisterdaten für wissenschaftliche Zwecke, indem sie die Möglichkeiten zur Datennutzung

darf, wenn die Meldetätigkeit nicht oder nicht den Vorgaben entsprechend durchgeführt wird. Eine Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße von bis zu 50.000 Euro geahndet werden.

Krebsmeldungen fordern

- Verantwortung für die Umsetzung des Krebsregistergesetzes tragen nun auch die Geschäftsführungen.
- Präzisierung des Meldeverfahrens
- Umstellung auf rein digitale Meldewege
- Geldbuße bis 50.000 Euro bei Ordnungswidrigkeit

Die vollständige Fassung des Hessischen Krebsregistergesetzes finden Sie hier: www.hessisches-krebsregister.de → Über uns → Historie und gesetzliche Grundlage

Fördervorhaben „Anschluss des ambulanten Sektors“

Zwar wird das Krebsregister die Krebsmeldung zukünftig mit mehr Nachdruck einfordern, gleichzeitig aber auch fördern und vereinfachen. Deshalb verwirklicht es gemeinsam mit der Landesärztekammer Hessen das Fördervorhaben „Anschluss des ambulanten Sektors an das Hessische Krebsregister“, das mit Mitteln des Landes Hessen unterstützt wird.

Das Vorhaben sieht vor, Softwareunternehmen finanziell zu fördern, damit sie neue Erfassungsformulare und eine Schnittstelle für die Krebsregistrierung (oBDS-Schnittstelle) in ihrem Praxissystem zur Verfügung stellen. Darüber sollen Praxisteams Krebsmeldungen nach dem bundeseinheitlichen onkologischen Basisdatensatz (oBDS) erfassen, Meldungspakete generieren und über das Meldeportal an das Krebsregister übermitteln (siehe Abbildung 1).

Praxissystem als Dreh- und Angelpunkt

Um die Akzeptanz für die Krebsmeldung zu stärken, baut das Vorgehen auf bewährte Prozesse im Praxisbetrieb auf: Wie die Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) soll die quartalsweise Krebsmeldung künftig auch mithilfe des Praxissystems erfolgen. Ein Vorteil ist, dass kein kostenpflichtiges Zweitsystem

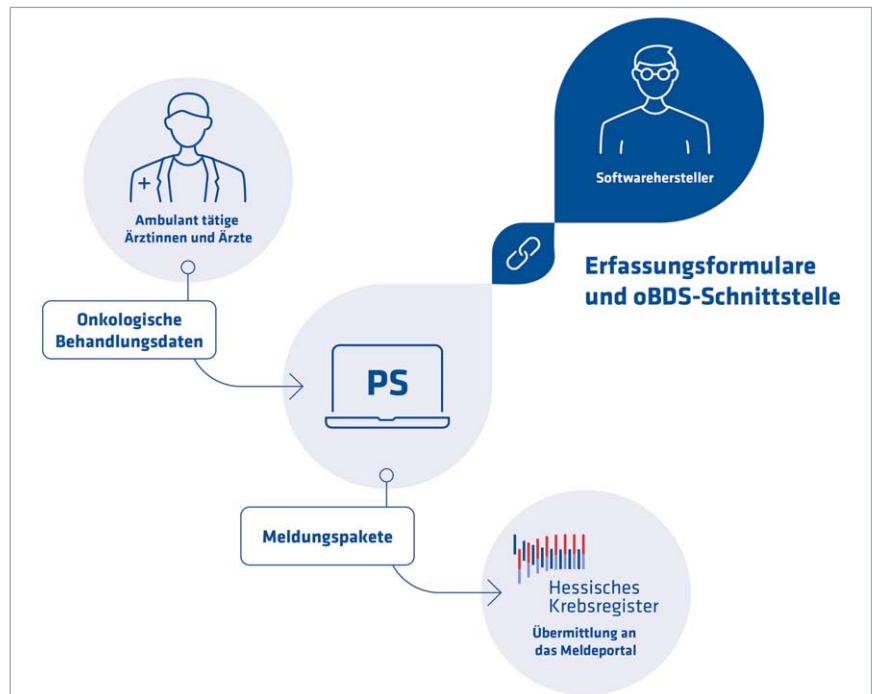


Abb. 1: Krebsmeldung im Praxissystem (PS)

für die Datenerfassung erforderlich ist. Auch werden doppelte Dateneingaben erspart, indem Felder mit bereits im System vorhandenen Informationen vorausgefüllt werden, z. B. Personen- und Versicherungsdaten oder ICD-10-Codes. Die Krebsmeldung soll wie die KV-Abrechnung Teil der Praxisroutine werden.

Beteiligte und Projektstatus

Die Landesärztekammer Hessen und die Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters organisieren das Vorhaben. Es wird vom Hessischen Ministerium für Digitale Strategie und Entwicklung finanziell gefördert und vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration fachlich begleitet.

Derzeit sind Softwareunternehmen zur Teilnahme aufgerufen. Nach der Projektzusage folgt die Entwicklung der Erfassungsformulare, was je nach Praxissystem bis zu sechs Monate dauern kann. Nach erfolgreicher Entwicklung und Liveschaltung in den Praxissystemen werden sowohl die Softwareunternehmen als auch die Vertrauensstelle den hessischen Praxisteams den Einstieg in die Meldetätigkeit mit Schulungen erleichtern. Aktuelle Informationen zum Fördervorhaben, zum Projektstatus und zu den teil-

nehmenden Softwareunternehmen sind auf der Website des Hessischen Krebsregisters zu finden. Sobald erste Praxissysteme die Krebsmeldung anbieten, erscheinen auch Informationen im Hessischen Ärzteblatt.

Mehr zum Fördervorhaben finden Sie hier: www.hessisches-krebsregister.de

Krebsmeldungen fördern

- Krebsmeldung über das Praxissystem
- Keine Kosten für Praxisteams für 24 Monate
- Vereinfachungen bei der Dateneingabe
- Bedienungshinweise und -schulungen

Mit dem Fördervorhaben und vielfältigen Serviceangeboten will das Krebsregister die Meldetätigkeit weiter vereinfachen. Beispielsweise werden zur Krebsmeldung regelmäßig Webseminare durchgeführt und Schulungsvideos auf YouTube (@hessisches-krebsregister) veröffentlicht.

Martin Rapp
Dr. med. Gunther Rexroth
Vera Reinhard

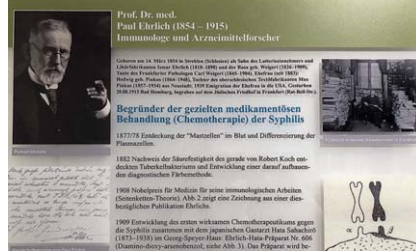
Kontakt: Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters, E-Mail: info@hessisches-krebsregister.de

Bildtafeln aus über 100 Jahren Medizingeschichte

Neue Dauerausstellung im Universitätsklinikum Frankfurt/Haupthaus 1. Stock

Wer bei seinem Besuch im Universitätsklinikum Frankfurt (UKF) am Theodor-Stern-Kai etwas Zeit hat, kann im ersten Stock des Zentralgebäudes (Haus 23C) gegenüber dem dortigen Café eine neue Dauerausstellung besuchen. Auf großen und kleineren Bild- und Texttafeln wird die über 100-jährige Geschichte des Universitätsklinikums und seiner Menschen lebendig erzählt.

Die Ausstellung wurde von Prof. Dr. med. Michael Sachs, kommissarischer Leiter des Dr. Senckenbergischen Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin, und seinem Team konzipiert. Berühmte Persönlichkeiten, die in der Frankfurter Universitätsmedizin gewirkt und die Medizin mit ihren Erkenntnissen revolutioniert haben, finden in der Ausstellung ihren gebührenden Platz. Dazu gehören die drei Frankfurter „E“: der Hirnforscher Prof. Dr. Ludwig Eisinger, Medizinnobelpreisträger Prof. Dr. Paul Ehrlich und Prof. Dr. Gustav Embden. „Wir wollen in der Ausstellung jedoch auch die Geschichte von Menschen erzählen, die nicht in den Chroniken vorkommen,



Prof. Dr. med. Paul Ehrlich und Dr. med. Frieda Fromm-Reichmann (jeweils die oberen Tafelhälften) und die Tafel Baustile nach 1914 auf dem Klinikgelände als Beispiel für das Vollformat.

die aber gleichermaßen wichtig und wertvoll für die Entwicklung der Medizin am UKF waren und sind – beispielsweise Dr. Charlotte Mahler, Deutschlands erste Chefärztin für Chirurgie und Klinikdirektorin. Ebenso haben Themen wie die baulichen Entwicklungen des Universitätsklinikum Frankfurt und die Entwicklung des Medizinstudiums an der Goethe Universität Eingang in die Ausstellung gefunden, weil sie mitentscheidend dafür sind, wo wir heute stehen“, erklärt Sachs.

Ein Kapitel der Ausstellung widmet sich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Universitätsmedizin Frankfurt, die in der Zeit des Nationalsozialismus aufgrund ihrer politischen Einstellung entlassen wurden, die emigrierten oder in KZ ermordet

wurden. Die Ausstellung gibt außerdem einen Vorgeschmack darauf, welche Schwerpunkte künftig in Forschung, Lehre und in den Kliniken der Frankfurter Universitätsmedizin gesetzt werden und kann erweitert werden.

„Sie können die Gegenwart nur verstehen, wenn Sie die Vergangenheit kennen“, so Sachs: „Die Beschäftigung mit der Geschichte hilft, sich im Hier und Jetzt zu orientieren. Sie lehrt uns, dass sich Dinge ständig verändern, und dass wir offen sein sollen für alle möglichen Entwicklungen. Dieses Bewusstsein für den Wandel und die Chancen, die darin liegen, möchten wir mit der Ausstellung vermitteln.“

**Monika Schmitz, UKF
Isolde Asbeck**



1 | Ehrlich in seinem Arbeitszimmer in Frankfurt



Von links: Dr. med. habil. Charlotte Mahler (1894–1973), Deutschlands erste Chefärztin für Chirurgie und Klinikdirektorin – als einzige Frau bei einem Chirurgen-Kongress 1931 und im OP-Saal 1942; Vorlesung 1930 im Hörsaal der chirurgischen Universitätsklinik; 1950: Ausbildung einer Lehrschwester in der „Alten Schwesternschule“ (heute Haus 10); Tischkarte bei einem Festessen von Franz Volhard (1931), Nestor der Nephrologie; Porträt von PD Dr. phil. nat. Emmy Klieneberger-Nobel (1892–1985), habilitiert als erste Frau an der Goethe-Universität im Jahr 1930.

Fotos: Isolde Asbeck

Begrüßungs- und Informationsabend

Bezirksärztekammer Marburg stellt Neumitgliedern die Kammer vor

Nach bedingter dreijähriger Pause wegen der Covid-19-Pandemie fand in diesem Jahr wieder ein Begrüßungs- und Informationsabend für (Neu-)Mitglieder der Bezirksärztekammer Marburg am Standort Marburg des Universitätsklinikums Gießen und Marburg statt.

18 (Neu-)Mitglieder nahmen an der Veranstaltung teil. Die Moderation übernahm der Bezirksärztekammervorsitzende Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, der die Struktur und Aufgaben der Landesärztekammer Hessen vorstellte.

Daniel Libertus, Leiter der Abteilung Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen und Syndikusrechtsanwalt, stellte die neue Weiterbildungsordnung von 2020 vor und informierte auch über das Be-

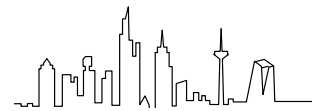
rufs- und Arzthaftungsrecht. Der Vorsitzende des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg, referierte rund um das Thema Altersvorsorge. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer stellten viele Fragen, die alle kompetent beantwortet wurden. Nowak bedankte sich bei den Referenten für ihre Vorträge, den Mitarbeiterinnen der Bezirksärztekammer für die Organisation sowie bei Prof. Dr. med. Dirk Rüschi, der die Räumlichkeiten am Universitätsklinikum Marburg organisiert hatte, und bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern für ihr reges Interesse.

Bezirksärztekammer Marburg



Foto: privat

Moderator Dr. med. Paul Otto Nowak mit den Referenten Daniel Libertus, Leiter der Abteilung Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, und Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg, Vorstandsvorsitzender des Versorgungswerkes der LÄKH.



ReproMed & Hämotherapie: Erfahrungsaustausch der Stabsstelle Qualitätssicherung im Oktober

• Kostenfrei und CME-zertifiziert

17.10.2023: Erfahrungsaustausch der Ständigen Kommission Reproduktionsmedizin mit den hessischen reproduktionsmedizinischen Zentren (17 bis 20:45 Uhr)

Worum geht's? Geplant sind Vorträge und Workshops zur „Qualitätssicherung Reproduktionsmedizin und zu praktischen Aspekten der reproduktionsmedizinischen Tätigkeit wie Patienten am Ende ihrer reproduktiven Phase, die Rolle des Endometriums in der Reproduktions-

medizin und aktuelle Funktionstests sowie zur Richtlinie der Bundesärztekammer

Für wen? Alle Mitglieder der Arbeitsgruppen der hessischen reproduktionsmedizinischen Zentren inklusive der Biologinnen und Biologen sowie die Mitglieder der Ständigen Kommission Reproduktionsmedizin der Landesärztekammer Hessen.

Wann? Dienstag, den 17.10.2023 von ca. 17:00 bis 20:45 Uhr

Wo? Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstraße 152 (Saal Rhein/Main)

Die Veranstaltung wird hybrid angeboten – eine Onlineteilnahme ist möglich.

Wofür? Austausch mit Kolleginnen und Kollegen zur QS Reproduktionsmedizin und aktuellen, praxisrelevanten Themen. Die Veranstaltung ist mit vier CME-Punkten zertifiziert.

Der Erfahrungsaustausch ist kostenfrei. Anmeldung und weitere Informationen unter: <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/qualitaetssicherung/reproduktionsmedizin>



20.10.2023: 15. Erfahrungsaustausch QS Hämotherapie – CME-Fortbildung zur Qualitätssicherung in der Hämotherapie am 20.10.2023 (10 bis 15 Uhr)

Worum geht's? Geplant sind ein Vortrag zum Thema Hämovigilanz seitens Paul-Ehrlich-Institut; Tipps und Tricks zu internen Audits und Begehungen sowie ein Diskussionsforum mit praktisch-tätigen Qualitätsbeauftragten Hämotherapie

und Transfusionsverantwortlichen zu alltäglichen Herausforderungen in der QS Hämotherapie.

Für wen? Alle interessierten Qualitätsbeauftragten Hämotherapie, Transfusionsverantwortlichen und Transfusionsbeauftragten

Wann? Freitag, den 20.10.2023 von ca. 10:00 bis 15:00 Uhr

Wo? Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstraße 152 (Saal Rhein/Main)

Wofür? Austausch mit Kolleginnen und Kollegen zum Thema QS Hämotherapie und aktuelle, praxisrelevante Vorträge. Die Veranstaltung ist mit sechs CME-Punkten zertifiziert. Der Erfahrungsaustausch ist kostenfrei. Anmeldung und Informationen unter: <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/qualitaetssicherung/qs-haemotherapie/veranstaltungen>



Bücher



Christina Ding-Greiner (Hrsg.): Leben mit Contergan

Geschädigte, Angehörige und Freunde berichten über die Auswirkungen des Arzneimittels

Kohlhammer Verlag 2022, 335 S., 29 Euro
ISBN: 9783170414402

Berührendes Selbstzeugnis und zeithistorisches Dokument

Rund eine Million Einzeldosen Contergan gingen Ende der 1950er-Jahre über Ladentheken der Apotheken in der BRD – jeden Tag. Groß war die ärztliche Euphorie über das erste Schlafmittel ohne Nebenwirkungen. Das Unglück traf alle Teile der Gesellschaft – im Vertrauen auf ärztlichen Rat und pharmazeutischen Fortschritt. Die Gerontologin Dr. med. Christina Ding-Greiner fasst den aktuellen Forschungsstand zusammen. Ein Beitrag stammt von Dr. Claus Knapp-Boetticher, der damals am Uniklinikum Hamburg-Eppendorf die Ursache der unerklärlichen Embryopathien mitentdeckt hat. Schon diese 14 Seiten lesen sich wie ein Krimi. Ab 1957 bis 11/1961 war Contergan rezeptfrei im

Handel. In Deutschland wurden etwa 5.000 contergangeschädigte Kinder eingetragen, weltweit schätzungsweise 10.000 Geburten. Heute leben in Deutschland etwa 2.500 contergangeschädigte Menschen. Die Autobiografien sind Geschichten von Niederlagen und Empowerment. Einige sind Literatur. Andere legen schonungslos Konfliktlinien offen, auch die Gewalt in den Heimen der 1960er-Jahre. Bis in die jüngste Gegenwart blieben die Betroffenen vielfach auf sich gestellt. Erst 2013 bekam die Conterganschädigung einen eigenen ICD-10-Schlüssel.

Noch fünfzig Jahre nach Aufdeckung des Skandals waren die Conterganhilfen unverändert gering bemessen, orientiert an dem gerichtlich ausgehandelten Kapital der 1972 gegründeten Conterganstiftung. Das bürokratische Gebilde entwickelte sich zu einem Gegner vieler Antragsteller. Dem setzten private Conterganselbsthilfvereine Solidarität entgegen. Finanziert wurde der Sammelband von vier Conterganvereinen, also von den Betroffenen selbst. Es ist ihr Buch.

Prof. Dr. med. Philipp Osten

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Kurzfassung aus dem Hamburger Ärzteblatt 02/2023, S. 25,
Kurzlink: <https://tinyurl.com/wyvkkrw9>**



Prof. Dr. med. Sabine Wicker, Leiterin des Betriebsärztlichen Dienstes am Uniklinikum Frankfurt am Main, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM) für ihr außerordentliches Engagement im Bereich der Arbeitsmedizin mit der Franz-Koelsch-Medaille ausgezeichnet. Hervorgehoben wurden ihre Forschungsarbeiten zu arbeitsbedingten Infektionskrankheiten sowie ihr Engagement in zahlreichen nationalen und internationalen Gremien wie der STIKO, seit 2020 als deren stellvertretende Vorsitzende.

Foto: Uniklinikum Frankfurt



PD Dr. med. Armin Kalenka ist seit Mai 2023 Ltd. Ärztlicher Direktor im Hauptamt in Teilzeit am Kreiskrankenhaus Bergstraße, einer Einrichtung des Universitätsklinikums Heidelberg. Kalenka war am gleichen Krankenhaus bis Ende 2020 Chefarzt der Anästhesie und Intensivmedizin. Zwischenzeitlich war er unter anderem in Österreich tätig.

Foto: Thomas J. Zehlinger



Prof. Dr. med. Amadeus Hornemann (Foto unten), Chefarzt der Gynäkologie und Geburtshilfe im DGD Krankenhaus Sachsenhausen in Frankfurt/Main, wurde jüngst für seine Operationsmethode bei Gebärmutterensenkung mit dem Kurt-Semm-Preis ausgezeichnet. Hornemann hat anstelle eines umstrittenen Kunststoffnetzes eine körpereigene Sehne aus dem Oberschenkel verwendet. Der Videopreis wird jährlich von der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Endoskopie (AGE) verliehen.

Foto: AGE



PD Dr. med. Tobias Braun ist neuer Chefarzt der Neurologie am Klinikum Wetzlar. Er kommt vom Universitätsklinikum Gießen, an der dortigen Neurologischen Klinik war er zuletzt als Oberarzt tätig.

Foto: Lahn-Dill-Kliniken



Dr. med. Bijan Dilmaghani (Foto) ist neuer Chefarzt der Zentralen Notaufnahme im DGD Krankenhaus Sachsenhausen. Er löst **Dr. med. Monika Rother** ab, die in den Ruhestand geht. Dilmaghani ist Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Klinische Akut- und Notfallmedizin und „Master of Health Business Administration“. Er war bereits in verschiedenen Notaufnahmen tätig, unter anderem als Oberarzt an den Hochtaunus-Kliniken Bad Homburg.

Foto: Andreas Schmidt/DGD Krankenhaus Sachsenhausen

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. René Gottschalk (Foto links), ehemaliger Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Frankfurt am Main, wurde mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet. Er habe sich als Experte im Bereich der Seuchen- und Infektionsabwehr und in Bezug auf Seuchen- und Krisenmanagement über berufliche Verpflichtungen hinaus viele Jahre in zahlreichen Gremien, in Forschung und Lehre sowie in der Aufklärungsarbeit eingesetzt, hieß es in der Laudatio.

Foto: Roessler/Gesundheitsamt Frankfurt

Wir gedenken der Verstorbenen

Foto: © bubesia – stock.adobe.com



Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte 2024/2025

Zwischenprüfung 2024 Mittwoch, 27. März 2024

Abschlussprüfungen

Sommerprüfung 2024

Schriftliche Prüfung: Donnerstag, 25. April 2024

Praktische Prüfung und
Ergänzende mündliche
Prüfung: 24. Juni bis 6. August 2024
(Prüfungsblock in Bad Nauheim vom
24. Juni bis 3. August 2024)

Winterprüfung 2024/2025

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, 27. November 2024

Praktische Prüfung und
Ergänzende mündliche
Prüfung: 13. Januar bis 4. Februar 2025
(Prüfungsblock in Bad Nauheim voraussichtlich vom
13. bis 31. Januar 2025)

Landesärztekammer Hessen

Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Ehrungen MFA/Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum zeh- und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

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

Wir gratulieren zum mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum:

Interessenkonflikt

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

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“

Mit der Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“ möchten wir Ihnen – Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung & Medizinstudierenden – eine Plattform für Gedankenaustausch und Informationen

bieten. Sie entscheiden, worüber Sie schreiben wollen. Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte? Schicken Sie Ihre Texte bitte per E-Mail an: katja.moehrle@laekh.de

Die Abteilung Ausbildungswesen Medizinische Fachangestellte informiert:

Eignungstest für den Beruf Medizinische/r Fachangestellte/r

Um hessische Ärztinnen und Ärzten bei der Bewerberauswahl für den Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r zu unterstützen, stellt die Landesärztekammer einen Eignungstest zur Verfügung. Dieser gliedert sich in:

- Fragebogen zur Einleitung eines Bewerbungsgesprächs
- Auswahlkriterien für die Einstellung einer/eines Auszubildenden
- Testaufgaben/Lösungen

Der Test ist kostenfrei und – ausschließlich für hessische Ärztinnen und Ärzte – über die Landesärztekammer Hessen erhältlich. Er kann telefonisch unter (069) 97672-581/154 oder per E-Mail: Med.Fachangestellte@laekh.de angefordert werden.

Vor dem Hintergrund sinkender Bewerberzahlen empfehlen wir Ihnen, frühzeitig Auszubildende auszuwählen.

„Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B“

Die Landesärztekammer Hessen möchte Sie als ärztliche/n Arbeitgeber/in auf Ihre gesetzlichen Verpflichtungen hinweisen,

- Beschäftigte, insbesondere auch die Auszubildenden, bei Aufnahme der Tätigkeit über die für sie in Frage kommenden Immunisierungsmaßnahmen zu informieren

sowie

- gemeinsam mit dem/der Arzt/Ärztin, der die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen durchführt, festzulegen, welche Impfungen im Einzelfall notwendig sind, und die erforderlichen Impfungen kostenlos anzubieten. Informationen können im Internet unter: <http://www.laekh.de/aktuelles> abgerufen werden.

Gerätespenden sowie Verbandmaterialien für die MFA-Ausbildung gesucht

Die Berufsschulen, an denen Klassen für Medizinische Fachangestellte eingerichtet sind, würden sich freuen, wenn Geräte (z. B. EKG-Geräte, Blutdruckmessgeräte, Zentrifugen, Mikroskope, Photometer), die in der Praxis nicht mehr benötigt werden, den Schulen zur Verfügung gestellt würden. Die Geräte müssen funktionsfähig sein.

Auch werden Verbandmaterialien für Übungszwecke von den Berufsschulen und der Carl-Oelemann-Schule benötigt. Über zahlreiche Spenden würden wir uns sehr freuen.

- Ansprechpartner sind die jeweiligen Bezirksärztekammern.

Martin Andreas Leimbeck

Vorsitzender
des Berufsbildungsausschusses

Bezirksärztekammer Gießen

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com

Leserbriefe

Leserbrief zum Artikel „Covid-19-Pandemie – wirkliche Aufarbeitung tut not“
von Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, HÄBL 05/2023

Mutige Aufarbeitung

Vielen Dank, dass sie diesen Artikel abgedruckt haben und vielen Dank an die Autorin, dass sie ihn geschrieben hat. Er spricht mir aus dem Herzen. Selbst heute braucht es meinem Empfinden nach Mut, so etwas zu aussprechen, weil man leider immer noch sehr schnell in die Schub-

lade „Querdenker, Reichsdeutsche, AfD-Anhänger, Rechtsradikale“ gesteckt wird. Vielen Dank für Ihren Mut, für Ihre Bemühungen, Gräben zu schließen und Aufarbeitung zu betreiben.

Dr. med. Reinhard Wolf, Marburg

Einladung

158. Bad Nauheimer Gespräch

19. September 2023, 19–21 Uhr, Präsenz und online
Landesärztekammer Hessen – Hanauer Landstr. 152, Frankfurt am Main

Moderation: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

Cancel Culture und Meinungsfreiheit Über Zensur und Selbstzensur

In einer Allensbach-Umfrage in Deutschland 2021 gab mehr als die Hälfte der Befragten an, sich nicht mehr frei zu allen Themen äußern zu wollen. Das Problem ist offenbar virulent. Die Meinungsfreiheit und Demokratie sind jedoch gefährdet, wenn vom Mainstream abweichende Meinungen nicht mehr geäußert werden können oder deren Vertreter als nicht mehr diskursfähig „gecancelt“ werden.

Mit der Veranstaltung wollen wir der Frage nachgehen, wo die Wurzeln dieser Entwicklung liegen, die Situation in Deutschland ausloten und nach Strategien suchen, was wir als Gesellschaft tun können oder sollen.



Foto: Thilo Spahl

Sabine Bepler-Spahl

Diplom-Volkswirtin, Korrespondentin des britischen Online-Magazins Spiked sowie Herausgeberin des Buches: „Cancel Culture und Meinungsfreiheit. Über Zensur und Selbstzensur“ (2022)



Foto: privat

Prof. Dr. Norbert Bolz

Philosoph, Medien- und Kommunikationswissenschaftler, freier Publizist, Autor vieler Bücher zu gesellschaftlichen Entwicklungen, u. a. „Der alte weiße Mann. Sündenbock der Nation“ (2023)

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

Die Inhalte der Fortbildungsveranstaltung sind produkt- und/oder dienstleistungsneutral gestaltet. Potenzielle Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referenten werden offengelegt. Die Veranstaltung findet ohne Sponsoring statt.

Zum Vormerken: 159. Bad Nauheimer Gespräch: One Health Antibiotika und resistente Erreger in Tier, Mensch und Umwelt, 31.10.2023 um 19 Uhr, Ort: LÄKH Frankfurt

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Hanauer Landstr. 152

Fon: 069 76 63 50

60314 Frankfurt a. M. (Ostend)

Fax: 069 76 63 50

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



Goldenes Doktorjubiläum

Bezirksärztekammer Darmstadt

Bezirksärztekammer Marburg

Doc's Arts Festival 2024 in Goslar

Ein Musik- und Kultur-Festival zum Mitmachen für alle Angehörigen von Gesundheitsberufen: Das Doc's Arts Festival in Goslar geht 2024 in die zweite Runde. In verschiedenen Workshops erarbeiten die Teilnehmenden unter professioneller Leitung gemeinsam Musikwerke, singen oder trommeln. Es werden

Workshops für Orchester, Gemischter Chor, Rock/Pop, Jazzensemble, Drum Circle und mehr angeboten. Die Ergebnisse der Workshop-Arbeit werden in einem öffentlichen Konzert präsentiert. Das Festival lebt vom Mitmachen. Kontakt und Informationen unter www.docs-arts.de (red)

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

eHBA-Nr. 80276001081000113236
ausgestellt am 19.10.2021 für Johannes Eckert, Zornheim

Arztausweis-Nr. 060062030 ausgestellt am 04.11.2019 für Johannes Eckert, Zornheim

Arztausweis-Nr. 060072186 ausgestellt am 18.01.2021 für Faye Francis Towfili, M. D., Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060067300 ausgestellt am 14.08.2020 für Lea Fruhmann Berger, Gießen

Arztausweis-Nr. 060055164 ausgestellt am 07.08.2018 für Thorsten Gaidzik, Bad Wildungen

Arztausweis-Nr. 060069860 ausgestellt am 23.11.2020 für Paulina Hagenbäumer, Wiesbaden

eHBA-Nr. 80276001081611046391
ausgestellt am 10.05.2021 für Dr. med. Herbert Hansal, Bad Wildungen

Arztausweis-Nr. 060150679 ausgestellt am 06.12.2021 für Fereshta Hodjat, Wetter

Arztausweis-Nr. 060057242 ausgestellt am 09.01.2019 für Dr. med. Peter Horstmann, Lohfelden

Arztausweis-Nr. 060161414 ausgestellt am 04.01.2022 für Ali Kharoubi, Kassel

eHBA-Nr. 80276001081611072177
ausgestellt am 18.10.2021 für Marco Mendoza Oschadleus, Vellmar

Arztausweis-Nr. 060274595 ausgestellt am 14.07.2023 für Dr. med. Helmut Reinhardt, Korbach

eHBA-Nr. 80276001081900003489
ausgestellt am 28.12.2020 für Doctor-medie Ines Riahi, Bochum

Arztausweis-Nr. 060068490 ausgestellt am 05.10.2020 für Daniel Schambach, Bruchköbel

Arztausweis-Nr. 060066257 ausgestellt am 09.07.2020 für PD Dr. med. Arno Schöneberger, Königstein

eHBA-Nr. 80276001081200029766
ausgestellt am 25.10.2021 für Merve Schugt-Pleser, Künzell

Arztausweis-Nr. 060273637 ausgestellt am 06.07.2023 für Frank Kurt Textor, Hofgeismar

Arztausweis-Nr. 060187774 ausgestellt am 11.04.2022 für Prof. Dr. med. Sabine Wicker, Frankfurt

Hessisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.

Herausgeber: Landesärztekammer Hessen, vertreten durch Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident

Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts):

Dr. med. Peter Zürner

Stellvertreter: Dr. med. H. Christian Piper

(beide sind Mitglieder des Präsidiums der LÄK Hessen)

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin

Dipl. Soz. Maren Siepmann, Stv. Ltd. Redakteurin; in Elternzeit

Lukas Reus, Referent Stabsstelle Medien

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)

Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)

Prof. Dr. med. Hans-Rudolf Tinneberg (Akademie)

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

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen;

Jürgen Juncker, Gutachter- und Schlichtungsstelle

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

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen

Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: haebl@laekh.de

Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH

Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln

Tel.: +49 2234 7011-0, www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung: Jürgen Führer, Patric Tongbhoyai

Produktmanagement: Marie-Luise Bertram,

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

Abonnementservice: Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314

Abo-Service@aerzteverlag.de

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 140,00

Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00

Einzelheftpreis € 14,00 – Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

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

Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

Industrie: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,

E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt und verantwortlich für den Stellen- und Rubrikenmarkt: Marcus Lang, Tel.: +49 2234 7011-302,

E-Mail: lang@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter Medizin: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,

E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Sales Management: Nicole Ohmann, Tel.: +49 2234 7011-307,

E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

Gebiet Nord: Miriam Fege, Tel. +49 4175 4006499,

Mobil +49 172 5792180, fege@aerzteverlag.de

Gebiet Süd: Claudia Soika, Tel. +49 89 15907146,

Mobil +49 172 2363730, soika@aerzteverlag.de

Non-Health: Petra Schwarz, Tel.: +49 2234 7011-262,

E-Mail: schwarz@aerzteverlag.de

Herstellung: Alexander Krauth, Tel.: +49 2234 7011-278,

E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Layout: Petra Möller

Druck: L.N. Schaffrath Druck Medien, Marktweg 42–50, 47608 Geldern

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln

Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEDED3

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)

IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 9, gültig ab 01.01.2023

Auflage Lt. IVW 1. Quartal 2023:

Druckauflage: 40.150 Ex.; Verbreitete Auflage: 39.912 Ex.

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e. V. angeschlossen.

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

84. Jahrgang

ISSN 0171–9661

Urheber- und Verlagsrecht

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

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

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln