

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 5 | 2020
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 81. Jahrgang



John Singer Sargent (1856–1925), Lady Agnew of Lochnaw, 1893, © National Gallery of Scotland, Edinburgh. In der Ausstellung EN PASSANT im Städel

Ärztekammer, Medizin und Kultur in Zeiten von Corona

Corona-Krise
Schwerpunktthema über
Auswirkungen, Folgen
und Umgang mit der
aktuellen Pandemie

Ösophaguskarzinome
Zertifizierte Fortbildung über
Diagnostik und Therapie bei
der weltweit auf Platz acht
liegenden Krebserkrankung

EN PASSANT & mehr
Virtuelles Städel, Klassische
Musik gegen den Corona-
Blues und Theater aus dem
Homeoffice

Not macht erfinderisch

Die Verbreitung des neuartigen Coronavirus Sars-CoV-2 und die dadurch ausgelöste Krankheit Covid-19 treiben uns alle um. Egal, ob in der Klinik, in der niedergelassenen Praxis, im Gesundheitsamt, im Labor oder in einer Forschungseinrichtung, überall sind wir als Ärztinnen und Ärzte bei der Bekämpfung und Eindämmung dieser Pandemie stark gefordert. Ihnen allen gilt mein tief empfundener Dank für Ihren Einsatz. Selbstverständlich danke ich auch den Pflegekräften, den Medizinischen Fachangestellten, den weiteren Gesundheitsberufen und natürlich allen Menschen, die nicht nur unsere Gesundheitsversorgung, sondern auch die Versorgung mit den anderen notwendigen Gütern wie beispielsweise Lebensmittel und Hygieneartikel, Energie und Wasser, Unterrichtsmaterial und vieles mehr aufrechterhalten.

Bundes- und Landesregierung haben schnell Hilfsprogramme für Bürger und Wirtschaft aufgelegt wie beispielsweise das Gesetz zum Ausgleich finanzieller Belastungen in Gesundheitseinrichtungen infolge von Covid-19. Weitere Ergänzungen sind jedoch nötig, um auch die durchgangsarztlichen und die privatärztlichen Praxen zu schützen. Diese fallen bislang nicht unter den Geltungsbereich dieses Unterstützungsgesetzes für das Gesundheitswesen. So sehe ich etwa die Gesetzliche Unfallversicherung in der Pflicht, die durchgangsarztlichen Praxen zu stützen, genau wie auch die Privaten Krankenversicherungen in der Pflicht stehen, einen deutlichen Beitrag zur Hilfe zu leisten. Denn nicht nur die privatärztlichen Praxen stehen vor erheblichen Problemen, auch den Vertragsärztinnen und -ärzten fehlen die Einnahmen aus der Behandlung beispielsweise von Beamten.

Das leidige Thema der Versorgung mit persönlicher Schutzausrüstung wird uns wohl noch lange beschäftigen. Auch hier gibt es Lücken in der staatlich angelegierten Versorgung, denn neben den Privatärzten und den Palliativdiensten wurde auch die bundeseigene Deutsche Stiftung Organtransplantation zunächst vergessen (Stand 03.04.2020). Neben vergleichsweise raschen Reaktionen wie der Bekanntgabe eines neues Wiederverwendungsverfahrens für medizinische Schutzmasken in Ausnahmefällen (vgl. auch die Forderung der LÄKH nach pragmatischen Wegen und schnellen Lösungen S. 272) brauchen produktionswillige Unternehmen schnelle Hilfe und Unterstützung, um ihre Produktion rechtssicher auf die dringend benötigten Mittel umzustellen. Langwierige Genehmigungsverfahren sind fehl am Platz.

Die aktuelle Situation zeigt sehr deutlich, wie wichtig der vorsorgliche Katastrophenschutz ist, der in den vergangenen Jahren sträflich vernachlässigt wurde. Es wurde viel zu wenig geübt und die Lagerhaltung fast eingestellt. Die Folgen sehen wir jetzt. Dabei liegt den Verantwortlichen seit mehr als sieben Jahren der auch öffentlich verfügbare „Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012“ vor, in dem neben einem Hochwassergesche-

hen das Szenario eines außergewöhnliches Seuchengeschehens auf der Basis der Verbreitung eines neuartigen Erregers („Modi-SARS“) hypothetisch untersucht wurde. Wenig überraschend kann man darin nachlesen: „...Arzneimittel, Medizinprodukte, persönliche Schutzausrüstungen und Desinfektionsmittel werden verstärkt nachgefragt. Da Krankenhäuser, Arztpraxen und Behörden in der Regel auf schnelle Nachlieferung angewiesen sind, die Industrie die Nachfrage jedoch nicht mehr vollständig bedienen kann, entstehen Engpässe.“ Und weiter „...Die Bestände an Arzneimitteln zur Behandlung der Symptome reichen zunächst aus, Ersatzbeschaffungen werden zeitnah geordert, jedoch stößt die internationale Pharmaindustrie an die Grenzen der Produktionskapazität.“ Dabei ist noch nicht einmal die Rede von den weltweiten Abhängigkeiten von Medikamentenlieferung und Schutzausrüstung aus Indien und China.

Wir können aber glücklich sein, dass die permanenten Rufe von Krankenhausoptimierern nach Schließungen von Betten und ganzen Krankenhäusern in Deutschland noch nicht vollends umgesetzt wurden. Im Gesundheitswesen kann und darf die reine Marktwirtschaftslehre nicht regieren. Daseinsvorsorge geht vor Kommerzialisierung!

Bleiben Sie gesund, und zwar nicht nur, um unsere Patientinnen und Patienten weiter gut zu versorgen.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: © Thaut Images – stock.adobe.com

Themenschwerpunkt: Corona

Eine Reihe von Beiträgen beleuchtet die aktuelle Lage aus unterschiedlicher Perspektive: Umgang der Landesärztekammer mit der Krise, Empfehlungen des Deutschen Ethikrates, Situation in Hessen, ärztlicher Berufsalltag in Praxis und Klinik bis zu Risikokommunikation als Mittel zur Pandemiebekämpfung.

267–282

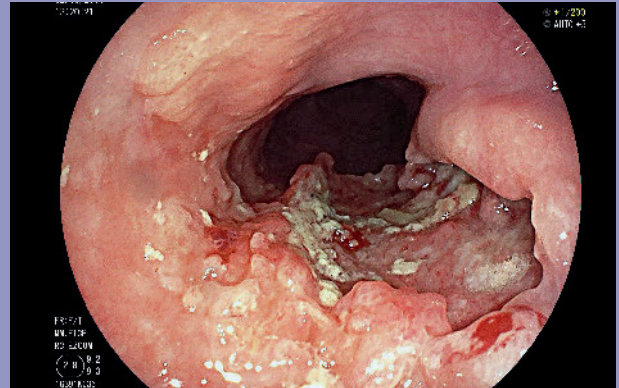


Foto: Rechte bei den Autoren

CME: Ösophaguskarzinome

Das Ösophaguskarzinom liegt mit 456.000 Neuerkrankungen im Jahr auf Platz acht aller Krebserkrankungen weltweit. Das weltweite Verbreitungsmuster ist jedoch sehr heterogen. Die zertifizierte Fortbildung informiert über Möglichkeiten der Primärdiagnostik und Staging sowie Therapie.

283

Editorial: Not macht erfinderisch	267
Aus dem Präsidium: Wir schaffen das!	270
Ärzttekammer	
Die Krise gemeinsam bewältigen: Wir sind weiterhin für Sie da!	271
Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Akademie: Termine bis auf weiteres unter Vorbehalt	271
Zum Mangel an ärztlichem und pflegerischen Personal und des Fehlens von Schutzausrüstung	272
Vernetzung von Helfern und Hilfesuchenden: LÄKH unterstützt Web-Plattform	273
Serie Patientensicherheit Teil 6: Im Konfliktfall – Die Patientenperspektive als Impuls für Verbesserungspotenziale nutzen	290
Aus der Arbeit des Ausschusses Notfallversorgung und Katastrophenmedizin	295
Das hessische Krebsregister besser nutzen	296
Mensch und Gesundheit	
„Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“ – Ad-hoc-Empfehlung des Deutsche Ethikrates	274
Das Land Hessen ist sehr gut aufgestellt – Covid-19-Strategie in unserem Bundesland	275
Im Gespräch: „Risikokommunikation ist ein entscheidendes Mittel zur Pandemiebekämpfung“ – Interview mit dem Infektiologen und Leiter des Frankfurter Gesundheitsamtes Prof. Dr. med. René Gottschalk	
	276
Ärztlicher Berufsalltag	
„Wenn die Wissenschaftler keinen Impfstoff entwickeln, erledigen das die Eltern“: Praxisalltag in Corona-Zeiten	278
Leere Wartezimmer – Aus Furcht vor Corona-Ansteckung meiden viele Patienten gerade die Facharztpraxen	279
Ansichten und Einsichten	
Corona und Medea: COVID-19 und sonst nichts mehr? – Intelligente Nutzung medizinischer Ressourcen	280
Wo bleibt der gesunde Menschenverstand? Beobachtungen während der Corona-Pandemie	281
Digitalisierung – Technologie und Ideologie	297



Foto: © Syda Productions – stock.adobe.com

Suchterkrankungen sind behandelbar

Ärztinnen und Ärzte sind statistisch von der Diagnose Sucht genauso häufig betroffen wie andere Menschen. Beim 13. Ärztetag am Dom in Frankfurt/Main hielten die Referenten daher ein „Plädoyer für ein zeitgemäßes Arzt-Bild“. Sie lesen Auszüge aus drei Referaten, die das Tabuthema in den Vordergrund rücken.

300–304



Der Pianist Igor Levit stellt Podcasts ins Internet
Foto: © Peter Meisel

Kulturtipps in Zeiten von Corona

Da Museen, Theater, Konzertsäle und Kinos bis auf weiteres geschlossen sind, haben Streamingdienste derzeit Hochkonjunktur. Dabei ist das digitale Kulturangebot trotz der schwierigen Situation facettenreich: Klassische Musik, Theater aus dem Homeoffice und digitale Sammlungen zum Bestaunen.

288

Junge Ärztinnen & Ärzte fordern mehr Weiterbildung – Der plötzliche Sinneswandel in „Corona-Zeiten“ 282

Fortbildung

CME: Ösophaguskarzinome 283

Strategien zur Fehlervermeidung in der Patientenversorgung 292

Ärztetag am Dom

Suchterkrankungen sind behandelbar – Der 13. Ärztetag am Dom rückte ein Tabuthema in den Blickpunkt 300

Drogen- und Suchtberatung für Ärztinnen und Ärzte bei der Landesärztekammer Hessen 301

Suchtkranken Ärzten kann geholfen werden! 302

Was ist nachweisbar? – Beweiskraft der Toxikologie bei Alkohol-, Drogen- oder Arzneimittelmisbrauch 303

Medizinische Fachangestellte: Integration von Migranten in die Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten 310

Medizingeschichte: 50 Jahre danach – Kritische Gedanken zum Jubiläum der Eröffnung der Deutschen Klinik für Diagnostik (DKD) in Wiesbaden 305

Parlando: Von Hölderlin bis Raffael – Kulturtipps in Zeiten von Corona 288

Recht: Hygienemängel in Arztpraxis und Krankenhaus 308

Bücher:

M. Bastigkeit, B. Weber (Hrsg.): Suchtmedizinische Grundversorgung 304

Herbert Kappauf: Was fehlt ihnen? Mut für eine mitmenschliche Medizin ... 307

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 311

Personalia 312

Impressum 315

Neue Weiterbildungsordnung bald online abrufbar

Gleichzeitig mit der Juni-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes erscheint Ende Mai die neue Weiterbildungsordnung als Sonderausgabe auf den Internetseiten der LÄKH unter www.laekh.de/aerzte/weiterbildung/. Weitere Informationen auf S. 311.

Wir schaffen das!

Selbst wenn ich wollte – über ein anderes Thema als die Corona-Pandemie könnte ich nicht schreiben. So sehr hat dieses Thema Besitz ergriffen von all unseren Gedanken, unserem Tun und unserer Planung. Deshalb wird es nun einen kleinen Bericht über Corona seit Anfang März bis heute, Gründonnerstag, geben, welcher erst am 25. April erscheint. Genau da liegt das Problem: Wissen wir heute, was in ein paar Wochen sein wird?

Wir haben in der Klinik bereits im Februar begonnen, uns mit dem Thema zu beschäftigen, genauer gesagt bei einem Treffen der hessischen ZNA-Direktorinnen und Direktoren. Da gab es noch ganz unterschiedliche Einschätzungen. Diese Diskussion hat sich dann rasch über alle Abteilungen, sowohl medizinische als auch administrative, ausgebreitet und in der Klinik wurden die ersten Sitzungen einberufen (der Hygieniker), das Gesundheitsamt wurde kontaktiert. Wo können wir die Abstriche hinschicken zur Untersuchung? Wie ist die Logistik? Alles noch irgendwie weit weg und doch vor der Tür. Dann begannen die täglichen Blicke auf die Website des Robert-Koch-Institutes (RKI), die Zahlen, Orte, Landkreise, in denen die ersten Infektionen auftraten. Wir wurden unruhiger. Ich sah am 5. März die Pressekonferenz des RKI und dachte: Eine sehr ruhige entspannte Stimme sagt so ernste und beunruhigende Worte, eindringlich, wiederholend die Worte Krise und Epidemie – wie passt das zusammen?

Spätestens nach den Berichten aus Italien bin ich zutiefst erschrocken, und da erst wurde mir das ganze Ausmaß der Tragödie bewusst. Die Zahlen auf der Karte des RKI schnellten nach oben, alle, überall, jetzt auch Zahlen der an der Covid-19 Erkrankten, die gestorben sind. Die Sitzungen wurden häufiger, mehrmals am Tag. So ein großes Schiff wie ein Krankenhaus der Maximalversorgung ist schwierig umzulenken, anzuhalten, auf einen anderen Kurs zu bringen.

Ein Land wie Deutschland oder gar Europa ist noch viel träger, das Bremspedal muss lange gedrückt sein. Zum Glück hat bei uns der Ärztliche Bereitschaftsdienst zusammen mit dem Gesundheitsamt früh die Möglichkeit einer ambulanten Versorgung mittels Testcenter etabliert, und wir mussten in der Notaufnahme nicht mehr den ganzen Tag Telefonate beantworten. In der Klinik wurde nun kraftvoller gearbeitet, auf allen Ebenen. Stationen wurden geräumt, Isolierbereiche definiert, Intensivkapazität freigeräumt und schlussendlich die verschiebbaren Eingriffe und elektiven Aufnahmen gestoppt – wobei viele Patientinnen und Patienten vernünftigerweise von selbst absagten. Die Stationen wurden leerer, das Triagezelt aufgebaut, die sonst fußläufigen Menschen mit Beschwerden („Rückenschmerzen seit drei Wochen“, „Bauchschmerzen seit sechs Monaten“, „Schwindel“) kommen nicht mehr. Besucher dürfen gar nicht mehr kommen. Der Eintritt in die Klinik ist ohne Prüfung auf Infektionsgefahr



Foto: Katarina Ivanisevic

„Wir sehen jetzt unsere Berufung: kranke Menschen zu betreuen“

nicht mehr möglich. Regelungen für die Dialyse- und die Bestrahlungspatientinnen mussten gefunden werden. Heute haben wir täglich die Verantwortung, Patienten zu isolieren und via Iso-Zimmer aufzunehmen oder sie normal über die ZNA laufen zu lassen. Da sind die Kriterien des RKI zur Frage „Reise in ein Risikogebiet“ oder „Kontakt mit einem an Covid-19-Erkrankten“ nicht mehr praktikabel. Oft ist eine Infektionskette nicht mehr nachvollziehbar. Uns machen am meisten die Menschen aus den Pflegeeinrichtungen Sorge, sie sind betagt, vorerkrankt, kommen als Stroke-Verdacht oder Allgemeinzustandsverschlechterung, sind im Rahmen dessen gestürzt und verseht, die respiratorische Problematik ist kaum oder gar nicht vorhanden. Und doch sind auch sie an Covid-19 erkrankt, oftmals mit schweren und

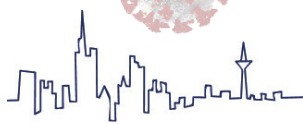
fatalen Verläufen. Hier müssen wir die Entscheidung für Isolation und Abstrich großzügig stellen, und trotzdem haben wir immer das Wort „Ressourcen“ im Nacken.

Dazu kommen die Ängste der Mitarbeiter/-innen, sie sind mitunter Kontaktpersonen zu Covid-19-Erkrankten, haben die Menschen gepflegt, und erst im Verlauf zeigt sich Corona. Sie haben Angst, selbst zu erkranken und gefährlich für andere zu sein. Angst, zu Hause zu bleiben und ihre Kollegen „im Stich“ zu lassen. Und trotz alledem bin ich glücklich über Mitarbeiter, die mit großem Engagement und Mut arbeiten, einspringen und Teil eines funktionierenden Teams sind: Die „freigewordenen“ Kolleginnen und Kollegen, die PJ-ler, Praktikanten, Auszubildenden – alle sind hoch motiviert. Als ob sie jetzt endlich das tun können, worin sie ihre Berufung sehen: kranke Menschen betreuen.

Neben den jungen Ärztinnen und Ärzten möchte ich die die PJ-Studierenden hervorheben: Sie helfen uns täglich, erstellen Dienstpläne, haben einen Bereitschaftsdienst etabliert für Wochenenden und Nächte. Diese Gefühle der Gemeinsamkeit und der Unerschrockenheit machen mich froh und zuversichtlich – wir müssen uns keine Sorge um den ärztlichen Nachwuchs machen. Der ist prima! Wir Ärztinnen und Ärzte der ZNA sind im Moment entweder in der Klinik oder zu Hause – dazwischen gibt es nichts, und alle sind erschöpft und müde. Organisatorisch sind wir – mit täglichem Nachjustieren – ganz gut aufgestellt, der große Sturm ist bisher ausgeblieben, und wir schaffen es auch kurzfristig, Engpässe zu bewältigen. Im Übrigen geht das normale ZNA-Geschäft mit akuten Fällen ja weiter. So schließe ich mit einer hoffnungsvollen Stimmung aus einem zusammengewachsenen Team und dem Gedanken, dass wir es so, wie es heute läuft, schaffen können durch diese Krise durchzukommen. Bleiben Sie gesund!

Christine Hidas

Fachärztin für Innere Medizin SP Nephrologie, Notfallmedizin, Oberärztin Zentrale Notaufnahme Klinikum Darmstadt sowie Leitung Dialysezugangszentrum, Präsidiumsmitglied der LÄKH



Die Krise gemeinsam bewältigen: Wir sind weiterhin für Sie da!

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesärztekammer Hessen sind weiterhin für Sie erreichbar, um Sie zu unterstützen und die Bearbeitung von dringenden Angelegenheiten sicherzustellen.

Wir arbeiten an allen Standorten weiter. Um unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu schützen und eine weitere Ausbreitung des Corona-Virus einzudämmen, empfangen wir bereits seit dem 20. März 2020 keine unangemeldeten Besucher mehr und setzen vermehrt auf Homeoffice.

Sie erreichen uns aber weiterhin per E-Mail und telefonisch zu den üblichen Servicezeiten. Auch Ihre Anträge werden selbstverständlich bearbeitet.

Die größten Einschränkungen betreffen den Bereich der Fort- und Weiterbildungen. So fanden ab dem 23. März keine Facharztprüfungen in der Abteilung Weiterbildung mehr statt. Doch ab dem 24. April 2020 sollen die Facharztprüfun-

gen unter pandemiegeeigneten Bedingungen wieder aufgenommen werden. Dabei werden zunächst sogenannte systemrelevante Fächer bevorzugt.

Die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung bereitet sich unter Einhaltung pandemiegeeigneter Bedingungen auf eine mögliche Wiederaufnahme von Präsenzveranstaltungen zum 22. Mai vor (siehe Artikel auf dieser Seite).

Die Carl-Oelemann-Schule (COS) hat die Lehrgänge Überbetriebliche Ausbildung zunächst bis zum 1. Mai abgesagt. Ebenso sind die anstehenden Prüfungsvorbereitungskurse und Fortbildungen ausgesetzt. Unter Beachtung der Empfehlung der Kultusministerkonferenz prüft die COS derzeit ein Anfahren des Schulbetriebes zum 4. Mai.

Wir informieren Sie über unsere Website, sobald konkrete Informationen zum Ende der Schulschließungen vorliegen. Die Prüfungen vom 23. bis 25. April 2020 (Fach-

wirt/-in für ambulante medizinische Versorgung) können unter Einhaltung der Pandemievorgaben der LÄKH stattfinden. Unter Einhaltung der Pandemievorgaben der Kammer kann auch die Abschlussprüfung Sommer für Medizinische Fachangestellte am 6. Mai in Hessen durchgeführt werden.

Die Ereignisse und Bedingungen ändern sich einem Tempo, das es für eine monatlich erscheinende Zeitschrift kaum möglich macht, aktuell zu sein. Deshalb schauen Sie bitte regelmäßig auf unsere Website www.laekh.de. Dort haben wir für Sie alle Informationen zum Corona-Virus gebündelt, von Handlungsanweisungen für Ärztinnen und Ärzte über FAQs zur Ausbildung und zu den Prüfungen der Medizinischen Fachangestellten bis hin zu Infos über die Datenbank „Ärzte gegen Corona“.

**Ihr Team der Landesärztekammer
Hessen**

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung



Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen: Termine bis auf weiteres unter Vorbehalt

Zeit gewinnen – Neuinfektionen vermeiden: Die Corona-Krise hat auch die Akademie für Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in eine schwierige Lage geführt. Trotz allem blicken wir nach vorn und hoffen, dass wir unsere Veranstaltungen schon bald wieder in gewohnter Weise durchführen können – im kollegialen Austausch beim gemeinsamen Lernen und Diskutieren. Unter Einhaltung pandemiegeeigneter Bedingungen bereiten wir uns auf eine mögliche Wiederaufnahme von Präsenzveranstaltungen zum 22. Mai 2020 vor.

E-Learning wird erweitert

Gleichzeitig arbeiten wir daran, den Bereich E-Learning zu erweitern und auszubauen. So gewinnen wir Flexibilität für die Nachholtermine abgesagter Veranstaltungen und können dort möglicherweise

Präsenzzeiten reduzieren. In der vorliegenden Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes verzichten wir auf die Ankündigung aller Veranstaltungen, denn: Veranstaltungstermine, die wir im regulären Betrieb langfristig planen, entwickeln momentan eine ungewohnte Dynamik – was heute ist, kann sich leider schon morgen wieder ändern!

Unsere Webseite ist derzeit die einzige verlässliche Informationsquelle, dort werden alle Termine und Terminänderungen tagesaktuell angezeigt. Unser gesamtes – nach Fachthemen geordnetes – Veranstaltungsangebot finden Sie unter

www.akademie-laekh.de



Dorthin führt Sie auch nebenstehender QR-Code. Für die Zeit nach den Sommerferien erwarten wir wieder eine längerfristig verlässliche Terminplanung. Alle, die unsere Veranstaltungen

dann besuchen oder dabei mitwirken, werden allerdings eine sehr viel größere räumliche Distanz zueinander wahren müssen, als es bisher üblich war. Wir werden angemessen große Veranstaltungsräume vorhalten und voraussichtlich auch die Teilnehmerzahlen begrenzen – solange die Krise andauert. Und wir freuen uns, wenn Sie sich jetzt schon für eine Veranstaltung vormerken lassen wollen!

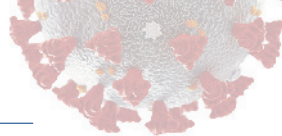
Natürlich sind die Mitarbeiterinnen der Akademie auch in Zeiten von Corona zu den bekannten Bürozeiten per Telefon und E-Mail für Sie erreichbar.

**Akademie für Ärztliche
Fort- und Weiterbildung
der Landesärztekammer Hessen**

Carl-Oelemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-200 | Fax: 06032 782-220

E-Mail: akademie@laekh.de



Zum Mangel an ärztlichem und pflegerischen Personal und des Fehlens von Schutzausrüstung



Stellungnahme der Landesärztekammer Hessen vom 30. März 2020

Präambel

Die nachfolgende Stellungnahme der Landesärztekammer wurde am 30. März 2020 vom Ausschuss Hygiene und Umweltmedizin erarbeitet. Nur wenige Tage später gab der Krisenstab der Bundesregierung am 1. April 2020 ein neues Wiederverwendungsverfahren für medizinische Schutzmasken in Ausnahmefällen bekannt. Danach gibt es zukünftig die Möglichkeit, unter Einhaltung besonderer Sicherheitsauflagen eine begrenzte Wiederaufbereitung (maximal dreimal) von Atemschutzmasken insbesondere mit Filterfunktion (FFP2 und

FFP3) durchzuführen. Das neue Verfahren erfolgt durch das ordnungsgemäße Personifizieren, Sammeln und Dekontaminieren der Masken durch Erhitzen.

Es kann in Ausnahmefällen, wenn nicht ausreichend persönliche Schutzausrüstung vorhanden ist, in den Einrichtungen des Gesundheitswesens mit vorhandenen Mitteln kurzfristig umgesetzt werden, ohne das Schutzniveau zu senken. Die detaillierten Informationen können auf der Seite des Robert-Koch-Instituts nachgelesen werden:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Arbeitsschutz_Tab.html

Stellungnahme angesichts des absehbaren Mangels an ärztlichem und pflegerischen Personal und des Fehlens von Schutzausrüstung

Trotz aller Aktivitäten der Ministerien auf Bundes- und Landesebene herrscht derzeit flächendeckend in Kliniken, Praxen, im Rettungsdienst, aber auch in der (häuslichen) Pflegeversorgung ein erheblicher, zum Teil besorgniserregender Mangel an Schutzausrüstung (Masken, Schutzbrillen, Schutzkittel usw.). Auch die Versorgung mit Desinfektionsmitteln ist an vielen Stellen kaum noch gewährleistet.

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die Ministerien Beatmungsgeräte bestellt haben und die Erweiterung der intensivmedizinischen Kapazitäten stark unterstützen. Um allerdings mit diesen technischen Kapazitäten – die derzeit auch noch gar nicht in den Kliniken sind – den Patienten helfen zu können, bedarf es ausreichenden und

gut qualifizierten Personals. Die optimale Unterstützung der vorhandenen, schon in normalen Zeiten begrenzten Personalressource muss jetzt das oberste Ziel sein. Wenn es vor Ort an Schutzausrüstung mangelt, besteht die Gefahr, dass sich Personal infiziert, erkrankt und für die Patientenversorgung ausfällt oder selbst behandlungsbedürftig wird.

Vor diesem Hintergrund appelliert die Landesärztekammer Hessen eindringlich an die Politik, ihre Aktivitäten für eine ausreichende Ausstattung der medizinischen Einrichtungen und Versorgungsstrukturen – dies betrifft auch die ambulante Pflege und die Pflegeheime – mit geeigneter Schutzausrüstung weiter und maximal zu verstärken. Nur wenn alle Bereiche der medizinischen Versorgung ausreichend mit Schutzkleidung ausgestattet werden, können die Patienten sachgerecht versorgt, dadurch Infektionen und Klinikaufnahmen vermieden und das medizinische Personal geschützt werden.

Hierzu sind auch pragmatische Lösungen gefragt, um das Ziel einer guten Patientenversorgung mit effektiv geschütztem Personal zu erreichen. Verschiedene unkonventionelle Vorschläge und ressourcenschonende Maßnahmen (z. B. Aufbereitung von Atemschutzmasken, Abfüllung von Desinfektionsmitteln) müssen von (Genehmigungs-)Behörden für die

Zeit der Corona-Krise abweichend von den Regelwerken – unter der Voraussetzung einer weiterhin bestehenden hohen Sicherheit für Patienten und Personal – zugelassen werden, damit diese praxisnahen Lösungen in den Einrichtungen und Versorgungsstrukturen auch rechtssicher eingesetzt werden können.

Auf allen Ebenen müssen über den Schutz des Personals hinaus auch Wege gefunden werden, ärztliche/pflegerische Arbeitszeit von unnötigen Dokumentationen zu entlasten (siehe dazu auch die Forderung des Marburger Bundes [1]). Viele Ärzte im Ruhestand sind bereits dem Aufruf gefolgt und haben sich freiwillig für die Arbeit in Kliniken und Testcentern zur Verfügung gestellt. Das ist erfreulich, aber absehbar nicht genug.

In diesem Zusammenhang erscheint die Einführung eines Kurzarbeitergelds für Ärzte in bestimmten Versorgungsbereichen kurzfristig und kontraproduktiv. Stattdessen bedarf es der Akquise von Ärzten und Pflegekräften, beispielsweise aus den derzeit geschlossenen bzw. zurückgefahrenen medizinischen Einrichtungen, in der Rehabilitation oder auch im administrativen Bereich (z. B. MDK) für die Tätigkeit in der Patientenversorgung, beispielsweise in Akutkliniken, im ärztlichen Notdienst oder im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Aktuelle Informationen

Die Situation kann sich schnell verändern. Aktuelle Informationen finden Sie unter anderem auf unserer Website (www.laekh.de) sowie auf der Seite des Robert-Koch-Instituts (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Ausbrueche/respiratorisch/Pneumonien-China.html) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/vvhp7fg/>.



Anlage: Praxisnahe Beispiele zur Ressourcenschonung/zur Ressourcengewinnung bei Mangel an:

Atemschutzmasken (MNS, FFP2 und FFP3):

- Zunächst sei auf die Empfehlungen des RKI vom 13.03.2020 zu möglichen Maßnahmen zum ressourcenschonenden Einsatz von Mund-Nasen-Schutz (MNS) und FFP-Masken in Einrichtungen des Gesundheitswesens bei Lieferengpässen im Zusammenhang Covid-19 hingewiesen [2]. Verschiedene Institutionen und Publikationen haben sich mit der Frage der Wiederverwendung und der Wiederaufbereitung bzw. mit der Eigenproduktion dieser als Einmalprodukte zugelassenen Masken befasst.
- Wiederverwendung von Atemmasken: Der Marburger Bund hat auf seiner Internetseite eine entsprechende Anleitung zur Mehrfachverwendung von Mundschutz und Ablegen von Schutzkleidung eingestellt, basierend auf Vorarbeiten von PD Dr. Jahn-Mühl, (Agaplesion Hygiene) [3]
- Wiederaufbereitung von Atemmasken: Der Fachausschuss Prüfwesen der Österreichischen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (ÖGSV) hat eine Stellungnahme zur Aufbereitung von Einmal-Schutzmasken in der Corona-Krise erarbeitet und Verfahren vorgeschlagen [4], die in einem Erlass des Österreichischen Ministeriums für Arbeit Familie und Jugend für den Ausnahmefall der Corona-Pandemie akzeptiert wurden [5].
- Auch das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) hat sich mit der Frage der Wiederaufbereitung von Schutzmasken befasst [6] und verweist beispielsweise auf Tests

aus Holland [7]. Für Deutschland stellt die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua) fest, dass nur Masken mit Kennzeichnung FFP2 R D nach Herstellerangaben aufzubereiten sind, nicht Masken FFP2 NR D [8]. In der akuten Mangelsituation ist dies für die Anwender allerdings keine zufriedenstellende Verlautbarung.

- Selbsterstellung von Atemschutzmasken: Darüber hinaus wurden vielerorts auch Vorschläge zum Nähen von Atemschutzmasken veröffentlicht [9]. Solche nicht den gültigen Normen entsprechenden Maßnahmen, werden beispielsweise von den amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC) nach Einschätzung der Krisensituation als letzter Ausweg – dann möglichst mit Gesichtsschild – benannt [10, 11].

Hier fordert die Landesärztkammer Politik und Behörden auf, die Verfahren zu prüfen und rechtssicher für die Zeit der Corona-Krise zuzulassen, soweit noch nicht geschehen, damit den Einrichtungen, die diesen Weg für die Patientenversorgung und den Mitarbeiterschutz gehen müssen, kein Rechtsstreit ins Haus steht. Bereits existierende Ausnahmegenehmigungen müssen den Einrichtungen im Gesundheitswesen aktiv mitgeteilt werden.

Desinfektionsmittel

Die Landesärztkammer Hessen begrüßt, dass inzwischen verschiedene Betriebe Grundmaterialien für Desinfektionsmittel herstellen, die dann zu Desinfektionsmit-

tel weiterverarbeitet werden. Da nach Kenntnis der Kammer verschiedene Desinfektionsmittelhersteller wegen Mangel an Gefäßen und Behältnissen z. B. für Desinfektionsmittelspender nur noch Großgebilde abgeben, müssen fachlich und rechtlich akzeptierte Wege gefunden werden, die in medizinischen Einrichtungen, in Klinik und Praxis genutzten Flaschen (und Deckel) für Händedesinfektionsmittel und die Eimer für die Flächen-desinfektion mit Wipes zu sammeln, damit diese von den Desinfektionsmittelherstellern/Apotheken oder auch vor Ort aufbereitet und wieder befüllt werden können. Vorgeschlagen wird konkret, dass alle Mitarbeiter in der Patientenversorgung die leeren Kleingebilde inklusive Deckel sammeln, um diese später geordnet zu reinigen und anschließend nachzufüllen zu lassen.

Antibiotika

Die medizinischen Einrichtungen werden aufgefordert, ihre Antibiotic-Stewardship-Programme (ABS) zu intensivieren, damit insbesondere für die zu erwartenden bakteriellen Superinfektionen bei viralen Erkrankungen wirksame Antibiotika in ausreichender Menge zur Verfügung stehen.

Weiterführende Links zu Themen rund um die (Wieder-)Verwendung von Schutzkleidung, Nähanleitungen für Atemschutzmasken sowie Quellenangaben finden sich auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik Hessisches Ärzteblatt, Ausgabe 05/2020.

Vernetzung von Helfern und Hilfesuchenden: LÄKH unterstützt Web-Plattform

Die neue Online-Plattform „match4healthcare“ will berufsgruppenübergreifend und bundesweit einheitlich das Angebot der Helfenden mit dem Bedarf der Hilfesuchenden – ob Klinik, Arztpraxis, Rettungsdienst, Pflegedienst, Pflegeheim, Apotheke oder Gesundheitsamt – mit Hilfe eines automatischen Matching-Algorithmus vernetzen: vgl. auf Twitter @match4health_, auf Instagram @match4healthcare und auf Youtube <https://www.youtube.com/watch?v=zZwdMESJav0>. Die Landesärztkammer Hessen unterstützt dieses Projekt, das von einem interdisziplinären



Freiwilligenteam – von Medizin bis Informatik – im Zuge des Hackathons „Wir vs. Virus“ der Bundesregierung in 48 Stunden entwickelt wurde. Diese Initiative hat über 20.000 hilfsbereite Medizinstudierende und 166 Kliniken aus Deutschland und Österreich zusammengebracht sowie die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), die alle 93.000 deutsche Medizinstudierende repräsentiert. Unterstützt wird das Projekt ferner u. a. von der Bundesärztkammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Link: <https://match4healthcare.de/>. (red)



Weiterführende Links und Quellenangaben zum Artikel

Zum Mangel an ärztlichem und pflegerischen Personal und des Fehlens von Schutzausrüstung

Stellungnahme der Landesärztekammer Hessen vom 30. März 2020

- [1] <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/pressemitteilung/wir-koennen-es-uns-nicht-leisten-arbeitszeit-mit-unnoetiger>
- [2] https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ressourcen_schonen_Masken.pdf?__blob=publicationFile
- [3] <https://www.marburger-bund.de/anleitung-schutzkleidung>
- [4] https://oegsv.com/wp/wp-content/uploads/Stellungnahme-Aufbereitung-von-Einmalmasken_5.pdf
- [5] https://oegsv.com/wp/wp-content/uploads/Erlass_BMAFJ_-Wieder-aufbereitung_von_Schutzmasken_24.03.2020.pdf
- [6] <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Cloth-face-masks-in-case-shortage-surgical-masks-respirators2020-03-26.pdf>
- [7] https://www.rivm.nl/sites/default/files/2020-03/Hergebruik%20mondkapjes%20Informatie%20ENG_def.pdf
- [8] https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Biostoffe/FAQ-PSA/FAQ_node.html
- [9] Stadt Essen Nähanleitung für Mund-Nasen-Schutz:
https://www.krankenhaushygiene.de/ccUpload/upload/files/fw-essen/2020_03_Mund_Naesen_Schutz_Naehanleitung_FW_Essen.pdf
- [10] <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/face-masks.html>
- [11] <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirators-strategy/index.html>

„Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“

Ad-hoc-Empfehlung des Deutsche Ethikrates vom 27. März 2020

Vor dem Hintergrund der Corona-Krise hat der Deutsche Ethikrat am 27. März 2020 seine Ad-hoc-Empfehlung „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“ veröffentlicht. Darin werden die aktuell zur Eindämmung der Infektionen ergriffenen Maßnahmen zwar befürwortet, die Freiheitsbeschränkungen müssten jedoch kontinuierlich mit Blick auf die vielfältigen sozialen und ökonomischen Folgelasten geprüft und möglichst bald schrittweise gelockert werden.

Für diesen schwierigen Abwägungsprozess soll die Ad-hoc-Empfehlung ebenso ethische Orientierungshilfe leisten wie für die im Gesundheitssystem drohenden dramatischen Handlungs- und Entscheidungssituationen. Der ethische Kernkonflikt bestehe darin, dass ein dauerhaft hochwertiges, leistungsfähiges Gesundheitssystem gesichert werden müsse und zugleich schwerwiegende Nebenfolgen für Bevölkerung und Gesellschaft möglichst gering zu halten seien. Dies erfordere eine gerechte Abwägung konkurrierender moralischer Güter, die auch Grundprinzipien von Solidarität und Verantwortung einbeziehe und sorgfältig prüfe, in welchem Ausmaß und wie lange eine Gesellschaft starke Einschränkungen ihres Alltagslebens verkraften könne.

Gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Der Ethikrat möchte Politik und Gesellschaft dafür sensibilisieren, die verschiedenen Konfliktszenarien als normative Probleme zu verstehen. Ihre Lösung sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Es widerspräche dem Grundgedanken demokratischer Legitimation, politische Entscheidungen an die Wissenschaft zu delegieren und von ihr eindeutige Handlungsanweisungen für das politische System zu verlangen. Gerade schmerzhaft Entscheidungen müssten von den Organen getroffen werden, die hierfür durch das Volk mandatiert sind und dementsprechend auch in politischer Verantwortung stehen.

Triage-Situationen vermeiden

Als wesentlichen Orientierungspunkt für die nahe Zukunft bezeichnet der Deutsche Ethikrat die weitgehende Vermeidung von Triage-Situationen, in denen Ärzte zu entscheiden gezwungen wären, wer vorrangig intensivmedizinische Versorgung erhalten und wer nachrangig behandelt werden soll. „Der Staat darf menschliches Leben nicht bewerten und deshalb auch nicht vorschreiben, welches Leben in einer Konfliktsituation zu retten ist. Die Verantwortung, in solchen dilemmatischen Situationen katastrophaler Knappheit medizinischer Ressourcen über Leben und Tod zu entscheiden, sollte aber auch keinesfalls allein den einzelnen Ärztinnen und Ärzten aufgebürdet werden“, erklärt der Deutsche Ethikrat in der Ad-hoc-Empfehlung. Schon aus Gründen der Gleichbehandlung, aber auch um der allgemeinen Akzeptanz willen bedürfe es vielmehr weithin einheitlicher Handlungsmaximen für den klinischen Ernstfall nach wohlüberlegten, begründeten und transparenten Kriterien.

Infektionsschutzmaßnahmen ständig neu evaluieren

Zugleich gelte es, die aktuellen freiheitsbeschränkenden Infektionsschutzmaßnahmen fortlaufend kritisch zu evaluieren. Zwar muss auch aus Sicht des Deutschen Ethikrates dem Ziel, die Ausbreitung des Coronavirus erheblich zu verlangsamen, derzeit die größte Aufmerksamkeit gewidmet werden. Allerdings sei dabei auch jetzt schon die mittel- und langfristig bedeutsame Frage in den Blick zu nehmen, unter welchen Voraussetzungen und auf welche Weise eine geordnete Rückkehr zu einem einigermaßen „normalen“ gesellschaftlichen und privaten Leben sowie zu regulären wirtschaftlichen Aktivitäten erfolgen könne, um die ökonomischen, kulturellen, politischen und psychosozialen Schäden möglichst gering zu halten.

Empfehlungen

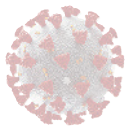
Konkret empfiehlt der Ethikrat für die nächste Zeit unter anderem folgende Einzelmaßnahmen:

- Weiteres Aufstocken und Stabilisieren der Kapazitäten des Gesundheitssystems.
- Einführung eines flächendeckenden Systems zur Erfassung und optimierten Nutzung von Intensivkapazitäten.
- Abbau bürokratischer Hürden und bessere Vernetzung im Gesundheitssystem und mit anderen relevanten Gesellschaftsbereichen.
- Weiterer Ausbau von Testkapazitäten.
- Weitere kontinuierliche Datensammlung zu individueller und Gruppenimmunität und zu Verläufen von Covid-19.
- Breite Förderung/Unterstützung von Forschung an Impfstoffen und Therapeutika sowie Vorbereitung von Förderstrukturen für deren massenhafte Produktion und Einführung.
- Unterstützung von interdisziplinärer Forschung zu sozialen, psychologischen und anderen Effekten der Maßnahmen im Rahmen der Covid-19-Pandemie.
- Entwicklung von effektiven und erträglichen Schutz- und Isolationsstrategien für Risikogruppen.
- Eine fundierte Strategie für die transparente und regelmäßige Kommunikation zu ergriffenen Maßnahmen und zur politischen Entscheidungsfindung im Zusammenhang mit Covid-19.
- Konkrete Berechnungen der zu erwartenden Kosten durch ergriffene Maßnahmen und Alternativszenarien.

Der vollständige Wortlaut der Ad-hoc-Empfehlung ist abrufbar unter <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>. Dieser QR-Code führt direkt dort hin.



Katja Möhrle



Das Land Hessen ist sehr gut aufgestellt

Covid-19-Strategie in unserem Bundesland

Kaum ein anderes Bundesland ist für die Corona-Krise besser aufgestellt als Hessen. Durch das „Hessische Rettungsdienstgesetz“ und das „Hessische Brand- und Katastrophenschutzgesetz“ sowie den dazugehörigen Verordnungen wurden wichtige Grundstrukturen geschaffen und weiterentwickelt, die jetzt zum Einsatz kommen. Für die Krankenhäuser existiert seit 2007 der „Krankenhaus Einsatzplan in Hessen“ als Neukonzeption von Notfallplanung und Risikomanagement in hessischen Krankenhäusern. Zum 1. Januar 2016 wurde durch das Hessische Ministerium des Innern der „Katastrophenschutz in Hessen“ neu konzipiert. Der Pandemieplan des Landes Hessen wurde 2007 vom Hessischen Sozialministerium unter Beteiligung von 88 Experten, darunter auch der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), erstellt.

Durch Initiative des Frankfurter Stadtgesundheitsamtes wurde bereits 2012 die schnelle Patientenzuweisung in die Krankenhäuser mittels IVENA (Interdisziplinärer Versorgungsnachweis) landesweit in Hessen als erstem Bundesland eingeführt. Aktuell in der Corona-Krise wurde unter Beteiligung von Anwendern innerhalb einer Woche ein Sonderlagenmodul Covid-19 integriert und seit dem 20. März 2020 kurzfristig freigeschaltet. Noch vor Ostern wurde dieses Sondermodul um das Register PSA (Persönliche Schutzausrüstung) erweitert.

Seit dem 13. März 2020 wurden bisher sechs „Verordnungen zur Bekämpfung des Corona-Virus“ durch die Hessische Landesregierung erlassen. Die drei Regie-

rungspräsidien in Kassel, Gießen und Darmstadt haben jeweils zwei Allgemeinverfügungen zu Ausnahmen vom Arbeitszeitgesetz veröffentlicht.

Neuer Planungsstab wegen der Corona-Pandemie

Wegen der Corona-Krise wurden für die Koordination und den Ausbau der Kapazitäten der medizinischen Versorgung der Planungsstab „Stationäre Versorgung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten“ beim Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) eingerichtet. Der Planungsstab entwickelt eine funktionierende Versorgungsstruktur, unterstützt und berät die Krankenhäuser und erarbeitet Handlungsoptionen zur Versorgung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten. Dazu wurden in jedem der sechs hessischen Versorgungsgebiete koordinierende Krankenhäuser benannt. Täglich werden aktuelle Lageberichte vom Krisenstab des Landes Hessen veröffentlicht. Durch das Verbot der elektiven Eingriffe in den hessischen Krankenhäusern sind etwa 10.500 Betten frei, hinzu kommen 600 Betten mit Beatmungsmöglichkeit und 400 Betten mit intensivmedizinischer Überwachung (Stand 01.01.2020).

Insgesamt stehen in Hessen 35.000 Krankenhausbetten zur Verfügung. Hinzukommen noch stationäre Behandlungskapazitäten in Rehabilitationseinrichtungen. Viele Kliniken haben die Zahl ihrer Intensiv- und Beatmungsbetten bereits erheblich gesteigert. Die Anzahl der Beatmungsgeräte von 1.400 in Hessen soll laut

HMSI innerhalb kurzer Zeit verdoppelt werden (alle Angaben laut HMSI).

In einem Spitzengespräch in Wiesbaden Anfang März haben sich das Land Hessen, die LÄKH und die Hessische Krankenhausgesellschaft mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) darauf verständigt, auch in Hessen zentrale Covid-19-Koordinierungszentren einzurichten. Dazu wurden von der KVH Zentralen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes zur Verfügung gestellt und mit Personal ausgestattet. „Für die Frage, ob Patienten im Testcenter getestet werden, gibt es nur zwei Entscheidungswege: Der Kontakt mit der 116 117 ergibt eine entsprechende Indikation oder das Gesundheitsamt schickt Patienten dorthin“, informiert die Website der KVH. Im März hat die KVH ein Ablauf-Diagramm und einen Corona-Leitfaden herausgegeben (mit dem Titel: „Ambulante Versorgung von Patienten mit manifester Covid-19-Erkrankung (Laborbestätigte oder klinisch gestellte Diagnose) – Hinweise zu Diagnostik, Therapie und Versorgungsmanagement“).

Die Leiter der Zentralen Notaufnahmen in Hessen haben sich bereits seit einigen Jahren zu einer Gruppe zusammengeschlossen, die mittlerweile über 50 Mitglieder hat (DGINA-Landesgruppe). Frühzeitig wurde hier begonnen, einen gemeinsamen Wissensspeicher aufzubauen, heute ein umfangreiches digitales Nachschlagewerk. Täglich werden von der Gruppe Informationen über stationäre hessische Covid-Kranke ausgetauscht. Zurzeit gibt es leider eine Knappheit von Schutzausrüstung, insbesondere FFP II- und FFP III-Masken sowie Desinfektionsmitteln. Seitens der Bundes- und Landesregierung wurde rasche Abhilfe versprochen.

Fazit:

Die ergriffenen Maßnahmen wirken!

Dr. med. Dipl.-Chem.

Paul Otto Nowak

Vorsitzender des Ausschusses Notfallversorgung und Katastrophenmedizin der LÄKH, Mitglied im Landesbeirat für den Rettungsdienst des HMSI

**Zahlen in Hessen bei Redaktionsschluss laut RKI (16.04.2020, 0:00 Uhr):
187 Todesfälle, 6.470 bestätigte Corona-Fälle, davon zur Zeit stationäre Patienten
sowie freie Betten (Quelle: IVENA Stand 16.04.2020, 11 Uhr):**

	Betten gesamt	Normalstation	Intensiv mit Beatmung	Intensiv ohne Beatmung
bestätigt	566	319	214	33
Verdacht	351	291	39	21
freie Betten	12.699	11.418	882*	399

* davon mit extrakorporaler Membranoxygenierung ECMO: 38 Betten



„Risikokommunikation ist ein entscheidendes Mittel zur Pandemiebekämpfung“

Interview mit dem Infektiologen und Leiter des Frankfurter Gesundheitsamtes Prof. Dr. med. René Gottschalk

Die Zahlen der Corona-Infizierten in Hessen und damit auch in Frankfurt steigen ständig. Bei dem Management der Krise steht das Gesundheitsamt in der ersten Reihe. Wie angespannt ist die Lage bei Ihnen, und wie kommen Sie mit Ihren Kapazitäten zurecht?

Prof. Dr. med. René Gottschalk: Die gute Nachricht zuerst: Wir sind ein großes Amt und kommen recht gut mit der Situation klar. Allerdings mussten wir dafür komplett auf Seuchenschutz umstellen. Doch alles andere – Schuleingangsuntersuchungen und vieles mehr – ist nicht mehr möglich. Wir versuchen zwar, für Notfälle weiter da zu sein und die humanitäre Sprechstunde aufrecht zu erhalten, aber mehr geht nicht. Denn natürlich sind die Anforderungen enorm hoch und wir arbeiten auch samstags und sonntags sowie über die Feiertage.

Welche Zuständigkeiten und Aufgaben hat das Gesundheitsamt Frankfurt bei der Krisenbewältigung? Wie sehen die Aufgaben der Amtsärzte aus?

Gottschalk: Positiv auf Corona getestete Menschen müssen über ihre Testergebnisse informiert werden und eine häusliche Isolationsverfügung ausgestellt bekommen. Diese 14-tägige Quarantäne, die auch für die Kontaktpersonen der Betroffenen gilt, muss vom Gesundheitsamt kontrolliert werden. Eine andere Hauptaufgabe ist das Fallmanagement. Hier sind weitere Amtsärztinnen und Amtsärzte eingebunden. Außerdem müssen wir Fragen beantworten, die von Arztpraxen und der Bevölkerung an uns gerichtet werden.

Wie stark ist das Gesundheitsamt Frankfurt in das Krisenmanagement auf Landes- und Bundesebene eingebunden?

Gottschalk: Das ist von der Lage abhängig. Wir stehen in engem Austausch mit dem Krisenstab des Landes Hessen und sind täglich, entweder telefonisch oder



Foto: © Gesundheitsamt Frankfurt, Charles Schrader

Prof. Dr. med. René Gottschalk, Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main und Infektiologe an der dortigen Universitätsklinik.

per Videokonferenz, in Kontakt. In den Krisenstab des Bundes sind wir allerdings nicht mehr eingebunden, weil dieser ganz andere Strukturen aufgebaut hat.

In Hessen gibt es 25 Gesundheitsämter bzw. Kreisausschüsse Gesundheit, die jeweils für eine Kommune oder einen Kreis zuständig sind. Wie funktionieren Vernetzung und der Informationsaustausch zwischen den Ämtern in der Corona-Pandemie?

Gottschalk: Die Gesundheitsämter sind dem Krisenstab des Landes Hessen untergeordnete Funktionseinheiten. Alle stehen miteinander in regelmäßigem Kontakt, ob per Telefon oder E-Mail. Der Austausch ist rege und problemlos.

Welche Rolle und Aufgaben haben Sie, Herr Professor Gottschalk, ggf. über die Leitung des Gesundheitsamtes Frankfurt hinaus?

Gottschalk: Wegen der derzeitigen Fokussierung auf den Seuchenschutz ist meine Rolle als Leiter des Gesundheitsamtes

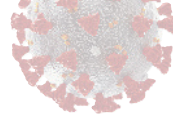
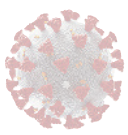
schwierig. Ich sehe mich aktuell als Vermittler zwischen den Ansprüchen der Politik und dem, was das Land leisten kann und muss. Gemeinsam mit meinen Mitarbeitern entwickle ich Strategien, um adäquat auf die sich ständig verändernde Situation reagieren können. Für andere Baustellen bleibt gar keine Zeit.

Information und Beratung von Fachleuten und Bevölkerung haben einen hohen Stellenwert in der aktuellen Krise. Wie stark werden die Hotline des Gesundheitsamtes und Ihre fachliche Expertise in Anspruch genommen?

Gottschalk: In der Krise ist die Risikokommunikation ein entscheidendes Mittel zur Pandemiebekämpfung. Unsere stark frequentierte Hotline haben wir schon vor geraumer Zeit eingerichtet; sie ist in die hessenweite Hotline integriert. Inzwischen stecken auch keine verzweifelten Anrufer mehr in der Besetztstrecke fest, sondern kommen schnell durch. Dem riesigen Arbeitsanfall geschuldet, versuchen meine Mitarbeiter und ich dagegen die Pressearbeit herunterzufahren. Sie ist unter diesen Umständen kaum mehr zu leisten. Ich bedaure dies sehr, denn je mehr sich deeskalierende Fachleute aus der öffentlichen Diskussion zurückziehen, desto eher kommen Leute zum Zug, die auf Panikmache setzen.

Um eine effiziente Versorgung von mit dem neuartigen Corona-Virus Infizierten in Hessen zu gewährleisten, wurden flächendeckend an ausgewählten Standorten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes zentrale Untersuchungsstellen eingerichtet, um dort – bei begründetem ärztlichen Verdacht – gebündelt Tests auf SARS-CoV-2 durchführen zu können. Wie ist das Gesundheitsamt hier eingebunden?

Gottschalk: Wie eingangs erwähnt, ist es Aufgabe des Gesundheitsamtes, Men-



sehen, die positiv auf das Corona-Virus getestet wurden, zu benachrichtigen und unter Quarantäne zu stellen. Wenn Menschen positiv auf Corona getestet werden, müssen wir außerdem die Kontaktpersonen des Infizierten ermitteln und sicherstellen, dass auch diese getestet werden und die 14-tägige häusliche Quarantäne einhalten. Bei ständig steigenden Infektionszahlen ist das eine riesige Herausforderung, so dass wir diesen Aufgabenbereich mit maximal vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausgestattet haben.

Wie gehen Sie in Frankfurt mit besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen – Asylsuchende, ältere und alleinlebende Menschen, Drogenabhängige, Obdachlose – um?

Gottschalk: Sie haben Recht: Bei diesen Menschen handelt es sich um hochgradig gefährdete Gruppen. Oft ist es, beispielsweise bei Drogenabhängigen oder Obdachlosen, schwer bis unmöglich, Quarantäne durchzusetzen. Wo auch? Um diese Probleme zu lösen, wurde in Frankfurt ein Verwaltungsstab hochgefahren, dem unter anderem das Sozialamt angehört.

Welche besonderen Herausforderungen ergeben sich in Hessen durch den Flughafen?

Gottschalk: Obwohl die Zahl der Flüge deutlich zusammengestrichen worden ist, landen auf dem Frankfurter Flughafen immer noch Flieger aus Risikogebieten wie China, Italien, Frankreich oder Spanien. Für sie gelten ausschließlich in Hessen besondere Auflagen. Außerdem kommen bei uns in Frankfurt bedauerlicherweise fast alle der vom Auswärtigen Amt organisierten Rückholflüge an. Bedauerlich deshalb, weil wir dann auch für die Verhängung der 14-tägigen Quarantäne zuständig sind, die in Hessen – leider nicht in anderen Bundesländern – für die zurückgekehrten Passagiere gilt (Stand 3. April 2020). Das ist ein erheblicher logistischer Aufwand, denn wir müssen für jeden Betroffenen namentlich eine Quarantäne-Verfügung ausstellen, da es sich um einen Eingriff in die Grundrechte handelt. Und selbstverständlich muss auch hier die Quarantäne überwacht werden. Passagiere, die nach der Landung respiratorische Probleme haben, kommen in Frankfurter

Krankenhäusern auf Station. Daher müssten die Rückholflüge meiner Auffassung nach eigentlich auf ganz Deutschland verteilt werden.

Überall im Gesundheitswesen fehlt es an Schutzkleidung. Sind Amtsärzte damit ausreichend ausgestattet?

Gottschalk: Wir haben im Jahr 2005 einen Pandemieplan für Grippe verfasst und diesen 2012 aktualisiert. Jetzt habe ich mit meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen ganz neuen Pandemieplan geschrieben, der, wie die beiden anderen, selbstverständlich auch ausreichende Schutzkleidung berücksichtigt. Wir müssen im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) über einen Fundus an Schutzkleidung verfügen und ja, wir haben einen solchen Fundus. Im Frankfurter Gesundheitsamt herrscht Maskenpflicht.

Derzeit wird über eine mögliche Lockerung der Einschränkungen im privaten und öffentlichen Bereich diskutiert. Ist ein damit möglicherweise verbundener steiler Anstieg der Infektionszahlen für die Einrichtungen des Gesundheitswesens in Frankfurt zu verkräften?

Gottschalk: Frankfurt steht sehr, sehr gut da. Wenn man in Ivena eHealth (webbasierter Interdisziplinärer Versorgungshin-

weis) reinschaut, sieht man viel Grün, d. h. freie Bettenkapazitäten. So grün war Frankfurt schon lange nicht mehr. Allerdings gilt dies für die aktuelle Situation (Stand 3. April 2020). Man darf die jetzt geltenden Einschränkungen keinesfalls mit der Brechstange wieder aufheben. Dies muss mit Augenmaß und unbedingt der epidemiologischen Lage angepasst geschehen. An solchen Szenarien arbeitet die hessische Landesregierung gerade.

Was muss sich aus Ihrer Sicht mit Blick auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst ändern, wenn die Corona-Krise irgendwann vorbei ist?

Gottschalk: Momentan schreien alle nach dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Dieser sollte endlich wieder die Stellung zugewiesen bekommen, die er verdient! Das bedeutet auch, dass die Verknappung der Mittel zurückgefahren werden muss! Dabei nehme ich das Gesundheitsamt Frankfurt allerdings explizit aus, denn wir werden von der Stadt unterstützt und sind gut aufgestellt. Insgesamt bedarf der ÖGD aber dringend einer Aufwertung, um auch in Zukunft qualifiziert arbeiten zu können.

Interview: Katja Möhrle



Der Medizinische Dienst der Fraport AG am Frankfurter Flughafen ist als Außenstelle des Gesundheitsamtes der Stadt Frankfurt am Main ein wichtiges Mitglied der Infektabwehr. Hier wird die Notfallambulanz („Flughafenklinik“) und das International Vaccination Center (reisemedizinische Impfabambulanz) betrieben und zusammen mit dem Fraport-Rettungsdienst die notärztliche Versorgung am Airport sichergestellt. Das Foto zeigt das Medical Center, in dem die Notfallambulanz gemeinsam mit der Fraport-Arbeitsmedizin ansässig ist.

Praxisalltag in Corona-Zeiten:

„Wenn die Wissenschaftler keinen Impfstoff entwickeln, erledigen das die Eltern“



Foto: © Maurizio Milanese - stock.adobe.com

„Keinesfalls die Vorsorgeuntersuchungen vernachlässigen!“

„Es ist relativ ruhig bei uns“, beschreibt Barbara Mühlfeld die Lage Anfang April in der kinderärztlichen Gemeinschaftspraxis in der Bad Homburger Innenstadt. Viele Untersuchungen, insbesondere die U-Vorsorgeuntersuchungen, fänden derzeit nicht statt, weil Eltern diese von selbst absagen oder gar nicht erscheinen. Dennoch haben sie und ihre Kolleginnen und Kollegen die Praxisorganisation auf die aktuelle Situation anpassen müssen. „Infektiöse Kinder behandeln wir zeitlich und räumlich voneinander getrennt, um die Ansteckungsgefahr so gering wie möglich zu halten.“ Gerne würde Mühlfeld



Foto: Bernd Hartung

Barbara Mühlfeld, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, in ihrer Bad Homburger Gemeinschaftspraxis.

Corona-Testungen vornehmen, um die Zentren in Frankfurt und Umgebung zu entlasten. „Leider fehlt uns dafür die entsprechende Ausrüstung von der Kassenärztlichen Vereinigung und das, was wir an Schutzkleidung haben, reicht gerade so aus, um die Infektions-

sprechstunde einigermaßen leisten zu können“, berichtet Mühlfeld und ergänzt, dass die Schutzkleidung auch in ihrer Praxis mehrfach genutzt werden müsse.

Die Praxis betreut bislang eine Familie mit bestätigtem Corona-Virus telefonisch sowie eine Familie mit Verdacht darauf. Die Erkrankung sei für Kinder bisher unproblematisch, schwerer wiegen nach Mühlfelds Wahrnehmung die sozialen Einschränkungen wie das Kontaktverbot zu den Großeltern, um diese vor einer Ansteckung zu bewahren.

Um Patienten wie auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu schützen, wurden in der Praxis entsprechende Maßnahmen getroffen, etwa Markierungen angebracht, um die Mindestabstände wahren zu können. Auch wurde der Empfangsbereich mit Plexiglas ausgestattet. „Wir sind eine relativ große Praxis und viele Mitarbeiterinnen haben selbst Kinder, die aufgrund von Kita- und Schulschließungen nun zu Hause betreut werden müssen. Daher arbeiten wir gerade in geringerer Besetzung als normal.“ Bisher funktioniere dies gut, wie es in den nächsten Wochen aussehe, müsse sich jedoch erst zeigen.

Auf keinen Fall sollten Familien jetzt allerdings Impf- und Vorsorgetermine bei Säuglingen und kleinen Kindern vernachlässigen. „Es wäre fatal, wenn aus Angst vor einer Ansteckung mit Corona Impf-

gen gegen Keuchhusten oder Pneumokokken jetzt nicht wahrgenommen würden“, appelliert Mühlfeld. Auch Kinder, die eine dauerhafte Therapie benötigen, kämen weiter in die Praxis. „Wir haben die Beratung über E-Mail, Telefon und auch Videosprechstunde ausgeweitet und die Eltern nehmen das dankbar an: Zum Beispiel bei Hauterkrankungen wird dies bereits häufig genutzt.“

Als große Herausforderungen bewertet Mühlfeld die drastischen Einschränkungen von Familien in ihrer Freiheit. „Bereits Eltern, die gut aufgestellt sind und wo es gut Zuhause läuft, stoßen an ihre Grenzen.“ Nicht umsonst gebe es den Spruch: „Wenn die Wissenschaftler keinen Impfstoff entwickeln, erledigen das die Eltern.“ Was die derzeitige Lage erst für Familien bedeutet, die in irgendeiner Form vorbelastet sind, kann man sich leicht denken“, so Mühlfeld. Es sei kein Geheimnis, dass es in bereits problembehafteten Familien in solchen Zeiten vermehrt zu häuslicher Gewalt komme. Familien sollten sich so früh wie möglich Hilfe holen, wenn sie merken, dass ihnen die Situation über den Kopf wachse. Auch Nachbarn seien hier gefordert. „Für alle Eltern – und insbesondere für diejenigen mit noch sehr kleinen Kindern – ist diese Situation ein absoluter Ausnahmezustand, für die ich den größten Respekt entgegenbringe.“

Als eine sinnvolle zusätzliche Maßnahme, um die Weiterverbreitung von Covid-19 zu reduzieren, sieht Mühlfeld das Tragen eines selbstgenähten Mund-Nasen-Schutzes, wie es derzeit auch von einigen Politikern in der Öffentlichkeit und auch vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte empfohlen wird. „Es gibt voraussichtlich immer mehr symptomlose Träger des Virus und durch das Tragen eines solchen Schutzes kann die Verteilung von Tröpfchen zumindest reduziert werden.“

Maren Grikscheit

Leere Wartezimmer

Aus Furcht vor Corona-Ansteckung meiden viele Patienten gerade die Facharztpraxen



Dr. med. Michael Weidenfeld

Der Hinweis steht seit 23. März auf der Homepage: „Durch die Coronavirus-Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen zur Infektionsprävention ist das medizinische Angebot der Medicum-Praxen zum Teil erheblich reduziert.“

Normalerweise können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des großen Wiesbadener Facharztzentrums über mangelnde Arbeit nicht klagen. Doch wie fast überall im Land hat das Virus auch ihren Alltag massiv geändert. Einige Praxen, darunter auch die Urologische Praxis, haben Kurzarbeit für ihre Medizinischen Fachangestellten und auch angestellten Ärzte angemeldet, um den wirtschaftlichen Schaden zu verringern (Stand: Mitte April 2020). „Wir vier Gesellschafter halten den Betrieb jetzt aufrecht und holen uns je nach Bedarf Personal hinzu“, sagt der Urologe Dr. med. Michael Weidenfeld und erläutert den Hauptgrund dafür: „Die Bevölkerung hält sich sehr strikt an das Kontaktverbot.“

In den Medicum-Praxen wurden die Stühle in den Wartebereichen reduziert, Abstände vergrößert, Trennscheiben am Empfang aufgebaut zum Schutz der Angestellten und der Patienten.

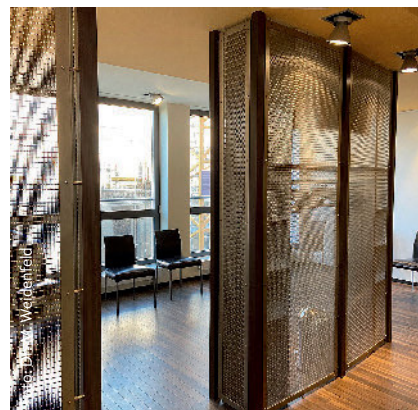
Die Praxis mit einer Filiale in Bad Schwalbach bietet das gesamte urologische Spektrum an – inklusive ambulante Operationen. Jetzt finden nahezu ausschließlich die chronisch Kranken und Tumorpatienten den Weg in die reduzierten Sprechstunden, in denen strikt das Abstandsgebot eingehalten wird. Und die Notfälle – auch sie nach telefonischer Anmeldung – werden weiter versorgt. Jedoch ist der Wunsch nach Vorsorge und elektiven Eingriffen so gut wie völlig zum Erliegen gekommen.

„Die Umsätze sind um gut die Hälfte eingebrochen“, sagt der Urologe im Ge-

spräch, das er mit dem Hessischen Ärzteblatt in der ersten Aprilwoche führte. Was für ein Rollenwechsel durch Corona: „Eigentlich sind wir niedergelassenen Ärzte die Speerspitze in der Gesundheitsversorgung. Leere Wartezimmer habe ich in den vergangenen 20 Jahren noch nicht erlebt.“ Noch, sagt der Wiesbadener Arzt, halte sich der wirtschaftliche Schaden in Grenzen – und sei nicht annähernd so hoch wie der des kleinen Einzelhändlers oder Gastronomen um die Ecke. Für die chirurgischen Kollegen sei die Situation allerdings schon ein Desaster. „Die dürfen aktuell nichts machen, der OP ist stillgelegt.“ Unterdes laufen die Kosten weiter für Miete, Strom, Personal, Putzdienst, Versicherungen.

Die eine oder andere schlaflose Nacht würden jene Kollegen verbringen, die gerade erst eine Praxis eröffnet haben und jetzt diese Krise erleben. „Die müssen ja ihre Kredite abzahlen.“

Das Medicum ist eines von vielen fachärztlichen Versorgern in Hessen, in denen die Wartezimmer wegen der Corona-Krise ungewöhnlich häufig leer bleiben. Wie viele es sind, ist nicht zu beziffern. Der Bundesanstalt für Arbeit liegen keine Zahlen über Kurzarbeit in der Gesundheitsbranche vor. Es ist die Furcht vor dem Ansteckungsrisiko, die die Menschen dazu bringt, Vorsorgetermine abzusagen, die Leistenhoden-OP des Sohnes oder die eigene Leistenhernien-Operation zu ver-



Blick ins Wartezimmer der Wiesbadener Praxis.



Das Praxisteam arbeitet hinter Plexiglas. Nachschub an geeigneten Atemschutzmasken wird auch hier dringend erwartet.

schieben. Kein Grund zur Panik, sagt Weidenfeld. Aufgeschoben heißt ja nicht aufgehoben: „Ich bin optimistisch, dass sich das nach Ostern reguliert.“

Auch die gesundheitlichen Folgen für seine Patienten, meint der Urologe, seien aktuell noch überschaubar. Wem es richtig schlecht geht, wer seine notwendige Therapie braucht, der melde sich und komme. Mehr Sorgen machen Weidenfeld die Menschen, die jetzt womöglich bei ersten Symptomen aus Angst vor Ansteckung zum Beispiel den Gang zum Kardiologen scheuen.

Fehlende Schutzausrüstung ist auch im Medicum ein großes Thema. „Besonders problematisch für uns wird es, wenn demnächst die Routine-Hausbesuche in den Wiesbadener Pflegeheimen anstehen, um die Katheter der Bewohner zu wechseln.“ Einfache Masken, sagt Weidenfeld, hat er noch genug. Nicht aber den erforderlichen Schutzanzug. „Das ist eine Riesenkatastrophe für die Heime.“ Deren Versorgung mit Schutzkleidung sei mangelhaft. Auch fragt sich der Arzt, wo die privaten Krankenkassen in dieser Krise bleiben: „Alle Welt bemüht sich im Kampf gegen das Corona-Virus, nur von denen hört man nichts.“

Das Gespräch mit dem Hessischen Ärzteblatt findet in einer Zwischenphase statt. Noch sind die Fachärzte im Medicum weniger gefragt als normalerweise. Doch das könnte sich ändern, wenn das Virus die Kolleginnen und Kollegen an den Krankenhäusern an ihre Grenzen bringt und darüber hinaus. Sollte Unterstützung notwendig sein, können sie selbstverständlich mit Unterstützung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte rechnen, sagt Weidenfeld.

Jutta Rippegather

Corona und Medea:

COVID-19 und sonst nichts mehr? – Intelligente Nutzung medizinischer Ressourcen

Die Covid-Pandemie verändert das gesellschaftliche Leben und unser Gesundheitswesen in atemberaubendem Tempo. Häufung, Schwere und Letalität des Krankheitsverlaufes haben die Gesundheitssysteme in Italien, in Spanien, im Elsass und anderswo ausgehebelt oder an die Grenze gebracht. Katastrophenmedizin und Triage sind dort an der Tagesordnung, für unser Gesundheitssystem bisher unvorstellbar.

Gesundheitspolitische Fehler der Vergangenheit werden im Eiltempo revidiert. Die persönliche Bewegungsfreiheit wird eingeschränkt, Kliniken und Intensivstationen werden fitgemacht für die im schlechtesten Fall massenhaft anfallenden Covid-Patienten mit Lungenversagen und mit Herzversagen. Kliniken fokussieren sich auf Covid-Patienten, Routineeingriffe werden aufgeschoben. Im ambulanten Bereich wird mit Abstrichen diagnostiziert. Teststreifen und Schutzkleidung fehlen.

Was machen die Patienten? Sie gehen gar nicht mehr zum Arzt und schon gar nicht in die Klinik. Für viele Patienten ist das kein Nachteil, wenn die vierteljährliche oder jährliche „Kontrolle“ ausfällt. Für eine nicht unerhebliche Zahl von Patientinnen und Patienten ist das allerdings fatal.

Und was macht Medea? Die von der Deutschen Herzstiftung geförderte Medea-Studie (Munich Examination of Delay in Patients Experiencing Acute Myocardial Infarction) zeigt genau dies. Der fehlende Arztbesuch und der fehlende Klinikaufenthalt können sich fatal auswirken. Frauen über 65 Jahre verzögerten den Notruf bei Herzinfarkt auf über vier Stunden (Medea-Studie Am J Cardiol 2017 Dec 15;120). Dieses Verhalten könnte durch die Furcht vor einer Covid-Infektion verstärkt werden.

Diagnosen aus dem Bereich Herz-Kreislauf führen bei der Häufigkeit der Aufnahme im Krankenhaus und führen auch mit ca. 47.000 Todesfällen durch Herzinfarkt und insgesamt ca. 345.000 Todesfällen durch Herz-Kreislauferkrankungen wie Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen und Lungenembolie. Sie müssen also neben allen Covid-Patienten weiterhin rasch und sicher diagnostiziert und behandelt werden.

Sinnvoll erscheint daher eine Doppelstrategie mit Versorgung von Covid-Patienten und mit Herz-Kreislauf-Patienten in unterschiedlichen Krankenhäusern. Den Patienten kann so die Angst vor einer Untersuchung und einem Klinikaufenthalt genom-

men sowie eine rechtzeitige Diagnose und Therapie sichergestellt werden. Das Konzept greift nicht mehr, wenn auch unser Gesundheitssystem an seine Grenzen kommt und alle Beatmungsplätze für Covid-Patienten gebraucht werden.

Häufung der Erkrankung und Medea-Daten sprechen neben einer ausreichenden Versorgung von Covid-Patienten für eine jederzeitige Sicherstellung der Versorgung von akuten Herz-Kreislauferkrankungen.

Dr. med.
Wolf Andreas Fach
Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer
Hessen,
Berufsverband
Deutscher
Internisten e. V.,
Vorsitzender Landesverband Hessen



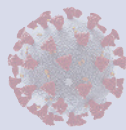
Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Verlässliche Informationen zum Coronavirus für Patienten des ÄZQ im Internet: www.patienten-information.de

Im Internet gibt es eine Hülle und Fülle von Informationen zum neuartigen Coronavirus und zur Erkrankung Covid-19. Doch nicht alle sind ausgewogen und qualitätsgesichert. Darüber hinaus grassieren viele Falschmeldungen. Daher möchte das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) Bürgerinnen und Bürger unterstützen, verlässliche und verständliche Informationen zum aktuellen Thema zu finden. Es verweist unter www.patienten-information.de/kurzinformationen/coronavirus auf aktuelle und seriöse Informationen zum Coronavirus. Es findet sich u. a. eine Linksammlung zu Organisationen, Einrichtungen oder externen Webseiten, welche seriöse Informationen zum Coronavirus bereitstellen. So verweist das ÄZQ zum Beispiel auf Initiativen, die sich zur Aufgabe gemacht ha-

ben, Fake-News zu entlarven oder Gerüchte aus den Medien zu überprüfen. Besonders wichtig sind vertrauenswürdige und verständliche Gesundheitsinformationen zum Coronavirus, unter anderem für Menschen mit chronischen Krankheiten oder geringen Deutschkenntnissen, oder in Leichter Sprache. Daher sind auch Angebote zu bestimmten Erkrankungen, wie Krebs oder Diabetes, oder in Fremdsprachen in der Informationssammlung zu finden. Diese wird regelmäßig ergänzt und aktualisiert.

Patienten-Information.de ist ein gemeinsames Portal von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV). Seit 20 Jahren betreut das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) die Webseite. (red)



Wo bleibt der gesunde Menschenverstand?

Beobachtungen während der Corona-Pandemie

Bereits Anfangs des 20. Jahrhunderts wurde von Albert Einstein der Satz „Der Hauptgrund für Stress ist der tägliche Kontakt mit Idioten“ geprägt.

Betrachtet man in der „Corona-Zeit“ die Menschen, wird dies täglich von vielen bestätigt. Die Deutschen hamstern Kloppier, die Franzosen Rotwein und Kondome, die Italiener Nudeln und Wein, die Niederländer „Tütchen“ mit Rauschmitteln, die Türken Raki und „Kolonya“ (eine Art 4711 mit hohem Alkoholgehalt), die Schotten Whiskey, die Skandinavier Paracetamol und Insulin, die Bulgaren Zitrusfrüchte, die Griechen Oliven und Ouzo und die Bürger aus dem Land des allmächtigen und allwissenden Trumps? Medikamente und Waffen!

Die Menschen raffen alles zusammen und nehmen auf andere keine Rücksicht, obwohl reichlich Nachschub nachfließt, aber erst etwas später geliefert wird. So kommt es zu einer vorübergehenden künstlichen Verknappung in Deutschland. Aus Krankenhäusern werden Desinfektionsmittel, Schutzmasken und Schutzmittel gestohlen. So geraten gerade die fleißigen Helferinnen und Helfer selber in Not, weil sie sich nicht mehr ausreichend bei der Ausübung ihrer Tätigkeit schützen können. Dabei reichen doch im normalen Haushalt Wasser und Seife sowie die Einhaltung der Hygiene vollkommen aus.

Autofahrer, alleine in ihrem Auto sitzend, tragen eine Atemschutzmaske. In der Öffentlichkeit ist dann der Schutz unterhalb der Nase positioniert. Mit den getragenen Schutzhandschuhen wird einfach alles angefasst, sowohl Lebensmittel und Geld als auch die Klinke der Toilettentür.

Die meisten öffentlichen Verwaltungen sind für den Besucherverkehr geschlossen und die Mitarbeiter haben ein Einzelbüro. Wegen einer chronischen Erkrankung begreifen sie jedoch eine Freistellung von ihrer Arbeit. Mittlerweile können Mitarbeiter vom Home-Office aus ihre Tätigkeit erledigen. Auch hier wird gegen den ge-

sunden Menschenverstand der Wunsch nach Arbeitsbefreiung aufgrund der schweren Krankheit geäußert.

Unverständlich und geradezu kriminell handelte der nach einem Skiurlaub im Kriesegebiet positiv getestete, aber symptomfreie Inhaber einer kleinen Firma, der weiterarbeitete und seine Mitarbeiter infizierte. Dabei kam es bei zwei chronisch-vorgeschädigten Risikopersonen zu massiven Gesundheitsproblemen und auch an seine Kunden wurde das Virus weitergegeben. In den öffentlich-rechtlichen Fernsehprogrammen werden Chefärzte gezeigt, die mit ihren bloßen Händen den Desinfektionsmittelspender und in gleicher Weise den Türöffner bedienen, wobei jeder Medizinstudent das richtig mit den Ellenbogen macht. Oder der Hausarzt aus Norddeutschland, der extra einen Corona-Container vor seiner Praxis eingerichtet hat, aber dann mit dem kontaminierten Schutzkittel ohne weitere hygienische Maßnahmen nach dem Abstrich in die naheliegende Apotheke läuft, um ein Rezept für seinen Patienten einzulösen. Glücklicherweise waren das keine hessischen Ärzte.

Die Bundeskanzlerin Angela Merkel sowie die Ministerpräsidenten haben das einzig Richtige gemacht: Verhängung der (persönlichen) sozialen Isolation, zwar in unterschiedlicher Ausprägung in den einzelnen Ländern, aber mit gleichen Effekten. Wie man aus der Geschichte weiß, werden immer wieder ganze Völker mit Maßnahmen sanktioniert, nur weil es immer wieder Unbelehrbare gibt. Genauso jene Personen, die jetzt vor Gericht ziehen, weil sie sich in ihrer persönlichen Freiheit eingeschränkt fühlen, weil sie beispielsweise nicht ihren Geburtstag im großen Kreis feiern können.

Schauen wir uns doch in der Welt um: Wir stehen in Deutschland noch sehr gut da. Gerade Italien ist der Hotspot in Europa mit über 110.000 Erkrankten, ca. 12.000 Corona-Toten (durch oder mit Corona),

darunter 63 Ärztinnen und Ärzte (Stand: 01.04.2020). Wir können stolz auf unser Gesundheitswesen sein, das auf die Pandemie gut vorbereitet ist und zurzeit sogar dem Ausland helfen kann.

Und was können die Bürgerinnen und Bürger machen? Weiterhin Ruhe bewahren, zuhause bleiben, unnötige Kontakte meiden, persönliche Basishygiene insbesondere mit der richtigen Händewaschung beachten. FFP II- und FFP III-Masken sowie Desinfektionsmittel sollten wegen der Knappheit einzig den medizinischen und sonstigen Einsatzkräften vorbehalten bleiben, da diese direkten Umgang mit Infizierten haben. Für Bürgerinnen und Bürger ist sicherlich ein selbst genährter Mundschutz besser als gar kein Schutz, insbesondere wenn sie selber Erreger verbreiten.

Glücklicherweise hält sich die Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger an die staatlichen Vorgaben. Durch die sehr zuverlässigen und fleißigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den systemrelevanten Berufen wird das Überleben unserer Gesellschaft gesichert.

Hören Sie auf Ihren gesunden Menschenverstand und bleiben Sie gesund!

Dr. med. Dipl.-Chem.

Paul Otto Nowak

Facharzt für
Arbeitsmedizin,
Flugmedizin,
Facharzt für Innere
Medizin,
Notfallmedizin,
Vorsitzender
der Bezirksärztekammer Marburg



Foto: Peter Beckmann

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

Der plötzliche Sinneswandel in „Corona-Zeiten“

Junge Ärztinnen und Ärzte fordern mehr Weiterbildung



Foto: © Robert Kneschke – stock.adobe.com

Junge Ärztin in Weiterbildung in der Notaufnahme.

Die Corona-Welle rollt auf uns zu. Im Gegensatz zu Italien hat Deutschland zum Glück ausreichend Zeit, um die Krankenhäuser darauf vorzubereiten. Diese Vorbereitungszeit wird je nach Haus früher oder später, aber im Großen und Ganzen recht konsequent genutzt. Szenarien wurden durchgespielt, Notfallpläne erstellt, neue Dienstpläne ausgearbeitet. Immer mehr wird über den Krankheitsablauf bekannt, insbesondere die oft rasch einsetzende Hypoxämie mit der Notwendigkeit der zügigen und sicheren Intubation und Narkoseeinleitung. Am besten als Rapid Sequen-

ce Induction ohne Bebeuteln, da die Gefahr der Aerosolbildung zu hoch ist und die dafür nötige Schutzausrüstung in fast keinem Haus verfügbar ist. Beim weiteren Durchspielen der Szenarien wurde aber schnell klar: Wer unter den diensthabenden Ärztinnen und Ärzten kann das? Wer kann überhaupt ein Beatmungsgerät bedienen? Rasch zeigte sich, dass das außer ein paar sehr erfahrenen Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) eigentlich keiner beherrscht. Schnell wurden, wie in vielen deutschen Kliniken, Beatmungs-Crashkurse eingeleitet, den ÄiW die Durchführung einer Intubation und Narkoseeinleitung in kurzen und groben Zügen erklärt.

Traurigerweise ist das ein Zustand, den wir Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung uns im Alltag meistens nur wünschen können. Viele von uns verbringen die Zeit unserer WEITERBILDUNG damit, die Stationen und Notaufnahmen zu besetzen und dank Kosten- und Zeitdruck so viele Patienten wie möglich aufzunehmen und zu entlassen, am besten ohne zu meckern („die Generation Y ist ja faul“) und ohne Überstunden.

Die Zeit für die eigentliche Weiterbildung ist längst wegrationalisiert. Häufig genug zählen essenzielle Kurse wie der Intensivmedizinkurs oder ein Sonographiekurs nicht mehr zum Pflichtprogramm und müssen aus eigener Tasche und in der Freizeit absolviert werden. Gerade in chirurgischen Fächern ist es oft der völligen Willkür des ausbildenden Arztes überlassen was ein Assistenzarzt lernt und was nicht. Jeder von uns kennt Kollegen, die die Facharztprüfung ablegen, ohne den Großteil des Weiterbildungskatalogs absolviert zu haben, geschweige denn, zu beherrschen. Daher wäre es wünschenswert, wenn diese Krise auch als Weckruf dient. Weg von dem Zusammensparen eines systemrelevanten Gebiets, hin zu mehr Qualität im Gesundheitswesen. Weg von der Individualität der Ausbildung, hin zu einer einheitlichen und fundierten Ausbildung aller Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Weg von der „Kopf einziehen und nichts sagen, sonst unterschreibt der Chefarzt mir den Weiterbildungskatalog nicht“-Mentalität. Denn gerade jetzt in der Krise fällt auf: Ohne gut ausgebildetes Personal geht es nicht.

Dr. med. Johannes Patze

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärztinnen & Ärzte“

Mit der Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“ möchten wir Ihnen – Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung & Medizinstudierenden – eine Plattform für Gedankenaustausch und Informationen bieten. Schicken Sie Ihre Texte bitte per E-Mail an: katja.moehrle@laekh.de

Zum Autor: Dr. med. Johannes Patze (30) ist Mitglied im Netzwerk „Junge Ärzte“ im Marburger Bund, das sich für bessere Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung einsetzt. Er hat in Marburg Medizin studiert. Nun absolviert er eine Weiterbildung in Innerer Medizin in Frankfurt/Main. Kontakt per E-Mail: jopatze@gmx.de.

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

Ösophaguskarzinome

VNR: 2760602020162220005

Dr. med. Jens Wetzka, Prof. Dr. med. Andrea May

Das Ösophaguskarzinom liegt mit 456.000 Neuerkrankungen im Jahr auf Platz acht aller Krebserkrankungen weltweit. Das weltweite Verbreitungsmuster ist jedoch sehr heterogen. So liegt die Inzidenz in industrialisierten Ländern wie z. B. in Europa bei 5,8/100.000 (Männer) und 1,2/100.000 (Frauen), während die Inzidenz in weniger industrialisierten Ländern bei 10,1/100.000 für Männer und 4,1/100.000 für Frauen liegt [9]. Auf die Plattenepithelkarzinome (PLK)*, meist im mittleren Ösophagus lokalisiert, entfallen 50–60 %, wobei der Anteil an Adenokarzinomen (AC)*, welche fast ausschließlich im distalen Ösophagus lokalisiert sind, stetig wächst. Beide Entitäten entwickeln sich histologisch über eine niedriggradige intraepitheliale Neoplasie (LGIN) zu einer hochgradigen intraepithelialen Neoplasie (HGIN) und schließlich zu einem Karzinom. Dabei bildet sich das Adenokarzinom* aus einer präkanzerösen Vorstufe, dem sogenannten Barretttephel. Als Risikofaktoren für PLK wurden vor allem Alkohol und Nikotinabusus identifiziert. Für AC sind die wichtigsten Risikofaktoren der gastroösophageale Reflux, männliches Geschlecht, Nikotin, Adipositas und genetische Faktoren [26].

Primärdiagnostik und Staging

Endoskopie

Die frühzeitige Diagnose von Ösophaguskarzinomen ist von prognostischer entscheidender Bedeutung, da die sogenannten Frühkarzinome zumeist endoskopisch-kurativ behandelt werden können. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate von PLK oder AC im UICC-Stadium 0 liegt bei > 95 % und im Stadium I immer noch bei 50–80 %. Bei weiter fortgeschrittenen Karzinomen sinkt die Fünf-Jahres-Überlebensrate drastisch ab (Tab. 1). Deshalb sollten alle Patienten mit Warnsymptomen wie z. B. Sodbrennen, Dysphagie, Gewichtsverlust, Inappetenz oder gastrointestinalen Blutungen einer zeitnahen En-

doskopie zugeführt werden [25]. Durch die Entwicklung hochauflösender Endoskope (high-definition-Auflösung, Vergrößerungsendoskopie und Chromoendoskopie) konnte die Detektionsrate früher Neoplasien im Ösophagus deutlich gesteigert werden. Die Erfahrung und die Untersuchungszeit bleiben jedoch weiterhin der wichtigste Faktor, um maligne Läsionen zu erkennen [11]. Zusätzlich sollten Biopsien aus allen suspekten Läsionen entnommen und getrennt asserviert werden; beim Barrettösophagus (Bild 1) zudem 4-Quadrantenbiopsien alle 1–2 cm (Seattle Protokoll). Eine Mindestanzahl an Biopsien aus der Läsion ist jedoch nicht definiert. In der histopathologischen Aufarbeitung müssen die Art der neoplastischen Veränderung (low-grade Intraepitheliale Neoplasie, high-grade Intraepitheliale Neoplasie/Karzinom), der histologische Typ (PLK oder AC) und das Grading (G1–3) erfasst sein [24].

Chromoendoskopie

Die Chromoendoskopie eignet sich vor allem zur Detektion früher Neoplasien. Die aktuellen Videoendoskope besitzen alle Filterverfahren für die sogenannte virtuelle Chromoendoskopie (Bild 3), die auf Knopfdruck zugeschaltet werden können. Die Chromoendoskopie beruht auf der Ände-



Bild 1: Barrett nativ



Bild 2: Barrett Essig

rung des Farbspektrums in Richtung grün und blau, was die Tiefenpenetration des Lichtes vermindert. So können Oberflächen oder Kapillargefäße besser dargestellt und Neovaskularisationen als diagnostisches Kriterium bei frühen Neoplasien einfacher und früher entdeckt werden [39]. Zusätzlich kommt die klassische Farbespray-Chromoendoskopie zum Einsatz. Hier wird zur Detektion von Plattenepithel-frühkarzinomen die Ösophagusschleimhaut mit Lugol'scher Lösung 1 % (Jodalkali) mittels Sprühkatheter angefärbt (Bild 5). Die Jodhaltige Lösung färbt das Epithel mit einer gelb-braunen Farbe, wobei das glykogenarme neoplastische Gewebe nicht angefärbt wird. Bei der Barrettschleimhaut wird 1,5–2,5 %-ige Essigsäure eingesetzt (Bild 2). Dabei kommt es zu einer weißli-

Tab. 1: Stadiengruppierung der TNM-Klassifikation der Ösophaguskarzinome, eingeschlossen Karzinome des ösophagogastralen Übergangs [41]

Stadium	T-Kategorie	N-Kategorie	M-Kategorie
Stadium o	Tis	N0	M0
Stadium IA	T1	N0	M0
Stadium IB	T2	N0	M0
Stadium IIA	T3	N0	M0
Stadium IIB	T1, T2	N1	M0
Stadium IIIA	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T1, T2	N2	M0
Stadium IIIB	T3	N2	M0
Stadium IIIC	T4a	N1, N2	M0
	T4b	Jedes N	M0
	Jedes T	N3	M0
Stadium IV	Jedes T	Jedes N	M1

chen Verfärbung des Barrettepithels durch eine temporäre Veränderung der Oberflächenproteine. Es entsteht eine weißliche homogene Gyrierung. Bei der Untersuchung wird vor allem auf rasche Entfärbungen und Rötungen geachtet.

Durch die Anwendung von Chromoendoskopie kann die diagnostische Ausbeute im Vergleich zur Weißlichtendoskopie um bis zu 34 % erhöht werden [5, 35].

Endomikroskopie

Neue endoskopische Verfahren wie die Endomikroskopie oder die Endozytoskopie, welche über eine sehr hohe Auflösung verfügen, vergleichbar mit der konventionel-

len Histologie, haben ihren Wert unter wissenschaftlichen Aspekten. Aufgrund der fehlenden Eignung als Screeningverfahren, der Kosten und limitierten Datenlage, haben sich diese Verfahren in der täglichen Routine nicht etablieren können.

Endosonographie

Da die Prognose des Ösophaguskarzinoms mit der Infiltrationstiefe (T-Stadium) und dem Grad der lymphatischen Ausbreitung (N-Stadium) korreliert, ist das prätherapeutische Staging extrem wichtig. Die Endosonographie (EUS) liefert aufgrund der hohen Ortsauflösung die beste Treffsicherheit. Für das T-Stadium

liegt die Sensitivität bei 91–92 % und die Spezifität bei 94–99 % . Allerdings muss den Untersuchern bewusst sein, dass die T-Kategorie häufiger über- als unterschätzt wird. Insbesondere bei T2-Karzinomen liegt das Overstaging aufgrund peritumoraler Prozesse bei bis zu 12,5 % . Für das lokale N-Staging liegt die Sensitivität und Spezifität der EUS bei 85 % . Diese kann jedoch mittels EUS-gesteuerter Feinnadelpunktion auf bis zu 97 % bzw. 96 % erhöht werden [34].

Neue Techniken wie Kontrastmittel-EUS oder Elastographie ergänzen die diagnostischen Möglichkeiten, um potenziell maligne Lymphknoten besser zu identifizieren. Bei bereits stenosierenden Prozessen kann auf eine EUS verzichtet werden, da nicht passierbare Tumore fast immer fortgeschritten ($\geq T3$) sind. Beim Staging bezüglich der Frühkarzinome liegt der Wert der EUS in der Beurteilung der Lymphknoten. Hinsichtlich des T-Stadiums ist das geschulte Auge der Endoskopiker entscheidend [22]. Beim Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs ist die Beurteilung beim Vorliegen einer axialen Hiatushernie deutlich erschwert.

Abdomensonographie

Eine Abdomensonographie ist risikofrei, nicht invasiv und breit verfügbar. Daher sollte sie immer im Rahmen des Stagings zur Beurteilung von Fern-, insbesondere Lebermetastasen, eingesetzt werden. Durch den zusätzlichen Einsatz von Kontrastmittel kann sowohl die Sensitivität als auch die Spezifität deutlich gesteigert werden [7], so dass die Abgrenzung von Metastasen gegenüber primären Lebertu-



Bild 3: Barrett virtuelle Chromoendoskopie

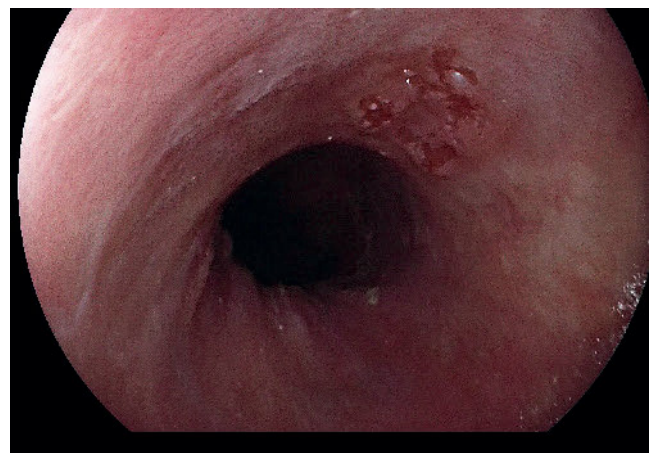


Bild 4: Barrettfrühkarzinom T1a (m4)

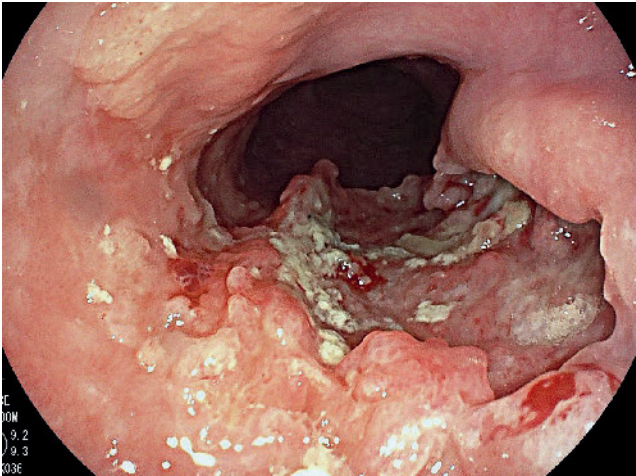


Bild 5: Plattenepithelkarzinom nativ



Bild 6: Plattenepithelkarzinom mit Lugol

moren mit einer im Vergleich zur Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT) identischen Genauigkeit von mehr als 90 % möglich ist. Zusätzlich sollten bei hochsitzenden Ösophaguskarzinomen mittels Halssonographie (ggf. CT Hals) die cervikalen Lymphknoten beurteilt werden.

Radiologische Bildgebung

Eine Schnittbildgebung des Thorax ist zum Staging und somit zur weiteren Therapieplanung insbesondere bei lokal fortgeschrittenen Karzinomen obligat [3]. Die diagnostische Qualität kann durch die orale Gabe von negativem Kontrastmittel (idealerweise Wasser) in Kombination mit intravenösem Kontrastmittel noch erhöht werden. Da pelvine Metastasen eine Rarität darstellen, kann auf eine Bildgebung in diesem Bereich verzichtet werden. Die Minimalanforderungen für die CT-Scanner liegen bei mindestens 16 Zeilen. Das MRT kann ebenfalls eingesetzt werden. Es liefert hinsichtlich des TNM-Stadiums vergleichbare Ergebnisse, allerdings ist es für pulmonale Läsionen weniger gut geeignet [16]. Eine Positronenemissionstomographie kann in Ausnahmefällen im Rahmen des Stagings erwogen werden, kommt jedoch nicht routinemäßig zum Einsatz. Auf eine Röntgen-Thorax oder Breischluckuntersuchung sollte aufgrund der deutlichen Überlegenheit der anderen diagnostischen Möglichkeiten verzichtet werden.

Additive Verfahren

Bei fortgeschrittenen Tumoren kommen unter bestimmten Voraussetzungen auch

eine Bronchoskopie oder eine diagnostische Laparoskopie zum Einsatz. Eine Bronchoskopie ist bei Tumoren des proximalen und v. a. mittleren Ösophagus empfehlenswert, um eine Infiltration in das Tracheobronchialsystem auszuschließen oder nachzuweisen. Bei der diagnostischen Laparoskopie kann gelegentlich bei tiefsitzenden Tumoren die Irresektabilität festgestellt werden. Zudem bietet sie die Möglichkeit bei Risikopatienten (z. B. Nachweis von Aszitespfützen in der EUS), eine Peritonealkarzinose zu detektieren. Zur Primärdiagnose und Verlaufskontrolle des Ösophaguskarzinoms haben Tumormarker keinen diagnostischen Zugewinn. Eine Auflistung der Stagingmaßnahmen mit entsprechendem Empfehlungsgrad siehe Tab. 2.

Kurative Therapie

Endoskopische Therapie

Die endoskopische Therapie ist für frühe Karzinome, die sich auf die Mukosa beschränken, bereits etabliert. Hierbei kommen als resezierende Verfahren die endoskopische Resektion (ER) und die endoskopische Submukosadisektion (ESD) zum Einsatz. In zahlreichen Studien konnte belegt werden, dass die ER sicher und effektiv ist und im Vergleich zur Ösophagusresektion bei gleicher Heilungsrate eine wesentlich geringere Mortalität und Morbidität aufweist [8, 21]. Die histologische bzw. mikroskopische Unterteilung der Mukosa erfolgt für Adenokarzinome* in Deutschland in vier Schichten (m1-m4) (und in anderen Ländern teils nur in drei

Schichten (m1-m3); wogegen die Unterteilung der Plattenepithelkarzinome* generell in drei Schichten erfolgt (m1-m3). Die Submukosa wird für beide Entitäten analog in drei Schichten (sm1-sm3) eingeteilt.

Durch die endoskopische Therapie konnte bei mukosalen Barrettkarzinomen in einer aktuellen Studie eine Langzeitremission in fast 94 % der Fälle erzielt werden. Die tumorassoziierte Mortalität lag dabei gerade einmal bei 0,2 % [29]. Grundsätzlich sollten alle mukosalen AC ohne Risikofaktoren, sogenannte low-risk (LR)-Karzinome (pT1m, G1/2, keine Lymphgefäßinvasion, keine Blutgefäßinvasion und eine R0-Resektion nach basal) einer kurativen endoskopischen Therapie zugeführt werden. Für AC mit submukosaler Invasion steigt das Lymphknotenmetastasierungsrisiko in Abhängigkeit von der Infiltrationstiefe stetig an [17]. Bei Patienten mit nur geringer Submukosainfiltration (sm1) und LR-Kriterien ist die ER mit strikter Nachsorge die Alternative zur Operation bzw. zeigt sich dieser überlegen, weil die Lymphknotenmetastasierungsrate unter der Letalität der Ösophagusresektion liegt [18]. Das gilt in der Regel nur für „High-volume“-Zentren [17, 28]. Für Plattenepithelkarzinome* liegt das Risiko einer Lymphknotenbeteiligung allerdings höher. So steigt das Lymphknotenrisiko ab einer tiefen mukosalen Infiltration (m3) bereits signifikant an [10, 33]. Eine Überlegenheit der ESD bezüglich Rezidiven aufgrund ihrer en-bloc-Resektionsmöglichkeit bei Läsionen > 15mm gegenüber der piece-meal-Resektion konnte

für AC bisher nicht gezeigt werden [38]. Zwar ist die höhere en-bloc-Resektionsrate der entscheidende Vorteil, schlägt aber mit einer höheren Komplikationsrate, deutlich höherem Zeitaufwand, höheren Kosten und Intubationspflichtigkeit zu Buche. Aufgrund des oft multifokalen landkartenartigen Wachstums mit Mischung aus LGIN, HGIN und Karzinom ist eine laterale R0-Resektion deutlich schwerer zu erreichen als z. B. beim Plattenepithelkarzinom. So konnte für die ESD von mukosalen Plattenepithelkarzinomen* (m1-m2) > 15mm bei R0-en-bloc-Resektion eine höhere kurative Resektionsrate bei gleichzeitig niedrigerer Rezidivrate gezeigt werden [4, 14]. Bei der Wahl der Resektionstechnik bestimmen Aetas und Komorbiditäten, welche Resektionstechnik der Patientin bzw. dem Patienten sinnvoll zugeordnet werden kann. Wegen des Gesamtaufwandes eignet sich die ESD nicht als diagnostische Maßnahme bei makroskopisch für eine kurative endoskopische Therapie grenzwertigen Befunden.

Bei mukosalen Karzinomen und Nachweis von Karzinomresten im lateralen Resektionsrand kann die endoskopische Therapie weiter fortgeführt werden. Erst eine R1-Resektion nach basal oder die fehlende Resektionsmöglichkeit nach Narbenbildung kann zu einem alternativen Therapiekonzept führen.

Nach Resektion aller neoplastischen Areale im Barrettösophagus ist eine Ablationstherapie (Argon-Plasma-Koagulation (APC),

Hybrid-APC- oder Radiofrequenzablation) der nicht neoplastischen Barrettsschleimhaut zwingend erforderlich, da hiermit die Rate an metachronen Läsionen und Rezidiven um bis zu 34 % bzw. auf etwa 1 % gesenkt werden kann [19, 20, 32]. Neuere Verfahren wie die Kryoablation befinden sich derzeit noch in der Evaluationsphase.

Primär chirurgische Therapie

Die chirurgische Ösophagusresektion war lange Jahre der Goldstandard in der Therapie bei potenziell resektablen Ösophaguskarzinomen im mittleren bis distalen Drittel. Mittlerweile ist das Feld der primären (also ohne Vortherapie) Ösophagusresektion auf Tumore mit tiefer Submukosainfiltration, T2-Karzinome und endoskopisch nicht resektable Tumore (z. B. multiple Vortherapien, schlechte Abheilung etc.) eingegrenzt. In der Regel wird, um eine R0-Resektion anzustreben, ein Sicherheitsabstand nach proximal und distal von 2–4 cm eingehalten. Zur Festlegung der Wahl des OP-Verfahrens dient die AEG-Klassifikation [36]. Das Standardverfahren für Tumore des mittleren und distalen Ösophagusdrittels sowie des gastroösophagealen Überganges ist die Ivor-Lewis-Resektion mit Zweifeld-Lymphadenektomie [12, 13]. Prinzipiell gelten Tumore, auch wenn die en-bloc-Resektion auf das Perikard oder einen infiltrierten Lungenlappen ausgedehnt werden muss, noch als resektabel. Ein alternatives Resektionsverfahren kann eine transhiatale

Ösophagusresektion mit hoher cervicaler Anastomose sein. Dabei sind jedoch zwei Nachteile zu beachten. Zum einen ist die Rate an Anastomoseninsuffizienzen höher. Zum anderen ist die Lymphadenektomie weit weniger radikal. Zwar wird für eine pN0-Klassifikation lediglich die histologische Untersuchung von sieben Lymphknoten gefordert. Es zeigte sich in Studien jedoch, dass eine geringere Anzahl an Lymphknoten mit einem signifikant schlechteren Überlebensvorteil vergesellschaftet ist [23, 31]. Standard für die Lymphadenektomie ist die thorakale und die abdominelle Ausräumung. Dabei werden in der Regel zwischen 20–33 Lymphknoten entfernt. Bei cervicalen Karzinomen sollte das dritte (cervicale) Kompartiment ebenfalls reseziert werden. Allerdings ist bei sehr hochsitzenden Ösophaguskarzinomen aufgrund der hohen Rate an Anastomoseninsuffizienzen, Ein-schluckstörungen und Aspirationen auch eine definitive Radio-Chemotherapie zu erwägen. Als Rekonstruktionsverfahren der Wahl ist der Magenhochzug anzusehen. Eine Koloninterposition oder ein Jejunuminterponat kommen meist nur bei Voroperationen am Magen in Betracht. Bezüglich der Resektionstechnik, ob total minimal invasiv, offener Ösophagusresektion oder Hybrid-Technik (Kombination aus beiden) gibt es keine eindeutige Richtlinie. Die Hybrid-Technik mit laparoskopischer Gastrolyse in Kombination mit offener transthorakaler Ösophagusresektion hat sich jedoch aufgrund der geringeren Rate an pulmonalen Komplikationen, kürzerem Intensiv- und Krankenhausaufenthalt derzeit als Standardoperationstechnik etabliert [28, 42].

Multimodale Therapiekonzepte

Die Prognose für lokal fortgeschrittene oder Lymphknoten-positive Ösophaguskarzinome ist schlecht. Die Fünf-Jahres-Überlebensraten liegen im Stadium IIa bei 30–40 % (Bild 4), im Stadium IIb bei 10–30 % und im Stadium III bei 10–15 % . Durch eine alleinige operative Therapie lassen sich die Überlebensraten nur geringfügig steigern. Bezogen auf den Endpunkt „Überleben“ weisen mehrere Studien einen signifikanten Vorteil einer neoadjuvanten Radio-Chemotherapie gegenüber einer alleinigen Operation auf. Zudem

Tab. 2: Apparative Diagnostik zum Staging des Ösophaguskarzinoms [24]

Methode	Empfehlungsgrad
Abdomensonographie (ggf. mit Kontrastmittel)	Soll
Halssonographie	Kann
Endosonographie	Soll
CT Thorax/Abdomen	Soll
CT Hals	Soll
Positronenemissionstomographie	kann (keine Routine)
Laparoskopie	kann (fortgeschrittene Stadien)
Bronchoskopie	T3/4 (proximaler/mittlerer Ösophagus)
Breischluck	nicht geeignet
Tumormarker	nicht geeignet

werden größere R0-Resektionsraten und geringere Lokalrezidivraten berichtet. Ein verbessertes Gesamtüberleben durch die neoadjuvante Therapie im Vergleich mit alleiniger Operation zeigte sich in einer Metaanalyse mit einer Hazard Ratio von 0,80 (95 % Konfidenzintervall: 0,68–0,93; $p=0,004$) [37]. In der CROSS-Studie konnten diese Ergebnisse für AC, aber auch für PLK bestätigt werden (van Hagen 2012 #31). Adjuvante Therapien nach primärer Operation zeigen jedoch keinen signifikanten Überlebensvorteil (HR = 0,87, 95 % CI 0,67–1,14) [27]. In Deutschland werden für PLK zwei Therapieregime favorisiert. Simultan zu einer konventionell fraktionierten Strahlentherapie mit 5x1,8 Gy pro Woche bis zu einer Gesamtdosis von 41,4–45 Gy werden entweder Cisplatin (75 mg/m² an Tag 1+29) und 5 FU (1000 mg/m² Tage 1–4 und 29–32) oder Carboplatin (AUC 2 Tage 1, 8, 15, 22, 29) und Paclitaxel (50 mg/m² Tage 1, 8, 15, 22, 29) appliziert. Für eine alleinige Chemotherapie gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen AC und PLK. Während für das PLK ein Effekt nicht nachweisbar ist, ist der positive Effekt für das AC unbestritten [37]. Da unter anderem in der Magic-Studie ein Effekt sowohl neo- als auch adjuvant gezeigt werden konnte, sollte beim AC die Chemotherapie präoperativ begonnen werden und, wenn möglich, postoperativ fortgeführt werden [6].

So können AC sowohl mit neoadjuvanter Radio-Chemotherapie als auch mit perioperativer Chemotherapie alleine therapiert werden. In Deutschland hat in Anlehnung an die Therapie von Magenkarzinomen das FLOT-Schema (Docetaxel 50 mg/m², 5 FU 2600 mg/m², Leucovorin 200mg/m², Oxaliplatin 85 mg/m², Wiederholung alle zwei Wochen, vier Zyklen präoperativ und vier Zyklen postoperativ) eine weite Verbreitung gefunden. Ein Vergleich zwischen FLOT- und CROSS-Protokoll für AC wird aktuell im Rahmen der ESOPEC-Studie durchgeführt. Falls der Tumor nicht resektabel ist oder Patienten funktionell nicht operabel sind, besteht durchaus die Möglichkeit, in den Stadien II-III eine definitive Radio-Chemotherapie durchzuführen, wobei Fünf-Jahres-Überlebensraten von bis zu 35 % erzielt werden konnten [15]. Beim PLK des cervicalen Ösophagus wird aufgrund der schwierige-

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Ösophaguskarzinome“ von Dr. med. Jens Wetzka und Prof. Dr. med. Andrea May finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (<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. Mai 2020 bis 24. Mai 2021 möglich.

Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben.

Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

ren Anastomosensituation und der damit verbundenen gehäuften dysphagischen Beschwerden eine definitive Radio-Chemotherapie sogar empfohlen.

Palliative Therapie

Radio-Chemotherapie

Eine palliative Chemotherapie kann Patienten im Stadium IV oder nicht kurativ behandelbaren Ösophaguskarzinomen angeboten werden. Dies gilt für beide Entitäten, allerdings ist ein Überlebensvorteil für Patienten mit PLK nicht belegt. Wichtig ist es, möglichst frühzeitig einen HER2-Status bei Patienten mit AC zu bestimmen. Patienten mit einem negativen Status sollten eine Platin- und Fluoropyrimidin basierte Kombinationstherapie erhalten [40]. Der Einsatz des monoklonalen Antikörpers Trastuzumab wird beim AC mit Überexpression des HER2-Status additiv zur palliativen Chemotherapie empfohlen [1]. Mit Ramucirumab steht zusätzlich ein weiterer Antikörper zur Verfügung, bei welchem sich eine Verbesserung des Gesamtüberlebens abzeichnet. Von strahlentherapeutischer Seite kann in ausgewählten Fällen eine intraluminale Brachytherapie durchaus eine Therapieoption sein.

Endoskopie

Ein limitierender Faktor bei fortgeschrittenen Karzinomen des Ösophagus ist die Dysphagie bedingt durch das teilweise stenosierende Wachstum. Daher liegt das Ziel der Therapie im Erhalt der Passage durch den Ösophagus. Dafür stehen verschiedene endoskopische Techniken zur Verfügung. Einerseits können Bougierungen

oder bei exophytischem Wachstum thermische Verfahren zur Tumorverkleinerung eingesetzt werden. Zusätzlich können auch selbstexpandierende Metallstents (SEMS) eingesetzt werden [2]. Bei vollgecoverten SEMS ist die Gefahr der Stentmigration nach distal relativ hoch, wogegen ungecoverte Stents zwar ein geringeres Risiko der Stentmigration zeigen, jedoch der Tumor relativ schnell durch die Maschen wachsen kann und es erneut zu dysphagischen Beschwerden kommt. Hier bieten teilgecoverte SEMS die wohl beste Alternative. Neuere Daten belegen allerdings auch den Einsatz der vollgecoverten Stents in dieser Situation [30]. Bei der Nutzung von SEMS sollte jedoch auch beachtet werden, dass es, falls der gastroösophageale Übergang überbrückt wird, zu einem deutlichen Volumenreflux kommen kann, der die Lebensqualität der Patienten einschränkt.

Dr. med. Jens Wetzka

Leitender Oberarzt

E-Mail: j.wetzka@asklepios.com

Prof. Dr. med. Andrea May

Chefärztin

Beide sind Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie der Klinik für Gastroenterologie, Hämatologie/Onkologie und Pneumologie an der Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden.

* Zwei Diagramme zu Adenokarzinomen und Plattenepithelkarzinomen des Ösophagus sowie die Literatur finden Sie auf www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Multiple Choice-Fragen:

Ösophaguskarzinome

VNR: 2760602020162220005

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche Antwort zur Diagnostik bei Ösophaguskarzinomen ist richtig?

- 1) Adenokarzinome sind zumeist im distalen Ösophagus und Plattenepithelkarzinome meist im proximalen und mittleren Ösophagus lokalisiert.
- 2) Eine Präkanzerose bei Plattenepithelkarzinomen ist das Barrettepithel.
- 3) Frauen sind häufiger als Männer von Ösophaguskarzinomen betroffen.
- 4) Bezüglich der Inzidenz von Ösophaguskarzinomen gibt es keinen relevanten Unterschied zwischen industrialisierten und weniger industrialisierten Ländern.

2. Welche Antwort ist richtig?

- 1) Mit der Chromoendoskopie kann die Detektionsrate an frühen Neoplasien um bis zu 34 % gesteigert werden.
- 2) Zur Detektion von frühen Neoplasien im Plattenepithel wird 1,5–2,5 % Essigsäure eingesetzt.
- 3) Grundsätzlich müssen bei allen Ösophaguskarzinomen 4-Quadranten Biopsien aus dem gesamten Ösophagus zum Ausschluss von Zweitneoplasien entnommen werden.
- 4) Bei der virtuellen Chromoendoskopie wird das Farbspektrum in Richtung gelb-rot verändert.

3. Welche Antwort ist richtig?

- 1) Im Rahmen der Staginguntersuchungen sollte auf einen Röntgen Breischluck nicht verzichtet werden.
- 2) Eine Abdomensonographie mit Kontrastmittel bringt keinen diagnostischen Zugewinn.
- 3) Die Endosonographie ist der Computertomographie hinsichtlich der Spezifität und Sensitivität bei der Beurteilung des nodalen Status überlegen.
- 4) Die Endomikroskopie bringt einen relevanten diagnostischen Zugewinn insbesondere bei den frühen mukosalen Karzinomen.

4. Welche Antwort ist richtig?

- 1) Bei Patienten mit Adenokarzinomen und submukosaler Infiltrationstiefe ist eine endoskopische Therapie kontraindiziert.
- 2) Die ESD ist der klassischen Ligatur- oder Kappenresektionsmethode bei Barrettkarzinomen überlegen.
- 3) Nach Resektion aller neoplastischen Areale senkt eine nachfolgende Ablationsbehandlung nicht neoplastischer Barrettschleimhaut die Rezidivrate deutlich.
- 4) Beim Nachweis einer R1 Situation lateral nach endoskopischer Resektion sollte eine Ösophagusresektion durchgeführt werden.

5. Welche Aussage ist richtig?

- 1) T2 Karzinome müssen vor einer Ösophagusresektion neoadjuvant vorbehandelt werden.
- 2) Für eine N0-Klassifikation bei einer Ösophagusresektion werden mindestens 20 Lymphknoten gefordert.
- 3) Die Hybrid-Technik mit laparoskopischer Gastrolyse in Kombination mit offener transthorakaler Ösophagusresektion hat sich aufgrund der häufigen komplikativen Verläufe nicht durchgesetzt.
- 4) Die definitive Radiochemotherapie ist eine Alternative zur Ösophagusresektion bei T2 Karzinomen, wenn der Tumor sehr knapp unterhalb des oberen Ösophagussphinkters sitzt.

6. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Lokal fortgeschrittene Tumore (> T2) sollten einer primären Ösophagusresektion zugeführt werden.
- 2) Der Nutzen der neoadjuvanten Radio-(Chemotherapie) bei nodal positiven Tumoren ist nicht belegt.
- 3) Für Plattenepithelkarzinome ist ein Effekt der alleinigen Chemotherapie nicht nachgewiesen.

- 4) Eine definitive Radio-(Chemotherapie) wird für Patienten im Stadium II-III nicht empfohlen.

7. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Eine palliative Chemotherapie kann bei nicht mehr resektablen Tumoren im Stadium IV angeboten werden.
- 2) Bei Plattenepithelkarzinomen sollte möglichst frühzeitig der HER2-neu Status bestimmt werden.
- 3) Der Einsatz von Antikörpern ist in der palliativen Therapie von Ösophaguskarzinomen leider nicht möglich.
- 4) Zur palliativen Therapie bei Ösophaguskarzinomen sollten möglichst nur ungedeckte Stents benutzt werden um das Risiko der Stentmigration zu mindern.

8. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Der gastroösophageale Reflux ist ein zu vernachlässigendes Problem beim Einsatz von Metallstents wenn der gastroösophageale Übergang überbrückt wird.
- 2) Die 5-Jahres Überlebensrate liegt im Stadium III bei nicht therapierten Ösophaguskarzinomen bei ca. 50 %.
- 3) Bei mukosalen Ösophaguskarzinomen können die endoskopische Resektion oder die endoskopische Submukosadisektion eingesetzt werden.
- 4) Das T-Stadium wird bei der Endosonographie häufiger unter- als überschätzt.

9. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Die Ivor-Lewis Resektion ist das Operationsverfahren der Wahl bei Ösophaguskarzinomen im mittleren und distalen Drittel.
- 2) Pulmonale Komplikationen sind bei der Ösophagusresektion eine Rarität.
- 3) Platinhaltige Medikamente sollten bei der Chemotherapie von Ösophaguskarzinomen nicht eingesetzt werden.

4) Frühsymptome bei Ösophaguskarzinomen sind meist Dysphagie und Schmerzen.

10. Welche Aussage ist richtig?

1) Die Endosonographie und Abdomensonographie gehören nicht zu den Standarduntersuchungen im Rahmen des Stagings.

2) Eine Bronchoskopie ist auch bei fortgeschrittenen Plattenepithelkarzinomen nicht erforderlich.

3) Karzinome mit den Merkmalen pT1m, G1/2, keine Lymphgefäßinvasion, keine Blutgefäßinvasion und eine R0 Resektion nach basal werden als sogenannte low-risk Karzinome bezeichnet).

4) Die endoskopische Submukosadisektion sollte bei Barrettkarzinomen zu diagnostischen Zwecken eingesetzt werden.

Grafiken zum Artikel:

Ösophaguskarzinome

von Dr. med. Jens Wetzka und Prof. Dr. med. Andrea May

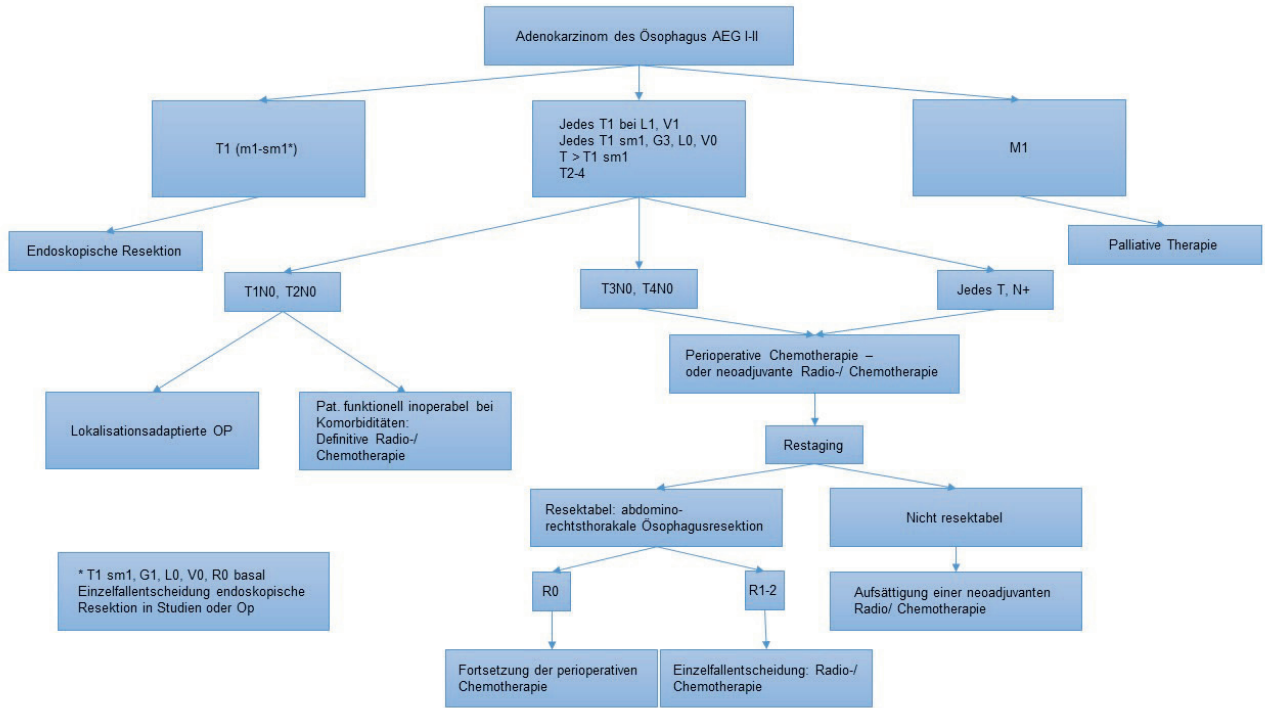
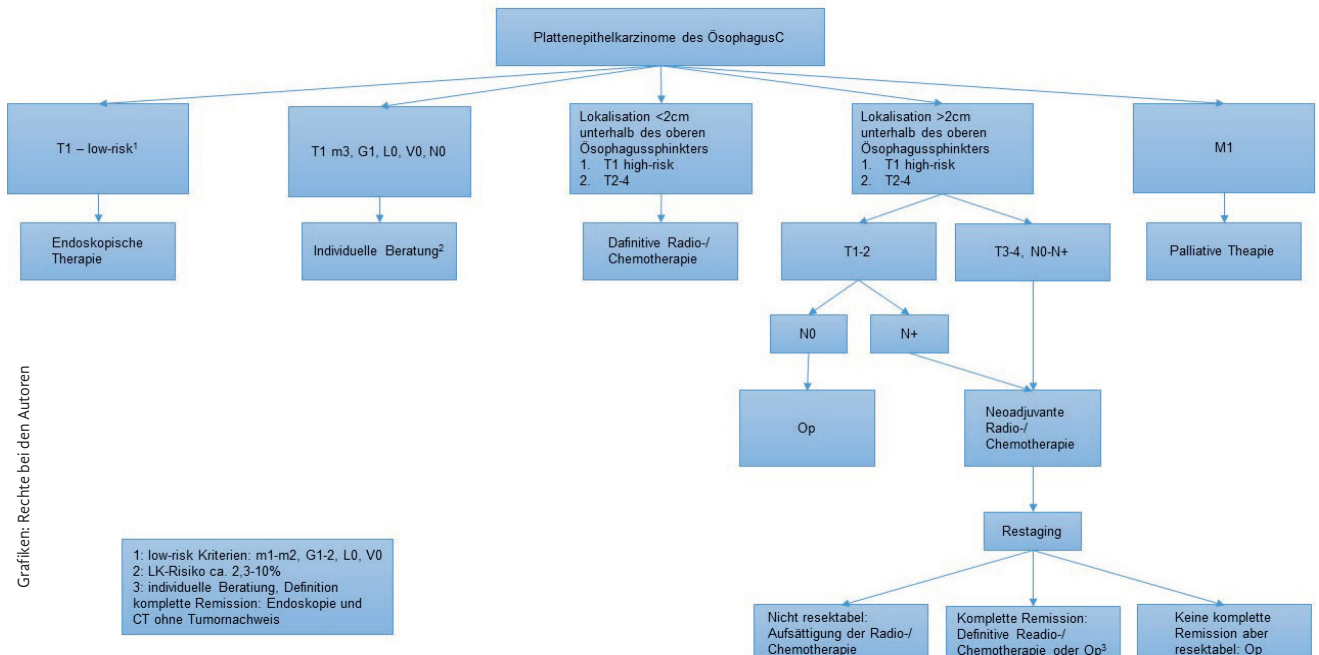


Schaubild 1: Flussdiagramm Adenokarzinome des Ösophagus.



Grafiken: Rechte bei den Autoren

Schaubild 2: Flussdiagramm Platteneithelkarzinome des Ösophagus

Literatur zum Artikel:

Ösophaguskarzinome

von Dr. med. Jens Wetzka und Prof. Dr. med. Andrea May

1. Bang Y-J, van Cutsem E, Feyereislova A, Chung HC, Shen L, Sawaki A, Lordick F, Ohtsu A, Omuro Y, Satoh T, Aprile G, Kulikov E, Hill J, Lehle M, Rüschoff J, Kang Y-K (2010) Trastuzumab in combination with chemotherapy versus chemotherapy alone for treatment of HER2-positive advanced gastric or gastro-oesophageal junction cancer (ToGA). A phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 376(9742):687–697. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61121-X
2. Baron TH (2001) Expandable metal stents for the treatment of cancerous obstruction of the gastrointestinal tract. *N Engl J Med* 344(22):1681–1687. doi:10.1056/NEJM200105313442206
3. Blank S, Bläker H, Schaible A, Lordick F, Grenacher L, Buechler M, Ott K (2012) Impact of pretherapeutic routine clinical staging for the individualization of treatment in gastric cancer patients. *Langenbecks Arch Surg* 397(1):45–55. doi:10.1007/s00423-011-0805-8
4. Cao Y, Liao C, Tan A, Gao Y, Mo Z, Gao F (2009) Meta-analysis of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection for tumors of the gastrointestinal tract. *Endoscopy* 41(9):751–757. doi:10.1055/s-0029-1215053
5. Coletta M, Sami SS, Nachiappan A, Fraquelli M, Casazza G, Ragunath K (2016) Acetic acid chromoendoscopy for the diagnosis of early neoplasia and specialized intestinal metaplasia in Barrett's esophagus. A meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 83(1):57–67.e1. doi:10.1016/j.gie.2015.07.023
6. Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, Thompson JN, van de Velde CJH, Nicolson M, Scarffe JH, Lofts FJ, Falk SJ, Iveson TJ, Smith DB, Langley RE, Verma M, Weeden S, Chua YJ, MAGIC TP (2006) Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med* 355(1):11–20. doi:10.1056/NEJMoa055531
7. Dietrich CF (2006) Assessment of metastatic liver disease in patients with primary extrahepatic tumors by contrast-enhanced sonography versus CT and MRI. *WJG* 12(11):1699. doi:10.3748/wjg.v12.i11.1699
8. Ell C, May A, Gossner L, Pech O, Günter E, Mayer G, Henrich R, Vieth M, Müller H, Seitz G, Stolte M (2000) Endoscopic mucosal resection of early cancer and high-grade dysplasia in Barrett's esophagus. *Gastroenterology* 118(4):670–677
9. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F (2015) Cancer incidence and mortality worldwide. Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 136(5):E359–86. doi:10.1002/ijc.29210
10. Gockel I, Domeyer M, Sgourakis GG, Schimanski CC, Moehler M, Kirkpatrick CJ, Lang H, Junginger T, Hansen T (2009) Prediction model of lymph node metastasis in superficial esophageal adenocarcinoma and squamous cell cancer including D2–40 immunostaining. *J Surg Oncol* 100(3):191–198. doi:10.1002/jso.21336
11. Gupta N, Gaddam S, Wani SB, Bansal A, Rastogi A, Sharma P (2012) Longer inspection time is associated with increased detection of high-grade dysplasia and esophageal adenocarcinoma in Barrett's esophagus. *Gastrointest Endosc* 76(3):531–538. doi:10.1016/j.gie.2012.04.470
12. Hölscher AH, Schröder W, Bollschweiler E, Beckurts KTE, Schneider PM (2003) Wie sicher ist die hoch intrathorakale Ösophagogastrostomie? *Chirurg* 74(8):726–733. doi:10.1007/s00104-003-0649-z
13. Hölscher AH, Schneider PM, Gutschow C, Schröder W (2007) Laparoscopic ischemic conditioning of the stomach for esophageal replacement. *Ann Surg* 245(2):241–246. doi: 10.1097/01.sla.0000245847.40779.10
14. Ishihara R, Iishi H, Uedo N, Takeuchi Y, Yamamoto S, Yamada T, Masuda E, Higashino K, Kato M, Narahara H, Tatsuta M (2008) Comparison of EMR and endoscopic submucosal dissection for en bloc resection of early esophageal cancers in Japan. *Gastrointest Endosc* 68(6):1066–1072. doi:10.1016/j.gie.2008.03.1114
15. Karran A, Blake P, Chan D, Reid TD, Davies IL, Kelly M, Roberts SA, Crosby T, Lewis WG (2014) Propensity score analysis of oesophageal cancer treatment with surgery or definitive chemoradiotherapy. *Br J Surg* 101(5):502–510. doi:10.1002/bjs.9437
16. Lauenstein TC, Goehde SC, Herborn CU, Goyen M, Oberhoff C, Debatin JF, Ruehm SG, Barkhausen J (2004) Whole-body MR imaging. Evaluation of patients for metastases. *Radiology* 233(1):139–148. doi:10.1148/radiol.2331030777
17. Lorenz D, Origer J, Pauthner M, Graupe F, Fisseler-Eckhoff A, Stolte M,

- Pech O, Ell C (2014) Prognostic risk factors of early esophageal adenocarcinomas. *Ann Surg* 259(3):469–476. doi:10.1097/SLA.000000000000017
18. Manner H, Pech O, Heldmann Y, May A, Pohl J, Behrens A, Gossner L, Stolte M, Vieth M, Ell C (2013) Efficacy, safety, and long-term results of endoscopic treatment for early stage adenocarcinoma of the esophagus with low-risk sm1 invasion. *Clin Gastroenterol Hepatol* 11(6):630–5; quiz e45. doi:10.1016/j.cgh.2012.12.040
 19. Manner H, Rabenstein T, Pech O, Braun K, May A, Pohl J, Behrens A, Vieth M, Ell C (2014) Ablation of residual Barrett's epithelium after endoscopic resection. A randomized long-term follow-up study of argon plasma coagulation vs. surveillance (APE study). *Endoscopy* 46(1):6–12. doi:10.1055/s-0033-1358813
 20. Manner H, May A, Kouti I, Pech O, Vieth M, Ell C (2016) Efficacy and safety of Hybrid-APC for the ablation of Barrett's esophagus. *Surg Endosc* 30(4):1364–1370. doi:10.1007/s00464-015-4336-1
 21. May A, Gossner L, Pech O, Fritz A, Günter E, Mayer G, Müller H, Seitz G, Vieth M, Stolte M, Ell C (2002) Local endoscopic therapy for intraepithelial high-grade neoplasia and early adenocarcinoma in Barrett's oesophagus. Acute-phase and intermediate results of a new treatment approach. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 14(10):1085–1091
 22. May A (2004) Accuracy of staging in early oesophageal cancer using high resolution endoscopy and high resolution endosonography. A comparative, prospective, and blinded trial. *Gut* 53(5):634–640. doi:10.1136/gut.2003.029421
 23. Omluo JMT, Lagarde SM, Hulscher JBF, Reitsma JB, Fockens P, van Dekken H, Kate FJW ten, Obertop H, Tilanus HW, van Lanschot JJB (2007) Extended transthoracic resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinoma of the mid/distal esophagus. Five-year survival of a randomized clinical trial. *Ann Surg* 246(6):992–1000; discussion 1000–1. doi:10.1097/SLA.0b013e31815c4037
 24. Porschen R, Fischbach W, Gockel I, Hollerbach S, Hölscher A, Jansen PL, Miehle S, Pech O, Stahl M, Thuss-Patience P, Vanhoefer U (2019) S3-Leitlinie – Diagnostik und Therapie der Plattenepithelkarzinome und Adenokarzinome des Ösophagus. *Z Gastroenterol* 57(3):336–418. doi:10.1055/a-0833-5712
 25. Palmer JB, Drennan JC, Baba M (2000) Evaluation and treatment of swallowing impairments. *Am Fam Physician* 61(8):2453–2462
 26. Pandeya N, Webb PM, Sadeghi S, Green AC, Whiteman DC (2010) Gastro-oesophageal reflux symptoms and the risks of oesophageal cancer. Are the effects modified by smoking, NSAIDs or acid suppressants? *Gut* 59(1):31–38. doi:10.1136/gut.2009.190827
 27. Pasquali S, Yim G, Vohra RS, Mocellin S, Nyanhongo D, Marriott P, Geh JJ, Griffiths EA (2017) Survival After Neoadjuvant and Adjuvant Treatments Compared to Surgery Alone for Resectable Esophageal Carcinoma. A Network Meta-analysis. *Ann Surg* 265(3):481–491. doi:10.1097/SLA.0000000000001905
 28. Pasquer A, Renaud F, Hec F, Gandon A, Vanderbeken M, Drubay V, Caranhac G, Piessen G, Mariette C (2016) Is Centralization Needed for Esophageal and Gastric Cancer Patients With Low Operative Risk? A Nationwide Study. *Ann Surg* 264(5):823–830. doi:10.1097/SLA.0000000000001768
 29. Pech O, May A, Manner H, Behrens A, Pohl J, Weferling M, Hartmann U, Manner N, Huijsmans J, Gossner L, Rabenstein T, Vieth M, Stolte M, Ell C (2014) Long-term efficacy and safety of endoscopic resection for patients with mucosal adenocarcinoma of the esophagus. *Gastroenterology* 146(3):652–660.e1. doi:10.1053/j.gastro.2013.11.006
 30. Persson J, Smedh U, Johnsson Å, Ohlin B, Sundbom M, Nilsson M, Lundell L, Sund B, Johnsson E (2017) Fully covered stents are similar to semi-covered stents with regard to migration in palliative treatment of malignant strictures of the esophagus and gastric cardia. Results of a randomized controlled trial. *Surg Endosc* 31(10):4025–4033. doi:10.1007/s00464-017-5441-0
 31. Peyre CG, Hagen JA, DeMeester SR, Altorki NK, Ancona E, Griffin SM, Hölscher A, Lerut T, Law S, Rice TW, Ruol A, van Lanschot JJB, Wong J, DeMeester TR (2008) The number of lymph nodes removed predicts survival in esophageal cancer. An international study on the impact of extent of surgical resection. *Ann Surg* 248(4):549–556. doi:10.1097/SLA.0b013e318188c474
 32. Phoa KN, van Vilsteren FGI, Weusten BLAM, Bisschops R, Schoon EJ, Ragnath K, Fullarton G, Di Pietro M, Ravi N, Visser M, Offerhaus GJ, Seldenrijk CA, Meijer SL, Kate FJW ten, Tijssen JGP, Bergman JGHM (2014) Radiofrequency ablation vs endoscopic surveillance for patients with Barrett esophagus and low-grade dysplasia. A randomized clinical trial. *JAMA* 311(12):1209–1217. doi:10.1001/jama.2014.2511
 33. Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M, Ponchon T, Repici A, Vieth M, Ceglie A de, Amato A, Berr F, Bhandari P, Bialek A, Conio M, Haringsma J, Langner C, Meisner S, Messmann H, Morino M, Neuhaus H, Piessevaux H, Ruggie M, Saunders BP, Robaszekiewicz M, Seewald S, Kashin S, Dumonceau J-M, Hassan C, Deprez PH (2015) Endoscopic submucosal dissection. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline.

- Endoscopy 47(9):829–854.
doi:10.1055/s-0034–1392882
34. Puli SR, Reddy JBK, Bechtold ML, Antillon D, Ibdah JA, Antillon MR (2008) Staging accuracy of esophageal cancer by endoscopic ultrasound. A meta-analysis and systematic review. *WJG* 14(10):1479.
doi:10.3748/wjg.14.1479
35. Qumseya BJ, Wang H, Badie N, Uzomba RN, Parasa S, White DL, Wolfsen H, Sharma P, Wallace MB (2013) Advanced imaging technologies increase detection of dysplasia and neoplasia in patients with Barrett's esophagus. A meta-analysis and systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 11(12):1562–70.e1–2.
doi:10.1016/j.cgh.2013.06.017
36. Siewert JR, Hölscher AH, Becker K, Gössner W (1987) Kardiocarcinom. Versuch einer therapeutisch relevanten Klassifikation. *Chirurg* 58(1):25–32
37. Sjoquist KM, Burmeister BH, Smithers BM, Zalcberg JR, Simes RJ, Barbour A, Gebski V (2011) Survival after neoadjuvant chemotherapy or chemoradiotherapy for resectable oesophageal carcinoma. An updated meta-analysis. *Lancet Oncol* 12(7):681–692. doi:10.1016/S1470–2045(11)70142–5
38. Terheggen G, Horn EM, Vieth M, Gabbert H, Enderle M, Neugebauer A, Schumacher B, Neuhaus H (2017) A randomised trial of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection for early Barrett's neoplasia. *Gut* 66(5):783–793. doi:10.1136/gutjnl-2015–310126
39. Uedo N, Fujishiro M, Goda K, Hirasawa D, Kawahara Y, Lee JH, Miyahara R, Morita Y, Singh R, Takeuchi M, Wang S, Yao T (2011) Role of narrow band imaging for diagnosis of early-stage esophagogastric cancer. Current consensus of experienced endoscopists in Asia-Pacific region. *Dig Endosc* 23 Suppl 1:58–71. doi:10.1111/j.1443–1661.2011.01119.x
40. Webb A, Cunningham D, Scarffe JH, Harper P, Norman A, Joffe JK, Hughes M, Mansi J, Findlay M, Hill A, Oates J, Nicolson M, Hickish T, O'Brien M, Iveson T, Watson M, Underhill C, Wardley A, Meehan M (1997) Randomized trial comparing epirubicin, cisplatin, and fluorouracil versus fluorouracil, doxorubicin, and methotrexate in advanced esophagogastric cancer. *J Clin Oncol* 15(1):261–267.
doi:10.1200/JCO.1997.15.1.261
41. Wittekind C (2010) TNM-System 2010. Zur 7. Auflage der TNM-Klassifikation maligner Tumoren. *Pathologie* 31(5):331–332.
doi:10.1007/s00292–010–1349–3
42. Yibulayin W, Abulizi S, Lv H, Sun W (2016) Minimally invasive oesophagectomy versus open esophagectomy for resectable esophageal cancer. A meta-analysis. *World J Surg Oncol* 14(1):304.
doi:10.1186/s12957–016–1062–7



Das Hölderlin-Denkmal im Kurpark von Bad Homburg, eingeweiht am 28. Juli 1883.



Porträt von Friedrich Hölderlin (1770–1843).

Wo aber Gefahr ist, wächst / das Rettende auch“ – ohne die derzeitige Lage schönreden zu wollen, lassen sich die berühmten Verse aus Hölderlins Patmos-Hymne auch auf die Corona-Krise münzen. Die Worte des Dichters, dessen Geburtstag sich in diesem Jahr zum 250. Mal jährt, spenden Trost und künden von der Macht der Kunst, die selbst in düsteren Zeiten nicht an Kreativität einbüßt.

Dort, wo Kulturveranstaltungen wegen des Lockdowns abgesagt oder verschoben werden mussten (Stand 14.04.20), kann man sich nun auf andere Weise kulturell unterhalten. Und sei es bei einem Spaziergang durch den Bad Homburger Kurpark, wo, von Parkbänken eingerahmt, das 1883 enthüllte, von dem Baumeister Louis Jacobi entworfene Hölderlin-Denkmal an den Dichter (1770–1843) erinnert, des-

Von Hölderlin bis Raffael: Kulturtipps in Zeiten von Corona

sen Andenken jährlich mit der Verleihung des Friedrich-Hölderlin-Literaturpreises geehrt wird.

Auf den Spuren des Dichters

Die ersten Verse seines dem Landgrafen Friedrich gewidmeten Gedichts Patmos finden sich auf einer Platte über der Landgrafen-Gruft. Hölderlin, der 1776 als Haushofmeister zu der Familie Gontard nach Frankfurt kam, sich dort in Susette Gontard verliebte und daraufhin wieder von der Familie trennen musste, floh 1798 zu seinem Freund Isaac von Sinclair nach Homburg. Zwischen 1798 und 1800 lief er regelmäßig von dort nach Frankfurt, um seiner Geliebten Susette einen Brief zu bringen.

Bis auf eine Unterbrechung von zwei Jahren blieb Hölderlin bis September 1806 in Homburg und verfasste hier einige seiner wichtigsten Werke. Auch wenn zahlreiche zum Hölderlin-Jahr geplante Veranstaltungen der Corona-Epidemie geschuldet vorerst nicht stattfinden können, bleibt doch der individuelle Lese-Genuss: 2008 ist der letzte Band der umfangreichen Frankfurter Hölderlin-Gesamtausgabe erschienen.

Klassische Musik gegen den Corona-Blues

Da Museen, Theater, Konzertsäle und Kinos bis auf weiteres geschlossen sind, haben Streamingdienste derzeit Hochkonjunktur. Dabei ist das digitale Kulturangebot trotz der schwierigen Situation, in der sich Künstler und Kulturschaffende derzeit befinden, facettenreich: So spielt der Pianist Igor Levit jeden Tag live via Twitter (@igorpianist) zum Beispiel klassische Werke von Schubert und Brahms. Zu Hause am Flügel sitzend, begeistert er seine Zuhörer mit seinem Spiel und macht den Corona-Blues damit erträglicher. „Jede dunkle Zeit hat, auch wenn nur kurze, jedoch so, so wichtige, lichte Momente“, sagt Levit. „Die mit Musik, das sind meine.“

„Die tägliche Dosis“ vom Staatstheater Darmstadt

Wie Theater in Zeiten von Homeoffice funktioniert, zeigt das Staatstheater Darmstadt in einem Video-Blog mit dem Titel „Die tägliche Dosis“: Mitarbeiter und Künstler führen vor, wie sie im Homeoffice arbeiten, proben, üben und Text lernen. Das Staatstheater Kassel plant auf seinen Social-Media-Kanälen Lesetipps vom Chefdramaturgen, #stayathome-Videos der Künstlerinnen und Künstler und ruft zum Mitmachen auf: Man kann eigene Texte, Lieder oder Ideenskizzen per Mail einschicken und die Ensemblemitglieder, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter machen daraus kleine Kunstwerke, die online veröffentlicht werden.

Theaterabende für zu Hause: Die Plattform www.spectyou.com bietet kostenlos Aufzeichnungen von Theaterstücken, klassischem und zeitgenössischem Tanz und Performances. Mit der „Tragödienmaschine“ wird ZDFkultur zur Bühne für das Ensemble von Simon Stones Theaterarbeit und der Zuschauer selbst zum Dramaturgen: Er kann sich jeweils die nächste Szene aussuchen.

Und noch ein Tipp: Während der Corona-Pandemie öffnet der OnleiheVerbund-Hessen für die Schließungszeit der Biblio-



Der russisch-deutsche Pianist Igor Levit, Jahrgang 1987, macht u. a. in 32 Podcast-Folgen Beethovens Welt lebendig. Das Foto stammt aus den Aufnahmen zu dem neuen Album „Beethoven Complete Piano Sonatas“.

theken sein Angebot kostenfrei für alle Einwohner Hessens. Interessierte können sich unter dem Link www.hessen.onleiheverbundhessen.de registrieren.

Reise durch die Epochen der Kunstgeschichte

Einen digitalen Kunst- und Kultur-Lieferservice für zu Hause offeriert die Museumslandschaft Hessen Kassel (MHK) bei Facebook und Instagram. In kurzen Video-Clips und Mitarbeiter-Talks geht es auf eine unterhaltsame Reise durch die vielfältigen Epochen der Kunstgeschichte. Das Museum Wiesbaden bietet eine kostenlose App für Apple und Android an, die zum virtuellen Ausstellungsbesuch einlädt. Auf Instagram werden regelmäßig ausgewählte Exponate vorgestellt. In der digitalen Gemäldegalerie kann man sich außerdem durch die Alten Meister klicken. Das Jüdische Museum Frankfurt bietet Onlineausstellungen an, unter anderem zu der Fami-

liengeschichte von Anne Frank oder der Judengasse.

Film über Impressionismus in Skulptur

Kunstliebhaber können auch das derzeit geschlossene Frankfurter Städel (aktuelle Informationen unter www.staedelmuseum.de) online besuchen. In der Digitalen Sammlung des Hauses lässt sich der Bestand des Museums bestaunen, außerdem bietet das Museum ein umfangreiches digitales Angebot. In der großen Ausstellung

„EN PASSANT. Impressionismus in Skulptur“, durch die auch ein Ausstellungsfilm führt, widmet sich das Städel Museum der Frage, was es konkret bedeutet, die Eigenschaften der impressionistischen Malerei wie Licht, Farbe,

Stimmung, Bewegung – sogar Flüchtigkeit – in feste Materialien zu übersetzen. Im Mittelpunkt der Präsentation stehen die fünf Künstler Edgar Degas, Auguste Rodin, Medardo Rosso, Paolo Troubetzkoy und Rembrandt Bugatti. Mit mehr als 160 Werken gibt die Ausstellung erstmalig einen umfassenden Überblick über die Möglichkeiten und die Herausforderungen des Impressionismus in der Skulptur. Ausgangspunkt der Ausstellung ist Degas Skulptur der kleinen Tänzerin.

Ausstellungsbesuch in Rom

Bits und Bytes versetzen nicht nur die sprichwörtlichen Berge: Dank digitaler Möglichkeiten ist auch ein virtueller Museumsbesuch in Rom kein Problem. In einem Europa der Pandemie-bedingt geschlossenen Grenzen darf man die wunderbare Ausstellung „Raffaello“ (zu deutsch „Raffaël“) in den Scuderie del Quirinale zu dessen 500. Todestag durch digitale Pforten betreten. Es ist die größte Raffaël-Schau, seit der Maler und Architekt vor 500 Jahren vermutlich einem Sumpffieber erlag. Leihgaben aus aller Welt – insgesamt 120 Meisterwerke – versammeln sich hier



Kleine vierzehnjährige Tänzerin, Bronze von Edgar Degas, 1881. Privatsammlung. In der Städel-Ausstellung EN PASSANT.



Foto: Wikipedia gemeinfrei, Raffaello Sanzio.jpg

Raffael (1483–1520) im Alter von ca. 23 Jahren: Selbstporträt des Architekten und Malers der italienischen Renaissance, datiert zwischen 1504 und 1506 (Uffizien).

erstmalig zu einer sensationellen Schau, die aufgrund des Coronavirus kurz nach der Eröffnung wieder für den Publikumsverkehr geschlossen werden musste. Ihn bewegten Schönheit und Harmonie. Raffaël (1483–1520), der sich 1506 als mandeläugigen Jüngling portraitierte – das Selbstbildnis ist ebenso in der Ausstellung zu sehen wie das berühmte Doppelporträt mit Freund aus dem Louvre – gehört neben Leonardo und Michelangelo zu den drei wichtigsten Namen der italienischen Renaissance. Die Ausstellung folgt dem Lebensweg des Malers rückwärts von dessen Tod 1520 in Rom bis zu seiner Geburt 1483 in Urbino.

Als Raffaello Sanzio da Urbino zur Welt gekommen, genoss er schon zu Lebzeiten das Privileg, nur unter seinem Vornamen bekannt zu sein – Raffaël malte die Sixtinsche Madonna, die Galatea in der Villa Farnesina, schöne Frauen, Engel, Päpste und Kardinäle; 1514 wurde er gar Chefbaumeister des Petersdoms. Der Parcours zeichnet sein gesamtes Werk nach und stellt Raffaël nicht nur als Maler und Grafiker vor, sondern auch als Präfekt für die Antike im Kirchenstaat. Solange ein physischer Besuch der Ausstellung unmöglich ist, kann man sich virtuell durch die Hallen bewegen:

<https://www.scuderiequirinale.it/pagine/raffaello-oltre-la-mostra>

Katja Möhrle



Foto: © Städel Museum



Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 6: Im Konfliktfall – Die Patientenperspektive als Impuls für Verbesserungspotenziale nutzen

Was tun, wenn es zu Konflikten im Arzt-Patienten-Verhältnis kommt oder ein Behandlungsfehler vermutet wird? Welche Möglichkeiten der Aufarbeitung gibt es und wie können sie die Patientensicherheit erhöhen? Teil 6 der Artikelserie gibt einen Einblick in die Arbeit verschiedener Anlaufstellen der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) für Patientenanliegen zu medizinischen Behandlungen.

Die Möglichkeiten Fehler zu erkennen und Verbesserungspotenziale zu erörtern, um somit die Patientensicherheit zu fördern, sind vielfältig und spielen oft auch dort eine Rolle, wo man sie am wenigsten vermutet. Bei der LÄKH können sich Patienten mit ihren Sorgen oder Beschwerden an die Ärzteschaft oder speziell dafür eingerichtete, unabhängige Stellen wenden. Dies kann zum Beispiel vermutete Verstöße gegen die Berufsordnung, Behandlungsfehler oder Konflikte im Arzt-Patienten-Verhältnis betreffen.

Je nach Art dieser Vorkommnisse gibt es bei der LÄKH verschiedene Ansprechpartner, die die Anliegen überprüfen und ggf. Maßnahmen ableiten. Dabei spielen Objektivität und die Sicht aller Beteiligten eine wichtige Rolle. Unabhängig vom Ergebnis stellt jede Auseinandersetzung mit solchen Vorkommnissen eine Chance dar, mögliche Konflikte im Arzt-Patienten-Verhältnis beizulegen und die Patientensicherheit zu verbessern.

Die unabhängige Gutachter- und Schlichtungsstelle

Sollten Patienten im Rahmen einer ärztlichen Behandlung einen Behandlungsfehler vermuten, bieten die Gutachter- und Schlichtungsstellen (GuS), die bei den Ärztekammern angesiedelt sind, eine Überprüfung an. Bei der LÄKH wurde die GuS 1977 gegründet. Sie arbeitet unab-

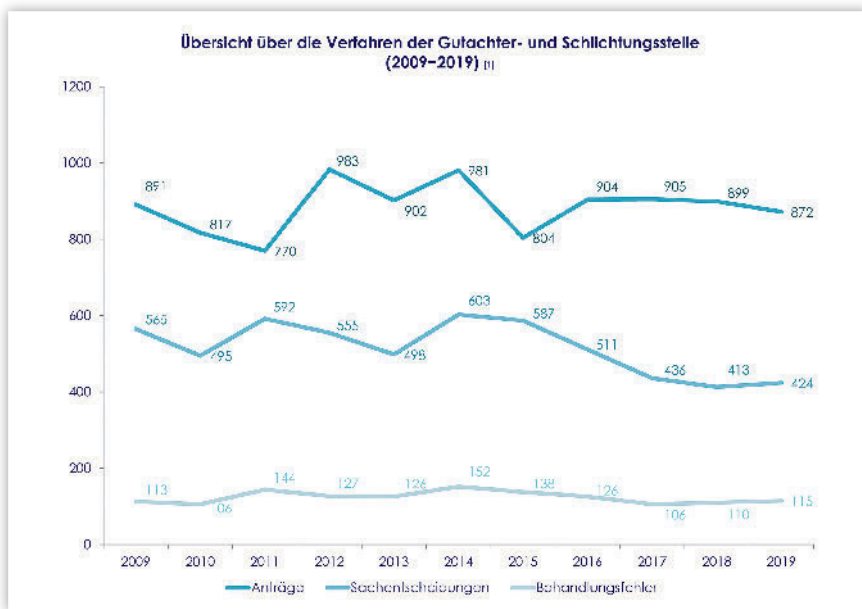
hängig vom restlichen Kammerbetrieb und wird derzeit von drei Juristen (ehemals Vorsitzende Richter am Bundesgerichtshof, am Oberlandesgericht und am Landgericht) geleitet. In einem GuS-Verfahren wird geprüft, ob ein Behandlungsfehler in Diagnostik oder Therapie vorliegt, auf dem gesundheitliche Komplikationen eines Patienten beruhen oder nicht. Das Ziel der GuS ist es, außergerichtliche Konfliktlösungen zwischen Ärzten und Patienten zu erreichen. Außerdem soll neben der Prüfung eines möglichen Schadensausgleichs das Vertrauensverhältnis zwischen den Beteiligten wiederhergestellt werden.

Das Verfahren ist freiwillig und für die Antragsteller kostenlos. Um ein GuS-Verfahren in Gang zu setzen, muss ein formloser Antrag gestellt werden. Sobald die notwendigen Formulare (z. B. zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht) übermittelt wurden und die Zustimmung des betroffenen Arztes sowie seiner Haftpflichtversicherung vorliegen, wird vom ärztlichen Behandler eine Stellungnahme erbeten. Liegen auch alle weiteren not-

wendigen Dokumente wie Krankenunterlagen und Befunde vor, wird ein Sachverständiger aus dem betreffenden medizinischen Fachgebiet benannt. Wenn alle Beteiligten zustimmen, erstellt dieser Sachverständige ein ärztliches Gutachten. Anschließend können sowohl der Patient als auch der Arzt einen Antrag auf Kommissionsentscheidung stellen, wenn sie sich durch das Gutachten belastet fühlen.

Hierbei entscheiden mindestens zwei Sachverständige und ein Jurist, ob das Gutachten abgeändert oder bestätigt werden muss. Die meisten Streitigkeiten, die die GuS bearbeitet, können so bereits beigelegt werden. Die Möglichkeit einer Klage bei Gericht steht allerdings offen. In Hessen ist die Zahl der Anträge, die bei der GuS eingehen, in den vergangenen drei Jahren leicht rückläufig, schwankt aber im Gesamtverlauf der vergangenen zehn Jahre, vgl. Grafik.

Die am häufigsten betroffenen Fachbereiche sind die Orthopädie/Unfallchirurgie und die Allgemeinchirurgie, gefolgt von der Inneren Medizin und der Frauenheilkunde. Diese Verteilung wird auch in der



Grafik: Rechte bei den Autoren



jährlichen Bundesstatistik der GuS aller Ärztekammern, die die Bundesärztekammer herausgibt, bestätigt. Am häufigsten wurden sogenannte Sachentscheidungen (z. B. gutachterliche Bescheide) im stationären Bereich und dort in der Unfallchirurgie sowie in der Orthopädie getroffen – dies gilt ebenso für die Erhebung in Hessen. Die tatsächlich festgestellten Behandlungsfehler beliefen sich seit 2009 auf ein knappes bis ein gutes Viertel aller eingegangenen Anträge, vgl. Grafik.

Durch die Begutachtung der Sachverhalte durch einen neutralen Experten bietet das Verfahren die Chance, dass behandelnde Ärzte über den Einzelfall hinaus mögliche Fehlerquellen erkennen können. Auch die Möglichkeit, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzteschaft zu verbessern, leistet einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit. [1–5]

Allgemeine Patientenbeschwerden

Sollten allgemeine Beschwerden gegenüber einem Arzt, der Mitglied bei der Landesärztekammer Hessen ist, bestehen, haben Patienten die Möglichkeit, sich an die LÄKH zu wenden. Basis dafür ist die Berufsaufsicht, die die LÄKH ausübt und die sich aus der ärztlichen Selbstverwaltung ergibt. Das heißt, dass die Ärzteschaft selbst dafür Sorge tragen muss, unärztliches Handeln zu ahnden. Die rechtliche Grundlage ist die Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen [6].

Um das Verfahren in Gang zu setzen, müssen die Beschwerden durch den Patienten selbst oder z. B. Angehörige schriftlich unter Schilderung des konkreten Sachverhalts und unter namentlicher Nennung des behandelnden Arztes an die LÄKH gerichtet werden. Hierfür steht ein standardisiertes Formular auf den Internetseiten der LÄKH zur Verfügung. Mögliche Inhalte solcher Beschwerden können bspw. eine fehlende oder fehlerhafte Aufklärung, Verletzung der Persönlichkeitsrechte oder der ärztlichen Schweigepflicht, fehlerhafte Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder das Aufdrängen von Behandlungen sein. Die Beschwerden werden von der Rechtsabteilung der LÄKH entgegengenommen. Nach Eingang wird zunächst geprüft, ob

ein Verstoß gegen die Berufsordnung vorliegt. Gegebenenfalls werden von allen Beteiligten Stellungnahmen eingeholt. Der Beschwerdeführer erhält eine Zusammenfassung, in der sowohl die Ansicht des Patienten als auch die des Arztes bewertet werden. Sollte zudem ein berufsrechtliches Verfahren eingeleitet werden, wird der Beschwerdeführer jedoch nicht über dessen Ausgang informiert, da solche Verfahren nicht öffentlich sind. [7, 8]

Das Beschwerdeverfahren bietet die Möglichkeit, ähnlich wie bei Critical-Incident-Reporting-Systemen, über die statistische Erfassung von Vorfällen mögliche Schwachstellen zu erkennen und Maßnahmen abzuleiten. So kann die Auseinandersetzung mit Patientenbeschwerden dazu beitragen, ärztliches Handeln zu reflektieren und das Arzt-Patienten-Verhältnis zu verbessern. Fehlerpotenziale z. B. in der Organisation oder der Kommunikation können erkannt, Vermeidungsstrategien erarbeitet und damit die Patientensicherheit verbessert werden. [9, 10]

Ombudsstelle bei der LÄKH

Im Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten kann es zu Situationen kommen, in denen Grenzen überschritten werden. Für die Aufarbeitung solcher Vorkommnisse wurde im April 2013 die „Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen“ bei der LÄKH eingerichtet. Diese ermöglicht Patienten, die in einer ärztlichen Behandlung eine wie auch immer geartete Missbrauchssituation erlebt haben, eine vertrauliche, neutrale und kompetente Beratung in Anspruch zu nehmen. Dabei können sich Betroffene unbürokratisch an die Ombudsstelle wenden. Die Möglichkeiten, auf das Erlebte zu reagieren, werden gemeinsam besprochen und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die oder der Ratsuchende entscheidet selbst über das weitere Vorgehen. Betroffene haben so die Chance, das Erlebte zu reflektieren und einzuordnen, bevor sie sich bspw. zur Stellung einer Strafanzeige entscheiden. [11, 12]

Gemeinsame Aufarbeitung

Auch wenn die vorgestellten Verfahren bei der LÄKH auf den ersten Blick wie sehr

Anlaufstellen der LÄKH für Patientenanliegen

Ansprechpartner bei Beschwerden zu Behandlungsfehlern:

Gutachter- und Schlichtungsstelle
E-Mail: gutachterstelle@laekh.de
Fax: 069 97672-178
<https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/rund-ums-recht-gutachter-und-schlichtungsstelle>

Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen

E-Mail: ombudsstelle-missbrauch@laekh.de
Fon: 069 97672-347
<https://www.laekh.de/buergerpatienten/ihr-gutes-recht/ombudsstelle-fuer-faelle-von-missbrauch-in-aerztlichen-behandlungen>

Schriftliche Patientenbeschwerden bei vermuteten Verstößen gegen die ärztlichen Berufspflichten in Hessen
E-Mail: rechtsabteilung@laekh.de
Fax: 069 97672-169
<https://www.laekh.de/buergerpatienten/ihr-gutes-recht/patientenbeschwerden>

formale oder rechtliche Wege zur Klärung von vermuteten Fehlern oder Zwischenfällen wirken, bieten sie doch weitere Chancen und Möglichkeiten – sie dienen der Auseinandersetzung mit dem Wie und Warum. Dabei ist das Besondere, dass die Impulse für die Entdeckung möglicher Fehlerquellen aus der Patientenperspektive entstehen und auch bisher unerkannte Sichtweisen und Aspekte liefern können. So können sowohl Arzt als auch Patient Vorfälle aufarbeiten, kontinuierlich aus Fehlern lernen und dabei gemeinsam die Sicherheit medizinischer Behandlungen erhöhen.

**Silke Nahlinger
Katrin Israel-Laubinger
Nina Walter**

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



Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 6: Im Konfliktfall – Die Patientenperspektive als Impuls für Verbesserungspotenziale nutzen

- [1] Landesärztekammer Hessen. Gutachter- und Schlichtungsstelle. <https://www.laekh.de/aerzte/rundums-recht/rund-ums-recht-gutachter-und-schlichtungsstelle> (Zugriff 12.02.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/uo76>
- [2] Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern. Vortrag: Bericht aus der norddeutschen Schlichtungsstelle. Das Schlichtungsverfahren und seine Ergebnisse. https://www.aerztekammer-saarland.de/aerzte/arzt-und-recht/saarlaendischermedizinrechtstag/5_SaarlaendischerMedizinrechtstag/ (Zugriff 12.03.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/3ibw>
- [3] Landesärztekammer Hessen. Wegweiser für das Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen. https://www.laekh.de/images/Aerzte/Rund_ums_Recht/GuS/GuS_Flyer.pdf (Zugriff 12.03.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/dzin>
- [4] Bundesärztekammer. Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Pressekonferenz der Bundesärztekammer. 03. April 2019. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Behandlungsfehler/Praesentation_2018.pdf (Zugriff 12.02.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/ev37>
- [5] K. Deppert. 40 Jahre Gutachter- und Schlichtungsstelle. Bericht über die Jahre 2006 bis 2016. Hessisches Ärzteblatt 11/2017. https://www.laekh.de/images/Aerzte/Rund_ums_Recht/GuS/GuS_Artikel_HA-EBL/11_2017_40_Jahre_GuS.pdf (Zugriff 12.03.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/5q2p>
- [6] Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 26. März 2019 (HÄBL 6/2019, S. 396). https://www.laekh.de/images/Aerzte/Rund_ums_Recht/Rechtsquellen/berufsordnung.pdf (Zugriff 23.03.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/o11v>
- [7] Landesärztekammer Hessen. Patientenbeschwerden. Allgemeine Beschwerden. <https://www.laekh.de/buerger-patienten/ihr-gutes-recht/patientenbeschwerden> (Zugriff 12.03.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/oner>
- [8] Landesärztekammer Hessen. Merkblatt und Anleitung zur Einreichung einer Patientenbeschwerde. https://www.laekh.de/images/Buerger_Patienten/Ihr_gutes_Recht/Information_zum_Einlegen_einer_Beschwerde.pdf (Zugriff 12.03.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/u18q>
- [9] C. Thomeczek et. al. Das Glossar Patientensicherheit – Ein Beitrag zur Definitionsbestimmung und zum Verständnis der Thematik „Patientensicherheit“ und „Fehler in der Medizin“. Gesundheitswesen 2004; 66: 833–840
- [10] Hoffmann B, Rohe J. Patientensicherheit und Fehlermanagement. Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. Dtsch. Arztebl Int 2010; 107(6): 92–9, DOI 10.3238/arztebl.2010.0092
- [11] M. Korte. Drei Jahre Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen – ein Tätigkeitsbericht. Hessisches Ärzteblatt 5/2016. S. 290–291. https://www.laekh.de/images/Hessisches_Aerzteblatt/2016/05_2016/Aerztekammer_Ombudsstelle.pdf (Zugriff 12.03.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/9p9d>
- [12] Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen. <https://www.laekh.de/buerger-patienten/ihr-gutes-recht/ombudsstelle-fuer-faelle-von-missbrauch-in-aerztlichen-behandlungen> (Zugriff 12.03.2020) oder via Kurzlink: <https://t1p.de/psol>



Interprofessionelles Fortbildungskonzept – Medizinisches Fachpersonal lernt von der Sicherheitskultur in der Luftfahrt;

Strategien zur Fehlervermeidung in der Patientenversorgung

Entwicklung eines Fortbildungsangebotes im Bereich interpersonelle Kompetenz

Dr. med. Susanne Frankenhauser, MME; PD Dr. med. Matthias Münzberg; Martin Egerth; Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Reinhard Hoffmann

Einleitung

Bereits vor fast 20 Jahren wurde im vielzitierten US-Medizinreport „To err is human“ [1] das Thema Fehlerkultur im medizinischen Bereich thematisiert. Die damaligen Erhebungen kamen zu dem Ergebnis, dass medizinische Fehler die achthäufigste Todesursache in den USA darstellten. Donchin et al. zeigten, dass auf einer Intensivstation durch medizinisches Personal 1,7 Fehler pro Tag und Patient gemacht werden [2]. Hat sich die Medizin seitdem verändert? Wie steht es um eine Sicherheitskultur in der Medizin heutzutage bei der Dominanz von Themen wie zunehmender Fachkräftemangel und omnipräsenter wirtschaftlicher Druck?

Aktuelle Entwicklung

2016 veröffentlichte das BMJ eine Studie [3], die „medical error“ als die mittler-

weile sogar dritthäufigste Todesursache in den USA, nach Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen, detektiert. Aufgrund dessen erscheint es essenziell, dass sich die Medizin nun zwingend mit der Thematik Fehler- bzw. Sicherheitskultur auseinandersetzen muss.

Das Arbeiten im medizinischen Bereich ist zunehmend geprägt durch einen steigenden Workload. Zusätzlich existiert häufig eine mentale Belastung des Personals durch eine stets mögliche vitale Bedrohung der behandelten Patienten. Zeitgleich wird typischerweise eine

ausgeprägte situative Aufmerksamkeit mit einer schnellen Abfolge kognitiver Prozesse zur Entscheidungsfindung vom medizinischen Fachpersonal erwartet. Dementsprechend hoch ist die Anfälligkeit für Fehler, kritische Situationen und

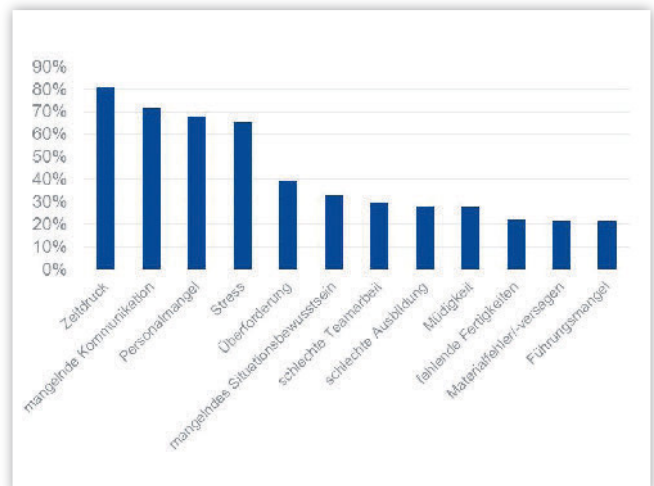


Abb. 1: Antworthäufigkeiten auf die Frage: „Was sind die Ursachen für Fehler in Ihrem Arbeitsumfeld?“ mod. nach [4]

schlussendlich sicherheitsrelevante Vorfälle. Ein Großteil solcher Zwischenfälle im medizinischen Bereich beruht auf einem Mangel an kognitiven und zwischenmenschlichen Fertigkeiten.

Definitionen

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit definiert „Fehler“ wie folgt: „Eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant.“ Zu beachten ist hierbei, dass demzufolge ein Fehler nicht gleichgesetzt werden muss mit einer Komplikation oder sicherheitsrelevanten Vorfällen. Diese können zwar Folge von Fehlern sein, aber auch als schicksalhafter Verlauf ohne ursächliche Fehler auftreten. Es erscheint essenziell, Fehler in der Medizin zu thematisieren und diesen Bereich näher zu beleuchten. Oft gehen Fehlern negative Umgebungsbedingungen voraus: Zeitdruck, Personalmangel, Müdigkeit etc., so dass auch diese zwingend in die Analyse miteinbezogen werden müssen. Unglücklicherweise werden nicht alle Fehler rechtzeitig erkannt und entsprechende Gegenmaßnahmen eingeleitet. Dies kann im weiteren Verlauf zu kritischen Situationen führen, also Situationen, in denen die Sicherheit von Patienten bedroht ist.

Werden sowohl negative Umgebungsbedingungen, Fehler als auch kritische Situation nicht wahr- bzw. ernst genommen, so können daraus entsprechend sicherheitsrelevante Vorfälle entstehen. Diese Vorfälle werden umgangssprachlich häufig als

die eigentlichen „Fehler“ klassifiziert, wobei diese Betrachtungsweise eindeutig zu eindimensional ist, da in diesem Fall die Ursachen bzw. die Einflussfaktoren auf eine solche Fehlerkette nicht berücksichtigt werden.

Fallbeispiel: Ein Patient benötigt eine Bluttransfusion und der hierfür vorgesehene Bed-Side-Test zur letzten bettseitigen Kontrolle der Blutgruppe wird durch den Stationsarzt aufgrund von Zeitdruck nicht durchgeführt. Es folgt eine kritische Situation für den Patienten, da die Gefahr einer Fehltransfusion deutlich erhöht ist. Schlussendlich könnte es in dieser Situation zu einem sicherheitsrelevanten Vorfall kommen (Transfusionszwischenfall bei Fehltransfusion).

Datenlage

In einer 2018 veröffentlichten Untersuchung wurden 800 Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) zu dem Thema Sicherheitskultur befragt. Die häufigsten berichteten Ursachen für Fehler im Arbeitsumfeld waren Zeitdruck, mangelnde Kommunikation, Personalmangel, Stress, Überforderung, mangelndes Situationsbewusstsein und schlechte Teamarbeit (Mehrfachangaben möglich, siehe Abb. 1). Diese Ursachen wurden jeweils von mindestens 30 % der Befragten als Einflussfaktoren auf Fehler im Berufsalltag identifiziert. Es zeigten sich lediglich marginale Unterschiede hinsichtlich der verschiedenen Hierarchie- bzw. Ausbildungsstufen der Befragten. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung erwähnten den Einflussfaktor „Müdigkeit“ etwas häufiger als Oberärzte, diese hingegen gaben „Überforderung“ einen höheren Stellenwert hinsichtlich der Entstehung von Fehlern.

Von der Fehler- zur Sicherheitskultur

Die häufigsten Ursachen für Fehler im medizinischen Bereich basieren auf menschlichen Faktoren (z. B. mangelnde Kommunikation, schlechte Teamarbeit, mangelndes Situationsbewusstsein) [4]. Wichtiges Ziel der Medizin sollte es sein, dass eine im

Alltag oftmals vorherrschende Fehlerkultur mit häufig isoliertem Blick in die Vergangenheit und Fixierung auf Komplikationen bzw. einzelne Personen in eine Sicherheitskultur geändert werden sollte: Wir müssen den Blick in die Zukunft richten und Fehler (auch ohne aufgetretene kritische Situationen oder sicherheitsrelevante Vorfälle) selbstkritisch analysieren, um aus ihnen Lösungsstrategien zu entwickeln. Ein gemeinsames Ziel der Medizin sollte uns einen: Die Sicherheit der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten. Mit dem Titel „To err is human“ lag der Fokus im Jahre 2000 noch stark auf der Betonung von Fehlern. Die Entwicklung einer offenen Fehlerkultur war damals eine bedeutende Entwicklung. Diese hat sich weiterentwickelt zu einer Sicherheitskultur, in deren Zentrum der Fokus auf positive Aspekte gelegt wird: Sich zu verbessern/zu wachsen/zu lernen ist menschlich und trägt unendlich viel zu einer entsprechenden Zunahme an Sicherheit bei.

Entwicklungen in der Luftfahrt

Die Luftfahrt wurde mit zunehmendem technischen Fortschritt in der Vergangenheit immer sicherer, jedoch kam es in den 1970er-Jahren zu mehreren dramatischen Unfällen, die alle auf menschliches Versagen zurückzuführen waren (1972: Everglades, 1977: Teneriffa, 1978: Portland). Folgerichtig untersuchte daraufhin die NASA in Kooperation mit der US-amerikanischen Luftaufsichtsbehörde FAA (Federal Aviation Administration) den Einfluss der Cockpit-Zusammenarbeit. Dies war der Ausgangspunkt für die Entwicklung des Crew Resource Management-Konzeptes. Heute sind entsprechende interprofessionelle Schulungen im Bereich der Luftfahrt für alle Beteiligten jährlich verpflichtend. Lufthansa schult ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur in technischen und prozeduralen Fähigkeiten und Fertigkeiten (technische Grundlagen des Flugzeugtyps, der Flugphysiologie, Simulation verschiedener Landemaneöver etc.). Zusätzlich werden alle Lufthansa-Mitarbeiter im Bereich interpersoneller Kompetenzen geschult, um den Faktor Mensch bewusst werden zu lassen und um den Mitarbeitern Strategien und Werkzeuge zu vermitteln, mit möglichen



Abb. 2: Offizielles Kurskonzept von Lufthansa Aviation Training „Competence criteria for Lufthansa flight crew“.

aufkommenden Problemen umzugehen und diese gar nicht erst zu Fehlern, kritischen Situationen oder sicherheitsrelevanten Vorfällen kommen zu lassen (siehe Abb. 2). Somit kann im Bereich der Luftfahrt eine bereits sehr hohe Sicherheit weiterhin garantiert bzw. diese sogar konsekutiv noch gesteigert werden. Mittlerweile gibt es zunehmend mehr Branchen mit Hochleistungscharakter, die sich wenig bis keine Fehler erlauben dürfen und die ihre Mitarbeiter ebenfalls in derartigen obligaten Trainingskonzepten schulen (z. B. Atomkraftwerke).

Umsetzung im Bereich der Medizin

Um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten, werden regelmäßige Trainings und Schulungen für das medizinische Fachpersonal empfohlen. Im Sektor Medizin gibt es vielfältige Trainingsmaßnahmen in technischen und prozeduralen Fähig- und Fertigkeiten (Atemwegsmanagement-, Sonographiekurse, Reanimationstrainings etc). Allerdings besteht noch deutlicher Schulungsbedarf hinsichtlich des Bereiches der interpersonellen Kompetenz bzw. „non-technical skills“. Hierbei stehen Themen im Fokus, die bisher wenig bis nicht geschult werden: eine gelingende Kommunikation in interdisziplinären und interprofessionellen Teams, Teamwork unter Leitung eines Teamleaders mit entsprechenden Führungsqualitäten, eine strukturierte und fundierte Entscheidungsfindung sowie eine situative Aufmerksamkeit und ein professioneller Umgang mit Stress im Fokus. Genau dies stellen die Themen dar, die mit der Entstehung von Fehlern im medizinischen Umfeld häufig in Verbindung gebracht werden [4].

Ein Bewusstsein, dass das Gesamtsystem Medizin aus den Bereichen Technologie und der (Gesamt-)Organisation, aber auch den einzelnen beteiligten Menschen besteht, muss entstehen und täglich gelebt werden. Nur auf diese Weise können wir eine gelingende Sicherheitskultur auch im Bereich der Medizin entstehen lassen. Als beispielhaftes Schulungskonzept hat Lufthansa Aviation Training (LAT) zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie

(DGOU) ein interdisziplinäres und interprofessionelles Fortbildungsangebot für medizinisches Fachpersonal entwickelt: Interpersonal Competence (siehe Abb. 3 & Foto) [5]. Hierbei steht die nachhaltige, praxisorientierte Vermittlung von Wissen, Fähig- und Fertigkeiten aus dem Bereich „Human Factors“ im Mittel-

punkt. Langfristiges Ziel ist damit auch die Erhöhung der Patientensicherheit im medizinischen Umfeld. Ein abgestuftes Kurskonzept richtet sich an verschiedene Ausbildungs- bzw. Verantwortungsstufen, so dass sowohl für Berufsanfänger wie auch Führungskräfte individuell wichtige Schwerpunkte gesetzt werden können. Themenschwerpunkte sind unter anderem das gelingende Arbeiten im Team, Kommunikation (und Führung), Entscheidungsfindung sowie Workload- und Konfliktmanagement.

Die BG Kliniken haben vor fast drei Jahren damit begonnen, einen großen Anteil ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mithilfe dieses Curriculums zu schulen: von der Entwicklung in der Luftfahrt lernen und mit medizinischer Expertise agieren. Die Betonung interpersoneller Kompetenz und deren Einbezug im alltäglichen Arbeiten sind ein entscheidender Schritt zur Kompetenzerweiterung der Mitarbeiter und letztendlich der Steigerung der Patientensicherheit.

Fazit

Der medizinische Arbeitsalltag ist durch eine hohe Fehlerhäufigkeit geprägt, auch wenn uns dies oftmals nicht bewusst ist. Dabei sind Fehler nicht gleichbedeutend mit sicherheitsrelevanten Vorfällen. Diese können sich allerdings im Verlauf ohne rechtzeitiges Erkennen und Einleiten von Gegenmaßnahmen entwickeln. Stets sind mögliche Ursachen für die Entstehung von Fehlern zu eruieren – alle Einflussfak-

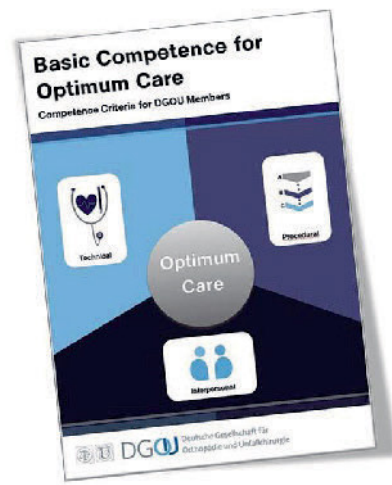


Abb. 3: Offizielles Kurskonzept der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie in Kooperation mit Lufthansa Aviation Training: „Basic Competence for Optimum Care – Competence Criteria for DGOU Members“.

toren wie u. a. Zeitdruck, Personalmangel müssen berücksichtigt werden. Eine übergeordnete Relevanz für die Sicherheit weist der „Human Factor“ auf – für eine optimale Patientenversorgung bedarf es neben technischen und prozeduralen Fähigkeiten zwingend auch interpersoneller Kompetenz. Ein Umdenken im medizinischen Arbeitsalltag sowie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung ist zwingend notwendig. Übergeordnetes Ziel des medizinischen Fachpersonals muss die Implementierung einer Sicherheitskultur im medizinischen Arbeitsalltag zugunsten der uns anvertrauten Patienten sein.

Ansprechpartner:

PD Dr. med. Matthias Münzberg

Leiter Ressort Medizin

BG Kliniken Ludwigshafen,

Leiter Centrum für interdisziplinäre Rettungs- und Notfallmedizin (CiRN)

BG Klinik Ludwigshafen

E-Mail:

matthias.muenzberg@

bgu-ludwigshafen.de

Mögliche Interessenskonflikte:

Susanne Frankenhauser und Matthias Münzberg sind als Trainer in die Fortbildungsveranstaltungen eingebunden. Martin Egerth ist als Senior Product Manager Human Factors Training, Psychologe bei Lufthansa Aviation Training angestellt.

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

Literatur zum Artikel:

Strategien zur Fehlervermeidung in der Patientenversorgung

Entwicklung eines Fortbildungsangebotes im Bereich interpersonelle Kompetenz

von Dr. med. Susanne Frankenhauser, MME; PD Dr. med. Matthias Münzberg; Martin Egerth;

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Reinhard Hoffmann

[1] Kohn LT et al (2000): To err is human. Institute of Medicine, National Academy of Sciences, Washington DC

[3] Makary MA, Daniel M (2016): Medical error – the third leading cause of death in the US. BMJ 2016; 353:i2139

[5] <https://www.interpersonal-competence-training.com>

[2] Donchin Y et al (1995): A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. Crit Care Med

[4] Münzberg M et al (2018): Safety culture in orthopaedic surgery and trauma surgery – where are we today? Z Orthop Unfall



Der Ausschuss Notfallversorgung und Katastrophenmedizin ist ein beratendes Gremium des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen – alle Abgebildeten auf diesem Foto und die weiteren Mitglieder sind namentlich im Kasten unten aufgeführt.

Aus der Arbeit des Ausschusses Notfallversorgung und Katastrophenmedizin

Aktuelles Hauptthema ist die geplante Reform der Notfallversorgung

Noch bevor der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn seinen Entwurf zur geplanten Reform der Notfallversorgung vorgelegt hat, hat sich der Ausschuss Notfallversorgung und Katastrophenmedizin der Landesärztekammer Hessen bereits mehrmals mit diesem Thema beschäftigt. Dabei wurde SmED (Strukturiertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren für Deutschland) durch Nicolas Alix und Jan Riehle von der Kassenärztlichen Vereinigung (KVH) vorgestellt. Untersucht werden soll, welche Steuerungswirkung auf Patientenströme sich damit entfalten lassen. SmED soll sichere und gezielte Empfehlungen geben – wie beispielsweise „sofort ins Krankenhaus“, „ein Termin beim niedergelassenen Arzt“ oder „Selbstbehandlung mit Hausmitteln reicht zunächst aus“. Die strukturierte medizinische Ersteinschätzung soll nicht nur die Sicherheit der Patientenbetreuung erhöhen, sie soll auch zu effizienteren Abläufen im Gesundheitswesen führen.

Die Funktionsweise des gemeinsamen Tresens (ÄBD-Tresen) als Beispiel für die Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle für Akut- und Notfallpatienten an Krankenhäusern zur künftigen Notfallversorgung als Pilotprojekt in Frankfurt-Höchst wurde von dem Leiter der Zentralnotauf-



Nicolas Alix (KVH), Dr. med. Paul Otto Nowak (Vorsitzender) und Dr. med. Peter Petersen (ÄBD-Tresen in Höchst), von links.

nahme (ZNA) Frankfurt-Höchst, Dr. med. Peter Petersen, vorgestellt und ausführlich diskutiert. Nach bisherigen Erfahrungen führt dies zu einer deutlichen Entlastung der Klinik. Warum allerdings die Partner-Praxen der KVH kaum in Anspruch genommen wurden, konnte nicht geklärt werden.

Aus dem HMSI wurde über die Zuweisung von Patienten im Rahmen der Grippewelle, die Novellierung der Durchführungsverordnung zum Hessischen Rettungsdienst-Gesetz (HRDG), die Änderungen zur Rettungssanitäterausbildung und den Personalmangel im Rettungsdienst berichtet. Nach einer Umfrage zur Heilkundenkompetenz auf Bundesebene ist in Erwägung gebracht worden, den Notarztmangel durch mehr Befugnisse der Notfallsanitäter zu kompensieren.

Nachdem sich der Ausschuss Notfallversorgung und Katastrophenmedizin bereits im November 2016 mit der Einführung einer Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ befasst hatte, wurde der Beschluss in der Delegiertenversammlung am 26.03.2019 gefasst, so dass die Änderung zum 1. Juli 2019 in Kraft treten konnte. 2019 haben bereits 45 Ärztinnen und Ärzte die Zusatzbezeichnung erworben, zwei bestanden die Prüfung nicht. Das zweigleisige Genehmigungsverfahren zur Verlängerung der LNA*-Urkunde wurde durch den Ausschuss ausdrücklich bestätigt, da ein zertifizierter Kurs nicht ausdrücklich den Kriterien der LNA*-Richtlinien entsprechen muss. Zum einen erfolgt die Zertifizierung über die Anerkennungsstelle (Fortbildungspunkte) und zum anderen die Genehmigung durch die Weiterbildungsabteilung zur Rezertifizierung der LNA*-Urkunde.

In der nächsten Sitzung wollte sich der Ausschuss hauptsächlich mit dem Gesetzesentwurf zur geplanten Reform der Notfallversorgung und den Maßnahmen zu Covid-19 befassen. Aus bekannten aktuellen Gründen wurde der für den 25. März 2020 geplante Termin abgesagt.

Der Ausschuss Notfallversorgung und Katastrophenmedizin ist ein beratendes Gremium des Präsidiums und wird von diesem auch berufen. Mitglieder des Gremiums sind (Foto oben von links): Stefan Scheidmantel (Referatsleiter HMSI), Michael Andor (Präsidiumsmitglied), Rainer Greunke (HKG bis 2019), Dr. med. Sabine Jobmann (AG ZNA Hessen), Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter, Dr. med. Hans-Joachim Stürmer, Dr. med. Gerd Appel (LNA-Fortbildung Kassel), Dr. med. Paul Otto Nowak (Vorsitzender), Jörg Blau (ÄLRD Hessen + aghn), Dr. med. Thomas Schneider (LNA-Fortbildung Wiesbaden), Dr. med. Tobias Gehrke (Vertreter KVH), Dr. med. Claudia Jacobi, Tobias Winter (Berufsfeuerwehr Kassel). Auf dem Foto fehlen: Prof. Dr. med. Paul Kessler (Stellv. Vorsitzender) und Prof. Dr. med. Steffen Gramminger (HKG ab 2020). Die konstituierende Sitzung fand am 20.02.2019 statt. Der Ausschuss wird durch die Hauptamtlichen Claudia Schön (Stellv. Justitiarin), Olaf Bender (Referent Ärztliche Geschäftsführung) und Jana Čerimagić (Sekretariat) unterstützt.

Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak
Vorsitzender des Ausschusses Notfallversorgung und Katastrophenmedizin

* LNA = Leitender Notarzt



Das Hessische Krebsregister besser nutzen



Wer und was muss gemeldet werden? Wissen überhaupt alle betroffenen Kliniken und Praxen, dass sie melden sollten? Was passiert mit den Daten und welche Rückantwort interessiert die Meldenden? Die Praxis zeigt: Fragen und Unklarheiten herrschen auf beiden Seiten, beim Meldenden wie auch beim Hessischen Krebsregister (HKR).

Mit diesem Artikel möchten wir häufige Fragen aufgreifen und damit für etwas mehr Klarheit sorgen.

Zur Geschichte und den rechtlichen Grundlagen

Die erste Fassung des Hessischen Krebsregistergesetzes wurde im Dezember 2001 verabschiedet. Auf übergeordneter Ebene wurde ab Mai 2003 im Regierungsbezirk Darmstadt mit der Datenerfassung begonnen, bis Januar 2007 wurde das Gebiet auf das gesamte Landesgebiet ausgedehnt. Dabei handelte es sich zunächst um ein rein epidemiologisches Krebsregister. Es wurden vor allem personenbezogene Daten (Wohnregion, Alter, Geschlecht), Diagnosen und Sterbedaten erfasst, aber keine Therapien.

2008 wurde auf Bundesebene der Nationale Krebsplan herausgegeben, der die Entwicklung der klinischen Krebsregistrierung anstieß. Im April 2013 wurde auf Bundesebene das V. Sozialgesetzbuch (SGB) um den Paragraphen § 65c erweitert, um hier die konkrete Umsetzung der Ziele des Nationalen Krebsplans zu regeln. Die Bundesländer wurden zum Aufbau von flächendeckenden klinischen Krebsregistern verpflichtet.

In Hessen wurden die Vorgaben im Oktober 2014 durch eine Novelle des Hessischen Krebsregistergesetzes (HKRG) ver-

abschiedet. Jetzt werden auch eine Vielzahl an Meldungen zu Therapie, Verlauf sowie Nachsorge zu jeder Krebsdiagnose erfasst. Und zu dem Wohnortbezug kommt nun ein Behandlungsortbezug hinzu. Es werden also auch Daten von Betroffenen, die außerhalb Hessens wohnen, aber in Hessen behandelt werden, aufgenommen.

Gemäß diesem Gesetz sind alle in Hessen tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte zur Meldung verpflichtet (HKRG § 4), wenn sie konkret einen der folgenden Meldeanlässe feststellen:

1. die Diagnose einer Tumorerkrankung,
2. die histologische, zytologische und autoptische Sicherung der Diagnose,
3. der Beginn sowie der Abschluss einer therapeutischen Maßnahme,
4. Änderungen im Krankheitsverlauf, insbesondere durch das Auftreten von Rezidiven, Metastasen und Zweittumoren,
5. das Ergebnis der Nachsorge,
6. der Tod der Patientin oder des Patienten.

**Neue Adresse
des Hessischen Krebsregisters:
Lurgallee 10
60439 Frankfurt am Main**

Welche Daten braucht das Hessische Krebsregister?

Aus ärztlicher Sicht ist es oft Gewohnheit, dass man viele Daten (mit Einverständnis der Patienten) anfordert oder zumindest anfordern kann. So kommt es häufig vor, dass Arztbriefe, Befunde und Bilder von Bildgebungen, Operationsberichte, Histologien, Tumorboardbeschlüsse usw. vorliegen und man sich ein Gesamtbild von der Patientin bzw. vom Patienten und dem Krankheitsverlauf machen kann. Der oder die Meldende kann somit auch unter Umständen viele Daten melden, aber ist das sinnvoll und macht man sich da zu viel (oder zu wenig) Arbeit?

Auf Seiten des HKR zeigt sich das ganz anders: Es werden nur Daten verarbeitet, die über standardisierte Meldebögen (entweder auf Papier oder elektronisch) an das HKR übermittelt wurden. Das HKR ist dabei darauf angewiesen, dass die Daten hier vollständig eingetragen wurden.

Dabei werden auch nur Daten bearbeitet, die dem Erbringer der Leistung zugeordnet werden können. Wenn beispielsweise ein Gynäkologe eine Bestrahlung zu einer Tumorerkrankung meldet, die er aber nicht selber durchgeführt hat, wird diese von Seiten des HKR nicht erfasst. Oft wird über ein onkologisches Zentrum oder ein Organkrebszentrum über Dokumentare gemeldet, aber auch hier muss der Meldung zu entnehmen sein, welcher Gynäkologe, welcher Strahlentherapeut usw. die Leistung erbracht hat. Andernfalls kann die Meldung nicht vergütet werden. Auch darf das HKR nicht einfach bei allen involvierten Ärzten nachfragen, sondern nur bei denen, die bereits selber etwas zu dem Patienten gemeldet haben und bei dem Einsender einer Histologie, wenn dieser bekannt ist. Ebenso dürfen keine Daten verwendet werden, wenn angegeben ist, dass Patienten über die Meldung nicht unterrichtet wurden (Ausnahme: Pathologie-Befunde).

Für das HKR ist es somit sinnvoll, aber auch ausreichend, wenn sichergestellt ist, dass jeder, der eine Diagnose stellt oder eine Maßnahme erbracht hat, genau diese auch meldet oder so melden lässt, dass sie auf ihn zurückgeführt werden kann und das Einverständnis vom Patienten vorliegt.

Das Hessische Krebsregister befindet sich im Aufbau

Es ist vorgesehen, dass eine zunehmende Digitalisierung erfolgt, um Daten effektiver und zeitnaher auswerten zu können. Hier ist jedoch verständlicherweise die Datensicherheit sehr wichtig, weswegen es nicht so schnell, wie von allen gewünscht, umzusetzen ist. In einzelnen Bereichen erfolgen bereits Auswertungen, die aber nicht jeder Meldende mitbekommt. So sei auf einen Artikel aus dem



Wiesbadener Kurier vom 20.12.2019 verwiesen, wo Daten des Hessischen Krebsregisters zum Thema Mülldeponie in Flörsheim und Tumorerkrankungen angefragt wurden. Dabei zeigte sich kein Hinweis für Auffälligkeiten bei Krebserkrankungen in Flörsheim.

Auch wurde beispielsweise im Mai 2019 eine regionale Qualitätskonferenz zum Thema „Behandlung kolorektaler Tumoren in der Region Gießen-Marburg“ abgehalten.

Mindestanforderungen und Vergütung

Es gibt Mindestanforderungen an Meldungen, die erfüllt sein müssen, um eine Vergütung zu bekommen. Diese sind z.B. patientenbezogene Daten, die Einwilligung der Patienten und Angaben zur Therapie. Diese muss vom Melder selbst durchgeführt werden. Nach Eingabe der übermittelten Daten wird beim HKR bestätigt, dass die Meldung korrekt abgegeben wurde und ein Vergütungsanspruch besteht. Diese Information wird nun an die ent-

sprechende Krankenkasse der Patienten weitergegeben, die zum Teil nochmals eine eigene Prüfung durchführt und dann die Vergütung über das HKR leistet. Dieses gibt die Vergütung nun an den meldenden Arzt weiter.

Aus klinischer Sicht mag die ein oder andere Vorgabe den Ärztinnen und Ärzten beim Ausfüllen der Formulare sinnlos, inadäquat, zu wenig oder zu viel vorkommen. Letztlich wird aber auch jetzt schon eine große Datenmenge (ca. 480.000 Meldungen im Jahr 2019) erfasst und auch länderübergreifend ausgetauscht. Um hier die Kommunikation zu vereinfachen und möglichst viele gute Daten zu erhalten, wurde ein einheitlicher onkologischer Basisdatensatz von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) im Rahmen des Nationalen Krebsregisters in Deutschland orientieren.

Sollten Sie bisher noch kein Melder sein, bitten wir Sie um Ihre Unterstützung,

denn jede Meldung trägt zu einer Verbesserung der Datenqualität bei!

Wenn Sie Fragen haben oder sich neu als Meldender anmelden möchten, steht Ihnen gerne das Team des HKR unter folgenden Kontaktdaten zur Verfügung:

Fon: 069 5660876-11 oder E-Mail an: anmeldung@hessisches-krebsregister.de
Weitere Auskünfte finden Sie auch auf der Website des Hessischen Krebsregisters: <https://hessisches-krebsregister.de>

**Dr. med.
Marion Vosberg**
Ärztliche Referentin,
Vertrauensstelle
des Hessischen
Krebsregisters



Foto: Carmen Worm

Kontakt: Vertrauensstelle
des Hessischen Krebsregisters
Fon: 069 5660876-11
E-Mail:
anmeldung@hessisches-krebsregister.de

Ansichten und Einsichten

Digitalisierung – Technologie und Ideologie

*„Technik hat dem Wohl der Menschen zu dienen. Ihr Fortschritt bedarf ethischer Begleitung und Kontrolle, er rechtfertigt nicht pauschal ‚Kollateralschäden‘.“
(W. Thiede)*

Als technische Innovation bietet die Digitalisierung Fortschritt und Vorteile. Das gilt für Datenverkehr, Datenspeicherung und Datenverarbeitung – und auch für die sogenannte Künstliche Intelligenz (KI). Das weiß jeder, denn die Digitalisierung bewirkt sich selbst mit einem ungeheuren Etat, der von Bitkom, dem Verband der Digitalindustrie aufgewendet wird. Diese Propaganda dient der digitalen Verbreitung und steigert die Gewinne. Meist wird die digitale Unausweichlichkeit jedermann vor Augen geführt. Besonders in politisch administrativen Kreisen ist diese Werbung äußerst erfolgreich.

Digitalisierung stellt sich als zwingend, quasi natürlich dar, als etwas, wogegen nur uninformierte und verbissene Maschinenstürmer oder andere, meist alte Fortschrittsverweigerer sich vergeblich stemmen. Das behauptet die Werbung und hat darin mächtige Verbündete in der Gesellschaft. Es handelt sich um aufstrebende und ehrgeizige junge Männer, die Hauptagenten und Profiteure des digitalen Geschäfts, denen die digitale Logik entgegenkommt und die aus mangelnder Lebenserfahrung an einen ständigen, machbaren technischen Fortschritt glauben. Die digitale Virtualisierung verspricht, alles möglich zu machen, während das Real Life den Wünschen Grenzen setzt. Anders ausgedrückt: Die Virtualisierung eröffnet neue Räume des Probe-Handelns gegenüber einer widerständigen Realität des Lebens, woran sie ihr Maß hat.

Generationskonflikt als Werbung

Die erfolgreiche Pressure-Group der Digitalisierung hat früh eine werbewirksame und geschäftsfördernde, bestechend einfache Figur in den Diskurs um die Digitalisierung eingebracht: Die Generationendifferenz als Aufmacher. Der Unterschied zwischen den Generationen wird betont, der „generational divide“. Demnach gibt es junge „digital natives“, die schon mit der Digitalisierung auf die Welt gekommen sind, und alte „digital ignorants“, bestenfalls „immigrants“, denen die Geheimnisse des Digitalen immer fremd bleiben. Weil die Jungen die Alten aber überleben und ihnen schließlich Zukunft und Welt gehören, liegt der Schluss nahe: Die Zukunft wird unwiderstehlich digital sein.

Die Digitalisierung schöpft ihre enorme Durchsetzungskraft aber nicht nur aus

sich selbst; als Kulturprodukt ist sie wie andere Medien in die Geschichte eingebunden (Schrift, Buchdruck, Massenpresse, Fernsehen). Von Beginn an war sie mit gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen verknüpft (wirtschaftlichen und machtpolitischen Interessen). Bündnispartner der Digitalisierung ist der neoliberale Ökonomismus. Sie ist mit dem radikalen Marktdenken zusammen aufgetreten, hat dessen Ideologie benutzt und zugleich befördert. Gegenüber diesen kulturellen Mächten scheint jeder Einspruch unvernünftig. Auch jeder Hinweis auf weniger gute Folgen oder gar Kollateralschäden scheint vergeblich und es bleibt nur, auf den verheißenen Fortschritt zu vertrauen: das digitale Mantra.

Alle kulturellen Einrichtungen stehen unter einem gewaltigen Änderungsdruck, besonders aber Krankenversorgung, Verwaltung gemeinsamer Güter und alle Bildungseinrichtungen. Denn das Kulturprodukt Digitalisierung ist nicht nur Ergebnis technischer Modernisierung, sondern zugleich und zunehmend ein Kulturinstrument, das Denken, Handeln, Fühlen sowie das ganze Leben nach seiner Logik transformiert. Um an der Schriftkultur teilzunehmen, mussten alle Kinder lesen lernen. Jetzt sollen digitale Gerätschaften in den Kindergarten eingeführt werden.

Totaler ökonomistischer Digitalismus

Bei so viel Gewinn ist es nötig, nach den Verlusten zu fragen. Und auch das geschieht schon lange. Aber die auf der Hand liegenden Beweise für schwere kulturelle Schäden werden durch lautes Marktgeschrei übertönt. Kritik wird mit großem publizistischen und ökonomischen Aufwand in den Hintergrund gedrängt; niemals wird sie ausgeräumt oder widerlegt. Das ist unschwer an der wechselvollen Geschichte der elektronischen Gesundheitskarte zu erkennen, wo be-



Foto: © Elnur – stock.adobe.com

Digitalisierung und Künstliche Intelligenz: Die Zukunft startet jetzt – Reflexion und Kritik sind wichtig.

denkliche Folgen zuerst verleugnet, dann zugegeben wurden und schließlich ihnen entsprochen werden musste, ohne den Fortschrittsoptimismus in Frage zu stellen.

Auch in der medizinischen Versorgung gibt es unbezweifelbar Gewinne durch die Digitalisierung, die niemand ernsthaft in Frage stellt.¹ Woher also rührt der nicht auszuräumende Widerstand gegen die totale Digitalisierung? Er speist sich aus unterschiedlichen Motiven.

Digitalismus befördert die Administration zulasten der Therapeutik

Zuerst sind die Übergriffe der digitalen Logik auf die therapeutische Praxis zu nennen, die sich mit der administrativen Logik gut verträgt und das therapeutische Denken bedrängt. Digitalisierung bietet sich zwar als Arbeitserleichterung an, ist aber mit ungeheurem Aufwand und Kosten verbunden. Sie nimmt Mittel und Zeit in Anspruch, die zum Nutzen der Kranken besser eingesetzt werden könnten. Das ist

deutlich im Krankenhaus zu beobachten, wo das Pflegepersonal zwar noch die Patienten pflegt, aber nur dann seiner Aufgabe ganz gerecht wird, wenn es zugleich „die Daten einpflegt“, damit ihre Tätigkeit belegt und gewinnbringend verrechnet werden kann. So setzt sich mit Hilfe der Digitalisierung Bewirtschaftung und Verwaltung über die Therapeutik hinweg.² Schon oft wurde kritisiert, dass mit der zunehmenden Digitalisierung eine grundsätzliche Datenunsicherheit einhergeht, die mit noch so ausgefeilter Technik nicht zu bewältigen ist.³ Damit wird die vertrauensvolle therapeutische Beziehung im Grunde bedroht. Jeder Kranke ist darauf angewiesen, dass er sich seinem Behandler rückhaltlos anvertrauen kann. Das Vertrauensverhältnis ist aber in Zeiten verordneter Digitalisierung nicht mehr zu garantieren. Eigentlich müsste jeder Arzt seinem Patienten sagen: „Ob das, was Sie mir anvertrauen, in den vielfältigen Vermittlungsprozessen vertraulich bleibt, hängt nicht von mir alleine ab: Cave!“ Den Bedenken wegen der Datensicherheit wird die schärfste Polemik entgegenge-

¹ Allerdings hat auch die sogenannte Ermächtigung des Patienten gegenüber dem Arzt, die in der selbstständigen Kontrolle basaler Gesundheitsparameter (permanente Blutdruckmessung, EKG usw.) gesehen wird, eine Schattenseite in einer schleichenden Entprofessionalisierung des Fachwissens und der grassierenden Hypochondrisierung einer leistungsfixierten Gesellschaft.

² Hier findet sich auch die Erklärung für den akuten Personalmangel. Wenn die Pflege eines Computers besser bezahlt wird als die Pflege eines Menschen, ist es nach den herrschenden Gesetzen des freien Marktes nur vernünftig, dass PC-Pflege attraktiver ist als Menschen-Pflege.

³ Diese Feststellung fand während der endgültigen Fertigstellung des Skriptes, Ende Dezember 2019, eine makabre Bestätigung im Aufweis von Sicherheitslücken der elektronischen Patientenakte durch den Chaos Computer Club (CCC). Besorgniserregend ist darüber hinaus der hilflose Versuch der Gematik, den Skandal herunterzuspielen.

setzt. Die bisherige Zettelwirtschaft sei auch nicht sicher und fördere zudem in ihrer Undurchsichtigkeit Misswirtschaft und Betrug. Das ist der Ton, mit dem die ethischen Bedenken der angeblichen Fortschrittsverweigerer kommentiert werden.

Verleumdung statt Überzeugungsarbeit

Die politischen Digitalisierungsvollstrecker, allen voran die letzten Gesundheitsminister, scheuen nicht vor moralisch höchst bedenklichen Mitteln zurück, um ihr Vorhaben durchzusetzen. Verweigerer aus Gewissensgründen werden herabgesetzt und mit empfindlichen Strafen (Honorarabzug) belegt oder sie werden durch Prämien geködert. Damit wird der therapeutische Ethos zur Ware, bekommt einen Preis. Die moralische Haltung wird zu einer Frage des Geldes, ganz der Ethik des homo oeconomicus entsprechend.

Von vielen unbemerkt ist die Digitalisierung in der Heilkunde weit fortgeschritten und hat Anerkennung gefunden: Telemedizin gilt als Rettung vor Ärztemangel in unattraktiv gewordenen Regionen, der Robodoc breitet sich trotz aller Pannen aus, der Digital Psycho tritt selbstbewusst in Psychiatrie und Psychotherapie auf, das digitale Krankenhaus hat sich etabliert, Dr. Google beherrscht den Alltag...

Die ärztliche Praxis steht unter einem hohen Veränderungsdruck, wie an wenigen Beispielen deutlich wird. Die totale Erhebung, Bündelung und Speicherung aller

sogenannten Gesundheitsdaten ist für lebensfremde Administratoren eine blendende Idee, von der sie sich mehr Planungssicherheit versprechen, und für die Gesundheitsökonomien, weil für sie gilt: je mehr Daten, desto mehr Gewinn. Für die alltägliche Praxis ist die Datenflut meist unerheblich.

Der Patient als Datensack

Was heißt das für die therapeutische Beziehung? Patienten kommen in eine Datenwolke eingehüllt in die Praxis und nicht mit ihren Beschwerden. Weil nicht gewährleistet ist, dass diese Datenmenge „fachlich“ gepflegt wird, werden Daten ungleicher Relevanz und Validität ungeordnet nebeneinanderstehen. Verwirrend ist zusätzlich, dass die Relevanz der Befunde, die sich aus dem diagnostischen Pfad ergeben (von den Beschwerden ausgehend, der Erhebung spezifischer Befunde, zu einer wissenschaftlich begründeten Indikation) nicht mehr erkennbar ist. Damit besteht die Gefahr einer unspezifischen Diagnostik: den Wald vor lauter Bäumen nicht zu sehen. Etwas, das heute oft unerfahrenen datengläubigen Kollegen von erfahrenen Klinikern vorhalten wird.

Außerdem wird der traditionelle Mensch, den Luther in seiner Hinfälligkeit als Mardensack bezeichnete, zu einem sinnlosen Datensack, den es nur richtig zu klassifizieren und an die passenden Gerätschaften anzuschließen heißt, um ihn wieder effizient und effektiv funktionsfähig zu machen.

Noch mehr Skepsis ist gegenüber den Verheißungen der sogenannten Künstlichen Intelligenz angebracht. Es ist nicht nur wichtig, zu betonen, dass lebenserfahrene Ärzte und Therapeuten nicht durch sie ersetzt werden können, sondern zu wissen, dass die Leistung der KI, trotz aller Beteuerungen, höchst beschränkt ist. Bei der KI handelt es sich um eine bloß instrumentelle oder funktionalistische Vernunft, die als Verrechnung auch eine Maschine zu leisten vermag. Die KI versagt im zwischenmenschlichen Umgang der Krankenbehandlung. Sowohl Diagnostik als auch Therapie brauchen eine persönliche Begegnung und die KI kann die vertrauensvolle Frage „Herr Doktor, was würden Sie an meiner Stelle tun?“ nie be-

antworten. Zur therapeutischen/ärztlichen Intelligenz gehören neben funktionalem Verrechnen von Korrelationen und instrumenteller Zuordnung zu vorgegebenen Kategorien (Digitale Diagnostik, zum Beispiel ICD Manuale) sowie Verfahren (Digitale Indikation, zum Beispiel Leitlinien) noch andere Vermögen, um den Lebensphänomenen gerecht werden zu können – denn Krankheit ist ein Phänomen des Lebens, kein Maschinenschaden. Die Krankheit eines Menschen zu behandeln bedarf zusätzlich einer emotionalen, ästhetischen, kommunikativen und kreativen Intelligenz in der zwischenmenschlichen Beziehung.

KI hat keine therapeutische Intelligenz

Therapeutische Intelligenz kann nur durch fachliche Kenntnis, gepaart mit Lebenserfahrung erworben werden. Für sogenannte Diagnostiker in der digitalen Gesundheitswirtschaft reicht die funktionalistische Intelligenz, die einer Maschine einprogrammiert werden kann, weil es nur um statistische Zuordnung geht.

Für die Lebenspraxis der Therapeutik ist eine solche verengte Vernunft unzureichend: Kranke sind Individuen. Es ist mehr vonnöten, etwas, das durch Bildung und Erfahrung im Leben erworben wird und nie von einer Maschine simuliert werden kann. Das ist der unaufhebbarer Widerspruch zwischen digitaler Virtualität und der Realität des Lebens (K.P. Liessmann). Darin sind sich weitgehend auch alle ernstzunehmenden Digital-Forscherinnen und Forscher einig. Das ist ein kleiner Hoffnungsschimmer in Zeiten grassierender digitaler Unvernunft.

Jürgen Hardt

Psychologischer
Psychotherapeut,
Psychoanalytiker
E-Mail:
juergenhardt@
psychoanalyse-
wetzlar.de



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

Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch



Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: haebel@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt.

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com

Suchterkrankungen sind behandelbar

Der 13. Ärztetag am Dom rückte ein Tabuthema unter Kollegen in den Blickpunkt



Foto: © Syda Productions – stock.adobe.de

Ärztinnen und Ärzte sind von der Diagnose Sucht statistisch gesehen genauso häufig betroffen wie andere Menschen. Für alle Patienten, die Hilfe suchen, gibt es therapeutisch-ärztliche Hilfen, die im Idealfall gut ineinandergreifen: stationäre, ambulante sowie Reha-Angebote; zusätzlich kommen Selbsthilfegruppen dazu. „Hinter der Sucht“ – beim 13. Ärztetag am Dom in Frankfurt/Main hielten Dr. med. Siegmund Drexler, PD Dr. med. habil. Alexander Paulke, Dr. med. Dietmar Seehuber und der Moralthologe Prof. Dr. Dr. Jochen Sautermeister ein „Plädoyer für ein zeitgemäßes Arzt-Bild“, so der Untertitel. Prof. Dr. med. Ulrich Finke moderierte als Vorsitzender des Arbeitskreises „Ethik in der Medizin – Haus am Dom“ die Fortbildungsveranstaltung im Februar, die mit einer Messe im Dom begann und mit einer Publikumsdiskussion endete.

Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) übernimmt via Heilberufsgesetz einerseits Aufgaben der Berufsaufsicht, die unbedingt das Patientenwohl sicherstellen müssen und das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient garantieren. Andererseits bietet sie als Standesorganisation ihren Mitgliedern wichtige Hilfen an, um Gefährdungen wie Suchterkrankungen und damit einhergehenden Approbationsentzug abzuwenden. Daher gibt es ein strukturiertes Modell der Hilfsangebote, wie Drexler erläuterte, der sich bei der LÄKH schon lange u. a. als Suchtbeauftragter für

Auch wenn Angehörige häufig dem Süchtigen diese Verantwortung für sich absprechen. Eine Therapie kann dieses Verantwortungsgefühl für sich selbst verstärken („Du hast die Möglichkeit aufzuhören!“) und somit auch die Willensbildung zur Abstinenz fördern (zum Vortrag von Seehuber siehe ab S. 302). Daten hinsichtlich einer anthropologisch festgestellten familiären Veranlagung zu Sucht gebe es nicht wirklich, räumte der Rechtsmediziner Paulke auf Nachfrage ein. Er hob stattdessen die Wirksamkeit der Abstinenzkontrolle hervor, die als „Druck von außen“ eine zusätzliche Hilfe sei, oder, wie Drexler formulierte, ein „Rückenwind der Motivation“. Allerdings wirken Kontrollen nicht pauschal bei allen Süchtigen positiv. Bei einigen jedoch wandle sich der anfängliche Widerstand gegen die Abstinenzkontrolle in Einsicht um. „Kontrolle kann ein Hilfswerkzeug sein und wird dann schlussendlich nicht als negativ empfunden“, so die Erfahrung Paulkes. Die Frage, wann Sucht als schuldentlastend vor Gericht gelten könnte, wollte er jedoch nicht pauschal beantworten – dies komme immer auf den Einzelfall an (siehe dazu auch den Beitrag ab S. 303).

Sautermeister ging als Theologe auf das Spannungsverhältnis von Sucht, Authentizität und Freiheit ein. Grundsätzlich sei der Mensch in seiner freiheitlichen Selbstbestimmung immer nur bedingt frei (etwa Kants kategorischem Imperativ ent-

seine Kolleginnen und Kollegen engagiert. Dieses ruht auf drei Säulen: 1. Therapie, 2. Abstinenzkontrollen, 3. Selbsthilfegruppen (siehe dazu auch den Beitrag von Drexler ab S. 301). Seehuber unterstrich, dass jeder, der süchtig ist, in der Verantwortung für sich bleibe.

sprechend, zum Beispiel). Hilfsprozesse wie die Bausteine Medikalisierung oder Substitution können für Süchtige einen Schritt zur neuen Freiheit bedeuten sowie dabei helfen, dem Leben wieder eine neue Sinnhaftigkeit zu verleihen.

Drexler führte diese Überlegungen fort: „Ich bin nicht zufrieden, wenn Sucht nur durch Kontrolle zunächst im Griff ist, sondern wenn jemand, daraus folgernd, kreativ wird und mit seinem Leben vorwärts geht“ – im Sinne eines „breiteren Lebens“. Dazu gehöre dann auch das Lernen, Gefahrensituationen für einen möglichen Rückfall selbst zu erkennen und dann gegenzusteuern. Eine Grenzsituation bedeute es für Ärzte bzw. Therapeuten wie auch die Familie jedoch immer, wenn Sucht mit Suizidalität einhergehe. Zum Thema „Hinter der Sucht“ bei Ärztinnen und Ärzten nannte Seehuber zwei Aspekte, um besser mit Belastungen umzugehen:

1. Die oft schmerzhafteste Selbsterkenntnis zu internalisieren: „Ich bin nicht perfekt“.
2. Regeneration und Erholungsphasen aktiv als Fixpunkte in der Freizeit zu suchen.

Die Frage aus dem Publikum, wie Angehörige sich in ihrer Rolle als Co-Abhängige verhalten sollen, beantwortete Seehuber mit deutlichen Worten: „Es liegt in unserer Verantwortung, jemanden auf seinen Konsum oder sein Fehlverhalten auch anzusprechen.“ Wenn der süchtige Partner sich weigert, einen Arzt aufzusuchen, kann es oft helfen, dass die Angehörigen den ersten Besuch alleine angehen. Häufig kommen zum nächsten Termin die Suchtpatienten mit.

Sucht müsse als Krankheit gesehen werden, so das Schlusswort von Drexler. Es dürfe zu keiner Vorverurteilung des Lebens eines Süchtigen kommen – weder durch Angehörige noch durch den Süchtigen selbst noch durch die Gesellschaft – dann bestünden gute Aussichten, von der Sucht auch wieder loszukommen.

Isolde Asbeck

Zusammenfassungen der Referate lesen Sie auf den folgenden Seiten.

Drogen- und Suchtberatung für Ärztinnen und Ärzte bei der Landesärztekammer Hessen

Dr. med. Sigmund Drexler

Ablehnung und Verachtung einerseits, Toleranz und Förderungsverhalten andererseits – der Umgang mit Suchterkrankungen ist in unserer Gesellschaft ambivalent. Ärztinnen und Ärzte sind keine Halb- oder Viertelgötter. Sie sind Menschen und als solche Teil dieser Gesellschaft. Sie sind von Hoffnung und Ängsten genauso betroffen und lösen diese auf ihre individuelle Weise.

Seit 2007 gibt es die Einrichtung des Drogen- und Suchtbeauftragten bei der Landesärztekammer Hessen. In dieser Zeit wurden etwa pro Jahr 20 bis 30 Neuerkrankungen betreut. Zum Betreuungsumfang gehören auch die Landes Zahnärztekammer und Fälle aus der Apothekerkammer, der Tierärztekammer und der Kammer für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendtherapeuten. Auf Wunsch des HLPUG werden auch andere Problemstellungen betreut.

Meldung und Betreuung von Suchterkrankten

Über die sogenannte MISTRA (Mitteilung in Strafsachen, MISTRA 26) wird der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) von Staatsanwaltschaften, Gerichten und Polizei der Verdacht auf eine Abhängigkeitserkrankung (z. B. Trunkenheitsfahrten) gemeldet. Seit 2007 wird jeder dieser MISTRA-Mitteilungen nachgegangen und den Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit zu einem Gespräch angeboten. Andere Quellen sind Anschuldigungen durch Partner, Patienten, Mitarbeiter oder andere Kollegen und eigene Meldungen. Der Drogen- und Suchtbeauftragte ist mit einer eigenen Schweigepflicht ausgestattet. Die von ihm bearbeitete „Akte“ ist nicht Bestandteil der Arztakte der Ärztin oder des Arztes in der Ärztekammer. Die Schweigepflicht schafft eine besondere Vertrauenssituation zwischen dem Arzt und dem betreuenden Beauftragten und führt zu Möglichkeiten, die ansonsten

Fallbeispiel 1: Suchterkrankung seit über 20 Jahren

Herr Dr. T. N. ist 54 Jahre alt und Facharzt für Chirurgie. Ab seinem 22. Lebensjahr hat er regelmäßig getrunken. Grund dafür waren Konflikte und die Sehnsucht, sich in die Isolation zu begeben, alleine zu sein.

Er hat nie in Gesellschaft getrunken. Zwei Ehen sind gescheitert. Er ist auf finanzielle Unterstützung angewiesen. Im Rahmen seiner Suchterkrankung, die über 20 Jahre dauerte, hatte er zweimal den Führerschein verloren und mehrfach den Arbeitsplatz gewechselt. Wenn Konflikte auftraten, kündigte er die Stelle und suchte sich ein neues Betätigungsfeld. Er war insgesamt elfmal zur Entgiftung und zehnmal in Langzeittherapie, ohne seine Erkrankung in den Griff zu bekommen.

Dr. T. N. ist jetzt seit acht Jahren trocken. Er hat in Kooperation mit dem Drogen- und Suchtbeauftragten der Landesärztekammer Hessen einen Arbeitsplatz als Chirurg gefunden und war einige Jahre als Oberarzt dann auch als leitender Oberarzt, tätig. Sein Chefarzt

und der Träger der Klinik wurden über die Erkrankung informiert und stimmten der Anstellung zu. Er durchlief das Programm der Betreuung durch die Landesärztekammer Hessen. Mittlerweile arbeitet er, wie oben gesagt, mehr als sieben Jahren ohne Probleme und ohne rückfällig geworden zu sein. Er hat eine neue Beziehung geknüpft, die im Alltag tragfähig ist, und ist wirtschaftlich aus der Not herausgekommen. Vor einiger Zeit rief er erneut an und bat um ein bis zwei Gespräche, da er an einem anderen, größeren Krankenhaus eine leitende Funktion übernommen hat.

Er hat im Zuge der Behandlung gelernt, dass dies eine Krisensituation darstellt, und sich überlegt, dass vorübergehender erneuter Kontakt zum Drogen- und Suchtbeauftragten dabei helfen könne, nicht in alte Denkmuster und Verhaltensweisen zurückzufallen. Die neue Stelle hat er angenommen und übt sie ohne Probleme aus. Dr. T. N. ist wieder im Besitz der Fahrerlaubnis. (drx)

Fallbeispiel 2: Co-Abhängigkeit in einer Arzt-Familie

Herr Dr. H. G. ist niedergelassener Arzt, Facharzt für Innere Medizin und psychosomatische Medizin. Er hat eine psychotherapeutische Ausbildung. Schon als Jugendlicher wurde er von Ängsten gequält, bestand Prüfungen jedoch gut und bewältigte das Medizinstudium in der Mindeststudienzeit.

Er lebt in einer stabilen Beziehung, seine Familie weiß von seiner Erkrankung. Er meldete sich freiwillig bei der Landesärztekammer Hessen und bat um Hilfe, da er aus Scham vor sich selbst und vor seiner Familie (Hinweis auf Co-Abhängigkeitsproblematik der Ehefrau und der Kinder) sich entschlossen hatte, dieser

Entwicklung nicht weiter tatenlos zuzuschauen.

In einer Aussprache mit seinem Sohn, der seiner Meinung nach zu viel „kiffte“, erfuhr er zu seinem Erstaunen, dass der Sohn ebenfalls nahezu täglich Alkohol zu sich nimmt und sich regelmäßig betrinkt. Dr. H. G. ist jetzt seit über einem Jahr abstinent und geht ungestört seiner Arbeit in der Praxis nach. Probleme mit der Zulassung als Kassenarzt (Arztregister) hat er nicht gehabt, da er bei dem Ausfüllen des Formulars (dort wird nach einer eventuellen Suchterkrankung gefragt) nicht die Wahrheit geschrieben hatte. (drx)

schwierig oder gar nicht zu realisieren wären.

Die Betreuung der Ärztinnen und Ärzte als „Patienten“ hat aber für die Drogen- und Suchtbeauftragten auch die Aufgabe, Netzwerke von therapeutischen Möglichkeiten zu schaffen, so dass betroffene Kollegen innerhalb kürzester Zeit einen Gesprächstermin und Therapieplatz bei einem suchterfahrenen Arzt bekommen können. Grundstruktur der Betreuung ist der Abschluss eines „Vertrages“, der sowohl die

- 1) Durchführung einer Langzeittherapie oder zum Beispiel die Einleitung der psychiatrischen medikamentösen Behandlung,
- 2) die Durchführung von Abstinenznachweisen und
- 3) die Teilnahme (wenn dies sinnvoll ist) an einer ärztlichen Selbsthilfegruppe enthält.

Die Kolleginnen und Kollegen werden unterstützt, z. B. bei der Wiedererlangung

des Führerscheins, oder bekommen Hilfe bei Gesprächen mit Chefärzten, der Kasernenärztlichen Vereinigung oder Trägern von Krankenhäusern.

Etwa 70 % der Behandlungen können in dem Sinne als erfolgreich bewertet werden, dass die Ärzte in ihrem Beruf verbleiben können und selbst einen Weg finden, aus ihrer Erkrankung herauszukommen. Zusammengefasst sind die Interventionsprogramme der Ärztekammern in der Lage, den betroffenen Ärztinnen und Ärzten zu helfen. Sie sind erfolgreich. Abhängigkeitserkrankungen sind häufige Krankheiten und wir sind aufgefordert, dem Patienten im Allgemeinen, aber insbesondere den Kolleginnen und Kollegen eine helfende Hand entgegenzuhalten. Dieses bedeutet aber auch, dass der Aspekt einer Patientengefährdung niemals aus dem Blickwinkel geraten darf. Er ist für das Handeln der Ärztekammer bestimmend. Die Ärztekammer ist einerseits eine Orga-

nisation der Ärzte und hat die Aufgabe, ihnen zu helfen; andererseits ist sie als Körperschaft des öffentlichen Rechts auch eine Berufsaufsichtsinstitution. Die vergangenen Jahre haben gezeigt, dass diese beiden Aspekte nicht in Konflikt miteinander liegen. Wir dürfen nicht die Augen vor den Problemen verschließen und können mit Optimismus und mit großen therapeutischen Aussichten Kolleginnen und Kollegen der freien Berufe, insbesondere Ärztinnen und Ärzten, helfen.

Dr. med. Siegmund Drexler

Stv. Drogen- und Suchtbeauftragter für Berufsangehörige der Landesärztekammer Hessen



E-Mail: suchtbeauftragter@laekh.de

Suchtkranken Ärzten kann geholfen werden!

Dr. med. Dietmar Seehuber

Suchterkrankungen bei Ärzten kommen genauso vor, wahrscheinlich sogar häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Warum ist das so?

Am Beginn steht der Konsum. Zumeist im frühen Jugendalter, einer Zeit des Umbruchs und der Krisen, wird probiert, meistens gemeinsam. Das ist ganz normal in einer Gesellschaft, in der Suchtstoffe sogar propagiert werden. Aus der neurowissenschaftlichen Betrachtung wissen wir, was passieren kann: Suchtstoffe induzieren eine massive Dopaminausschüttung im frühreifen Belohnungssystem im Mittelhirn, erzeugen dadurch Rausch, Entspannung, Euphorie etc. Und: Sie erzeugen bei entsprechender Disposition einen Wunsch nach Wiederholung. Dann kann im Rahmen einer langjährigen Konsumgeschichte das Gehirn umgestaltet werden: Das Belohnungssystem übernimmt die Steuerung des Verhaltens, das Suchtgedächtnis entwickelt automatisierte Reaktionsmuster, im Denken dominiert die Suchtlogik. Süch-

tigkeit bedeutet dann, dass die Prioritäten des Lebens sich verändern: Alles kreist um Konsum und Verfügbarkeit, während Werte und Bindungen an Bedeutung verlieren.

Zerstörerischer Drang

Was zählt, ist der Konsum an sich – nicht mehr im Sinne eines Wollens, sondern eines Müssens. Suchtverhalten ist ein Tun wider besseres Wissen, es folgt nicht der Einsicht, sondern einem Drang, der zerstörerisch wirkt. Alkoholabhängige verlieren statistisch gesehen mehr als 20 Lebensjahre, und das Leben im Suchtkreislauf ist kein gutes Leben. Es ist gekennzeichnet durch Erfahrungen von Scham und Schuld, Absturz und Hilflosigkeit, Traumatisierung und Verlust, Verletzungen und Verletztwerden.

Die Situation bei uns Ärzten ist in mehrfacher Hinsicht besonders: Wir arbeiten täglich zwischen Leben und Tod, herausgefordert vom Leid und der Bedrohung

des Lebens. Wir können häufig auch nicht helfen, obwohl wir das wollen. Unser Ideal des selbstlosen Helfers, der immer bereit ist, stellt eine hohe Forderung dar. „Ich darf keine Fehler machen, sonst...!“

Die Erwartung unserer Patienten an uns ist gewaltig. Die „Droge Arzt“ gehört zur Erwartung an uns, „tun sie etwas, damit es mir endlich besser geht!“ Hier finden wir uns als Ärzte in einer besonderen Stresssituation wieder. Der Druck von außen ist gewaltig, der Druck von innen häufig auch. Und gleichzeitig besteht der Wunsch, ein guter Arzt zu sein und den Ansprüchen zu genügen.

Der Griff zum Alkohol ist naheliegend. Alkohol wirkt beruhigend, löst Spannungen, lässt besser schlafen, ermöglicht Abschalten und Vergessen. Alkohol wird beworben als etwas Gutes, Attraktives. Das Problem: Suchtstoffe haben eine Nachwirkung, sie wirken nicht andauernd, sondern episodisch. Danach kommt ein Absturz, ein Down, in dem genau klar scheint: Er-

neuter Konsum macht es wieder besser. Das Konsummuster kann sich intensivieren, die Menge steigt, die Wirkung wird absolut notwendig. Schleichend entwickelt sich eine Veränderung in den Netzwerken des Gehirns. Sucht ist letztlich eine eingeeengte, selbstdestruktive Art, sein Leben noch irgendwie in einem funktionierenden Gleichgewicht zu halten.

Ansprechen, nicht wegschauen!

Das Hilfesystem kommt meistens dann ins Spiel, wenn negative Auswirkungen erkennbar werden. Häufig sind es Hinweise aus dem Umfeld, die erste Schritte induzieren. Die Kollegen, die Angehörigen, die Mitarbeiter: Sie sollten nicht wegschauen, sondern unbedingt reagieren, wenn etwas auffällt. Ansprechen, nicht wegschauen! Eine eigene Motivation zur Veränderung besteht zu Beginn noch nicht. Der Motivationsaufbau ist daher zu Beginn einer Behandlung immer entscheidend. Es folgt eine gezielte Psychoedukation: Wie entstehen Suchterkrankungen? Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es? Dann können gezielt Maßnahmen ergriffen werden: Qualifizierte Entgiftung im Kran-

kenhaus, Rehabilitation (stationär, teilstationär, ambulant), Nachsorge, Selbsthilfe. Unser Behandlungssystem in Deutschland ist gut ausgebildet, die Wirksamkeit ist wissenschaftlich vielfach belegt. Es muss nur in Anspruch genommen werden.

In der Behandlung von Ärzten besteht häufig die Angst, eigenen Patienten in der Klinik zu begegnen. Darauf sollte eingegangen werden, Behandlung erfordert Diskretion. Um erfolgreich zu sein ist die Passung entscheidend: Das Behandlungsetting muss angenommen werden.

Behandlung erfordert Zeit

Suchtbehandlung ist keine Operation, die schnell durchgeführt wird, sondern ein jahrelanger Lernprozess, der in Etappen erfolgt und aktive Auseinandersetzung und Bewältigung erfordert. Abhängige Ärzte haben die Kontrolle über ihr Handeln verloren, sie müssen sie mühsam wiedergewinnen. Deshalb sind von außen angeordnete Kontrollen unerlässlich und hilfreich. Die Hilfsprogramme der Ärztekammer bieten eine Klarheit, durch die Orientierung wieder möglich wird. Und es wird Motivation aufgebaut: Die Approba-

tion kann weiterlaufen, wenn ich nachweisbar abstinent bin.

Eine besondere Herausforderung ist für Ärzte die Verfügbarkeit von Medikamenten. Wir verschreiben, dosieren, verabreichen. Ist es dann nicht auch normal, sich selbst zu behandeln? Sich Opiate zu holen, Benzodiazepine oder Z-Substanzen zu verschreiben, Propofol zu infundieren usw. In der Behandlung muss hier ein Fokus liegen. Denn: Je leichter die Verfügbarkeit, desto wahrscheinlicher der Konsum. Suchtbehandlung ist dann erfolgreich, wenn es gelingt, sich auf einen Weg der Veränderung und Entwicklung einzulassen. Meinen Patienten sage ich immer: „Wenn sie abstinent werden, wird ihr Leben besser werden. Garantiert!“

Dr. med. Dietmar Seehuber

Chefarzt Abteilung
Sozialpsychiatrie,
Suchtmedizin und
Psychotherapie,
Klinik Hohe Mark
Frankfurt/M.
E-Mail: dietmar.
seehuber@
hohemark.de



Was ist nachweisbar?

Beweiskraft der Toxikologie bei Alkohol-, Drogen- oder Arzneimittelmissbrauch

PD Dr. phil. nat. Dr. med. habil. Alexander Paulke

Die Erfassung eines Alkohol- Drogen- oder Arzneimittelmissbrauchs ist in verschiedenen Kontexten notwendig, dies beispielsweise im beruflichen Umfeld (Einstellungsuntersuchung etc.), zum Kinderschutz oder im Führerscheinrecht. Mit Hilfe forensisch-toxikologischer Untersuchungen können verschiedenste Substanzen und Abbauprodukte nachgewiesen werden. Die angewandten Analyseverfahren müssen für die Fragestellung geeignet sein. Die in medizinischen Laboratorien typischerweise verfügbaren immunchemischen Methoden ergeben zwar schnell und kostengünstig Ergebnisse, für forensische Zwecke sind sie jedoch nicht ausreichend.

Die Empfindlichkeit für länger zurückliegende Konsumzeiträume reicht nicht aus, es besteht die Gefahr von falsch positiven Befunden aufgrund von Kreuzreaktivitäten und relevante Substanzen werden mitunter mangels Verfügbarkeit von Test-Kits nicht erfasst. So verläuft beispielsweise der immunchemische Test auf Opiate negativ, wenn die zu testende Person das Opioid Fentanyl aufgenommen hat. Bei chromatographisch-massenspektrometrischen Verfahren, die als beweissicher gelten, stellen sich derartige Probleme nicht. Derartige toxikologische Analysen werden allerdings nur von sehr wenigen Speziallaboratorien angeboten.

Je nach konkreter Fragestellung können ungerichtete oder gerichtete toxikologische Suchanalysen durchgeführt werden. Bei ungerichteten Suchanalysen wird mit Hilfe großer Substanzdatenbanken möglichst umfassend gesucht, wobei dann in der Regel keine sehr hohen Empfindlichkeiten erreicht werden. Bei gerichteten Suchanalysen wird dagegen gezielt auf eine begrenzte Anzahl von Substanzen getestet, dies aber hochempfindlich. Zur Analyse können verschiedenste Materialien eingesetzt werden (Urin, Blut, Speichel, Haare usw.), die jeweils unterschiedliche Rückschlüsse erlauben.

Ein wichtiges Kriterium bei forensischen Untersuchungen ist die Authentizität des

Probenmaterials. Dieses muss unter forensisch gesicherten Bedingungen (zum Beispiel Sichtkontrolle bei Urinabgabe) gewonnen werden, da ansonsten Manipulationen leicht möglich sind. Bestandteil einer forensischen Probennahme muss auch immer die Sicherstellung und Dokumentation der Identität des Probengebers sein. Ein wichtiger Gesichtspunkt ist die differenzierte Interpretation der Befunde, was eine besondere forensisch-toxikologische Expertise erfordert. Hierzu sind Kenntnisse der Pharmakokinetik der nachgewiesenen Substanzen als auch der Besonderheiten der gewählten Untersuchungsmatrizes notwendig. So ist das Nachweisenfenster bei einer Haaranalyse – in Abhängigkeit von der Haarlänge – in der Regel am größten und im Blut am geringsten. Andererseits ist der positive Nachweis einer Substanz in den Haaren nur beweisend für den Kontakt mit einer Substanz, aber nicht für den Konsum (Ingestion) der Substanz.

Letzteres lässt sich dagegen durch eine Blut- oder Urinanalyse beweisen. Die Empfindlichkeit der technisch zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden ist in der jüngeren Vergangenheit immer größer geworden, was bei der Befundinterpretation berücksichtigt werden muss. Konzentrationen, die vor wenigen Jahren bei Routineanalysen nicht erfasst worden sind, erscheinen heute sichtbar. Diese geringen Konzentrationen bedürfen einer besonderen Interpretation, da neben einem länger zurückliegenden, aktiven Rauschmittelkonsum weitere Auf-

nahme-Szenarien, beispielsweise die unwissentliche Aufnahme über kontaminiertes Essgeschirr Dritter oder ähnliches, in Betracht kommen können. Eine verlässliche Befundinterpretation kann daher nur von einem erfahrenen Toxikologen oder medizinischen Experten durchgeführt werden.

**PD Dr. phil. nat. Dr. med. habil.
Alexander Paulke**

Forensischer Toxikologe (GTFCh),
Institut
für Rechtsmedizin
Abt. Forensische
Toxikologie
Universitätsklinikum
Frankfurt/Main



Foto: privat

Drogen- und Suchtbeauftragte der Landesärztekammer Hessen

Hilfe bei Suchtproblemen für Berufsangehörige – individuell, unbürokratisch, vertraulich

Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) will Ärztinnen und Ärzten individuell und unbürokratisch dabei helfen, sich bei riskanten Entwicklungen frühzeitig professionelle Hilfe und kollegialen Rat zu holen. Die Drogen- und Suchtbeauftragten führen keine Therapien durch; leisten aber Unterstützung bei der Suche nach einem Therapieplatz und können schnellen Kontakt zu Therapeuten herstellen. Wenn Sie oder Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betroffen sind, können Sie sich sofort – auch anonym – an den Drogen- und Suchtbeauftragten der LÄKH **Dietmar Paul**, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, oder an den Stellvertretenden Drogen- und Suchtbeauftragten **Dr. med. Sigmund Drexler** wenden. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ein persönliches Gespräch kann dienstags und mittwochs telefonisch über Miriam Mißler vereinbart werden (Fon: 069 97672-149), oder per E-Mail an: suchtbeauftragter@laekh.de.

Bücher

Suchtmedizinische Grundversorgung

Kursbuch zum Curriculum der Landesärztekammern. Hrsg. Matthias Bastigkeit und Bernd Weber, Thieme Verlag 2018, ISBN: 9783132401365, € 49.99 Euro



Die Herausgeber Bastigkeit und Weber: das sind ein Journalist und ein suchtmedizinisch tätiger Arzt. Für das „Curriculum der Suchtmedizinischen Grundversorgung“ haben sie sachkundige Autoren gefunden. Die Suchterkrankung steht in der Öffentlichkeit immer noch in einem etwas schwierigen Licht. Einerseits werden Suchterkrankungen immer noch nicht rechtzeitig erkannt und zu spät die betroffenen Frauen und Männer in Therapie geführt. Arztpraxen sind selten Veranlasser von suchtmedizinischen Ersttherapien. Suchterkrankungen treffen etwa 3,5–5 % der Bevölkerung und sind mit einem hohen Anteil psychiatrischer Leiden, Suizidalität und vorzeitigem Tod behaftet. Ratlosigkeit über den Umgang mit erkrankten Patientinnen und Patienten ist groß. Wie soll man mit ihnen sprechen? Wie soll man die Zeit finden, um etwas zu verändern und die Motivation für eine Therapie zu erhöhen?

Das Buch behandelt zum einen die Grundlagen der verschiedenen legalen und illegalen Suchtstoffe und auch rechtliche Aspekte im Zusammenhang mit Therapie von Erkrankungen durch illegale Drogen oder anderen Komplikationen, wie beispielsweise das Entstehen einer Hepatitis.

Mit der Basistechnik der Gesprächsführung ist die motivierende Gesprächsführung in der suchtmedizinischen Grundversorgung angesprochen. Die Technik der motivierenden Gesprächsführungen muss nicht alleine im Zusammenhang mit Suchterkrankungen angewandt werden, sondern sie ist ein wichtiger Baustein im Erlernen guter Gesprächstechnik und motivierender Einflussnahme auf Patienten für den ärztlichen Alltag insgesamt. Die stärkere Beachtung suchtmedizinischer Erkrankungen für den ärztlichen Alltag sollte gefördert werden. Dem Buch ist zu wünschen, dass es vielfach gelesen wird, insbesondere von Ärztinnen und Ärzten, deren Praxen der hausärztlichen Grundversorgung dienen.

Dr. med. Sigmund Drexler



Das kleine Foto des fertigen Rohbaus der Deutschen Klinik für Diagnostik (DKD) in Wiesbaden aus dem Jahr 1969 zeigt die Besonderheit des Säulenprinzips (Architekturbüro Braun und Schlockermann). Die Farbaufnahme bietet den Blick auf die DKD heute vom Penthouse des benachbarten Hotels aus.

50 Jahre danach

Kritische Gedanken zum Jubiläum der Eröffnung der Deutschen Klinik für Diagnostik (DKD) in Wiesbaden

Prof. Dr. med. Wolfgang Kuhl

Die Gründung und Eröffnung der Deutschen Klinik für Diagnostik (DKD) in Wiesbaden – heute die DKD Helios Klinik – vor 50 Jahren war der Versuch, eine Antwort zu finden auf gravierende Veränderungen im Gesundheitswesen. Die rasanten Fortschritte der medizinischen Forschung auf allen Gebieten führten zu einer Aufsplitterung des Medizinwesens in hochspezialisierte Fach- und Wissensbereiche, die oft autonom agierten.

Die meist räumliche Trennung derselben sowie Konkurrenzstreben der Fachbereiche um Karriere und finanzielle Mittel behinderten den interkollegialen Wissensaustausch. Der Verwaltungsaufwand für Kontrolle und Verteilung der finanziellen Mittel im Gesundheitswesen blühte sich immer weiter auf, stahl dem Arzt kostbare Zeit und gefährdete eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-

Beziehung durch Untermischung mit Fremdinstanzen. [1]

Für den einzelnen, praktisch tätigen Arzt oder Ärztin in Klinik oder Praxis wurde es immer schwieriger, über die große Menge aufgesplitterten Fachwissens sachlich und umfassend zu verfügen, um Patienten ein kompetenter, informierter Gesprächspartner zu sein mit ausreichend Zeit, ihnen eine verständliche Erklärung ihrer Krankheit mit Diagnose und Therapieempfehlung zu geben und eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen.

Um den Problemen etwas entgegenzusetzen, gründete der Frankfurter Internist Dr. med. Leonid Krutoff eine „Medizinische Gesellschaft für die Förderung einer nach dem Vorbild der Mayo-Clinic [2] in Deutschland zu errichtenden Klinik“. Er erkannte, dass die innere und äußere Organisation der Mayo-Clinic geeignet war,

den oben skizzierten Nachteilen der modernen Medizinentwicklung entgegen zu wirken.

Das in der deutschen Landschaft des Gesundheitswesens neuartige Modell der DKD war also eine Antwort auf dringende Probleme einer in Praxis und Forschung wachsenden Medizin mit zunehmendem Einfluss kommerzieller Kräfte. Dem damaligen hessischen Ministerpräsident Dr. Georg August Zinn war es zu verdanken, dass die neue „Deutsche Klinik für Diagnostik“ im Wiesbadener Aukammtal gebaut und am 2. April 1970 eröffnet werden konnte.

Die wichtigsten Strukturmerkmale der neuen Klinik waren folgende: Um den Transfer medizinischen Wissens und Erfahrung unter den Kollegen zu fördern, wurden alle Fachdisziplinen „unter einem Dach“ untergebracht. Vor allem aber wur-

den neben der räumlichen Nähe auch die innere Struktur und Organisation so gestaltet, dass jederzeit ein reger Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen den über 40 hoch qualifizierten Ärzten gefördert wurde und dieser wertvolle Wissenspool von allen Kolleginnen und Kollegen genutzt werden konnte.

Wichtig für ein motivierendes und effektives Arbeitsklima war die Mitwirkung der Ärzteschaft in Leitungsbereichen und weitgehende Selbstverwaltung der ärztlichen Bereiche. Die Transparenz der Gehälter und die Einbeziehung des Personals in Gestaltungsaufgaben sorgten dafür, dass Konkurrenzdenken, Neidstrategien, persönliche Ressentiments oder Personalfluktuationen kaum ein Problem waren. [3]

Dieses interne Organisationsprinzip führte zu einem regen kollegialen Wissens- und Erfahrungsaustausch mit einem sich potenzierendem Lerneffekt für alle Kollegen und Kolleginnen. Diese „kooperative Kompetenzaneignung“ [4] wurde noch wesentlich durch die obligate „Montagskonferenz“ verstärkt, in der unklare Fälle, Problemfälle, Fehldiagnosen und neuere, klinikrelevante wissenschaftliche Forschungsergebnisse vorgestellt und offen diskutiert wurden. Der Erfolg und der sich rasch ausbreitende hervorragende Ruf der Klinik waren nicht zuletzt diesem Organisationsprinzip und seiner positiven Auswirkung auf die soziale Generierung von Erfahrungs-, Wissens- und Beratungskompetenz zu verdanken.

Die Institution des „Persönlichen Arztes/Ärztin“ war eine logische Konsequenz aus der Notwendigkeit, die Untersuchungsergebnisse der verschiedenen Fachdisziplinen zusammenzuführen, zu koordinieren, zu gewichten und für den Patienten in einen für ihn einsichtigen Zusammenhang zu bringen. Dabei konnte sich der „Persönliche Arzt“ durch direkten Kontakt mit den betreffenden Fachkollegen unterstützen lassen, was wiederum den interkollegialen Lerneffekt potenzierte. Der Persönliche Arzt war sozusagen die Person, in dem die Vorteile einer wissenstransparenten Kollegialkultur zusammenflossen, sodass ihm das ganze Wissen des „Pools“ zur Verfügung stand. Dem Patienten konnte damit das Gefühl geben werden, ein „ganzer“ Mensch zu sein trotz der Begegnung



Klinikgründer Dr. med. Leonid Krutoff (1912–1986) im Jahr 1964 mit Charles William Mayo (1898–1968); Sohn von Charles Horace Mayo (1865–1939).

und Konfrontation mit der für ihn oft befremdlichen und unübersichtlichen Welt einer aufgesplitterten High-Tech-Medizin. Organisation und innere Struktur der DKD waren ein Novum im deutschen Gesundheitswesen. Unter anderem stellte sich bald heraus, dass das Vergütungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die in der DKD vorwiegend ambulant erbrachten Leistungen nicht kostendeckend und der wirtschaftliche Erfolg der Klinik gefährdet war, zumal in den ersten Jahren nach der Gründung der Klinik der Patientenzustrom aus verschiedenen Gründen gering blieb.

Der Sozialminister der Hessischen Landesregierung Dr. med. Horst Schmidt erkannte 1973 die wegweisende, gesundheits- und sozialpolitische Bedeutung der DKD. Es gelang ihm zusammen mit den ärztlichen Standesorganisationen die „Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH“ zu gründen. Gesellschafter waren das Land Hessen, die KV Hessen und die Landesärztekammer Hessen.

Bis 1988 wurde die DKD von einem durch die Hessische Regierung ernannten, kaufmännischen Geschäftsführer geleitet, zusammen mit einem von den Ärzten gewählten Ärztlichen Geschäftsführer und unter Anhörung der für die ärztliche Selbstverwaltung gewählten Fachbereichsleiter.

Mit der Änderung der politischen Verhältnisse in der Landesregierung, der Schwierigkeit wirtschaftlicher Führung von Kliniken, der Gründung großer, gewinnorien-

tierter Gesundheitskonzerne und dem dadurch bedingten zunehmenden Einfluss der Ökonomisierung des Gesundheitswesens wuchs die Bereitschaft der öffentlichen Hand, defizitäre Projekte zu privatisieren. 1988 wurden erste Gespräche mit Unternehmern im Gesundheitswesen aufgenommen mit der Absicht einer „Reprivatisierung“.

Im Zuge wirtschaftlicher Neuorientierungen wurde die DKD 2013 dann an einen andern Konzern weiterverkauft. Es gelang den neuen Unternehmen durch Rationalisierungsmaßnahmen sowie durch personelle und organisatorische Umstrukturierungen die Klinik wirtschaftlich zu sanieren. Allerdings zu einem hohen Preis: Der Modellcharakter der Klinik als eine moderne Antwort auf die „High-Tech“-Medizin und die zunehmende Kommerzialisierung ging verloren. Einzelne Fachbereiche (unter anderem Labor, Infektiologie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Sonografie) wurden aufgegeben oder als eigenständige Mitglieder aus der Klinik ausgegliedert und einem „Medizinischen Versorgungszentrum“ (MVZ) zugeordnet. Verbliebene Fachbereiche wurden wie im klassischen Modell der Deutschen Krankenhäuser zu Abteilungen mit Chefärzten, Oberärzten und Assistenzärzten. Die Selbstverwaltungsorgane wurden geschwächt bzw. aufgehoben. Die für die frühere DKD identitätsstiftende transparente Wissens- und Erfahrungsgemeinschaft war damit weitgehend „ökonomischen Zwängen“ geopfert worden.

Das Schicksal des „Modells DKD“ verweist auf ein Grundproblem, nämlich wissenschaftlichen Fortschritt, ärztliche-ethisch verantwortbare Medizin und Ökonomisierung zu harmonisieren. Ein Hessischer Gesundheitspolitiker brachte dieses Ambivalenzproblem auf die einfache Formel: „Die Medizin braucht Ökonomisierung, aber im Mittelpunkt steht der Mensch.“ Mit anderen Worten: Der Arzt braucht Arbeitsbedingungen, die ihm erlauben, seine ärztlich-ethische Verantwortung erfüllen zu können. Das wäre ein Appell an die Gesundheitspolitik, diesen Spielraum offen zu halten und sich nicht den Zwängen (und Verführungen) der Ökonomisierung bedingungslos zu ergeben.

Eine diskursfähige Perspektive gegen den Totalitätsanspruch des Ökonomisierungs-

rationalismus ist daher dringend notwendig. Mag das „Modell DKD“ von Wirtschaftsökonomen auch mit einem gewissen Recht als „unrealistisch“ abgehakt werden, so bot dieses Modell in seinem Kern jedoch praktikable Beispiele dafür, wie ein gutes Arbeitsklima hilft, ärztliches Wissen und ärztliche Erfahrung einerseits und notwendige Spezialisierung andererseits zu vereinbaren und wie man der „Unübersichtlichkeit“ der in Fachdisziplinen aufgesplitterten Medizin entgegensteuern kann – Voraussetzungen, um eine patientenorientierte Medizin auf hohem Niveau zu erreichen und zu erhalten.

In diesem Zusammenhang hat die Bundesärztekammer (BÄK) ein Positionspapier herausgebracht, in dem sie die „Auswirkungen der Kommerzialisierung im Gesundheitswesen“ benennt und Lösungsvorschläge macht. (<http://daebl.de/XQ53>). Einige der darin enthaltenen Forderungen wie beispielsweise

- mehr Zeit für die Patientenversorgung,
- das Arbeitspensum von Ärzten an Regelarbeitszeiten anzunähern,
- der Abbau bürokratischer Lasten und

- Werte-orientierte (!) Führungskultur waren im „Modell DKD“ zum Teil realisiert.

Das Hessische Ärzteblatt 10/2019, S. 596 veröffentlichte einen Aufsatz von Jürgen Hardt mit dem Titel „Ökonomisierung des Gesundheitswesens: Moralisches Dilemma oder ethische Herausforderung?“, in dem die Problematik ärztlichen Handelns unter der Herrschaft des „Ökonomismus als letzte Ideologie“ exakt und beispielhaft analysiert wird. [5]

Seit der Ausgabe 02/2020 startet das Hessische Ärzteblatt eine neue Serie: „Ethik, Gesundheitsversorgung und Ökonomie“. [6]

Der Ambivalenz-Konflikt zwischen Ökonomisierung einerseits und ethisch-ärztlich verantwortungsvoller Handlungsmöglichkeit andererseits spiegelt sich im Scheitern des „Modells DKD“ paradigmatisch wieder, sodass ein kritischer Rückblick auf die 50-jährige Geschichte der DKD lehrreich sein könnte, auch im Hinblick auf praktische Lösungen in der Organisationsstruktur zukünftiger oder bereits bestehender Kliniken, die nicht unbedingt einer kommerziell vernünftigen Kosten-

struktur entgegen zu stehen bräuchten. Der Ökonomismus darf nicht die „letzte Ideologie“ bleiben, sondern bedarf dringend einer diskursfähigen Öffnung. Gesundheitskonzerne, die Ärzteschaft, die Kostenträger, die Politik und nicht zuletzt Patientenvertreter müssen gemeinsam nach neuen Lösungswegen suchen. Ansätze dazu lassen sich in einigen Bereichen der öffentlichen Gesundheitspolitik erkennen. [6]

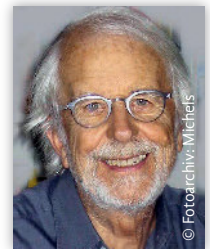
Prof. Dr. med.

Wolfgang Kuhl,

ehemaliges Mitglied
des Ärzteteams
der Deutschen Klinik
für Diagnostik
in Wiesbaden

E-Mail:

wolfgang.kuhl@online.de



© Fotoarchiv, Michaels

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

Bücher



Herbert Kappauf:
**„Was fehlt Ihnen?
Woher – wohin? Mut für
eine mitmenschliche Medizin“**

Twentysix 2020, Paperback, 406 Seiten,
ISBN-13: 9783740715083, € 22.80,
E-Book € 13.99

Der Onkologe und Psychoonkologe Dr. med. Herbert Kappauf ist bekannt durch seine Bücher für Krebspatienten: „Krebs – Leben ist eine Alternative“ und „Wunder sind möglich. Spontanheilung bei Krebs“. Jetzt hat er ein umfangreiches Werk über die Geschichte der Heilkunde und die Entwicklung sowie den derzeitigen Stand des deutschen Gesundheitswesens veröffentlicht. Mit großer Detailkenntnis zeigt er den Wandel der Medizin von der sozialen zur marktwirtschaftlichen Identität auf, in der die „Gesundheitswirtschaft“ als Wachstumsbranche mit hoher Renditeerwartung gesehen wird.

Die Verschiebung von der Patientenfürsorge hin zu einer Ökonomisierung durch erlösgesteuerte Indikationsstellung für Prozeduren ist besonders in der Krankenhausmedizin seit der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) zu sehen. Durch anschauliche Erfahrungsberichte aus Klinik und Praxis wird die Darstellung des Autors lebendig, persönlich und authentisch. Kappauf

belässt es aber nicht mit seiner Kritik an der derzeit praktizierten Medizin, sondern gibt Beispiele für eine wissenschaftlich basierte, patientenorientierte und integrierte Medizin. Die Fehlentwicklungen in der Krankenversorgung durch zunehmende Ökonomisierung und dem Primat der technischen vor der sprechenden Medizin, hat bei vielen Handelnden im Gesundheitswesen zu einem Umdenken geführt. So hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin in einem Klinik Codex (2017) „Medizin vor Ökonomie“ den Kern ärztlichen Handelns herausgestellt. Notwendige Veränderungen setzen einen gesellschaftlichen Konsens und eine Politik, die die strukturellen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für eine am Gemeinwohl orientierte Medizin schafft, voraus.

Die ethischen Grundlagen der Medizin wie Empathie und Mitgefühl sind schon bei der Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte und aller Tätigen im Gesundheitswesen zu verankern. Mit seinem Buch hat Herbert Kappauf einen wichtigen Beitrag zur perspektivischen Weiterentwicklung von einer Gesundheitsökonomie hin zu einer sozialen und gesellschaftlich verankerten Medizin, die sich am Wohl der Patienten orientiert, geleistet. Der Titel des Buches „Was fehlt Ihnen“ sollte daher alle ansprechen, die sich eine Veränderung der derzeit praktizierten Medizin wünschen.

Prof. Dr. med. Manfred E. Heim

Facharzt FMH für Innere Medizin,
Medizinische Onkologie und Hämatologie,
Güttingen (Schweiz)

Literatur zum Artikel:

50 Jahre danach

Kritische Gedanken zum Jubiläum der Eröffnung der Deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden

von Prof. Dr. med. Wolfgang Kuhl

- [1] Über den Einfluss der Ökonomisierung auf Vertrauensverhältnisse siehe: Michaela I. Abdelhamid „Die Ökonomisierung des Vertrauens, eine Kritik gegenwärtiger Vertrauensbegriffe“ ISBN: 9783837642056. Buchrezension (W.K.) im Deutschen Ärzteblatt Jg. 115, 2018 Heft 35–36 Seite A 1550
- [2] Wikipedia: Mayo Clinic (deutsch Mayo-Klinik) ist eine US-amerikanische Non-Profit-Organisation mit Sitz in Rochester, Minnesota, und Betreiber der Mayo-Kliniken. Darüber hinaus ist Mayo Clinic auch in der
- Forschung und Ausbildung tätig. Weitere Niederlassungen gibt es in Jacksonville, Florida, und Scottsdale, Arizona. Zusätzlich gehören zu dem Mayo Health System weitere kleinere Praxen und Krankenhäuser in Minnesota, Iowa, und Wisconsin.
- [3] Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in Gesundheitseinrichtungen siehe: „Wir lassen uns nicht unter Zugzwang setzen“, Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 116 Oktober 2019 S. 660 ff
- [4] Rames Abdelhamid: Die Unübersichtlichkeit der Demokratie, ein Dilemma spätmoderner Politik. Transcriptverlag Bielefeld 2017, S. 293 ff
- [5] Jürgen Hardt, Ökonomisierung des Gesundheitswesens: Moralisches Dilemma oder ethische Herausforderung? Hessisches Ärzteblatt 10/2019, S. 596 ff
- [6] Goldschmidt, Andreas: Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern. Teil 1 der Serie: „Ethik, Gesundheitsversorgung und Ökonomie“, Hessisches Ärzteblatt 02/2020, S. 91 ff

§ Medizinrecht

Vor Keimen haben Patienten in Deutschland mehr Angst als vor Behandlungsfehlern, wenn man einer Umfrage der Unternehmensberatung PwC aus 11/12 2018 Glauben schenken darf [1]. Mehr als zwei Drittel der Teilnehmer (70 %) machen sich demnach Sorgen um mangelnde Hygiene und die daraus folgende Ansteckungsgefahr. Einen ärztlichen Fehler fürchtet dagegen etwa die Hälfte (49 %) und mehr als ein Viertel (28 %) hat Angst vor einem Ausfall der technischen Geräte. Mit der steigenden Anzahl von Infektionen haben vor allem Haftungsfragen an Bedeutung gewonnen. Doch damit nicht genug: Hygienemängel können noch zu weiteren Sanktionen führen, bis hin zum Verlust der Vergütungsansprüche auf Behandlerseite.

1. Hygienemängel und zivilrechtliche Haftung

Nicht zuletzt aufgrund der öffentlichen Diskussion in den Medien einerseits und der Bestimmung des § 630a Abs. 1 BGB mit Beweislastumkehr andererseits sehen sich Ärzte und Kliniken vermehrt dem Vorwurf einer Haftung aufgrund Hygienemängeln und einer dadurch bedingten Infektion ausgesetzt. Hierbei muss der Patient zunächst das Vorliegen eines vorwerfbaren Behandlungsfehlers des Arztes und anschließend einen auf diesem Behandlungsfehler unmittelbar kausal beruhenden Gesundheitsschaden darlegen und beweisen. Für eine Haftung fordert § 630a Abs. 2 BGB, dass der zum Zeitpunkt der Behandlung bestehende, allgemein bekannte fachärztliche Standard verletzt worden sein muss. Dieser leitet sich ab aus den allgemein anerkannten Sorgfaltspflichten und den speziell für den Bereich der Hygiene geschaffenen Vorschriften, vor allem dem IfSG, das die Sorgfaltsanforderungen an Hygiene im Krankenhaus maßgeblich prägt. Hier zu nennen sind vor allem die von der beim Robert-Koch-Institut (RKI) eingerichteten Kommissionen für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) herausgegebenen Empfehlungen und die der Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART). Werden diese Empfehlungen eingehalten, so wird die Einhaltung des Standards der medizinischen Wissenschaft vermutet (§ 23 Abs. 3 Satz 2 IfSG).

Patienten obliegt auch bei Hygienemängeln die Beweispflicht, eine solche Verletzung des allgemeinen bekannten fachärztlichen Standards darzulegen und zu beweisen. Dies ist oft schwierig, da ihnen die medizinischen Fachkenntnisse und Einblicke in die Behandlungsabläufe fehlen. Aus diesem Grund wird von Patientenvertretern gefordert, dass schon allein die Infektion an sich ein „voll beherrschbares Risiko“ [2] sei und in § 630a Abs. 1 BGB eine Beweislastumkehr zulasten der Ärzteschaft gesetzlich normiert ist, mit der Folge, dass bereits bei Vorliegen eines Hygienemangels der behandelnde Arzt bzw. der Krankenhausträger darzulegen und zu beweisen habe, dass ihn kein Verschulden treffe.

Hygienemängel in Arztpraxis und Krankenhaus

1.1. Wer muss was beweisen?

Allgemein anerkannten Grundsätzen folgend muss der Patient im Fall eines Hygienefehlers neben diesem auch dessen Ursächlichkeit für den eingetretenen Schaden beweisen. Doch aufgrund seiner fehlenden medizinischen Sachkunde ist er insoweit in einer ausgesprochen schwachen Position. Um dieses Ungleichgewicht auszugleichen, hat die Rechtsprechung für bestimmte Fallgruppen Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr vorgeesehen. Diese Judikatur griff das Patientenrechtegesetz 2013 auf und goss sie mit der Schaffung des § 630h BGB in Gesetzesform. Liegt ein grober Behandlungsfehler vor „und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war“ (§ 630h Abs. 5 Satz 1 BGB). Ein grober Behandlungsfehler wird etwa angenommen im Fall des Unterlassens von Desinfektionsmaßnahmen oder wegen fehlender Vorsichtsmaßnahmen beim Wechseln einer Infusion. Weitere Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten sieht § 630h Abs. 1 BGB vor. Danach wird ein Behandlungsfehler „vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.“ Bei Hygienemängeln geht es schwerpunktmäßig genau um eben diese voll beherrschbaren Risiken.

1.2. Definition: „Voll beherrschbares Risiko“

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung gilt, dass Infektionen, die sich trotz Einhaltung der gebotenen hygienischen Vorkehrungen ereignen, zum entschädigungslos hinzunehmenden Krankheitsrisiko des Patienten gehören [3]. Das heißt, allein die Tatsache, dass sich ein Patient mit einem Keim infiziert, reicht nicht, um eine Haftung zu begründen. Aber wann liegt bei einer Infektion ein Risiko vor, das die Behandlungsseite voll hätte beherrschen können und müssen? Laut Rechtsprechung kennzeichnen sich voll beherrschbare Risiken dadurch, dass sie durch den Klinik- oder Praxisbetrieb gesetzt werden und bei ordnungsgemäßer Gestaltung ausgeschlossen werden können und müssen. Im Bereich der Hygiene zählen dazu z. B. die Reinheit des benutzten Desinfektionsmittels [4] der die Sterilität von Behandlungsbesteck [5] oder Infusionsflüssigkeit [6]. Dies gilt auch für vermeidbare Keimübertragungen durch an der Behandlung beteiligte Personen bis hin durch Ansteckung durch Mitpatienten [7].

1.3. Keine Umkehr der Beweislast bei unklarer Infektionsquelle

Ist unklar, wo und wann sich der Patient infiziert hat, etwa weil es sich um einen Keim handelt, der bei jedem Menschen vorzufinden ist, kommen die Grundsätze über das voll beherrschbare Risiko nicht zur Anwendung, d. h. es findet keine Umkehr der Darlegungs- und Beweislast zugunsten des Patienten statt [8]. Stehen Träger des Keims und Übertragungsweg hingegen fest, ist es an der Behandlungsseite, den Beweis für eine fehlende Sorgfaltspflichtverletzung und fehlendes Verschulden zu erbringen [9]. Arzt wie Krankenhaus haften in Fällen voll beherrschbarer Risiken folglich nicht, wenn sie beweisen können, dass sämtliche Vorkehrungen gegen vom Personal oder Mitpatienten ausgehende Keimübertragungen getroffen wurden. Dem Patienten obliegt sodann allerdings noch der Beweis der Kausalität zwischen Sorgfaltsmangel und eingetretenem Schaden.

1.4.: Sekundäre Darlegungslast des Krankenhausträgers

Kommt es nicht zu einer Umkehr der Darlegungs- und Beweislast nach § 630h Abs. 1 BGB, reicht es allerdings, dass der Patient konkrete Anhaltspunkte für einen Hygieneverstoß vorträgt. So entschied es der BGH im Fall einer MRSA-Infektion im Jahr 2016 [10]. Der betroffene Patient war nach der OP zusammen mit einem anderen Patienten in einem Zimmer untergebracht worden, der unter einer offenen, eiternden und mit einem Keim infizierten Wunde, einem „offenen Knie“ litt. Er zeigte es Anwesenden bei einem Verbandswechsel und klagte darüber, dass man den Keim nicht „in den Griff“ bekomme. Zudem hatte ein Sachverständiger erklärt, dass die gemeinsame Unterbringung nicht zu beanstanden sei, wenn die Empfehlungen des RKI eingehalten würden. Diesen Vortrag hatte sich der Patient zu eigen gemacht. Alles dies, so der BGH, genüge, um eine erweiterte Darlegungslast des beklagten Krankenhauses auszulösen. Es war nun an der Klinik, die Einhaltung der Hygienestandards zu beweisen.

2. Hygienemängel und Strafrecht

Die zivilrechtliche Haftung von niedergelassenem Arzt, Klinikträger und Krankenhauspersonal wird flankiert von einer Reihe von Straftatbeständen, die bei Vorliegen eines Hygienemangels erfüllt sein können. Zu denken ist vornehmlich an die Delikte der fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) bzw. fahrlässigen Körperverletzung (§§ 223, 229 StGB). Kernpunkt fahrlässigen Verhaltens ist das Vorliegen einer Pflichtverletzung. Ein solcher Sorgfaltspflichtverstoß kann auch durch Unterlassen (Stichwort: Organisationsverschulden) begangen werden. An dieser Stelle weist der Blick wieder zu § 23 Abs. 3 Satz 2 IfSG und die dort verankerte gesetzliche Vermutung. Hinzu kommen die Anforderungen der auf Länderebene erlassenen Hygieneverordnungen, die es seitens der Krankenhäuser zu beachten gilt. Doch nicht nur das Strafgesetzbuch greift. Vielmehr enthält auch das IfSG selbst Strafvorschriften (§§ 74, 75 IfSG), die zum Teil Freiheitsstrafen von bis zu fünf Jahren vorsehen. Die zahlreichen der dort ge-

nannten Tatbestände entsprechen den Regelungen im früheren Bundesseuchengesetz, das 2001 vom IfSG abgelöst und außer Kraft getreten ist.

3. Hygienemängel und Vergütungsanspruch

Wie oben dargestellt, gehört die Einhaltung der fachlichen Standards durch den Behandelnden zu den vertragstypischen Pflichten des Behandlungsvertrags (§ 630a Abs. 2 BGB). Geht es um die Behandlung von GKV-Patienten, ist diese Regelung in Verbindung mit § 2 SGB V zu sehen. Gemäß § 2 Abs. 1 SGB V stellen die Krankenkassen den Versicherten die Leistungen – also z. B. auch Krankenhausbehandlung – zur Verfügung, die ihrerseits hinsichtlich Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen müssen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts [11] ist der hier heranzuziehende Qualitätsstandard der anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts, der nach den Stellungnahmen der medizinischen Fachgesellschaften, namentlich deren Leitlinien und Empfehlungen zu konkretisieren ist. Hinzu kommen weitere Anforderungen, insbesondere solche nach den §§ 135 ff. SGB V, z. B. in Form von GBA-Richtlinien gemäß §§ 136a, 136 SGB V speziell zum Thema Hygiene. Daraus folgt: werden die gesetzlichen Hygieneanforderungen nicht erfüllt, liegt ein Qualitätsmangel vor. Eine mit diesem Mangel behaftete Leistung ist keine Leistung der GKV und wird folglich nicht finanziert (§ 2 SGB V), d. h. Verstöße gegen das Qualitätsgebot führen zum Verlust des Vergütungsanspruchs auf der Seite des Krankenhauses.

Fazit

Die rechtlichen Konsequenzen mangelnder Hygiene sind gravierend und in Fragen der Haftung nimmt die Rechtsprechung die Behandler spätestens über das Instrument der sekundären Darlegungslast in die Pflicht, wenn der Patient hinreichende Anhaltspunkte für einen Hygienefehler vortragen kann. Umso dringlicher ist es, die Risiken rechtlicher Inanspruchnahme zu minimieren. Hygienepläne sind allen betroffenen Mitarbeitern bekannt zu machen und von ihnen einzuhalten. Dazu bedarf es entsprechender Einweisung und Schulung der Sprechstundenhilfen und des Krankenhauspersonals und der regelmäßigen Überwachung der Handlungsabläufe. Alle diese Vorkehrungen müssen unter Umständen bewiesen werden können. Eine sorgfältige Dokumentation der Standards und ihrer Kontrolle ist daher unerlässlich.

Dr. jur. Thomas K. Heinz

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



Foto: Jens Haensel

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

Literatur zum Artikel:

Haftungsrecht: Hygienemängel in Arztpraxis und Krankenhaus

von *Thomas K. Heinz*

- [1] <https://www.svz.de/ratgeber/medizin-gesundheit/krankenhaus-patienten-fuerchten-vor-allem-hygienemaengel-id22170957.html>
- [2] Besser ausgedrückt: wegen eines „feststellbar aus der Sphäre des Behandlers kommenden Risikos“, siehe Anschlag, Beweiserleichterungen bei Hygienemängeln, *MedR* 2009, 513
- [3] BGH, Urteil vom 08.01.1991, Az. VI ZR 102/90; BGH, Urteil vom 20.03.2007, Az. VI ZR 158/06
- [4] OLG Düsseldorf, Urteil vom 04.06.1987, Az. 8 U 113/85
- [5] BGH, Urteil vom 20.03.2007, Az. VI ZR 158/06 – Spritzenabszess
- [6] BGH, Urteil vom 09.05.1978, Az. VI ZR 81/77; Urteil vom 03.11.1981, Az. VI ZR 119/80
- [7] OLG München, Urteil vom 06.06.2013, Az. 1 U 319/13 = *GesR* 2013, 618, 620; Urteil vom 11.10.2011, Az. 1 U 2952/11
- [8] BGH, Beschluss vom 16.08.2016, Az. VI ZR 634/15
- [9] Spritzenabszess aufgrund einer Staphylokokken-Infektion: BGH, Urteil vom 20.03.2007, Az. IV ZR 158/06
- [10] BGH, Beschluss vom 16.08.2016, ebenda
- [11] z. B. BSG, Urteil vom 19.11.1997, Az. 3 RK 6–96

Integration von Migranten in die Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten

Gute Deutschkenntnisse sind unerlässlich



Eine gute Ausbildung ist Voraussetzung für Erfolg in Beruf und Leben.

Die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten ist ein anspruchsvoller Ausbildungsgang im dualen System, das heißt: Ausbildung in der Praxis und in der Berufsschule. Die vorgeschriebene Ausbildungsdauer beträgt drei Jahre. Die Ausbildungsinhalte sind im Ausbildungs-

Weiterführende Links im Internet:

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

Wirtschaft integriert:
<http://www.wirtschaft-integriert.de/>

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

Ausbildungsberater der LÄKH:
www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/ausbildungsberater-innen/

rahmenplan als Anhang zur Ausbildungsordnung vom 26. April 2006 niedergelegt. Informationen über die Ausbildung finden Sie im Internet auf unserer Website unter: www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/vorschriften-und-vertraege.

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

Hinweise zur Einstellung: Migranten als Auszubildende

Planen Sie, eine Migrantin oder einen Migranten als Auszubildende/n einzustellen? Dann bedenken Sie bitte Folgendes: Um die MFA-Ausbildung erfolgreich zu absolvieren, muss bereits zu Beginn der Ausbildung das Sprachniveau B2 gegeben

sein. Fehlende Deutschkenntnisse führen zur Frustration und gegebenenfalls zum Abbruch der Ausbildung.

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

Überprüfen der Sprachkompetenz

Berufsausbildungsverträge ohne gleichzeitige Vorlage des B2-Sprachdiploms werden nicht in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen. Wir empfehlen Ihnen, sich im Rahmen der Bewerbung das B2-Sprachdiplom vorlegen zu lassen und die Sprachkompetenz beim Bewerbungsgespräch selbst zu überprüfen. Das gilt auch für Bewerber/-innen ohne Fluchthintergrund.

Sollten keine ausreichenden Deutschkenntnisse vorliegen, helfen folgende Stellen weiter:

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

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

Sollten Sie bereits einen Berufsausbildungsvertrag ohne B2-Sprachdiplom geschlossen haben, wird sich in Kürze ein Ausbildungsberater oder -beraterin der Landesärztekammer mit Ihnen in Verbindung setzen, um Sie weiter zu beraten.

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

Landesärztekammer Hessen
Abteilung MFA-Ausbildungswesen

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

Zur Bekanntmachung der neuen Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020 (WBO 2020)

Gemäß § 1 Abs. 4 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) wird die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020 (WBO 2020) in einer ausschließlich online erscheinenden Sonderausgabe des Hessischen Ärzteblattes auf der Website der LÄKH unter www.laekh.de/aerzte/weiterbildung

bekanntgemacht und dort dauerhaft bereitgestellt werden. Die Sonderausgabe erscheint parallel mit der Juni-Ausgabe 2020 des Hessischen Ärzteblattes.

Frankfurt am Main, 16. April 2020
Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Wir gedenken der Verstorbenen



Fortsetzung nächste Seite

Bezirksärztekammer Frankfurt



Foto: Kathrein Wiesbaden

Prof. Dr. med. Peter Lorbacher aus Wiesbaden wurde mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik

Deutschland ausgezeichnet, insbesondere für sein Wirken im Kampf gegen Leukämie. Mit seinen experimentellen Untersuchungen an menschlichen Blut- und Knochenmarkszellen zum Nachweis spezieller zytochemischer Befunde habe er einen wichtigen Beitrag für die Automatisierung des Differentialblutbildes geleistet. Bis zu seinem Ruhestand 2001 war Lorbacher seit 1970 Mitgründer sowie Internist und Hämatologe an der Deutschen Klinik für Diagnostik (DKD) in Wiesbaden, die mittlerweile zu Helios gehört.

Bezirksärztekammer Gießen



Foto: Lahn-Dill-Kliniken

Ab 1. April wird es an den Dill-Kliniken in Dillenburg einen Leitenden Arzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie geben: **Dr. med. René Burchard**. Der

41-Jährige ist Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie. Er besitzt die Zusatzbezeichnungen Spezielle Unfallchirurgie, Sportmedizin und Ernährungsmedizin. Burchard kommt vom Kreisklinikum Siegen, dort ist er Leitender Oberarzt und Leiter des dortigen Gelenkzentrums. Außerdem etablierte er federführend die dortige Sportklinik und führte Minimalinvasive Techniken ein.



Foto: privat

Der Memento-Forschungspreis für vernachlässigte Krankheiten in ärmeren Ländern geht an **PD Dr. med. Christian Keller** für seine Forschungsarbeiten zu Rickettsien in Asien und Afrika. Der 41-Jährige leitet die Arbeitsgruppe Virusdiagnostik am Institut für Virologie des Universitätsklinikums Marburg. Hier widmet er sich zudem der Erforschung von Pathogenese, Diagnostik und Therapie von fieberhaften Infektionen mit intrazellulären Bakterien wie den tropischen Rickettsiosen. Der Memento-Preis wird unter anderem von „Ärzte ohne Grenzen“ und „Brot für die Welt“ verliehen.

Dr. med. Torsten Schloßhauer ist seit 1. März Chefarzt der Klinik für Plastische, Ästhetische, Rekonstruktive und Handchirurgie des Agaplesion Evangelischen



Foto: Agaplesion Gießen

Krankenhauses Mittelhessen in Gießen, akademisches Lehrkrankenhaus der Justus-Liebig-Universität Gießen. Schloßhauer ist Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie sowie Facharzt für Allgemein Chirurgie mit der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin.

Personalia aus ganz Hessen bitte per E-Mail an: isolde.asbeck@laekh.de

Kongress-Absage

Der 52. Internationale Seminarkongress in Grado, Italien, der vom 23.–28. August 2020 geplant war, musste infolge der COVID-19-Pandemie leider abgesagt werden.

Landesärztekammer Hessen

Büchertipps von Lesern für Leser

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

Wir freuen uns auf Ihre Vorschläge!

E-Mail: haebl@laekh.de



Foto: Fotolia.com

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 60060060 ausgestellt am 09.07.2019 für Aiman Al-Jawfi, Fulda

Arztausweis-Nr. 60051638 ausgestellt am 05.01.2018 für Dr. med. Jutta Binder, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60043435 ausgestellt am 06.06.2016 für Natalia Derugin, Bebra

Arztausweis-Nr. 60053563 ausgestellt am 04.04.2018 für Dr. UCL Susanne El Sigai-Teer, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60041428 ausgestellt am 14.01.2016 für Dr. med. Sabine Hartig, Borken

Arztausweis-Nr. 60041721 ausgestellt am 01.02.2016 für Dr. med. Jacqueline Jähner, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60046049 ausgestellt am 12.12.2016 für Dr. med. Martin Jünemann, Gießen

Arztausweis-Nr. 60052538 ausgestellt am 06.02.2018 für Larissa Kaiser, Herbstein

Arztausweis-Nr. 60057645 ausgestellt am 30.01.2019 für Katrin Licht, Mainz

Arztausweis-Nr. 60063972 ausgestellt am 25.02.2020 für Caleb Nditapah, Limburg

Arztausweis-Nr. 60062320 ausgestellt am 21.11.2019 für Dr. med. Karin Paes, Oberzent

Arztausweis-Nr. 60051536 ausgestellt am 02.01.2018 für Dr. med. Andreas Pingel, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60047266 ausgestellt am 20.02.2017 für Sandra Preiningner, Weinheim

Arztausweis-Nr. 60047366 ausgestellt am 24.02.2017 für Dr. med. Friederike Raquet, Bischofsheim

Arztausweis-Nr. 60045287 ausgestellt am 21.10.2016 für Dr. med. Tobias Rethage, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60048909 ausgestellt am 19.06.2017 für Dr. med. Jena Selvalingam-Drago, Usingen

Arztausweis-Nr. 60050149 ausgestellt am 19.09.2017 für Jan Severain, Wetter

Arztausweis-Nr. 60056730 ausgestellt am 30.11.2018 für Catalin Stoian, Bad Soden

Arztausweis-Nr. 60047434 ausgestellt am 28.02.2017 für Jasmin Wulf, Wiesbaden

Bezirksärztekammer Kassel

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Goldenes Doktorjubiläum

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)

Genderneutrale Sprache

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten des Hessischen Ärzteblattes manchmal nur die männliche Form gewählt. Die Formulierungen beziehen sich jedoch auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird. (red)

Terminverschiebung

Der geplante Tag der offenen Tür in der Landesärztekammer Hessen kann leider erst nächstes Jahr 2021 stattfinden.

Ehrungen MFA/Arzthelfer*innen

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Checkliste

Empfehlungen für die Einstellung von Auszubildenden zum/zur Medizinischen Fachangestellten:

Die Checkliste kann im Internet unter: <https://www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/vorschriften-und-vertraege> abgerufen werden.

MFA-Abschlussprüfung Winter 2020

Bei der **Abschlussprüfung** für Medizinische Fachangestellte im Winter 2020 haben am Schriftlichen Teil der Abschlussprüfung **351** Prüflinge teilgenommen, von denen **292** bestanden haben.

351 Prüflinge haben am Praktischen Teil der Abschlussprüfung teilgenommen, von denen **271** bestanden haben.

Die detaillierten statistischen Angaben zu der Winterprüfung 2020 können im Internet unter <http://www.laekh.de/aktuelles> abgerufen werden.

Absage Bad Nauheimer Gespräch am 4. Juni 2020

Der für den 4. Juni 2020 geplante nächste Termin der Bad Nauheimer Gespräche zur zahnärztlichen Prävention in Kindertagesstätten, Senioreneinrichtungen

und zuhause wird aufgrund der wegen Corona erlassenen Einschränkungen abgesagt. Ein Ersatztermin wird rechtzeitig bekannt gegeben. (red)

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 Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin

Redaktionsassistent: 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
Dr. iur. Katharina Deppert, Gutachter- und Schlichtungsstelle

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

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

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

Geschäftsführung: Jürgen Führer

Leitung Geschäftsbereich Medizin und Zahnmedizin: Katrin Groos

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

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

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

Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.
Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

Industrie: Michael Heinrich, Tel.: +49 2234 7011-233, E-Mail: heinrich@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: Eric Henquinet, Mobil:+49 172 2363754,
E-Mail: henquinet@aerzteverlag.de

Key Account Manager 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: Eric Le Gall, Tel.: +49 2202 9649510,
Mobil: +49 172 2575333, E-Mail: legall@aerzteverlag.de

Herstellung: Bernd Schunk, Tel.: +49 2234 7011-280
Alexander Krauth, Tel.: +49 2234 7011-278, E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Layout: Meike Höhner

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: DAAEEDDD

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)
IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF
Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 6, gültig ab 01.01.2020

Auflage Lt. IVW 4. Quartal 2019:

Druckauflage: 37.266 Ex.; Verbreitete Auflage: 36.989 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.

81. Jahrgang

ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

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

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

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln