

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 7/8 | 2023
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 84. Jahrgang

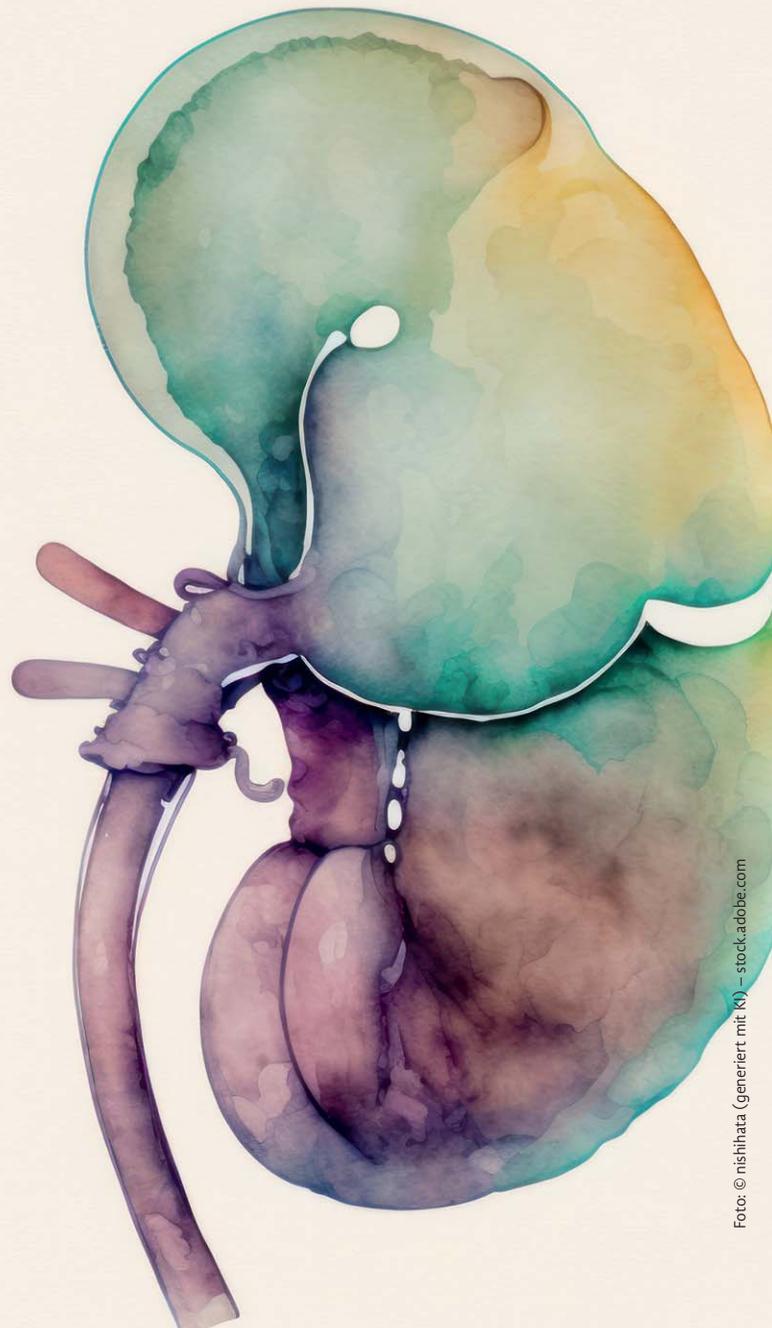
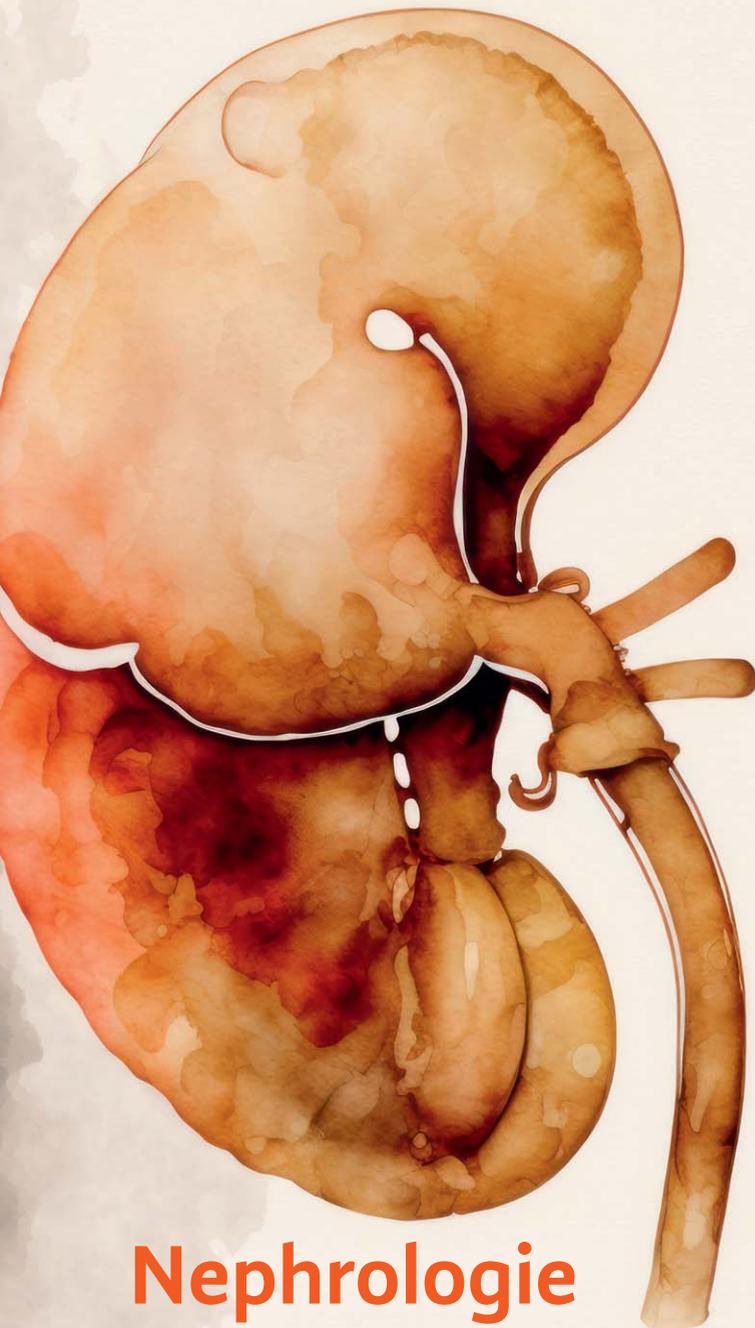


Foto: © nishihata (generiert mit KI) – stock.adobe.com

Nephrologie

127. Deutscher Ärztetag

Bericht über den Deutschen Ärztetag in Essen sowie die Eindrücke hessischer Abgeordneter

Verantwortungseigentum

Im Gespräch mit Maïke Kauffmann und Armin Steuernagel von der Purpose Stiftung über Kliniken in Mitarbeiterhand

Ergebnis der Kammerwahl

Vielen Dank für Ihre Stimme! Das Endergebnis der Wahlen 17. Wahlperiode 2023–2028 finden Sie in dieser Ausgabe



Schloss Oranienstein, Standort des Kommandos Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung.

Symposium

Gelebte Zivil-Militärische Zusammenarbeit

Erfahrungsaustausch unter dem Eindruck der jüngsten schweren Naturkatastrophen, Terroranschläge und militärischen Auseinandersetzungen

am Freitag, 15. September 2023
in Schloss Oranienstein, Diez an der Lahn

Die Flutkatastrophe an Ahr und Erft im Sommer 2021, der Anschlag mit militärischen Waffen im Club Bataclan 2015 in Paris, aber auch der seit einem Jahr andauernde Angriffskrieg gegen die Ukraine führen uns im scheinbar sicheren Deutschland vor Augen, wie verwundbar unsere Gesellschaft trotz Jahrzehnten geglaubter Sicherheit ist. Scheinbar ist nichts mehr wie es war. Wir müssen wieder lernen, Krisen ins Auge zu sehen und unsere Resilienz zu steigern.

Im historischen Ambiente von Schloss Oranienstein in Diez findet dazu ein Symposium statt: Experten der Bundeswehr, aus Feuerwehren und Katastrophenschutz berichten aus verschiedenen realen Gefahren- und Bedrohungsszenarien – sehr eindrücklich und unmittelbar aus erlebten Einsätzen, aber auch analysierend und flankiert von den medizinischen, organisatorischen und toxikologischen Methoden, diesen Szenarien zu begegnen. Diese Themen erwarten Sie:

- Rettung aus der vordersten Gefahrenzone / Emergency medical support in the line of fire bei Tereinsätzen und militärischen Kampfhandlungen – MEDEVAC und zivile Luftrettung
- Neue S3-Leitlinie der DGU: Polytraumaversorgung unter dem Aspekt des Zivil-Militärischen-Wissenstransfers
- Rettungsdienst trifft auf Kampf- und Giftstoffe – Erfahrung nach Anschlägen auf die Zivilbevölkerung
- Einsatzerfahrungen einer spezialisierten Messeinheit der Feuerwehr unter dem Eindruck von Terror- und Anschlagsszenarien
- Krisenmanagement staatlicher Stellen in Großschadenslagen: Planungen, Strukturen und Vorbereitungen am Beispiel Hessens
- Fachausstellung von Bundeswehr, zivilen Hilfsorganisationen und Feuerwehren: Einblick in Ausrüstung und Fähigkeiten – im wahrsten Sinne des Wortes begreifbar.

Das Symposium wird dem Dialog zwischen Ärzten, denen die Versorgung von Verletzten in Extremsituationen am Herzen liegt, einen Rahmen geben. Schloss Oranienstein und sein großer

Park sind dafür ein ganz besonderer Ort, der uns neben dem historischen Vortragsraum auch großartige Außenflächen für praktische Demonstrationen und für Gespräche bietet. Sie werden sicher neue Erfahrungen und Erkenntnisse gewinnen.



Foto: © Bundeswehr

Zivil-Militärische Übung: Zusammenarbeit mit einem gemeinsamen Ziel.

Symposium: Gelebte Zivil-Militärische Zusammenarbeit

| | | |
|----------------|---|---|
| Termin | 15. September 2023 | Der QR-Code führt direkt zur Website des Symposiums.  |
| Ort | Diez an der Lahn | |
| Leitung | Oberstarzt d. R. Dr. med. Ulrich Jürgens | |
| Gebühr | 60 €, ermäßigt 15 € | |

Information/Anmeldung: Andrea Flören
 Fon: 06032 782-238 | E-Mail: andrea.flören@laekh.de

www.akademie-laekh.de

Kooperationspartner aus der Bundeswehr und der ärztlichen Selbstverwaltung:



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz

aäf
Akademie für
Ärztliche Fortbildung
Rheinland-Pfalz

Freiberuflichkeit – was bedeutet das eigentlich?

Mit dieser Frage beschäftigt sich nicht nur die Ärzteschaft, sondern auch der Europäische Gerichtshof, der vor 22 Jahren in seinem Urteil vom 11. Oktober 2001 Folgendes feststellte: „Freie Berufe sind Tätigkeiten, die ausgesprochenen intellektuellen Charakter haben, eine Qualifikation verlangen und gewöhnlich einer genauen und strengen berufsständischen Regelung unterliegen. Bei der Ausübung einer solchen Tätigkeit hat das persönliche Element besondere Bedeutung, und diese Ausübung setzt auf jeden Fall eine große Selbstständigkeit bei der Vornahme der beruflichen Handlung voraus.“ Im deutschen Recht heißt es in § 1 Abs. 2 S. 1 des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes:

„Die Freien Berufe haben im allgemeinen auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit zum Inhalt.“

In Abschnitt I § 1 der Bundesärzteordnung heißt es zum ärztlichen Beruf: (1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. (2) Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.

Damit betont der Gesetzgeber die Freiberuflichkeit der Ärzte ausdrücklich ohne Ausnahme.

Die ärztliche Freiberuflichkeit gilt daher für jede Ärztin und jeden Arzt, ganz gleich, ob angestellt oder selbstständig tätig. Es gilt die Unabhängigkeit der fachbezogenen Urteilsbildung des Arztes. Auch in der Anstellung gilt die ärztliche Verantwortung, stehen die Berufsträgerinnen und -träger für die Qualität ihrer Arbeit ein. Immer ist das Verhältnis zum Patienten ein persönlich geprägtes Verhältnis.

Und doch wird die Freiheit der ärztlichen Berufsausübung seit Jahren zunehmend eingeschränkt. Überbordende Bürokratie und staatliche Regelungen gefährden den freien Arztberuf und wirken darüber hinaus demotivierend – und das generationenübergreifend.

Es war und ist daher eine Daueraufgabe der Ärztekammern, sich gegenüber der Politik für den Erhalt des Arztberufes als freier Beruf einzusetzen. Der 112. Deutsche Ärztetag 2009 hob das Privileg und die Verpflichtung der ärztlichen Freiberuflichkeit hervor: „Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf frei aus; sie sind ausschließlich dem Wohl ihrer Patienten verpflichtet. Im Zweifel muss das Wohl der Patienten Vorrang haben vor wirtschaftlichen Interessen.“ Die Freiberuflichkeit ist also kein Selbstzweck, sondern eine unabdingbare Voraussetzung für das Patientenwohl und entspricht dem ärztlichen Selbstverständnis, sich frei von interessengeleiteten äußeren Einflüssen für ihre Patienten einzusetzen.

14 Jahre später betonte der diesjährige 127. Deutsche Ärztetag mit der Essener Resolution erneut Freiheit und Verantwortung in

der ärztlichen Profession: „Ärztinnen und Ärzte üben unabhängig von Stellung und Ort der ärztlichen Tätigkeit einen freien Beruf aus. [...] Die individuelle Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfordert allerdings Rahmenbedingungen, die eine freie Berufsausübung sicherstellen. [...] Freiberuflichkeit findet ihren Ausdruck in der persönlichen Verantwortung, die Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten gegenüber übernehmen. Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession sind untrennbar mit der ärztlichen Selbstverwaltung als Organisationsprinzip verbunden. [...] Die Ärztekammern stehen für das Prinzip der professionellen Selbstkontrolle, für die Einhaltung der ärztlichen Standards und ethischen Grundsätze und damit für die Qualität einer patientenzentrierten medizinischen Versorgung. [...] Unzureichende finanzielle und personelle Ressourcen trotz steigendem Behandlungsbedarf, eine zunehmende Kommerzialisierung in der Medizin, staatsdirigistische Eingriffe in die Selbstverwaltung sowie eine überbordende Kontrollbürokratie führen derzeit jedoch zu enormer Arbeitsverdichtung und vielfach auch Überlastung der Berufe im Gesundheitswesen. [...] Die Ärzteschaft fordert eine systematische und strukturelle Einbindung bei allen gesundheitspolitischen Prozessen, Reformvorhaben und Gesetzesverfahren.“

Auch Peter Müller, ehemaliger Ministerpräsident des Saarlandes und seit 2011 Richter am Zweiten Senat des Bundesverfassungsgerichts, bekräftigte, dass das Recht, eigenverantwortlich und weisungsunabhängig nach den Regeln der ärztlichen Kunst über die jeweils einzusetzende Behandlungsmethode zu entscheiden, im Zentrum stehe. Auch wenn er verdeutlichte, dass diese Freiheit nicht grenzenlos ist, machte er doch unmissverständlich klar, dass deren Einschränkung durch das „Überziehen der freiberuflichen Tätigkeit mit Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien, Standards und allem Möglichen“ Patienten letztlich nicht nützt, sondern sogar schadet. Seiner Forderung, man müsse deshalb die Frage stellen, ob das rechtlich vertretbar – genauer: ob es verfassungsrechtliche Grenzen für die Regulierung dieses Gesundheitsbereichs gebe, ist eigentlich nichts hinzuzufügen. Die eigene Freiheit endet an der Freiheit des anderen.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: © peterschreiber.media – stock.adobe.com

Themenschwerpunkt Nephrologie

Diese Ausgabe bietet drei CME-Beiträge zur Nephrologie. In den zertifizierten Fortbildungsartikeln befassen sich die Autoren mit dem Leitlinien-basierten Konzept der Behandlung von Diabetikern, der Peritonealdialyse und der pädiatrischen Nephrologie.

424–444



Foto: Manuel Maier

127. Deutscher Ärztetag in Essen

Die Abgeordneten der deutschen Ärzteschaft sind wieder zusammengetreten, um beim 127. Deutschen Ärztetag über aktuelle Themen zu diskutieren und ihre Spitzenvertreter zu wählen. Hessische Abgeordnete berichten von ihrer persönlichen Sicht auf die Tage in Essen.

409, 415

| | |
|--|------------|
| Editorial: Freiberuflichkeit – was bedeutet das eigentlich? | 403 |
| Aus dem Präsidium: Wir werden jeder für sich nicht viel erreichen | 408 |

Ärztékammer

| | |
|--|------------|
| Ergebnisse der Kammerwahl | 406 |
| 127. Deutscher Ärztetag: Hessen setzen starke Akzente | 409 |
| 127. Deutscher Ärztetag in Fragen und Antworten | 415 |
| Bündnis Heilen und Helfen: Medizin trifft Politik | 423 |
| Hitzeaktionstag am 14. Juni: Telefonsprechstunde der Landesärztekammer Hessen für Bürgerinnen und Bürger | 448 |
| Symposium Gelebte Zivil-Militärische Zusammenarbeit am 15. September 2023 | 402 |

Fortbildung

| | |
|--|------------|
| Einleitung: Jedes Nephron zählt! | 424 |
| CME: Nierenerkrankung und Diabetes | 425 |
| CME: Peritonealdialyse | 432 |
| CME: Pädiatrische Nephrologie | 438 |
| Arbeits- und Gesundheitsschutz in Arztpraxen: AbBA | 445 |
| Krebsregister: Webseminare | 431 |

Bekanntmachungen

| | |
|--|-----------------|
| ■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung | 457 |
| ■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule | 463 |
| ■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen | 406; 450 |
| ■ Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen: Öffentliche Ausschreibung | 465 |

| | |
|---|-----------------|
| MFA: Winterprüfung 2023/2024 & Einschulungstermine | 448, 431 |
|---|-----------------|



Foto: © Edita – stock.adobe.com

Interview: Alternative zum Renditestreben

Viele Kliniken sind in kommunaler, kirchlicher und gewinnorientierter Trägerschaft. Doch es ist ein weiteres Modell denkbar: Verantwortungseigentum. Im Gespräch berichten Maïke Kauffmann und Armin Steuernagel von der Purpose Stiftung über Kliniken in Mitarbeiterhand.

420



Foto: Lukas Reus; Bildrechte siehe Ausgabe 5/23

Ergebnis der Kammerwahl

Die hessischen Ärztinnen und Ärzte haben ihre Vertreterinnen und Vertreter der kommenden Wahlperiode gewählt. Das Endergebnis finden Sie in dieser Ausgabe. Die Wahlbeteiligung lag in diesem Jahr bei 41,39 %. 2018 lag die Wahlbeteiligung bei 37,22 %.

406

Forum

Interview: Maïke Kauffmann und Armin Steuernagel zum Konzept des Verantwortungseigentums 420
 Sechs Jahre Haft für korrupten Staatsanwalt 444
 Zur Verteidigung von Meriten in der Wissenschaft 446

Junge Ärztinnen und Ärzte: „Besser behandeln im Team“ – Diskussion des ärztlichen Nachwuchses auf dem DÄT 449

Ansichten und Einsichten: Small is beautiful – Lauterbachs Irrtum 449

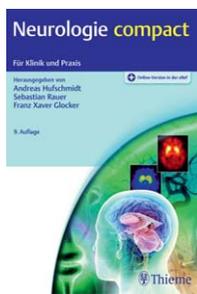
Aus den Bezirksärztekammern: MFA im Fokus 451

Leserbrief: Kritische Anmerkungen zum Hessischen Hitzeaktionsplan 450

Impressum 469

Mit dieser erweiterten Doppelausgabe Juli/August wünschen wir Ihnen eine schöne Sommerzeit.

Bücher



**Neurologie compact/
Für Klinik und Praxis**

Andreas Hufschmidt et al. (Hrsg.)

S. 468

Sprache im Hessischen Ärzteblatt

Wo immer möglich, verwenden wir in Texten des Hessischen Ärzteblattes beide Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird manchmal nur die weibliche oder nur die männliche Form gewählt, auch wenn sich die Formulierungen auf Angehörige diverser Geschlechter beziehen. Außerdem

benutzen wir, sofern vorhanden, Geschlechter übergreifende Begriffe; verzichten aber auf Gender-Stern, Gender-Gap oder Binnen-I. Unseren Autorinnen und Autoren sind wir für die freiwillige Beachtung dieser Hinweise dankbar, greifen aber nicht redigierend ein. (red)

Kammerwahl 2023

Ergebnis der Wahl zur Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 17. Wahlperiode 2023–2028

Gemäß § 16 Absatz 3 der Satzung zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 15. Juni 2023 gebe ich hiermit das endgültige Wahlergebnis bekannt:

| | | | |
|--|---------------|------------------------------|----------------|
| Wahlberechtigt gemäß Wählerverzeichnis: | 39.709 | Ungültig abgegebene Stimmen: | 108 |
| Gewählt haben: | 16.436 | Gültig abgegebene Stimmen: | 16.328 |
| | | Wahlbeteiligung: | 41,39 % |

| | Wahlvorschläge | Stimmen | Sitze |
|----|--|---------------|-----------|
| 1 | Marburger Bund – Erste Wahl für alle Ärztinnen und Ärzte | 5.123 | 26 |
| 2 | Fachärztinnen und Fachärzte Hessen | 3.555 | 18 |
| 3 | Die Hausärzte | 2.452 | 12 |
| 4 | Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte LDÄÄ | 1.474 | 7 |
| 5 | ÄrztINNEN Hessen (Fachärztinnen, Hausärztinnen, angestellte Ärztinnen, niedergelassene Ärztinnen, Ärztinnen in Weiterbildung und Ärztinnen im Ruhestand) | 1.021 | 5 |
| 6 | ÄLTERE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE | 1.291 | 6 |
| 7 | Jung.Nachhaltig.Fair | 406 | 2 |
| 8 | Liste der kleinen Fachgebiete | 246 | 1 |
| 9 | Hessenmed – die Netzärzte | 203 | 1 |
| 10 | LISTE ÖFFENTLICHER GESUNDHEITSDIENST | 237 | 1 |
| 11 | Liste integrativer Medizin LIMED | 320 | 1 |
| | Summe | 16.328 | 80 |

Die folgenden Kandidatinnen und Kandidaten der Wahlvorschläge wurden gewählt:

Wahlvorschlag 1: Marburger Bund – Erste Wahl für alle Ärztinnen und Ärzte

| | | |
|--|--|---|
| 1. Dr. med. Susanne Johna | 10. Anne Kandler | 19. Prof. Dr. med. Dirk Rüsck |
| 2. Dr. med. Christian Schwark | 11. Stephan Bork | 20. Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak |
| 3. Dr. med. Silke Engelbrecht | 12. Jan Henniger | 21. Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Bernd Kronenberger |
| 4. Dr. med. Lars Bodammer | 13. Dr. med. Susanne Betz | 22. Dr. med. Matthias Moreth |
| 5. Dr. med. Tanja Baumgarten | 14. Dr. med. Jörg Focke | 23. Dr. med. Gertrud Susanne Schmich B. Sc., M. Sc. |
| 6. Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg | 15. Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves BMedSci | 24. Dr. med. Ansgar Schütz |
| 7. Yvonne Jäger | 16. Dr. med. Vanessa Zink | 25. MUDr. Juraj Bena |
| 8. PD Dr. med. habil. Andreas Scholz | 17. Dr. med. Christoph Polkowski | 26. Fereschta Möhring |
| 9. Dr. med. H. Christian Piper | 18. Dr. med. Kolja Deicke | |

Wahlvorschlag 2: Fachärztinnen und Fachärzte Hessen

| | | |
|-------------------------------|------------------------------------|--|
| 1. Dr. med. Edgar Pinkowski | 5. Dr. med. Klaus Doubek | 9. Dr. med. Peter Zürner |
| 2. Dr. med. Christine Hidas | 6. Dr. med. Sabine Dominik | 10. Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg |
| 3. Dr. med. Wolf Andreas Fach | 7. Dr. med. Cornelius Weiß, M. Sc. | 11. Dr. med. Detlef Oldenburg |
| 4. Dr. med. Susan Trittmacher | 8. Dr. med. Heike Raestrup | |

12. Dr. med. Dr. med./Univ. Belgrad
Eva See
13. Dr. med. Michael Weidenfeld

14. Prof. Dr. med. Ahmed Madisch
15. Dirk Paulukat
16. Dr. med. Thomas Meyer

17. Dr. med. Gerd Rauch
18. Dr. med. Gottfried von Knoblauch
zu Hatzbach

Wahlvorschlag 3: Die Hausärzte

1. Jutta Willert-Jacob
2. Michael Thomas Knoll
3. Armin Beck
4. Michael Andor

5. Christian Sommerbrodt
6. Dr. med. Christoph Claus
7. Dr. med. Wolfgang Seher
8. Dr. med. Sabine Olischläger

9. Dr. med. Detlev Steininger
10. Dr. med. Tobias Gehrke
11. Petra Hummel-Kunhenn
12. Dr. med. Iris Günther

Wahlvorschlag 4: Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte LDÄÄ

1. Dr. med. Barbara Jäger
2. Dr. med. Bernhard Winter
3. Dr. med. Brigitte Ende

4. Dr. med. Christof Stork
5. Prof. Dr. med. Jutta Peters
6. Dr. med. Rolf Teßmann

7. Stefanie Minkley

Wahlvorschlag 5: ÄrztINNEN Hessen (Fachärztinnen, Hausärztinnen, Angestellte Ärztinnen, Niedergelassene Ärztinnen, Ärztinnen in Weiterbildung und Ärztinnen im Ruhestand)

1. Monika Buchalik
2. Susanne Sommer

3. Christiane Hoppe
4. Dr. med. Elke Neuwohner

5. Dr. med. Banu Gehrke

Wahlvorschlag 6: ÄLTERE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

1. Dr. med. Hansjoachim Stürmer
2. Prof. Dr. med. Ulrich Finke

3. Dr. med. Michael Gehrke
4. Dr. med. Holger Michaelsen

5. Erich Lickroth
6. Michael Waldeck

Wahlvorschlag 7: Jung.Nachhaltig.Fair

1. Svenja Krück

2. Peter Bunders

Wahlvorschlag 8: Liste der kleinen Fachgebiete

1. Dr. med. Adelheid Rauch

Wahlvorschlag 9: Hessenmed – die Netzärzte

1. Dr. med. Thomas Sitte

Wahlvorschlag 10: LISTE ÖFFENTLICHER GESUNDHEITSDIENST

1. Dr. med. Birgit Wollenberg

Wahlvorschlag 11: Liste integrativer Medizin LIMED

1. Marianne Krug

Einwendungen gegen die Rechtsgültigkeit der Wahl kann jeder Wahlberechtigte binnen zwei Wochen nach der Bekanntgabe des Wahlergebnisses im Staatsanzeiger für das Land Hessen beim Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, Sonnenberger Straße 2/2a, 65193 Wiesbaden, erheben.

Die Einwendungen können nur darauf gestützt werden, dass gegen das Gesetz oder gegen die aufgrund des Gesetzes erlassene Wahlsatzung verstoßen worden ist, und dass der Verstoß geeignet war, das Ergebnis der Wahl zu beeinflussen (§ 17 Abs. 3 der Satzung zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen).

Frankfurt am Main, 15. Juni 2023
Landesärztekammer Hessen
gez.: Günter Wiegand
Wahlleitung

Wir werden jeder für sich nicht viel erreichen

Zum Redaktionsschluss für diese Ausgabe des HÄBL lag das Ergebnis der Kammerwahl noch nicht vor. Aber eines kann auch ohne Detailwissen bereits jetzt festgestellt werden: Die Wahlbeteiligung an der Kammerwahl für die kommende, fünfjährige Legislaturperiode ist zu gering. Nicht nur aus der Erfahrung der vergangenen Wahl (die Beteiligung lag 2018 unter 40 %), sondern auch aus der Notwendigkeit heraus, dass wir mehr denn je eine starke Stimme unserer Standesvertretung brauchen.

Für gute Lösungen braucht die Politik die Kammern

Von politischer Seite können wir nicht auf Lösungen für die gravierenden Probleme im Gesundheitssystem hoffen (konnten wir nie). Im Gegenteil – bisher gelang es den Entscheidern in der Gesundheitspolitik sehr gut, die Spaltung der Ärzteschaft zu nutzen.

Zielsicher wurde der Streit zwischen den Ärztinnen und Ärzten in Kliniken und dem ambulanten Sektor oder auch dem öffentlichen Dienst geschürt. Wenn auch nur der Verdacht aufkam, dass eine Seite durch Reformen oder Gesetzesänderungen bevorzugt oder vernachlässigt wurde, standen wir bereit, um uns selbst zu attackieren.

Die ärztliche Weiterbildung ist in Gefahr

Die hessische Delegiertenversammlung und auch der Deutsche Ärztetag haben die Politik aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass auch zukünftig Weiterbildung in den Kliniken in einem Umfang möglich sein muss, der genügend Fachärztinnen und Fachärzte für die Versorgung in Klinik und Niederlassung zur Verfügung stellt. Doch das Gegenteil ist der Fall. Die Kammern – für die Überwachung und die inhaltliche Struktur der Weiterbildung allein verantwortlich – werden ignoriert, wenn Warnsignale an die Politik gesendet werden.

Wir werden bald keine Nachfolgerinnen und Nachfolger für eine Praxisweitergabe mehr haben, weil sie schlichtweg nicht in den Kliniken weitergebildet werden. Zuzug aus dem Ausland reicht nicht aus und ist ein grundsätzlich unsolidarisches Prinzip, da naturgemäß Ärztinnen und Ärzte aus Ländern zu uns kommen, in denen es noch gravierender um die Gesundheitsversorgung bestellt ist.

Eine Anfrage im Landtag an die Regierung zur Schaffung von Studienplätzen wurde mit der lapidaren Auskunft beantwortet, es reiche bereits, dass man die Teilstudienplätze in Marburg in volle Studienplätze gewandelt habe. Hessen sei ohnehin ein Land, das überproportional Studenten ausbildet – getreu dem Motto: Mö-



Foto: privat

„Intern in der Sache hart streiten, um extern den Problemen gemeinsam zu begegnen“

gen die anderen doch machen, mehr geht bei uns nicht.

Auch das Argument, es gebe ja so viele Ärztinnen und Ärzte wie nie zuvor, ignoriert, dass individuelle Entscheidungen im Wandel der Gesellschaft zu mehr Teilzeittätigkeiten und damit weniger Arbeitsstunden führen – egal wie oft dieses Argument wiederholt wird.

Die Zukunft erfordert eine starke Stimme unserer Standesvertretung

Die Perspektiven in den nächsten Jahren sehen nicht gut aus für die Ärzteschaft – und dies auch, weil wir uns so gut auseinanderdividieren lassen:

- Die Unterversorgung durch ein Krankenhaussterben und fehlende Nachbesetzung von Praxen wird sich deutlich verschärfen.
- Der gravierende Mangel an Personal in den Kliniken und Praxen wird zu mehr Leistungseinschränkungen führen.
- Die Demografie verschärft die Versorgungsprobleme: weniger medizinisches Personal für mehr Patientinnen und Patienten.
- In Zukunft wird es für junge Kolleginnen und Kollegen zwar nicht schwer sein, eine Arbeitsstelle am gewünschten Ort zu finden – aber umso schwerer, die passende Weiterbildung zu bekommen.
- Die Ökonomisierung macht die Gesundheitsberufe unattraktiv, da jedes Renditestreben langfristig Geld dem Gesundheitssystem entzieht.

Jeder abgegebene Stimmzettel zählt

Am Beispiel der Übernahme von MVZ durch Finanzinvestoren zeigt sich, dass die Stimme der Ärzteschaft deutlicher und früher gehört werden muss, damit die Politik rascher handelt. Notwendige Gesetzesänderungen dauern hier einfach zu lang.

Auch eine gute Digitalisierung könnte helfen – scheitert aber bisher in den meisten Bereichen. Die Liste der Themen ist noch um einiges länger. Ich möchte es bei einem Aufruf für die nächste Legislatur belassen: Auch wenn mal wieder zu wenig Stimmzettel unserer Kolleginnen und Kollegen für die Kammerwahl zurückgeschickt wurden, braucht die Ärzteschaft eine geeinte Vertretung im hessischen Ärzteparlament. Dies ist der Ort, wo wir intern in der Sache hart streiten dürfen, um dann aber extern gemeinsam den Problemen zu begegnen.

Dr. med. Lars Bodammer
Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer Hessen



127. Deutscher Ärztetag: Hessen setzt starke Akzente

Dr. Susanne Johna neue BÄK-Vizepräsidentin/Dr. Edgar Pinkowski in Vorstand der Akademie der Gebietsärzte gewählt

Glück auf

Rauchende Schornsteine, Kumpel, deren rußfarbene Gesichter von ihrer gefährlichen Arbeit unter Tage erzählen. Sie gehören der Vergangenheit an, werden in einer Filmsequenz abgelöst von aktuellen Bildern stillgelegter, in Freizeit- und Kulturorte umgewandelter Zechen: Impressionen von dem Wandel der Ruhrgebietsmetropole Essen weg vom Kohlebergbau hin zu einem bedeutenden Industrie- und Wirtschaftsstandort. Auf der Eröffnungsveranstaltung des 127. Deutschen Ärztetages (DÄT) in der Essener Philharmonie illustrierte die musikalische Ouvertüre, das virtuos von dem Folkwang Kammerorchester neu interpretierte Steigerlied „Glück auf, der Steiger kommt“, diese Transformation.

Für ihr herausragendes Engagement um die Ärzteschaft wurden Dr. Cornelia Goesmann, Dr. Claus Vogel und Dr. Leon Weintraub mit der Paracelsus-Medaille ausgezeichnet. Emotionaler Höhepunkt war die Verleihung der Medaille an den 97 Jahre alten, im polnischen Lodz geborenen Holocaust-Überlebenden Weintraub, der das Ghetto und mehrere Konzentrationslager überlebt und später Medizin studiert hatte. Noch heute erachtet der Arzt es als seine Verpflichtung, sich gegen das Vergessen einzusetzen. Der Deutsche Ärztetag würdigte Weintraubs außergewöhnliche Lebensleistung minutenlang mit Standing Ovations.

Ärztliches Fachwissen ist kein Lobbyismus

Über die demokratische Grundordnung ließen sich ganze Bände füllen – so begann Bundesärztekammerpräsident Dr. Klaus Reinhardt seine kämpferische Rede zum Auftakt des Ärztetags. Demokratie bestehe aus Debatte und anschließender Entscheidung, zitierte er Altkanzler Helmut Schmidt. Bezogen auf den Deutschen Ärztetag bedeute dies, der innerärztlichen Debatte eine Plattform zu geben



In der Essener Philharmonie interpretierte das Kammerorchester das Lied „Glück auf, der Steiger kommt“ für die Eröffnungsfeier neu.

und nach außen geschlossen aufzutreten. Kleine Denkfabriken trügen wichtige Ideen zu der Debatte bei; Aufgabe der Bundesärztekammer (BÄK) sei es, diese Ideen zu kanalisieren. Er halte es für einen schweren politischen Fehler, dieses Fachwissen als Lobbyismus zu diskreditieren anstelle es zu nutzen, warf Reinhardt Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach vor. Scharf kritisierte Reinhardt, dass wichtige Organisationen aus dem Gesundheitswesen in Gesetzgebungsprozesse des Bundes nur noch unzureichend eingebunden würden. Insbesondere seien die Fristsetzungen – mitunter nur wenige Stunden – für schriftliche Stellungnahmen bei Gesetzgebungsverfahren viel zu kurz. „Ich halte eine solche pro forma Beteiligung des Parlaments und der organisierten Zivilgesellschaft unter dem Gesichtspunkt der Akzeptanz politischer Entscheidungen für demokratiegefährdend“, erklärte Reinhardt und forderte, die BÄK bereits bei der konzeptionellen Vorbereitung von Gesetzesinitiativen einzubinden. Nur so könne der notwendige Praxischeck gemacht werden, ohne den jede Reform ins Leere laufe.

Einbeziehung der Ärzteschaft

Diese Einbeziehung sei gerade auch bei der vom Bund geplanten Krankenhausreform notwendig, deren Ziele er grundsätzlich unterstütze, sagte Reinhardt. Die Fallpauschalen heutiger Prägung führten zu ökonomischen Fehlanreizen und extremer Arbeitsverdichtung auf den Stationen. Das könne so nicht bleiben. Reinhardt begrüßte daher das von Lauterbach angekündigte Aus der Fallpauschalen; allerdings müsse den Ländern genügend Spielraum gegeben werden, um die Reform auf ihre regionalen Bedürfnisse auszurichten. Auch sei es notwendig, bei der Reform eine enge Verzahnung mit dem ambulanten vertragsärztlichen Bereich mitzudenken.

Scharf kritisierte Reinhardt, dass der vertragsärztliche Bereich für die Bundesregierung keine Priorität zu haben scheine. Und wenn, dann um zu kürzen und zu streichen.

Reinhardt forderte von der Politik, gesundheitliche Aspekte nicht nur in dem Gesundheitsressort, sondern in allen Politikbereichen stärker zu berücksichtigen.

Foto: Jürgen Gebhardt

Der Klimawandel mit seinen Folgen für die menschliche Gesundheit, die demografische Entwicklung und sich verändernde gesellschaftliche Strukturen verlangten ein deutliches Umdenken.

Lauterbach unter Druck

Der just vom G7-Gesundheitsministertreffen in Japan zurückgekehrte Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) hat erfahrungsgemäß keinen leichten Stand bei der versammelten Ärzteschaft. Vermutlich verkündete er den Anwesenden deshalb gleich zu Beginn eine frohe Botschaft: Die Zahl der Medizinstudienplätze solle um 5.000 jährlich erhöht werden. Auch Pflegepersonal müsse selbst ausgebildet und dann Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die das Personal in ihren Berufen bleiben lasse, ergänzte er zu einem späteren Zeitpunkt. Erneut dankte der Bundesgesundheitsminister den Ärztinnen, Ärzten und ausdrücklich den Organen der Selbstverwaltung für ihre Arbeit in der Corona-Pandemie. Unter Bezug auf den Vorwurf, die ärztliche Selbstverwaltung mit Lobbyismus gleichgesetzt zu haben, versicherte Lauterbach, dass die Organe der Selbstverwaltung mehr seien als Lobbyisten. Doch der Versuch der Relativierung scheiterte. Beifall gab es keinen.

Aufgabe sei es, so Lauterbach, geeignete Bedingungen zu schaffen, um die medizinische Versorgung in Deutschland zu verbessern. Denn gerade fräßen technokratische Lösungen die Seele der Versorgung. Die Ökonomie dürfe die Medizin nicht dominieren, sagte er. Die Kommerzialisierung mache es immer schwieriger, junge Leute weiter für die Medizin zu begeistern. Auch die Arzneimittelversorgung sei von der Ökonomisierung betroffen. Weil Medikamente in Deutschland schlechter vergütet würden, sei es schwieriger, bei Engpässen Medikamente zu bekommen, so Lauterbach. Er wolle die Wirkstoffproduktion wieder nach Deutschland holen, Frühwarnsysteme deutlich ausbauen und drastischere Mittel einsetzen, um insbesondere der Kinderarzneimittelknappheit zu begegnen.

Negative Konsequenzen seien durch investorenbetriebene MVZ zu beobachten, so Lauterbach. Die Überlegung, welche



Foto: Manuel Maier

Kämpferische Rede: BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt.

Fälle aus finanzieller Sicht behandelt werden sollten, sei „würdelos“, sagte Lauterbach. Es brauche eine große Reform, um die Qualität der Versorgung und die Situation in den Krankenhäusern zu verbessern. Diese Reform wolle man gemeinsam mit den Ländern umsetzen, versicherte Lauterbach. Es gebe noch viel Gelegenheit miteinander zu sprechen, wies er den Vorwurf zurück, die Ärzteschaft bei den Verhandlungen nicht einzubeziehen. Zunächst müsse ein gutes Werkstück vorgelegt werden.

Auf Reinhardts Forderung nach einer Novellierung der GOÄ ging Lauterbach mit keinem Wort ein.

Tempo bei Digitalisierung

Dagegen räumte er der Digitalisierung einige Redezeit ein. Es sei eine Aufholjagd, sagte der Minister und fand deutliche Worte: „Überall ist man in vielen Bereichen weiter als in Deutschland.“

Zum Schluss seiner Rede gab sich Lauterbach versöhnlich. Nur weil nicht täglich ein strukturierter Dialog stattfindet, seien er und die Ärzteschaft trotzdem im täglichen Austausch. „Schauen Sie nicht zurück, seien Sie nicht eingeschlappt, nehmen Sie die Einladung an, dass wir an diesen Baustellen gemeinsam arbeiten werden“, appellierte er an die Anwesenden.

Reformen jetzt umsetzen!

Nach der Eröffnungsveranstaltung begannen am Nachmittag die Plenarsitzungen des 127. Deutschen Ärztetags. In einem mit großer Mehrheit gefassten Beschluss

forderten die Delegierten den Gesetzgeber auf, wichtige Reformen im Gesundheitswesen jetzt umzusetzen. Deutschland brauche eine ganzheitliche und nachhaltig ausgerichtete Gesundheitspolitik, in deren konzeptionelle Ausgestaltung der medizinisch-fachliche Sachverstand und das Versorgungswissen der Ärzteschaft für praxistaugliche Lösungen einbezogen werden müssten. Neben den etablierten wissenschaftlichen Gremien der Politikberatung sei es notwendig, ressortübergreifend auch die Expertise der Akteure aus der Patientenversorgung in alle, die Gesundheit der Menschen betreffenden, Gesetzesinitiativen einzubeziehen. Im Sinne des Ansatzes „Health in All Policies“ (HiAP) schlug der Deutsche Ärztetag außerdem die Einrichtung eines ressortübergreifenden Deutschen Gesundheitsrats unter Beteiligung der Bundesärztekammer und weiterer Vertreter der Selbstverwaltung sowie der Wissenschaft vor.

Freiheit und Verantwortung

Eines der zentralen Themen des 127. Deutschen Ärztetages war die ärztliche Freiberuflichkeit. Intensiv befassten sich die Delegierten mit Herausforderungen für die freiheitliche ärztliche Berufsausübung, Berufsethos, Gemeinwohlorientierung und spezifisch ärztliche Fachkompetenz: Daraus leiteten sich Therapiefreiheit und Weisungsunabhängigkeit bei ärztlichen Entscheidungen, aber auch eine hohe Verantwortung für diese Entscheidungen ab. Allerdings werde die ärztliche Freiberuflichkeit durch die zunehmende Kommerzialisierung der Medizin, die ausufernde Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit sowie die neuen digitalen Möglichkeiten herausgefordert.

„Freiheit und Verantwortung bilden eine Einheit, das eine ist ohne das andere nicht denkbar. Diese Einheit, das ist unsere Freiberuflichkeit, die für alle Ärztinnen und Ärzte gilt, ganz egal wo, in welcher Stellung und in welchem Setting sie tätig sind“, stellte BÄK-Vizepräsident Dr. Günther Matheis klar, der gemeinsam mit BÄK-Vizepräsidentin Dr. Ellen Lundershausen durch den Tagesordnungspunkt führte. „Wir müssen die Freiberuflichkeit als Maßstab unserer ärztlichen Tätigkeit bewahren und unsere jungen Kolleginnen

und Kollegen unterstützen, die sich in der Selbstverwaltung engagieren wollen“, sagte Lundershausen.

Auf großen Beifall der Delegierten stieß das Referat von Peter Müller, ehemals Ministerpräsident im Saarland, heute Richter des Zweiten Senats am Bundesverfassungsgericht, zur Bedeutung einer modernen ärztlichen Selbstverwaltung für die Sicherung und Weiterentwicklung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung. Müller definierte ärztliche Freiheit im Sinne von Verantwortung. Der Patient sei kein Kunde. Auch sei die freiberufliche Tätigkeit immer auch Arbeit im Sinne des Gemeinwohls. Eine Gleichsetzung von Freiberuflichkeit und gewerblicher Tätigkeit komme daher nicht in Betracht.



Foto: Manuel Maier

Kein leichter Stand: Gesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach.

Auf Sachverstand hören

Der Kern der Freiberuflichkeit leide unter der Regulierungswut und Bürokratie; beides beeinträchtigt auch die Patienten, so Müller weiter. Das Grundgesetz gehe vom Vorrang der Freiheit aus. Alles, was nicht ausdrücklich verboten ist, sei erlaubt. Deshalb wäre es nur recht und billig, der BÄK Recht und Stimme im Gemeinsamen Bundesausschuss zu geben, erklärte Müller. Der Gesetzgeber sei gut beraten, bei wichtigen Entscheidungen auf den Sachverstand der Experten zu hören.

„Ärztliche Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit sind am Ende siamesische Zwillinge. Wenn das eine weg ist, wird das andere auch nicht überleben.“ Deshalb sei es richtig, die Weiterbildung in die Hände der

ärztlichen Selbstverwaltung gelegt zu haben. Die Selbstverwaltung übernehme staatliche Aufgaben, daher gehe es einfach nicht, ärztliche Selbstverwaltung auf den Stand eines Lobbyvereins zu reduzieren. Statt des umfassenden staatlichen Regelungsanspruchs seien mehr ärztliche Selbstverwaltung und mehr Freiberuflichkeit vonnöten.

Die Rede war Anlass für die hessische Abgeordnete Anne Kandler, das Wort an das Ärzteparlament zu richten: „Wir dürfen uns nicht auseinander dividieren lassen. Lasst uns dafür sorgen, dass wir gemeinsam eine starke Stimme haben.“ Man solle Kompetenz und Expertise nicht nur beratend, sondern auch stimmberechtigt einbringen.

Nach dem Referat und intensiven Beratungen stellte der Deutsche Ärztetag in einer mit überwältigender Mehrheit beschlossenen Resolution klar: „Die individuelle Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfordert Rahmenbedingungen, die eine freie Berufsausübung sicherstellen.“ Aus diesem Grund fordert die Ärzteschaft: „[...] eine systematische und strukturelle Einbindung bei allen gesundheitspolitischen Prozessen, Reformvorhaben und Gesetzesverfahren.“

Die hessischen Abgeordneten Pierre Frevert und Dr. Christof Stork gaben gemeinsam mit weiteren Abgeordneten einen Antrag erfolgreich zur Abstimmung, der die Beendigung der Möglichkeit zur Gewinnentnahme aus Krankenhausbetrieben fordert. Die Bewertung der ökonomischen Effizienz müsse durch die der medizinischen Effizienz ersetzt werden.

Mit Blick auf die politische Einflussnahme und Angriffe auf die nationale Ärztekammer in Ungarn stimmte das deutsche Ärzteparlament einem Antrag der Hessen Dr. Lars Bodammer, Pierre Frevert und Dr. Wolf Andreas Fach zu und forderte die Bundesärztekammer damit auf, die Bedeutung der Ärztekammern auf europäischer Ebene zu stützen.

Medizinstudium und Arzneimittelengpässe

Mit Blick auf das Medizinstudium forderten die Delegierten von Bund und Ländern, die Reform der Approbationsordnung für Ärzte zügig voranzubringen. Zu-

künftige Ärztinnen und Ärzte benötigten eine moderne und praxisnahe Ausbildung an Patientinnen und Patienten. Die Umsetzungsfrist der Reform auf 2027 zu verschieben, sei „nicht hinzunehmen“.

Angeichts anhaltender Lieferengpässe von Arzneimitteln forderte der Deutsche Ärztetag die Einrichtung einer nationalen Arzneimittelreserve für versorgungskritische und versorgungsrelevante Arzneimittel einzurichten. Auch müssten Anreize geschaffen werden, die Produktion von Arzneimitteln in europäische Länder zurückzuführen – einschließlich der Produktion von Ausgangs- und Hilfsstoffen. Nachdrücklich appellierten die Delegierten an die Bundesregierung, innerhalb der Europäischen Union darauf hinzuwirken, EU-weite Lösungen für die wiederkehrenden Lieferengpässe zu finden.

Gesundheitsbildung

Bewegungsmangel, Übergewicht und Adipositas, verstärkter Drogenkonsum: Die gesundheitlichen Probleme von Kindern und Jugendlichen haben seit der Pandemie nochmals deutlich zugenommen. Mit überwältigender Mehrheit hat der Deutsche Ärztetag daher nachhaltige Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsbildung junger Menschen gefordert. Kitas und Schulen spielten eine entscheidende Rolle dabei, Kindern und Jugendlichen Wissen und Kompetenzen für eine gesunde Lebensführung zu vermitteln, sagte BÄK-Präsident Reinhardt bei seiner Einführung in den Tagesordnungspunkt. Das Bildungssystem könne nicht alle Fehlentwicklungen stoppen, doch es sei zukunftsweisend, bundesweit an allen Schulen, Gesundheitsthemen fächerübergreifend zu vermitteln.

Auf Grundlage der Referate von NRW-Bildungsministerin Dorothee Feller und Prof. Dr. Orkan Okan, Experte für Gesundheitskompetenz an der TU München, diskutierte der Ärztetag über den aktuellen Beitrag des Erziehungs- und Bildungssystems zur Gesundheitsbildung.

Gesundheits- und Bildungswesen hätten laut Feller eines gemeinsam: Beide handelten in der Gegenwart und hätten gleichzeitig die Zukunft fest im Griff. Ein Landesprogramm in NRW versuche, das Thema Gesundheit im gesamten Schulalltag

zu integrieren. Es gehe dabei darum, Themen wie Ernährung und Gesundheit in den Unterricht einfließen zu lassen und die Kompetenz aller am Schulalltag Beteiligten nachhaltig zu stärken. Die Medienkompetenz, so Feller, sei ein weiterer wichtiger Aspekt in der Gesundheitsförderung. Der Meinung ist auch Okan. Gesundheitskompetenz definierte er als den kompetenten Umgang mit Informationen zu Gesundheit. Lerninhalte in Schulen sollten sich stärker auf die Vermittlung von Gesundheitskompetenzen mit Medienkompetenzen konzentrieren. So könnten Medien zur fächerübergreifenden Vermittlung genutzt werden. Nötig sei, auch Lehrerinnen und Lehrer durch Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema Gesundheitskompetenzen zu schulen.

Nach intensiven Diskussionen forderte der Deutsche Ärztetag die Kultusministerkonferenz (KMK) auf, eine länderübergreifend abgestimmte Strategie zu entwickeln, mit der die Förderung der Gesundheitskompetenz von Erziehungs- und Bildungseinrichtungen nachhaltig verankert werden kann. Neben Fortbildungen für das Schulpersonal seien Mustercurricula und fächerübergreifende Lehr- und Unterrichtsmaterialien notwendig. Die Lerninhalte zur Gesundheitskompetenz müssten als verbindlicher Bestandteil in den (Rahmen-)Lehrplänen verankert und die Expertise der Ärzteschaft bei der Erarbeitung der Inhalte und der Schulungsmaßnahmen für Lehrkräfte eingebunden werden. Spätestens ab der fünften Klasse müsse das Thema „gesunde Ernährung“ bundesweit fest im Lehrplan des Sachkundeunterrichts verankert werden.

Wie Dr. Susanne Johna, Hessen, im Anschluss betonte, gehe es bei dem Thema Gesundheitsbildung nicht nur um die Vermittlung von Wissen, vielmehr müsse dieses Wissen auch in Handlungen umgesetzt werden. Gemeinsam mit Mitgliedern des BÄK-Vorstands und weiteren Abgeordneten reichte Johna den Antrag mit dem Titel „Gesundheitsbildung als Bestandteil der Primärprävention“ zur Abstimmung ein. Mit Annahme des Antrags forderte der 127. Ärztetag von den Kultusministern der Länder die Aufnahme der Gesundheitsbildung als Unterrichtsthema. Auch richtete er die Forderung an die Bundesregierung, den im Koalitions-



Foto: Manuel Maier

LÄKH-Präsident Dr. Edgar Pinkowski gratuliert Dr. Susanne Johna zur Vizepräsidentenschaft.

vertrag verankerten Präventionsplan zügig umzusetzen.

Ebenso forderte der Deutsche Ärztetag die Gesetzgeber in Bund und Ländern auf Antrag der hessischen Abgeordneten Stork und Frevert auf, ein Werbeverbot für gesundheitsschädliche Lebensmittel einzuführen, bei denen Kinder medial adressiert werden.

Klares Zeichen für Klimaschutz

„Der Klimawandel stellt eine wachsende Bedrohung für alles Leben auf der Erde dar“, heißt es im Beschlussantrag des Vorstands der BÄK zum Thema „Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret“. Konkret wurde es dann auch in den Sachstandsberichten. Der wichtigste Punkt, um eine klimaneutrale Bundesärztekammer zu erreichen, liege im Gebäude, so Dr. Gerald Qwitterer, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer. Zwar könne man ein modernes Bürogebäude nicht zu einem Passivhaus machen, doch gebe es geplante und bereits umgesetzte Maßnahmen, um diesem Ziel so nahe wie möglich zu kommen. Man befinde sich in einer Transformationsphase. So berichtete Qwitterer von der Umrüstung auf LED-Beleuchtung im Kammergebäude, dem Verzicht auf Plastikverpackungen im Betriebsrestaurant und der Reduzierung von Dienstreisen.

Der menschengemachte Klimawandel stelle die Ärzteschaft vor eine Aufgabe, so der Präsident der Ärztekammer Berlin PD Dr. Peter Bobbert. Die Thematik müsse in

die Köpfe kommen – das Wissen angeeignet und vermittelt, Verantwortlichkeiten benannt werden.

Die darauffolgende Abstimmung war ein klares Zeichen für den Klimaschutz: So forderte der Deutsche Ärztetag einen Bundesfonds für ein klimagerechtes Gesundheitswesen. Alle Verantwortlichen in Politik, Gesellschaft und im Gesundheitswesen wurden außerdem aufgefordert, Klimaschutz und Klimaanpassung durch entschiedene Maßnahmen voranzutreiben. Angemahnt wurden konkrete Maßnahmen zum Hitzeschutz. Dabei dürfe es nicht bei Absichtserklärungen bleiben.

In einem weiteren Beschluss empfahl der Deutsche Ärztetag auf Antrag von Frevert et al. den ärztlichen Versorgungswerken, die Durchführung einer jährlichen Klimawirkungsanalyse der investierten Anlagen. Die Abgeordneten forderten darüber hinaus Bund, Länder und Kommunen auf, die umweltmedizinische Expertise der Ärzteschaft und des ÖGD bei Klimaschutzmaßnahmen, wie bspw. Hitzeplänen, einzubinden.

Der Deutsche Ärztetag unterstützte außerdem den bei der europäischen Chemikalienagentur (ECHA) eingereichten Vorschlag zum Verbot der Herstellung und des Einsatzes aller per- und polyfluorierten Alkylsubstanzen (PFAS). Diese als „Ewigkeitschemikalien“ bezeichneten Substanzen finden Einsatz in unterschiedlichen Produkten. Sollte die Europäische Kommission dem Vorschlag Folge leisten, forderten die Abgeordneten, entsprechende Produktalternativen zu suchen, heißt es im Beschlussantrag von Bodammer et al.

Wie geht Personalbemessung?

Die Arbeitsgruppe „Personalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus“ entwickelt ein fachübergreifendes Tool zur Personalbedarfsplanung aus ärztlicher Perspektive, das nicht nur die Tätigkeiten einkalkuliert, die der direkten Patientenversorgung dienen, sondern auch hinzukommende Aufgaben und Pflichten, wie bspw. Qualitätssicherung und regulative Beauftragung. Gesammelt wurden 105 ärztliche Aufgaben und Pflichten und 23 Patientengruppen, sagte die Vorsitzende der Arbeitsgruppe Johna. Mit unterschied-

Foto: Manuel Maier



Dr. med. Wolf Andreas Fach

lichen Hilfstabellen, die in die Gesamtkalkulation einfließen, sei die Nutzung des Tools zeitintensiv, müsse jedoch nur einmal jährlich gemacht werden, betonte Johna. Aktuell würden Pretests durchgeführt, so Prof. Dr. Henrik Herrmann. Sobald das Instrument ausgetestet sei, könne man interessierten Dritten das Abstract vorstellen.

Der Deutsche Ärztetag forderte daraufhin den Gesetzgeber auf, das Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer zu verwenden und bei der geplanten Krankenhausreform auch in den Gesetzesentwürfen zu verankern.

Digitale Transformation

„Digitale Lösungen im Nachhinein an die Versorgungsrealitäten anzupassen, wird ansonsten erneut zu Frust und Zeitverzögerungen führen. Wir werden jedenfalls alles daransetzen, dass die Ärzteschaft auch zukünftig wirkungsvoll an der digitalen Transformation des Gesundheitswesens mitwirken kann“, erklärte Bobbert, Co-Vorsitzender des BÄK-Ausschusses „Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung“ in einer flammenden Rede zur Digitalisierung auf dem Ärztetag. In Deutschland hänge man den anderen europäischen Ländern weit hinterher; jetzt müsse alles unternommen werden, um bei der digitalen Transformation aufzuholen.

Der Deutsche Ärztetag lehnte die vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) geplante vollständige Übernahme der Gematik-Trägerschaft durch den Bund strikt ab. Die Ausgrenzung der bisherigen Gesellschafter aus der Gematik GmbH passe nicht zu der Stärkung der Nutzerorientierung, die das BMG mit der neuen

Digitalstrategie für das Gesundheitswesen angekündigt habe, kritisierten die Abgeordneten. Stattdessen müsse die BÄK weiterhin Mitwirkungs- und Entscheidungsrechte in der Gematik haben, die der Rolle der Ärzteschaft im Gesundheitswesen gerecht werden.

Um die Nutzer- und Praxisorientierung bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu stärken, müsse zudem ein Panel eingerichtet werden, bei dem sich Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten für die Test-Nutzung von digitalen Anwendungen registrieren könnten. Diese könnten konstant und frühzeitig die Phasen „Identifikation prioritärer digitaler Anwendungen“, „Erhebung von Anforderungen“ und „Bewertung und Nachjustierung umgesetzter Anforderungen“ begleiten.

Medizinische Apps

Dass medizinische Apps – vor allem Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – immer mehr zum Versorgungsalltag gehören, machte Erik Bodendieck, ebenfalls Co-Vorsitzender des o. g. BÄK-Ausschusses, deutlich. Diese dürften jedoch nicht zu einem eigenen Versorgungsbereich parallel zu anderen medizinischen Versorgungsbereichen werden, warnte er. Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten bleibe, externe Evidenz und die Beurteilung einer Therapie für ihre Patientinnen und Patienten miteinander abzuwägen – basierend auf der eigenen ärztlichen Erfahrung.

Auf der Grundlage des Positionspapiers der BÄK „Der Arztberuf im Wandel digitaler Transformation – eine Standortbestimmung zum Einsatz medizinischer Apps in der Versorgung“ forderte der 127. Deutsche Ärztetag, DiGA stärker in die ärztliche Therapie zu integrieren.

Die Delegierten begrüßten die Pläne der EU-Kommission für einen europäischen Gesundheitsdatenraum. Zugleich forderten sie Nachbesserungen an dem EU-Verordnungsvorschlag, insbesondere bei den Rahmenbedingungen zur Nutzung von Patientendaten für Forschungszwecke.

Reinhardt wiedergewählt

Mit großer Spannung war die Wahl zur Präsidentschaft der Bundesärztekammer erwartet worden, für die sowohl der bis-

herige Amtsinhaber Dr. Klaus Reinhardt als auch Dr. Susanne Johna, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, Bundesvorsitzende des Marburger Bundes und Mitglied im Vorstand der BÄK, kandidierten.

Nach Auszählung der Stimmen stand der Ausgang der vom BÄK-Ehrenpräsidenten Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery geleiteten Wahl fest: Mit 125 zu 122 Stimmen setzte sich Reinhardt gegen Johna durch und wurde damit erneut zum Präsidenten der Bundesärztekammer gewählt. Der 62-jährige Allgemeinmediziner aus Bielefeld steht nun für weitere vier Jahre an der Spitze der deutschen Ärzteschaft.

Johna neue BÄK-Vizepräsidentin

Nach der Bestätigung von Lundershausen in ihrem Amt als erste Vizepräsidentin wurde die hessische Internistin Johna mit überwältigender Mehrheit zur zweiten Vizepräsidentin der BÄK gewählt. In ihrer Rede warf sie der Gesundheitspolitik mangelnde Vorausschau bei den großen Herausforderungen der Gegenwart – der wachsenden Versorgungskrise und den Folgen des Klimawandels – vor.

Mit den Worten „Lassen Sie uns gemeinsam Mauern einreißen, die einer guten Versorgung entgegenstehen“ forderte Johna den Abbau von Doppelstrukturen, eine Überwindung von Sektorengrenzen, das Ende der Budgetierung und einen Bürokratieabbau, der diesen Namen verdiene. „Wir wollen Patienten versorgen“, betonte Johna leidenschaftlich.

Als ältester Delegierter des diesjährigen 127. Deutschen Ärztetages verpflichtete



Foto: Manuel Maier

Dr. Lars Bodammer (vorne) und Dr. Christian Schwark, hinten PD Dr. Andreas Scholz.

Dr. Gabriel Nick aus Hessen den Vorstand zur getreuen Amtsführung.

Pinkowski in den Vorstand der Akademie der Gebietsärzte gewählt

Der Präsident der Landesärztekammer Hessen Dr. Edgar Pinkowski wurde auf dem 127. Deutschen Ärztetag in den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte gewählt. Die Akademie wurde von der Bundesärztekammer als Beirat für die Bearbeitung und Förderung von Berufsfragen der Gebietsärztinnen und -ärzte eingerichtet.

Ärztliche Weiterbildung im Fokus

Dr. Johannes Albert Gehle und Prof. Dr. Henrik Herrmann, die beiden Vorsitzenden der Ständigen Konferenz (StäKo) „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer moderierten den nächsten Tagungsordnungspunkt Ärztliche Weiterbildung. Die (Muster-)Weiterbildungsordnung (WBO) müsse dringend entschlackt werden, erklärten Gehle und Herrmann. „Wir müssen uns die Frage stellen, ob die Qualifikationen inhaltlich überfrachtet sind“, so Herrmann: „Wir können nicht immer mehr reinpacken und sagen, das müssen wir in kürzerer Zeit machen.“ Außerdem sei es wichtig, dass die Arbeit in interprofessionellen Teams trainiert würde. Das Präsidium der BÄK und die StäKo wurden von den Abgeordneten beauftragt, bis zum nächsten Ärztetag Eckpunkte zur Fortentwicklung der Weiterbildung zu erarbeiten. Dabei sollen die konkrete Definition für eine kammerkontrollierte Weiterbildung vorgelegt, Hands-On-Training und Blended Learning einbezogen, die Berufsverbände beteiligt und die WBO wirklich entschlackt werden. Nach Überzeugung der Delegierten steht die schlechte Qualität der Rahmenbedingungen für Ärzte in Weiterbildung auch in Zusammenhang mit den begrenzten finanziellen Mitteln. Die Überlegung, für die Förderung der Weiterbildung Steuermittel zu fordern, wurde jedoch von einigen Delegierten scharf kritisiert: „Wenn wir die Politik in die Weiterbildung und

Finanzierung integrieren, können wir unser Mandat als Bundes- und Landesärztekammern gleich an der Tür abgeben“, sagte Dr. Wolf Andreas Fach aus Hessen. Die BÄK befinde sich bei der Finanzierungsfrage „direkt auf der Autobahn“, kommentierte Gehle. Das Thema habe höchste Dringlichkeit bei der StäKo.

In einem weiteren Beschluss sprachen sich die Delegierten für eine Verständigung in den Weiterbildungsgremien über die Auslegung des Begriffs „Vollzeit“ aus. Der Begriff „ganztägig“ werde bisher je nach Kammer unterschiedlich interpretiert. Um Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung bei einem Kammerwechsel vor einer unverschuldeten Verlängerung der Weiterbildungszeit zu bewahren, müssten sich die Kammern auf eine einheitliche Definition des „Vollzeitbegriffs“ einigen.

Eigentlich in der Weiterbildung vorgesehen, werde laut aktueller Evaluation 61,9 % der Ärzte in Krankenhäusern weiterhin kein Programm für ihre Weiterbildung ausgehändigt. Das sei ein Skandal, stellte Gehle fest.

Evaluation der Weiterbildung

Immerhin zeige die Evaluation, dass sich dort, wo ein Programm existiere, in 75 % der Fälle an den Plan gehalten werde. 62,5 % der Befragten bejahten auch die Frage, ob es ein regelmäßiges Weiterbildungsgespräch gebe. Allerdings hatten 26,3 % kein Gespräch. Das eLogbuch ist inzwischen in 15 der 17 Landesärztekammern eingeführt. 42 % der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nutzten bei der Dokumentation der erlernten Fähigkeiten im eLogbuch die elektronische Dokumentation, dagegen erfolgte die Bestätigung der dokumentierten Fähigkeiten durch den Weiterbilder im eLogbuch nur in 35,1 % der Fälle, berichteten Gehle und Herrmann.

Demnächst sollen die Ergebnisse der Evaluation ausführlicher präsentiert werden. Fach, Delegierter der LÄKH, betonte, dass eine einheitliche Evaluation notwendig sei, um frühzeitig Schwachpunkte der Weiterbildung zu erkennen und Analysen ohne absehbare Konsequenzen zu vermeiden. Nach seiner Überzeugung mache die

zunehmende Differenzierung der medizinischen Profession auch eine neue Strukturierung der ärztlichen Weiterbildung erforderlich.

Weiterbildung vereinheitlichen

Aktuell sei der Umgang mit dem eLogbuch in den einzelnen Landesärztekammern noch sehr unterschiedlich, sagte Fach. Daher müssten diese Differenzen intensiv bearbeitet werden. „Wir dürfen die Weiterbildungsordnung nicht zerfasern lassen“, machte Fach deutlich. Nur so könnten Anerkennung und Qualität der in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 vorgegebenen Kompetenzen bundesweit sichergestellt werden.

Um die Evaluation der Weiterbildung zu verbessern, forderten die Delegierten die BÄK und die StäKo auf, eine einheitliche und qualifizierte Evaluation der Weiterbildung zu entwickeln. Eckpunkte zur Fortentwicklung der Weiterbildung sollen bis zum Ärztetag im kommenden Jahr vorgelegt werden. Auf Antrag von Fach et al. forderten die Delegierten außerdem, dass künftig ein möglichst bundesweit einheitlicher Umgang mit dem eLogbuch sichergestellt werden soll. Die Dokumentation von Inhalten und Zeiten der Weiterbildung von Ärzten müsse nach klaren und vergleichbaren Regeln geführt werden.

Des Weiteren beschlossen die Delegierten, ebenfalls auf Antrag von Fach et al., das eLogbuch als zentrale Dokumentation der Weiterbildung dem persönlichen Bereich der oder des jeweiligen Weiterzubildenden zuzuordnen. Das eLogbuch sei die Schnittstelle zwischen Ärztin oder Arzt in Weiterbildung, befugter Ärztin oder Arzt und zuständiger Landesärztekammer und habe einen persönlichen Zeugnischarakter, der primär der Datenhoheit der Ärztin oder des Arztes in Weiterbildung unterliege. Allerdings müsse das eLogbuch für die oder den Befugten zur Bestätigung erworbener Kompetenzen freigegeben werden. Außerdem in einigen Fällen für die zuständige Landesärztekammer.

Katja Möhrle
Marissa Leister

Der 127. Deutsche Ärztetag in Fragen und Antworten

Hessische Abgeordnete ziehen ihr Fazit zur Hauptversammlung der BÄK in Essen

Strittige Themen, die Rede von Minister Lauterbach und viele Anträge, über die diskutiert und abgestimmt wurde: Die hessischen Abgeordneten berichten von ihren Eindrücken des 127. Deutschen Ärztetages und ziehen ein Fazit der Tagung. Es handelt sich hierbei um eine redaktionelle, stellenweise gekürzte Auswahl.

1. Wie bewerten Sie die Rede von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach? Wurde der Minister bei den Vorhaben der Bundesregierung (u. a. Vorschläge für eine Neuorganisation der Krankenhausplanung und -vergütung, Reform der Akut- und Notfallversorgung, die angekündigten Versorgungsgesetze I und II sowie die Umsetzung einer Digitalstrategie) konkret genug?

Dr. med. Michael Weidenfeld: Gute Rede, Die Themen präzise angesprochen. Stellung bezogen. Ihren Beitrag für die Gesunderhaltung der Bevölkerung kann und sollte auch die Bildungspolitik leisten. Hier ist eine ärztliche Kompetenz gefordert.

Michael Andor: Schwach. Er wirkte unsicher, verlor den roten Faden und wiederholte sich oft. Sein Lamentieren über „die Kinder, die in der Pandemie so viel gegeben haben“ klang wie Hohn. Der strombedingte Ausfall der Mikrofone gerade beim Thema „Telemedizin“ war auch kein gutes Omen. Die Einführung der DRG-Systematik vor circa 20 Jahren trug seine Handschrift, er war Aufsichtsratsmitglied im Rhön-Klinikum AG; seine aktuellen Reformideen und er selbst sind für mich nicht mehr glaubwürdig.

Dirk Paulukat: Die Rede war nichtssagend, rückwärtsgewandt und hat alle wichtigen und aktuellen Themen ausgelassen.

Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak: Es war die schlechteste Rede, die ich je von

Karl Lauterbach gehört habe. Er wirkte sehr fahrig und orientierungslos, was möglicherweise durch seine Japanreise, von der er gerade zurückkam, mitverursacht wurde. Statt konkreter Zukunftslösungen zu liefern, zählte er alle Probleme auf, die bereits seit zehn Jahren auch ihm bekannt waren. Er verteidigte seine derzeitige Reformpolitik energisch und betonte, dass er schließlich zehn Jahre verpasster Chancen aufzuholen habe.

Monika Buchalik: Karl Lauterbach war zur Teilnahme am 127. DÄT 2023 von Japan aus angereist und wirkte sichtlich ermüdet. Er versprach der Deutschen Ärzteschaft 5.000 mehr Studienplätze. Er befürwortete für die Medizinstudenten während des PJ, einen Pflichtteil im niedergelassenen Bereich absolvieren zu müssen. Er forderte mehr Menschlichkeit. Eine Konkretisierung der angekündigten Versorgungsgesetze I und II erfolgte im Einzelnen leider nicht.

Pierre E. Frevert: Insgesamt war die Rede von Lauterbach weniger schlüssig als 2022. Allerdings konnte er auch Fehler einräumen, was sein Vorgänger Spahn nicht konnte. Dass er die Investoren geleiteten MVZ entschieden ablehnt, ist positiv hervorzuheben. Bei vielen Themen wie dem Klimawandel und Gesundheit, Lieferengpassgesetz, Digitalisierung u. a. blieb er recht unkonkret. Dass er die GOÄ nicht erwähnte, die Herrn Reinhardt sehr am Herzen liegt, hat für Unmut gesorgt. Besser hätte ich es gefunden, dass er stattdessen die Bürgerversicherung trotz erwartbaren Widerstands offensiv erklärt und verteidigt hätte, denn für dieses Vorhaben gibt es sowohl sozialpolitische als auch ökonomische gute Argumente.

Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves BMedSci: Eine begeisternde, mitreißende Rede hört sich anders an. Selbst inhaltlich gute Anteile gingen unter. Es war allerdings auch nicht einfach, nach Reinhardts Rede eine adäquate Antwort zu finden. Lauterbach

versuchte dies dann auch erst gar nicht und ignorierte seinen Vorredner fast völlig.

Dr. med. Wolf Andreas Fach: Einleitend klare Positionen des Gastgebers Kollege Henke (ÄKNR) und Minister Laumann, NRW, sowie des Präsidenten der BÄK, Kollegen Reinhardt. Minister Lauterbach schwadronierte inhaltsleer über Nebensächlichkeiten. Keine einzige der drängenden Fragen des Gesundheitswesens wurde von ihm adressiert. Die ambulante Fachärzteschaft muss um ihren Bestand fürchten.

Dr. med. H. Christian Piper: „Wir werden alles in Bewegung setzen, um die Probleme zu lösen“ war ein Schlüsselsatz des Bundesministers, der sichtlich erschöpft vom G7-Treffen in Japan eingeflogen kam. Zuvor hatte er die „seit über zehn Jahren“ aufgelaufenen Versäumnisse der Vorgängerregierungen benannt, die er nun anpacken würde. Konkret zu Terminen und Inhalten wurde er nicht, aber die wissenschaftliche Bearbeitung der gesundheitspolitischen Themen sei ihm „sehr wichtig“. Auf die heftige GOÄ-Schelte ging er gar nicht ein.

Dr. med. Edgar Pinkowski: Das war eine absolut unterirdische, im Prinzip nichtssagende Rede ohne wirkliche Zusammenhänge, obwohl Lauterbach von zwei roten Fäden in seiner Politik sprach, die allerdings niemand erkennen konnte. Auch ist er auf keinen der Punkte in Reinhardts Rede eingegangen.

Anne Kandler: Lauterbach hat viele verschiedene Projekte angedeutet. Auf jeden Fall muss er jetzt liefern. Mir reicht nicht, dass er sagt, er sei im Benehmen mit Praktikern. Ich wünsche mir, dass die Ärzteschaft mit einer entscheidenden Stimme eingebunden wird. Wir dürfen uns von der Politik nicht auseinanderdividieren lassen.

2. Welche Erwartungen haben Sie an die weitere Zusammenarbeit von Ärzteschaft und Bundesgesundheitsminister?

Andor: Dass er zurücktritt und Neubeginn mit einem anderen.

Nowak: Rechtzeitige und regelmäßige Einbindung der Ärzteschaft bei allen Gesetzesänderungen/Entscheidungen, die Ärztinnen und Ärzte betreffen. Keine gegenseitigen Schuldzuweisungen, sondern mehr gemeinsame Gespräche im Vorfeld.

Buchalik: Ich habe Hoffnung, dass sich die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Bundesministerium bessert, weil unser Bundesminister Karl Lauterbach ausdrücklich zur Zusammenarbeit eingeladen hat. Meine Erwartungen dabei sind, dass man auf Augenhöhe zusammenarbeitet und faire Zeiten angeboten werden, innerhalb derer die BÄK ihre erarbeiteten Stellungnahmen dem Ministerium vorlegen kann.

Dr. med. Susan Trittmacher: In dem Maße, wie die BRD ihre Bedeutung als Wirtschaftsstandort verliert, stehen immer weniger Gewinne aus der Produktivwirtschaft für soziale Aufgaben des Staates zur Verfügung. Ich konnte keine politische Vision erkennen, wie Herr Minister Lauterbach diese Bias auflösen möchte. Die Frage nach den politischen Rahmenbedingungen, um das Dilemma zwischen Ethik und „Monetik“ anzugehen, blieb unbeantwortet. Alle zur Diskussion stehenden Reformvorhaben, die eine angemessene Gesundheitsversorgung und Pflege zum Inhalt haben, bedürfen einer soliden Mittelausstattung. Das gelingt natürlich nur, wenn sich alle Akteure einig sind, dass ein funktionstüchtiges Gesundheitswesen eine wesentliche Säule unseres Staates und ein Wert an sich darstellt.

Svenja Krück: Der Grad der Zusammenarbeit ist aktuell erschreckend niedrig. Grund dafür ist die mangelnde Bereitschaft des Bundesministeriums für Gesundheit, ärztliche Expertise in Gesetzgebungsverfahren einzubeziehen. Dass diese Vorgehensweise nur zum Scheitern von Gesetzen in der praktischen Umsetzung



Pierre E. Frevert, Dr. Edgar Pinkowski, Anne Kandler, Monika Buchalik – von links oben im Uhrzeigersinn.

Fotos: privat (1), Manuel Maier (3)

führen kann, steht außer Frage. Dies zu ändern, ist der erste und wichtigste Schritt.

Kandler: Ich finde es nicht gut, wenn man das Tischtuch zerreißt, um im Rahmen eigener Interessen besser dazustehen. Ich halte viel von Diplomatie statt von Schlagzeilen. Man sollte die Tür nicht zuschlagen, sondern konstruktiv sein. So wie ich Susanne Johna in der vergangenen Legislaturperiode im Vorstand der Bundesrztammer erlebt habe, ist mir nicht bange um die Zusammenarbeit, da sie jetzt als Vizepräsidentin an entscheidender Stelle ihren bereits konstruktiv mit der Politik begonnenen Dialog fortsetzen kann.

Dr. med. Barbara Jaeger: Mit dieser Rede sinkt meine Erwartung, ich bin enttäuscht, dass er als Kollege sich nicht mehr für unsere Belange einsetzen wird.

Dr. med. Hansjoachim Stürmer: Ich erwarte schwierige Zeiten bei den wenig realitätsbezogenen und fraglichkonstruktiven Lösungen aus dem Olymp des Gesundheitsministeriums.

3. Wie beurteilen Sie die Rede von Bundesrztammerprsident Dr. med. Klaus Reinhardt? Hat er darin die wichtigsten Themen angesprochen und die Politik dort wo notwendig in die Verantwortung genommen – z. B. Lobbyismusvorwurf und Stellenwert der ärztlichen Selbstverwaltung?

Weidenfeld: Der Arztberuf ist ein freier Beruf. Die rztkammern sind als Körperschaften öffentlichen Rechts für die Einhaltung des Berufsrechts zuständig und übernehmen wichtige Aufgaben im staatlichen Auftrag. Der ärztlichen Selbstverwaltung ist der Gemeinwohlbezug immanent. Also sind wir keine Lobbyorganisationen!

Andor: Seine Themensetzung war exzellent: Lobbyismus versus Weitergabe von Erfahrungswissen, Notlösungen zunehmend als Normalfall in der Gesetzgebung sei billig aber nicht Recht; das Verlangen nach Partizipation vor jeglicher Reform; die Problematik um die MVZ und Verschleppung der GOÄ ...

Nowak: Herr Dr. Reinhardt hat eine hervorragende Rede gehalten, für die er lang anhaltende Standing Ovationen bekam. Er sprach alle relevanten Themen sowohl aus Klinik und Praxis an und wies Lauterbachs Lobbyismus-Vorwürfe vehement zurück, weil die Ärztinnen und Ärzte ihr wertvolles Erfahrungswissen in die Arbeit des Ministeriums einbringen wollen. Die Vorwürfe Reinhardts an den Gesundheitsminister waren ungewohnt deutlich, durchaus bereits als Hinweis auf die bevorstehende Wahl der Präsidentin/des Präsidenten zu sehen.

Piper: Eine kämpferisch formulierte und durchaus stilsicher vorgetragene Rede. berwiegend im Inhalt viele markante Fehlervorwrfe an die Politik. Gewünscht hätte man sich mehr: selbstgetriggerte und konkrete Ansätze aus dem Können und Wissen der rzterschaft, Benennen wichtiger Meilensteine für die nähere Zukunft, dafür Marken in die Öffentlichkeit und die Politik einschlagen. Nachtragen und Beklagen des Scheiterns – von welcher Seite auch immer – ist zu kurz gesprungen.

Pinkowski: Es war eine ganz herausragende Rede – nicht umsonst hat Reinhardt Standing Ovationen erhalten. Aus meiner Sicht hat er Herrn Lauterbach regelrecht seziert und unmissverständlich klargestellt, dass die verfasste rzterschaft als Körperschaft des öffentlichen Rechts keine Lobbyistenorganisation ist.

Jaeger: Herr Reinhardt hat eine gute Rede gehalten, Stellung bezogen (für die ärztliche Selbstverwaltung, gegen die Kommerzialisierung im Gesundheitssektor), wo es nötig war, und den Verdacht des Lobbyismus ausgeräumt.

4. Welches Fazit ziehen Sie nach der vierjährigen Präsidentschaft von Dr. Reinhardt?

Buchalik: Das Fazit nach vierjähriger Präsidentschaft konnte nicht eindeutiger sein. Es war der minutenlange Beifall, der als Standing Ovations erstmalig einem Bundesärztekammerpräsidenten nach seiner Rede auf dem DÄT zu Teil wurde. Dieser Beifall ließ bereits erahnen, dass die Deutsche Ärzteschaft ihn erneut in das höchste Amt der Bundesärztekammer wählen wird.

Seibert-Alves: Für mich hätten vier Jahre völlig gereicht.

Krück: Dr. Reinhardt hat sein Amt bisher zum Großteil kompetent ausgeführt. Besondere Erfolge, insbesondere die von ihm seit Jahren forcierte Novelle der GOÄ, sind jedoch nicht zu verzeichnen. Sicherlich spielt der Zusammenfall seiner Amtszeit mit der Coronapandemie eine Rolle. Ob er sich zudem mit seinem blamablen Auftritt in der Talkshow Markus Lanz im Jahr 2020, in der er sich in Stammtischmanier wider alle Evidenz gegen das Tragen von Masken zur Corona-Infektionsprävention ausgesprochen hatte, als Ansprechpartner für die Politik disqualifizierte und es ihm daher an Effizienz im Amt fehlte, kann nur spekuliert werden.

Stürmer: Er war bemüht, neben Bewältigung der Covid-19-Pandemie auch die anderen Felder ärztlicher Tätigkeit weiterzuarbeiten.

5. Welche Themen und Beschlüsse des Deutschen Ärztetages waren für Sie von besonderer Relevanz (Förderung der Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen, Umsetzung der Reform des Medizinstudiums, ...)? Welche Folgen können die Beschlüsse aus Ihrer Sicht für Hessen haben?

Paulukat: Fast alle wichtigen Themen wurden nicht ausreichend behandelt und am Freitagnachmittag en bloc an den Vorstand verwiesen – für Abgeordnete war das extrem unbefriedigend; Beschlüsse folgen also in den nächsten Monaten – der Vorstand der BÄK wird beschließen, was er für richtig hält – die Abgeordneten sind raus ...

Frevert: Sehr relevant fand ich die Themen wie Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen, besonders die Forderung, das Gesundheitswissen in Schulen zu fördern. Die Beschlüsse zum Klimawandel und die Debatte um das Personalbemessungsgesetz waren sehr kontrovers, aber engagiert. Die Freiberuflichkeit wurde engagiert diskutiert, wenn ich auch die gesamtgesellschaftliche Gesundheitsfürsorge gegenüber der rein betriebswirtschaftlichen Perspektive vermisst habe.

Piper: Die Auswahl fällt angesichts der ausufernden Flut von Anträgen und Themen schwer. Zentral sind: die finanzielle und strukturelle Sektorentrennung zwischen ambulant und stationär aufheben, vorab in der Notfallversorgung. Für alle Bürger transparente Wegleitungen und optimierte Behandlungsqualitäten. Finanzielle und materielle Ressourcenschonung, mehr Klimaschutz und global health Strategie. Kein Klein-Klein und Rechthaberei mit stets anwachsendem bürokratischem Überbau.

Fach: Sehr erfreuliche Einheit der deutschen Ärzteschaft bei den Themen Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen, Reform des Medizinstudiums, Klimaschutz und IT in der Medizin. Zügige Straffung und Evaluation der Weiterbildung bei Erhalt der Selbstverantwortung von Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung und den zur Weiterbildung Befugten.

Pinkowski: Das absolute Highlight war der Impulsvortrag von Peter Müller, Richter des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts, zur Freiberuflichkeit und Verantwortung mit dem Kernsatz „Die eigene Freiheit endet an der Freiheit der anderen“. Fast alle Beschlüsse, die der Deutsche Ärztetag getroffen hat, werden Auswirkungen auf Hessen haben können.

Jaeger: Ich bin froh, dass mit dem Thema Förderung der Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen erneut diejenigen in den Fokus kommen, die während der Pandemie hinten runter gefallen sind. Eine Umsetzung der Reform des Medizinstudiums steht dringend an, ebenso die Einrichtung von mehr Studienplätzen, damit wir nicht sehenden Auges in die katastrophale Unterversorgung geraten. Gefreut habe ich mich über den Beschluss, die psychosomatische Grundversorgung in die Weiterbildung zur Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin aufzunehmen.

6. Wurde das Schwerpunktthema „Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession“ auf dem DÄT zu Ihrer Zufriedenheit behandelt?

Weidenfeld: Ja. Sehr engagiert, gute Inhalte. Wichtigste Aussage für mich: Ärztinnen und Ärzte üben unabhängig von Stellung und Ort der ärztlichen Tätigkeit einen freien Beruf aus. Diese Freiberuflichkeit ergibt sich aus dem Selbstverständnis der ärztlichen Profession. Grundlegend dafür sind das ärztliche Berufsethos, die Gemeinwohlorientierung der ärztlichen Tätigkeit und die spezifisch ärztliche Fachkompetenz, aus denen sich die Therapiefreiheit und Weisungsunabhängigkeit bei ärztlichen Entscheidungen ableiten. Ärztinnen und Ärzte richten ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen



Dr. H. Christian Piper, Frank Seibert-Alves, Dr. Paul Otto Nowak, Svenja Krück – von links oben im Uhrzeigersinn.

Fotos: Katerina Ivanisevic (1), Wachendorfer (1), Manuel Maier (2)

und Patienten aus, unabhängig von kommerziellen Erwartungshaltungen Dritter.

Andor: Nein. Das Problem bleibt: Wir behandeln unsere Patienten individuell nach anerkanntem Stand der Wissenschaft und haften für das Behandlungsergebnis persönlich und unbegrenzt (nach Straf- und Zivilrecht), während die Mittel, die wir von der Gesellschaft für die Behandlung zur Verfügung gestellt bekommen, nach dem Sozialrecht begrenzt sind (SGB V).

Paulukat: Leider nicht, weil die Aussprache zum Thema viel zu kurz war und sehr viele Anträge weder diskutiert noch abgestimmt werden konnten.

Seibert-Alves: Insbesondere die Rede von Peter Müller, Richter des Zweiten Senats am Bundesverfassungsgericht, zu diesem Thema war brilliant. Ich habe Mitarbeiter der BÄK gebeten, die Rede für alle Interessenten zur Verfügung zu stellen.

Fach: Eine gute Patientenversorgung gelingt nur bei Freiheit des ärztlichen Berufs mit gleichzeitiger Übernahme der Verantwortung gegenüber den Patienten. Die vielfältigen Einschränkungen der ärztlichen Berufsfreiheit durch inhaltliche und finanzielle Vorgaben in Kliniken und im ambulanten Bereich wurden ausführlich benannt, diskutiert und abgelehnt.

Stürmer: Trotz intensiver Behandlung bleibt dies ein endloses Dauerthema, das stets im Fokus unserer standespolitischen Bemühungen stehen wird. Die Ausführungen hierzu von Bundesverfassungsrichter Peter Müller waren insofern beachtenswert, dass er für die BÄK einen permanenten Sitz im Sachverständigenrat Gesundheit des deutschen Bundestages fordert.

7. Wie empfanden Sie den Sachstandsbericht und die Diskussionen zum Thema „Klimawandel und Gesundheit“?

Paulukat: Überbewertetes Thema, überbewertete Darstellung durch den Referenten – das ganze Thema sollte nicht unser Hauptanliegen sein, wenn wir schon den TOP „Ärztliche Berufsausübung“ etc. nicht ausreichend diskutieren konnten.

Frevert: Überschaubar und überzeugend. Dass die Diskussion über meine beiden Anträge zu „Klimawirkungsanalysen für die Ärztlichen Versorgungswerke (Va-16)“ und „Keine Investitionen der Versorgungswerke in die Erschließung und Produktion fossiler Energien (Va-18)“ sehr heftig diskutiert wurden, bevor der erstere angenommen und der zweite leider an den Vorstand überwiesen wurde, hat, ermutigt mich, am Thema dranzubleiben. Denn im Gegensatz zu unserer Ärztekammer, in welcher ich ähnlich lautende Anträge schon früher eingebracht habe und diese oft ohne ausreichende Aussprache in der Delegiertenversammlung



Dr. Susan Trittmacher, Dr. Michael Weidenfeld, Dr. Hansjoachim Stürmer, Dr. med. Wolf Andreas Fach – von links oben im Uhrzeigersinn.

lung direkt an das Präsidium überwiesen wurden, war die Diskussion auf dem Ärztetag zu diesem Thema zwar fraktionsübergreifend kontrovers, aber auch lebendiger. Die Abgeordneten waren motiviert, sich als Souverän an der Debatte über die konkreten Maßnahmen zum Klimaschutz in den Ärztlichen Versorgungswerken zu beteiligen, auch wenn es durchaus heftigen Widerstand gab.

Krück: Der Sachstandsbericht war durchaus informativ, offenbarte jedoch, dass wir zum aktuellen Zeitpunkt mehr Arbeitsaufträge als Lösungen haben. Als sehr positiv muss hervorgehoben werden, dass die Expertise der Abgeordneten deutlich steigt, was sich auch an der Zahl und Qualität konkreter Anträge zeigt. Dass einige

davon aus Hessen stammen, freut mich besonders.

Trittmacher: Klima und Gesundheit sind neben Demografie und Digitalisierung die Megatrends, deren vielschichtige Facetten uns in den nächsten Jahren und Jahrzehnten beschäftigen werden. Mit allen Aspekten des Themas „Klima und Gesundheit“ werden wir Ärzte und Ärztinnen uns beschäftigen müssen, denn das Thema hat Einfluss auf alle Lebensbereiche: Neben den unmittelbar krankheitsbezogenen Auswirkungen gehören Fragen wie „Wie wollen wir wohnen? Wie organisieren wir Leben in den Städten und auf dem Land in Extremwetterlagen? Wie bauen wir Krankenhäuser?“ u. v. a. m. Wir stehen erst am Anfang eines langen Wegs, aber wir Ärzte und Ärztinnen werden uns dieser Aufgabe stellen.

Fach: Die Ärzteschaft hat die Gefahren des Klimawandels begriffen und beteiligt sich allgemein aber auch „vor der eigenen Haustüre“ mit notwendigen Umsetzungen.

Pinkowski: Der Bericht war prägnant und hat insbesondere das von der Bundesärztekammer in ihrem direkten Umfeld Erreichte in den Mittelpunkt gestellt. Auch insgesamt ist sich die Ärzteschaft ihrer Verantwortung bei der Behandlung von Patienten in Zeiten des Klimawandels viel stärker bewusst. In Hessen zum Beispiel hat die Landesärztekammer maßgeblich am Hitzeschutzplan des Landes Hessen mitgewirkt.

Kandler: Es ist gut, dass wir uns langsam auf den Weg gemacht haben: Klimaschutz ist Gesundheitsschutz.

8. Hat der Ausgang der Präsidentschaftswahl Ihrer Vorstellung entsprochen?

Weidenfeld: Ich finde beide Kandidaten sehr gut. Das Wahlergebnis hat gezeigt, dass beide Kandidaten das Vertrauen der Delegierten haben. Somit ist es schön, dass Präsident und Vizepräsidentin jetzt die Möglichkeit haben, das Vertrauen der Ärzteschaft in einer gemeinsamen konstruktiven Arbeit umzusetzen. Die versprochene Gemeinsamkeit möchte ich sehen.

Fotos: Manuel Mater (3), privat (1)



Andor: Kurz und bündig: Ja.

Nowak: Nach Teilnahme an über 30 Ärztetagen war für mich die Wiederwahl von Herrn Reinhardt keine Überraschung. R siegte vor vier Jahren in Münster auch mit drei Stimmen Vorsprung gegen die MB-Kandidatin Dr. Wenker. Die Positionen der beiden Vizepräsidentinnen wurden auch diesmal einvernehmlich mit einer Fachärztin (Frau Lundershausen) und einer Krankenhausärztin (Frau Johna) besetzt. Frau Johna konnte mit 206 Stimmen das beste Ergebnis des Ärztetages erreichen und ist für mich die eigentliche Siegerin des DÄT.

Piper: Sehr, sehr knapper Sieg trotz klassischem Amtsinhabersbonus. Erstmals eine handlungsaktive Präsidentin der Ärzteschaft zu wählen, stünde Ärztinnen und Ärzten in nächster Zukunft sehr gut zu Gesicht.

Frevert: Ich hatte ein Obsiegen des populären Präsidenten erwartet, war dann doch über das knappe Ergebnis gegenüber dem Abschneiden seiner Konkurrentin, Frau Dr. Johna, erstaunt. Vielleicht lag es auch daran, dass Frau Johna mit ihrer klaren und überzeugenden Bewerbungsrede fast die Hälfte der Abgeordneten überzeugt hat.

Seibert-Alves: Nein.

Krück: Dass sich Dr. Reinhardt gegen die hervorragend qualifizierte Kollegin Dr. Johna durchsetzen konnte, ist verwunderlich. Sicherlich wäre es ein guter Zeitpunkt, Maßnahmen zu evaluieren, damit die Zusammensetzung der Wahlberechtigten des Deutschen Ärztetages die Zusammensetzung der Ärzteschaft zukünftig besser widerspiegelt.

Stürmer: Erfreulich ist die weiterhin gute hessische Präsenz im Präsidium der Bundesärztekammer mit Dr. Pinkowski und Frau Dr. Johna jetzt als Vizepräsidentin.

Jaeger: Leider hat Frau Johna ganz knapp verloren. Aus meiner Sicht hat ihre Rede eher für ihre Vorhaben gesprochen, wie

sie die BÄK in Zukunft führen möchte. Es wäre aus meiner Sicht auch an der Zeit, endlich eine Frau an der Spitze der BÄK zu haben.

9. Welche Erwartungen haben Sie an den wieder gewählten Präsidenten der Bundesärztekammer?

Paulukat: Er muss ab sofort lauter, frecher und kompromissloser gegenüber der Politik auftreten.

Piper: Der wiedergewählte Präsident hat starke Teamplayer im Vorstand neben sich. Wer darin tragende Impulse setzt, die Ärzteschaft konkret, inhaltlich und strategisch deutlich weiterzubringen, wird man sehen.

Seibert-Alves: Starke Einbeziehung der neuen Vizepräsidentin.

Pinkowski: Ich erwarte eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Vizepräsidentinnen und natürlich auch mit dem gesamten Vorstand der Bundesärztekammer, denn es liegen weiter große Aufgaben vor uns.

Kandler: An Reinhardt habe ich keine weiteren Erwartungen. Ich zähle auf die Zusammenarbeit des gesamten Vorstandes in unterschiedlichen Ausschüssen und Themenbereichen, wie zum Beispiel Gesundheitsbildung und Klimaschutz.



Michael Andor,
Dr. Barbara Jaeger,
Dirk Paulukat –
von links oben im
Uhrzeigersinn.



Jaeger: Ich erwarte, dass er sich für die Klimapolitik, Geschlechtergerechtigkeit und die die neue GOÄ einsetzt.

10. Wie lautet Ihr Fazit des 127. Deutschen Ärztetages?

Weidenfeld: Ich bin sehr zufrieden. Die vereinte Ärzteschaft hat sich dafür eingesetzt, in vielen Bereichen wie Gesundheitsvorsorge, Klimawandel, Verantwortung für uns Ärzte*innen und unsere Patienten und die Gesellschaft, Gesundheitsbildung, digitale Anwendungen, KI, Krankenhausreform und vielem mehr mitreden zu wollen. Aber das nicht erst, wenn sie gefragt wird, sondern auch selbst Initiative zu den Themen zu ergreifen.

Frevert: Letztendlich bin ich frustriert aus Essen abgefahren, denn angesichts der eintägigen Vorstandswahlen hätte es eines Zusatztages bedurft, um die wichtigen und sehr unterschiedlichen Anträge parlamentarisch zu diskutieren, anstatt sie en bloc an den Vorstand zu überweisen. Trotz alledem bin ich froh, in Essen dabei gewesen zu sein. Dass während der laufenden Debatte ein Antrag vom Kammerkollegen Christof Stork und mir zum Schutz der Kinder vor gesundheitsschädlichen Nahrungs- und Genussmittel durch ein entsprechendes Werbeverbot nicht nur angenommen, sondern wenige Stunden später eine Schlagzeile in der Ärztezeitung wert war, hat mich darin bestätigt, dass die ehrenamtliche Arbeit in der Ärztekammer mühsam, aber am Ende doch sinnvoll ist.

Krück: Es war ein denkwürdiger Ärztetag mit vielen guten Ideen, aber einem Mangel an Mut zu echten Innovationen.

Piper: Spannend vor allem durch die Wahlen. Auch hier muss Digitalisierung her, um die gestalterische Kraft eines Deutschen Ärztetages nicht in langwierigen Regularien zu verbrennen.

**Katja Möhrle
Lukas Reus**

Fotos: Manuel Maier

„Eigentümer der Verantwortung, nicht des Vermögens“

Interview: Maike Kauffmann und Armin Steuernagel von der Purpose Stiftung zum Konzept des Verantwortungseigentums

Kommunale, kirchliche oder auch private – und damit oft gewinnorientierte – sind die dominierenden Eigentumsformen von Krankenhäusern in Deutschland. Nicht selten führen gerade ökonomische Ziele, die auch konträr zur Patientenorientierung stehen können, zu Konflikten zwischen medizinischem Personal und der Geschäftsführung. Ein Rezept gegen diese ökonomischen Zwänge soll das sogenannte Verantwortungseigentum sein. Was das ist, wie es umgesetzt werden kann und welche konkreten Vorteile es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aber auch Patienten in Krankenhäusern bieten kann, erläutern Maike Kauffmann und Armin Steuernagel von der Purpose Stiftung aus Hamburg.



Foto: © Edita – stock.adobe.com

Wenn Renditeerwartungen ärztliche Entscheidungen beeinflussen, können das Patientenwohl und die Arbeitszufriedenheit negativ beeinflusst werden.

Herr Steuernagel, Frau Kauffmann, Sie arbeiten mit Alternativen zu den klassischen Modellen von Staatseigentum oder Gewinnorientierung. Gerade Letzteres wird im Gesundheitssektor kritisiert, weil dort häufig Rendite vor Patientenorientierung stehe. Müssen denn Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität grundsätzlich ein Widerspruch sein?

Kauffmann: Nein, ich denke nicht. Es wird allerdings ein Widerspruch, wenn Wirtschaftlichkeit vor Versorgungsqualität geht, der Gesundheitssektor also tatsächlich beginnt, Gewinne, Shareholder Value und Renditen vor eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu stellen. Es kommt darauf an, was das eigentliche Ziel der Organisation ist: Gewinne erzielen durch Gesundheitsversorgung oder Gesundheitsversorgung, die durch Gewinnerzielung ermöglicht wird. Die Frage ist, was ist der eigentliche Zweck der Organisation, worauf basieren Entscheidungen?

Was sind aus Ihrer Sicht die Nachteile für Krankenhäuser, wenn Sie dem Renditestreben von Investoren ausgesetzt sind?

Steuernagel: Ich glaube kaum jemand Ihrer Leser:innen wird diese Frage nicht beantworten können. Wenn, wie oft berichtet, Chefärzt:innen bei Investor:innen-getriebenen Krankenhäusern in Einstellungsgesprächen gefragt werden, wofür das Krankenhaus da ist und die richtige Antwort nur ist, „um Gewinne für den Eigentümer zu erwirtschaften“, dann merkt man ja, dass irgendetwas nicht stimmt. Wenn dann die Krankenhausabteilungen gegenseitig bezüglich Profitabilität gerankt werden, um Ärzt:innen anzuhalten, mehr darauf zu schauen, wenn Alerts kommen, wenn das Fallpauschalenbudget verbraucht ist und wenn die Personaldecke so dünn ist, dass Patient:innen kaum noch die nötige Pflege bekommen – dann sind das Folgen. Häufig werden Entscheidungen über die Vorgänge im Krankenhaus nicht mehr von denjenigen Menschen getroffen, die wirklich vor Ort verstehen, was relevant ist, sondern auf Seiten der Eigentümer:innen, die vor allem die Zahlen im Kopf haben.

Herr Steuernagel, Sie berichten oft auch von den Erlebnissen Ihres Vaters, der

ärztlicher Direktor einer Klinik war. Was hat er genau erlebt?

Steuernagel: Die Klinik, in der mein Vater gearbeitet hat, wurde, während er ärztlicher Direktor war, verkauft. Nicht nur einmal, sondern mehrfach. Das hieß für die anfangs sehr gut laufende Klinik sowohl hinsichtlich Wirtschaftlichkeit als auch für Patient:innen und Mitarbeiter:innen, dass jedes Mal mehr Druck entstand. Jeder Käufer hatte einen immer etwas höheren Kaufpreis gezahlt und wollte die Zitrone also mehr auspressen.

Anfangs wurde nur das Demeter-Essen gestrichen, beim zweiten Käufer kam schon die Vorgabe, nur 4 Euro pro Patient:in pro Tag auszugeben, der dritte ordnete schließlich an, das Essen tiefgefroren aus Tschechien einfahren zu lassen. Mein Vater musste die Hälfte der Ärzt:innen entlassen, obwohl er 9 % Umsatzrendite machte. Aber es könnte ja mehr drin sein. Das eigentliche Problem aber: Durch die Verkäufe wurden Entscheidungen weg von der Klinik hin zu Konzernzentralen verlagert. Nun treffen Konzernportfolio-Manager:innen die Entscheidung, ob der Hausmeister angestellt oder nur ein Sub-

unternehmen sein darf, wie viele Minuten eine Ärztin für ein Erstgespräch mit den Patienten haben sollte, usw. Sie können sich vorstellen, dass das die Arbeitsatmosphäre vergiftet.

Warum werben Sie dann nicht dafür, dass die öffentliche Hand wieder mehr Macht über den Gesundheitssektor zurückgewinnt?

Steuernagel: Nur weil Shareholder-Value getriebene Gesundheitssysteme nicht immer funktionieren, heißt es ja noch lange nicht, dass es Staatliche tun – das kann man beim NHS in Großbritannien ja beachten. Ich bin überzeugt von dezentralen Strukturen und Entscheidungen, von Selbstbestimmung statt Fremdbestimmung. Die Menschen, die wirklich vor Ort sind, wissen meistens am besten, was für Entscheidungen benötigt werden und sind auch diejenigen, die die Entscheidungen dann ausführen. Sie sollten auch die formale Macht haben, nicht der Staat, ganz zentralisiert, genauso wenig zentralisierte Konzerne.

Denn auch im Staat würde es wieder zu Fremdbestimmung führen; zwar wäre vermutlich der Gewinnorientierung entgegengewirkt, aber von weit weg getroffene, vermutlich standardisierte Entscheidungen sind einfach nicht immer die besten für die dezentrale Organisation. Deswegen schlagen wir hier ja Verantwortungseigentum bzw. treuhändische Eigentümerstrukturen vor, wie sie von manchen Kliniken auch vorgelebt werden: Private Klinikträger, die nicht gewinnorientiert sind und die die Entscheidungsmacht zu den Ärzt:innen und Leistungsträger:innen vor Ort geben. Man könnte auch sagen – auch wenn es etwas altmodisch klingt – selbstverwaltete Krankenhäuser, die Purpose-, nicht profitorientiert sind.

In den vergangenen 20 Jahren hat sich der Anteil von Krankenhäusern in Privateigentum auf 38 % fast verdoppelt. Wird sich dieser Prozess Ihrer Einschätzung nach fortsetzen oder sehen Sie Anzeichen, dass das Wachstum endet?

Steuernagel: Wenn wir nichts machen, setzt er sich offensichtlich fort. Gleichzeitig wächst aber das Bewusstsein, hier muss sich was ändern. Kommunen denken über die Rekommunalisierung der

Krankenhäuser nach. Aber dieses Pendeln: Investoren-Staat – Staat-Investoren sollten wir vielleicht durch eine weitere Alternative ergänzen: Verantwortungseigentum. Gerade auch für zum Beispiel Ärztehäuser, wo wir die gleiche Entwicklung sehen, könnte das eine interessante Option sein.

Zum Verantwortungseigentum: Erzählen Sie uns genauer, was sich hinter dem Begriff verbirgt?

Kauffmann: Verantwortungseigentum ist eine Form von Eigentum an Unternehmen und Organisationen, das eine Alternative zu klassischen Eigentumsmodellen bietet. In klassischen Eigentumsmodellen haben die Menschen oder Organisationen, die Anteile am Unternehmen halten, den vollen Zugriff auf das Vermögen des Unternehmens und die volle Entscheidungsmacht. In Verantwortungseigentum sind die Eigentümer:innen stattdessen Treuhänder:innen des Unternehmens – oder auch Krankenhauses –, die frei Entschei-

dungen für das Unternehmen treffen können, aber nicht persönlich auf die Gewinne oder den Wert zugreifen können.

Sie sind Eigentümer:innen der Verantwortung, nicht des Vermögens des Unternehmens. Macht, in Form von Kontrolle oder auch Stimmrechte über das Unternehmen, wird nicht mehr spekulativ an die Meistbietenden verkauft, sondern wird von Menschen gehalten, die sich mit dem Unternehmen im weitesten Sinne identifizieren.

Das führt dazu, dass Entscheidungen über die Zukunft des Unternehmens, die Gewinnverwendung und sogar den Verkauf oder die Schließung von Abteilungen nicht mehr auf Basis persönlicher finanzieller Interessen getroffen werden, sondern auf Basis davon, was die Entscheidungsträger:innen als das langfristig Richtige für den Sinn und Zweck des Unternehmens halten, also zum Beispiel für die qualitativ hochwertige Patientenversorgung und ein gutes Arbeitsklima an einem bestimmten Standort.

Die Gesprächspartner und die Purpose Stiftung

Purpose will Unternehmen helfen durch Verantwortungseigentum dauerhaft unabhängig und sinnorientiert zu bleiben. Neben der direkten Unterstützung von Unternehmen durch Beratung und Investments, liegt der Schwerpunkt auf Forschung und Wissensvermittlung durch Open Source Materialien. Purpose ist auch in den USA und Lateinamerika aktiv. Purpose ist ein Netzwerk aus unterschiedlichen rechtlichen Entitäten: Purpose Stiftung, Purpose Ventures Genossenschaft, Purpose Stiftung gGmbH und Purpose Evergreen Capital GmbH & Co. KGaA. Alle Purpose Entitäten sind in Verantwortungseigentum durch die gemeinnützige Purpose Stiftung.

Maïke Kauffmann startete ihre Arbeit bei Purpose und der Stiftung Verantwortungseigentum im Jahr 2019. Sie verantwortet bei der Stiftung den Forschungs- und Think-Tank-Bereich und

unterstützt die Arbeit für eine neue Rechtsform für Unternehmen in Verantwortungseigentum. Kauffmann hat einen wirtschafts- und naturwissenschaftlichen Hintergrund (International Business Studies B.A./Ecological Economic M.Sc.)

Armin Steuernagel

hat Philosophy, Politics and Economics an der Universität Witten/Herdecke und in Oxford studiert. Seinen Master machte er an der Columbia University. 2020 gehörte Steuernagel zu den „30 Under 30“ des Forbes Magazins und den Top 40 under 40 des Capital Magazins. Er ist Gründer mehrerer Unternehmen und begründete die Beteiligungsgesellschaft Purpose Evergreen Capital und setzt sich mit der Stiftung Verantwortungseigentum für bessere Rahmenbedingungen für Unternehmen in Verantwortungseigentum ein.



Foto: Purpose



Foto: Purpose

Es sollen nach Ihrem Verantwortungseigentumsmodell Menschen am Steuer eines Krankenhauses sein, die sich „damit identifizieren“. Manche Anteilseigner würden wahrscheinlich auch behaupten, dass sie sich mit einem Unternehmen identifizieren ...

Kauffmann: Glauben Sie wirklich? Ich denke, das ist nur in wenigen Beispielen der Fall und kann dann vielleicht auch mal stimmen. Aber in vielen Eigentumsstrukturen, die wir heute sehen, sind Anteilseigner:innen so weit weg vom Unternehmen, dass es für sie wirklich nur noch eine Vermögensanlage ist, und nicht etwas, für das sie Verantwortung übernehmen und tragen können, oder womit sie sich identifizieren. Gerade auch durch unsere immer komplexer werdenden Anlagestrukturen: dann ist zum Beispiel Investment-Fonds A Anteilseigner eines Krankenhauses, und an Investmentfonds sind wieder größere Fonds beteiligt, deren Eigentum dezentral am Markt liegt, oder bei Pensionskassen und Versicherungen, wo wir alle wiederum einzahlen. Wer fühlt sich denn dann noch wirklich verantwortlich für das Krankenhaus und für das, was am Ende dieser langen Kette liegt?

Wie würde das Verantwortungseigentum konkret aussehen und was könnte sich dadurch im Arbeitsalltag von Ärztinnen und Ärzten oder Pflegerinnen und Pflegern ändern oder sogar verbessern?

Kauffmann: Die Frage ist nicht allzu leicht zu beantworten, weil es heute nicht das rechtliche Modell für Verantwortungseigentum gibt und es heute auch nicht allzu leicht umzusetzen ist. Aber ich skizziere mal ein Beispiel: So könnten die Stimmrechte, die formelle Kontrolle und Macht über ein Krankenhaus in Verantwortungseigentum einem Kreis an Personen gehören, die auch im Krankenhaus arbeiten. Wenn jemand nicht mehr im Krankenhaus arbeitet, muss er oder sie die Stimmrechte abgeben. Dieser Kreis an Menschen, die mit dem Krankenhaus verbunden sind, trifft die Entscheidungen darüber, was im Krankenhaus passiert, wie gewirtschaftet wird und was mit Gewinnen, sofern vorhanden, passiert in einem bestimmten Rahmen.

Denn dieser Kreis an Menschen kann die Gewinne nicht an sich selbst oder andere

Personen ausschütten, sie haben kein wirtschaftliches Recht am Krankenhaus. Sie können die Gewinne nur für den Sinn und Zweck des Krankenhauses nutzen, also zum Beispiel zurücklegen, in neue Gerätschaften oder Methoden investieren, in Mitarbeitende investieren oder spenden. Genauso wenig können sie das Krankenhaus weiterverkaufen und sich damit finanzielle Vorteile verschaffen, dazu haben sie nicht das Recht. Sie sind die Unternehmer:innen des Krankenhauses, verantwortlich für das langfristige Bestehen und das Wertschaffen, ohne sich Gewinne und Vermögen entnehmen zu können. Und das ist für die Zukunft sichergestellt.

... und speziell für medizinisches Personal?

Zum einen werden solche Entscheidungen weniger wahrscheinlich, die möglicherweise in einem klassischen Modell vor allem aufgrund von Gewinnmaximierung oder Shareholder Value-Maximierung getroffen würden, und die für diese Interessengruppen negative Auswirkungen hätten, wie Verkürzung der Versorgungszeiten etc.. Denn die finanzielle Motivation, um diese Entscheidungen zu treffen, fällt weg. Außerdem wissen Ärzt:innen und Pfleger:innen wieder wirklich, wofür sie arbeiten: nicht für die Profite der Shareholder, sondern für das Patientenwohl.

Gibt es denn schon reale Beispiele, dass sich das Modell auch in der Praxis bewähren kann? Und was hat sich dort verändert?

Kauffmann: Für Unternehmen gibt es sehr viele Beispiele von Verantwortungseigentum. Es ist ein Konzept, das es seit Jahrhunderten gibt und das wir auch heute immer wieder beobachten. Vorreiter sind Unternehmen wie Zeiss oder Bosch, aber auch Alnatura oder jüngst Patagonia, die langfristig erfolgreich wirtschaften, dabei aber ihren „Purpose“ und die Interessen von Mitarbeitenden und Kundinnen im Fokus halten. Es gibt auch ein paar Krankenhäuser, die beispielsweise von gemeinnützigen Trägern gehalten werden und so strukturiert sind, dass die Entscheidungsmacht bei den Menschen im Krankenhaus liegt.

Steuernagel: Das beliebteste Krankenhaus Berlins, das Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, geht hier mit gutem Beispiel voran. Die Gesundheitswirtschaft kann sich hier aber auch von einem generellen Trend in der Wirtschaft inspirieren lassen.

Wie könnte ganz konkret ein Übergang von Gewinnorientierung zu Verantwortungseigentum aussehen? Investoren oder Konzerne werden ja nicht freiwillig ihre „Goldesel“ abdrücken?

Steuernagel: Am einfachsten wäre es, direkt im Aufbau des Krankenhauses für Strukturen zu sorgen, die die Patientenversorgung im Fokus erhalten, also bevor Investor:innen oder Konzerne einsteigen. Auf jeden Fall ist dieser Weg vor allem gangbar, wenn die Mehrheit der Anteile am Unternehmen noch von einer Person oder Organisation gehalten wird, die sich für Verantwortungseigentum entscheidet. Natürlich kann auch beispielsweise die Mitarbeiterschaft zusammenlegen, um ihr Krankenhaus oder Unternehmen aufzukaufen und dann in eine Verantwortungseigentumsstruktur stecken. Hier muss dann gut überlegt werden, wie sich das auf eine Art und Weise finanzieren lässt, dass es sowohl für Mitarbeiterschaft als auch für das Krankenhaus nicht langfristig problematisch wird. Wir haben mit Purpose Evergreen Capital eine mittelständische Beteiligungsgesellschaft gegründet, die genau hier helfen kann.

Die Macht des Kapitals ist groß. Denken Sie, dass diese Form nachhaltig Fuß fassen wird bei Krankenhäusern?

Steuernagel: Wir bekommen viele Anfragen von Arztpraxen und auch immer wieder von Krankenhäusern. Die Pandemie hat uns gezeigt, wie wichtig ein patient:innenorientiertes und gut funktionierendes Gesundheitssystem ist. Und immer mehr Menschen, die in der Gesundheitsversorgung arbeiten, suchen nach anderen Modellen. Verantwortungseigentum kann hier für viele eine interessante Möglichkeit sein. Im Koalitionsvertrag der Regierung steht außerdem eine neue Rechtsform für Unternehmen in Verantwortungseigentum. Wenn es diese gibt, kann sie auch für Krankenhäuser eine spannende Option darstellen.

Interview: Lukas Reus



Bündnis Heilen & Helfen: Medizin trifft Politik

Diskussion mit Politikern über die medizinische Versorgung in Hessen

Vor der anstehenden Landtagswahl in Hessen im Oktober hat das Bündnis Heilen & Helfen die Fraktionen im Landtag dazu eingeladen, zu zentralen Themen der Heilberufe Stellung zu nehmen. Dabei stand die Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Mittelpunkt. Politikerinnen und Politiker aller im Landtag vertretenen Parteien standen den Repräsentanten der Heilberufskörperschaften Rede und Antwort. Der Journalist und Publizist Dr. Winfried Kösters moderierte die Diskussionsrunde.

Die dringend erforderliche Gestaltung einer effektiven Notfallversorgung im Rahmen der Krankenhausreform sprach Dr. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen, an. Seine Idee, anstelle der realitätsfernen und kostenintensiven bundespolitischen Vorhaben in ganz Hessen das erfolgreiche hessische SaN-Projekt (SaN = Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung) einzuführen, stieß bei den gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprechern aller Parteien auf Zustimmung. Auch Pinkowskis Frage, ob sie sich nach den Wahlen für die Einrichtung eines Lehrstuhls für Palliativmedizin in Hessen einsetzen würden, wurde mit Ja beantwortet.

Für die Landeszahnärztekammer stellte Präsidentin Dr. Doris Seiz die Frage, ob seitens der Politik eine Erweiterung der Landarztquote auch auf das Zahnmedizinstudium vorgesehen sei. Während CDU, SPD und Grüne dem grundsätzlich zustimmend gegenüberstehen und die AfD nichts ausschließen will, stößt die Quote bei FDP und den Linken auf Ablehnung.

Die Präsidentin der Landesapothekerkammer, Ursula Funke, problematisierte die Honorierung der Apotheken. Diese seien von Preisentwicklung und Inflation seit 2004 abgekoppelt, was viele Apotheken wirtschaftlich stark belastet und zu dem dramatischen Rückgang der Apothekenzahlen führe, gerade im ländlichen Raum. Was tue die Politik, damit nicht noch mehr Apotheken schließen müssten? Für die FDP ist die Bekämpfung der Inflation eine staatliche Aufgabe. Grüne und AfD plä-



Foto: Beate Völker

Vertreterinnen und Vertreter des Bündnisses Heilen & Helfen im Gespräch mit Landespolitikern (von links): Ursula Funke (Präsidentin der Landesapothekerkammer Hessen), Dr. Edgar Pinkowski (Präsident der LÄK Hessen), Dr. Doris Seiz (Präsidentin Landeszahnärztekammer Hessen), Dr. Winfried Kösters (Moderation), ZÄ Carolina van der Bosch (Vorstandsbeauftragte der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen), Prof. Dr. Sabine Tacke (Präsidentin der Landestierärztekammer Hessen), Dr. Heike Winter (Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Hessen), Prof. Dr. h.c. Martin Kramer (Vizepräsident der Justus-Liebig-Universität Gießen für Forschung und Förderung des wiss. Nachwuchses)

dierten für Lösungsvorschläge aus dem Berufsstand, während SPD und Linke staatliche Strukturänderungen im ländlichen Raum anmahnten. Der CDU-Vertreter sprach sich für eine Stärkung der örtlichen Apotheken bspw. durch eine Einschränkung des Versandhandels aus.

Dr. Heike Winter, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Hessen, thematisierte den mangelhaften Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen. Rund 50 % der Menschen über 70 Jahren leiden an psychischen Problemen. Insbesondere in Heimunterbringung werden diese allerdings fast ausschließlich mit Psychopharmaka behandelt. Die Politiker unterstützten das Thema mit Nachdruck. Unter den Vorschlägen wurde eine Verpflichtung der GKV oder ein Konzept ähnlich den Heimärztinnen bzw. -ärzte genannt.

Vorstandsbeauftragte Carolina van der Bosch von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sorgt sich um die Vergewerblichung des Gesundheitswesens durch investorengetragene Medizinische Versorgungszentren (i-MVZ) und forderte, solche Gründungen einzuschränken. CDU, Grüne, SPD und die Linken sprachen sich hier für gesetzliche Regelungen aus. FDP und AfD gehen Verbote jedoch zu weit.

Ein weiteres Anliegen betrifft die Volkskrankheit Parodontitis, weil neue Budgetregelungen die bislang erweiterten Behandlungsmöglichkeiten konterkarierten. Auch Prof. Dr. Sabine Tacke, Präsidentin der Landestierärztekammer thematisierte die Begrenzung des Einflusses von Kapitalgesellschaften auf die Versorgung; weitere Anliegen sind die Sicherstellung der Notfallversorgung für landwirtschaftliche Nutztiere und Lösungen für den Fachkräftemangel in der Veterinärmedizin. Ärzte-, Zahn- und Tierärztekammer fragten zudem nach mehr Studienplätzen und einer neuen Vergabepaxis, beides fand fraktionsübergreifend Zustimmung.

Bündnis Heilen & Helfen

Das Bündnis „Heilen & Helfen“ wurde im Jahr 2007 von den hessischen Körperschaften der Heilberufe ins Leben gerufen, um den Anliegen der Heilberufe mehr Gehör im gesellschaftlichen Diskurs zu verschaffen. Mit dabei sind: Landesärztekammer Hessen, Landeszahnärztekammer Hessen, Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen, Landesapothekerkammer Hessen, Psychotherapeutenkammer Hessen und Tierärztekammer Hessen. Internet: www.heilberufehessen.de



Jedes Nephron zählt!

Drei CME zur Nephrologie – Diabetes, Peritonealdialyse, Kinder & Jugendliche

Der Verlust von Nierenfunktion ist schon im frühen Stadium mit einer sich verkürzenden Lebenserwartung verknüpft. Daher ist Nephroprotektion ein hoher Anspruch in der Nephrologie, insbesondere bei den nierenschädigenden Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus, Hypertonie, kardiovaskulären und immunologischen Systemkrankheiten.

Kollege Professor Jung stellt das aktuelle Leitlinien-basierte Konzept der Behandlung von Diabetikern mit bekannt hohen und kombinierten kardiovaskulären und renalen Risiken vor. Diagnostische Eckpunkte dazu sind ausgereift, evidenzbasierte Bausteine eines Nieren-Herz-Risiko-managements sind etabliert und neue medikamentöse und präventive Optionen durch SGLT2-Hemmer, GLP-1-Rezeptor-antagonisten und nichtsteroidale Mineralocorticoid-Rezeptor-Antagonisten sind hier verfügbar.

Peritonealdialyse ist in Deutschland als selbsttätig vom Patienten auszuführende und daher heimbefähigende Nierenersatztherapie im internationalen Vergleich viel zu selten. Nur wenigen Zentren gelingt es, größere Patientenzahlen zu motivieren und langjährig zu führen. Ein so erfolgreiches Zentrum ist in Gießen unter der Leitung von Privatdozent Birk etabliert, der über die verfahrenstypischen Vorteile und praktische Vorgehensweisen anschaulich berichtet.

Über pädiatrische Nephrologie als ein multimodal aufgestelltes Hochleistungsfach wird leider wenig berichtet. Wenn Kinder nierenkrank und damit von erheblich verkürzter Lebenserwartung bedroht sind, gilt ganz besonders: Jedes Nephron (zu retten) zählt! In Hessen gibt es zwei kindernephrologische Schwerpunktkliniken, in Frankfurt und in Marburg. Privatdozent Latta aus dem Frankfurter Clementine-

Kinderhospital führt in seiner Übersicht durch die Herausforderungen für die Kinderneurologen, von Therapie bei genetischen Defekten, bei anatomischen Missbildungen bis hin zur chronischen Dialysetherapie und Transplantation bei fortgeschrittenem Nierenversagen.

Hier sei auch kurz an die nephrologischen Schwerpunktheft HÄBL 7/ 8/2018 und HÄBL 6/2020 erinnert. Kurzfristig wird die Serie noch mit einer Übersichtsarbeit zur aktuellen Hypertoniebehandlung fortgesetzt.

Dr. med.

H. Christian Piper

Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie, Präsidiumsmitglied der LÄKH, stellv. Verantwortlicher Redakteur



Foto: © peterschreiber.media – stock.adobe.com

Foto: Katarina Ivanisevic

Nierenerkrankung und Diabetes

Prof. Dr. med. Oliver Jung

VNR: 2760602023209620005

Ein Abkürzungsverzeichnis findet sich auf S. 427.

Einleitung

Die Prävalenz des Diabetes mellitus nimmt weltweit rasch zu – insbesondere aufgrund von sich ändernden Lebens- und Ernährungsgewohnheiten und der hieraus resultierenden Entwicklung eines Diabetes mellitus Typ 2 (T2DM). Nach Schätzungen der International Diabetes Federation gab es im Jahr 2021 weltweit 537 Millionen Diabetiker. Aktuell wird prognostiziert, dass zum Jahr 2045 bereits 784 Millionen Menschen weltweit betroffen sind [1]. Diese dramatische Entwicklung hat eine Zunahme von mikro- und makrovaskulären Langzeit-Folgeerkrankungen wie koronare Herzerkrankung, periphere arterielle Verschlusskrankheit u. a. zur Folge. Eine der wichtigsten Spätfolgen des Diabetes ist die Entwicklung einer chronischen Nierenerkrankung (CKD) im Sinne einer diabetischen Nephropathie. Diese mikrovaskuläre Komplikation entwickelt sich bei etwa 30 % der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 (T1DM) und 40 % der Patienten mit T2DM [2]. Die auftretenden Veränderungen der Nierenstruktur, ihr Schweregrad und damit auch das Voranschreiten der Nierenfunktionsverschlechterung hängen von zahlreichen beeinflussbaren und nicht-beinflussbaren Faktoren ab [3, 4]. Trotz besserer Frühdiagnose und frühzeitiger Therapie steigt mit der Zunahme der Diabetes-Neuerkrankungen die Zahl der Menschen mit Diabetes-assoziierten Nierenerkrankungen weiter an, so ist der Diabetes die häufigste Ursache für eine Nierenersatztherapie weltweit [5, 6, 7].

Die Entwicklung einer CKD führt darüber hinaus zu einer weiteren Exazerbation des bei Diabetikern ohnehin deutlich erhöhten kardiovaskulären (CV) Risikos [2, 8]. Der Diabetes ist somit eine Multisystemerkrankung. Das Patientenmanagement hat sich

daher zunehmend zu einem multimodalen, interdisziplinären Behandlungskonzept entwickelt, welches sich auf die Minimierung renaler und CV-Organschäden/-Ereignisse ausrichtet und präventive Therapieaspekte stärker berücksichtigt [9–11]. In jüngerer Zeit hat sich, insbesondere durch die Einführung neuer Therapieoptionen, viel getan. So wurden die internationalen Leitlinien für die Behandlung von Diabetikern mit Niereninsuffizienz aufgrund neuer Evidenzlage alleine in den vergangenen drei Jahren zweimal neu überarbeitet [10, 12].

Im Folgenden soll der aktuelle Stand hinsichtlich Diagnostik und Therapie für diese Patienten erörtert werden.

DM-assoziierte chronische Nierenerkrankungen

Die Pathogenese einer DM-assoziierten chronischen Nierenerkrankung ist multifaktoriell und betrifft verschiedenste strukturelle, physiologische, hämodynamische und inflammatorische Prozesse. Diese führen in der Summe zu einer progredienten Verschlechterung der Nierenfunktion, wobei sich die strukturellen Veränderungen bei Patienten mit T1DM und T2DM prinzipiell ähneln [13].

Das klassische Bild der diabetischen Nephropathie (Kimmelstiel-Wilson-Syndrom) wurde primär bei Patienten mit T1DM ohne weitere relevante Begleiterkrankungen beschrieben. Der typische Verlauf erfolgt über mehrere Stadien: Nach einer initialen Hyperfiltration der Nieren entwickelt sich eine Mikroalbuminurie, welche dann in eine Makroalbuminurie übergeht, worunter es schließlich zu einer progredienten Einschränkung der glomerulären Filtrationsrate (GFR) kommt [14]. Dieser initial als phasenhafter Verlauf beschriebene Prozess ist allerdings nach heutigem Wissen eher als Kontinuum aufzufassen. So kann die GFR bereits im Vorfeld einer manifesten, proteinurischen Nephropathie sinken.

Dies trifft in besonderem Maße auf Patienten mit T2DM zu. Hier können die morphologischen Veränderungen und der klinische Verlauf deutlich heterogener ausfallen. Ursache hierfür sind prädisponierende Begleiterkrankungen, zum Beispiel Hypertonus und Arteriosklerose, welche den Erkrankungsverlauf auch schon bei kurzer Diabetesanamnese modulieren können [2]. So findet sich beispielsweise bei Frauen mit metabolischem Syndrom häufig eine diabetische Nephropathie ohne Proteinurie [15].

Daher lässt sich – insbesondere bei T2DM – allein auf Grundlage rein klinischer Parameter oft nicht eindeutig klären, ob es sich um eine „diabetische Nephropathie“ infolge des Diabetes oder eine „nicht diabetische“ Nierenerkrankung als Folge von Komorbiditäten handelt. In der Praxis wird daher bei bekanntem Diabetes und charakteristischem klinischem Verlauf mit arteriellen Hypertonus und anderen mikrovaskulären Komplikationen meist von einer Diabetes-assoziierten Nierenerkrankung ausgegangen und auf eine Nierenbiopsie zur Diagnosesicherung mangels begrenzter therapeutischer Konsequenzen verzichtet (siehe unten).

Diagnostik, Screening

Bei Diabetikern sollte mindestens einmal jährlich die GFR und die Albuminurie bestimmt werden, um eine CKD frühzeitig zu erkennen: bei T2DM ab Diagnosestellung, bei T1DM spätestens ab dem 5. Jahr nach Diagnosestellung [11, 12, 16].

Hierbei wird:

1. Die GFR als „geschätzte“ glomeruläre Filtrationsrate, sogenannte eGFR bestimmt (eGFR = estimated GFR). Dies erfolgt mittels einer Schätzformel, deren Formelalgorithmus (vorzugsweise die CKD-EPI-Formel) das gemessene Serumkreatinin sowie demografische Daten einbezieht. Es ist hierbei zu beachten, dass die Aussagefähigkeit der

eGFR bei erheblichem Über- oder Untergewicht, hohem Lebensalter oder rascher Veränderung des Serumkreatinins limitiert sein kann [10, 11].

- Die Albuminurie mittels Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin (UACR) bestimmt, vorzugsweise aus dem Mittelstrahlurin des Morgenurins. Vorteile der UACR ist, dass sie eine von der Urinkonzentration unabhängige Bestimmung der Albuminausscheidung im Urin ermöglicht. Bei unklarem oder pathologischem Ergebnis ist eine wiederholte Kontrolle in dreimonatigen Abständen indiz

Gemäß internationaler Leitlinien ist die CKD definiert als

- Reduktion der eGFR auf $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$
- und/oder eine persistierende Proteinurie
- und/oder Hinweise andere strukturelle Auffälligkeiten der Niere, wie persistierende Hämaturie oder pathologische Veränderungen in der Bildgebung oder Histologie

welche für \geq drei Monate besteht [17]. Die Stadieneinteilung der CKD erfolgt aktuell über die die Klassifikation der KDI-GO-Initiative (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) [18].

Die Einteilung basiert auf zwei Parametern:

- der eGFR (das sogenannte „G“-Stadium) und

- der Albuminurie, vorzugsweise als UACR (das sogenannte „A“-Stadium) (Abb. 1).

Sowohl das Ausmaß der eGFR-Einschränkung (G-Stadium) als auch das Ausmaß der Albuminurie (A-Stadium) bestimmen das weitere Progressionsrisiko maßgeblich. Dies betrifft nicht nur das Progressionsrisiko der Nierenerkrankung (bis hin zur Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie), sondern auch das kardiovaskuläre Risiko [18,19].

Ab einer Niereninsuffizienz Stadium G3a wird generell eine Vorstellung beim Nephrologen empfohlen.

Für diabetische Patienten, die älter als 75 Jahre sind, sollte die Vorstellung beim Nephrologen spätestens aber ab dem Stadium G3b erfolgen

Jede höhergradige Nierenfunktionseinschränkung sowie Hinweise auf eine nicht diabetische Nierenerkrankung sind Anlass für eine unverzügliche Vorstellung beim Nephrologen [22]. Grundsätzlich ist in der klinischen Beurteilung der Nierenfunktion bei Diabetikern zu beachten: Nicht jede Nierenfunktionsverschlechterung muss Diabetes-bedingt sein. Klinische Hinweise, welche die Verdachtsdiagnose einer Niereninsuffizienz im Rahmen des Diabetes in Frage stellen, sind

- eine rasche Verschlechterung der Nierenfunktion/akutes Nierenversagen,
- unklare Hämaturie oder aktives Urinsediment,

- plötzlich auftretende oder rasch progrediente Proteinurie (insbesondere in Abwesenheit einer diabetischen Retinopathie oder bei plötzlich auftretendem Nephrotischem Syndrom),
- Diabetesdauer ≤ 5 Jahren bei Patienten mit T1DM:
- Verdacht auf Mitbeteiligung der Niere bei anderer Systemerkrankung (z. B. Vasculitis, monoklonale Gammopathie u. a.).

In der Abwesenheit solcher „Red Flags“ wird die CKD gewöhnlicherweise dem Diabetes zugeordnet und entsprechend behandelt. Je nach Stadium der Niereninsuffizienz sollten zwei- bis viermal im Jahr Kontrolluntersuchungen erfolgen.

Risikofaktoren

Bei der Entstehung und Progression einer CKD bei Diabetikern spielen sowohl modifizierbare als auch nicht-modifizierbare Risikofaktoren eine Rolle (Abb. 2). Von zusätzlicher Bedeutung ist, dass die Entstehung einer CKD bei Diabetikern mit einer weiteren deutlichen Erhöhung des ohnehin gesteigerten CV-Risikos verbunden ist. Diabetiker mit CKD zählen damit gemäß aktueller Kategorisierungen der Fachgesellschaften zur höchsten CV-Risikokategorie mit einem Zehn-Jahres-Risiko für CV-bedingte Mortalität $> 10 \%$ [19]. Dabei ist das erhöhte CV-Risiko nicht nur auf den DM und die meist be-

Abb. 1: Stadieneinteilung der chronischen Nierenerkrankung

| eGFR (ml/min/1,73 m ²) | Persistierende Albuminurie (UACR) | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------|
| | A1 ($< 30 \text{ mg/g}$) | A2 ($30\text{--}300 \text{ mg/g}$) | A3 ($> 300 \text{ mg/g}$) |
| G1 (≥ 90) | keine CKD | G2 A1 | G1 A3 |
| G2 (60–89) | Keine CKD | G2 A2 | G2 A3 |
| G3a (45–59) | G3a A1 | G3a A2 | G3a A3 |
| G3b (30–44) | G3b A1 | G3b A2 | G3b A3 |
| G4 (15–29) | G4 A1 | G4 A2 | G4 A3 |
| G5 (> 15) | G5 A1 | G5 A2 | G5 A3 |
| Grün: niedriges Risiko | Gelb: mittleres Risiko | Orange: hohes Risiko | Rot: sehr hohes Risiko |

Abkürzungen:

eGFR: geschätzte glomeruläre Filtrationsrate | UACR: Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin | CKD: chronische Nierenerkrankung

stehende arteriellen Hypertonie zurückzuführen. Vielmehr stellen die eingeschränkte GFR sowie eine erhöhte Albuminurie unabhängige CV-Risikofaktoren dar [17].

Therapie

Diabetiker mit CKD leiden an einer Multi-systemerkrankung mit deutlich erhöhtem CV-Risiko. Aufgrund dessen hat sich das therapeutische Vorgehen zunehmend weg von einer glukozentrischen Behandlungsstrategie hin zu einem multimodalen Therapiekonzept entwickelt. Um den Patienten als Ganzes zu behandeln, bedarf es einer koordinierten multidisziplinäre Behandlung, einschließlich der Primär- und Sekundärprävention weiterer diabetes-assoziiierter Komplikationen, wie arterielle Verschlusskrankheiten, Herzinsuffizienz etc. [9, 12, 16].

Zur Prävention bzw. Progressionshemmung der CKD, welche in der Folge auch das CV-Risiko mit minimiert, sind multifaktorielle Maßnahmen etabliert. Hierzu wurde von der globalen Leitlinieninitiative KDIGO in Zusammenarbeit mit der Amerikanischen Diabetes-Gesellschaft ein umfassendes Nieren-Herz-Risikomanagement vorgeschlagen (Abb. 3). Zentrale Bestandteile dieser Behandlungsstrategie sind Optimierung des Lebensstils, eine medikamentöse Erstlinientherapie, die auf die grundsätzliche Prävention kardiovaskulärer und renaler Schädigungen abzielt, sowie weiterführende therapeutische Maßnahmen zur weiteren Optimierung der Risikofaktoren, wie antihypertensive, antihyperglykämische und lipidsenkende Maßnahmen [12, 16].

Lebensstilinterventionen

Hierzu zählen unter anderem:

1. Beendigung des Rauchens,
2. ausgewogene Ernährung mit Empfehlungen zur
 - Proteinaufnahme (0,8 g Protein/kg Körpergewicht; im Falle einer Dialysebehandlung: 1,0–1,2 g Protein/kg Körpergewicht)
 - Salzaufnahme (< 5g Kochsalz/Tag),
3. körperlicher Aktivität (moderate Intensität, kumulative Dauer ≥ 150 min pro Woche),
4. Gewichtsreduktion [9, 11].

Multiple-Choice-Fragen

Die Multiple-Choice-Fragen zu dem Artikel „Nierenerkrankung und Diabetes“ von Prof. Dr. med. Oliver Jung finden Sie hier abgedruckt und im Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Portal vom 25. Juni 2023 bis 24. Dezember

2023 möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben.

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

Blutzuckerziel und Blutzuckertherapie

Das generelle Management des Diabetes bei CKD sollte sich an patientenspezifischen Faktoren orientieren. Hierzu zählen neben dem vorliegenden CKD-Schweregrad, vaskuläre Komplikationen, Komorbiditäten und Lebenserwartung. Dies gilt ebenso für die individuellen Voraussetzungen hinsichtlich Hyperglykämiewahrnehmung/-management sowie das Hypoglykämierisiko einer Therapie. Daher wird bei CKD statt einem absoluten Zielwerte ein HbA_{1c}-Zielkorridor empfohlen, der in Abhängigkeit von Alter und Komorbiditäten zwischen < 6,5 % und < 8,0 % liegt [12].

Auch die Nationale Versorgungs-Leitlinie (NVL) zum T2DM von 2021 sowie die Praxisempfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) von 2022 empfehlen das HbA_{1c}-Ziel individuell festzulegen und verschiedene Aspekte (z. B. Lebenserwartung, Alter und Komorbiditäten) in einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung zu berücksichtigen [11, 20]. Die NVL weist hierbei explizit darauf hin, dass auf der verfügbaren Studienbasis keine klaren Grenzwerte ableiten lassen [29]. Wenn möglich empfiehlt die DDG Patienten bei T1DM und T2DM zur Reduktion mikrovaskulärer Komplikationen einen HbA_{1c} von ca. 7 % anzustreben. Höhere Zielwerte sind generell akzeptabel bei eingeschränkter Lebenserwartung und wenn die Gefahren der Therapie die Vorteile überwiegen.

Zu beachten ist, dass die Genauigkeit der HbA_{1c}-Messung, als indirektes Messverfahren zur Bestimmung der glykämischen Status, mit fortschreitender Niereninsuffi-

zienz (insbesondere in den Stadien G4 und G5) aufgrund der verkürzten Lebensdauer der Erythrozyten abnimmt. Gerade bei diesen Patienten können kontinuierliche Glucosemonitoring-Systeme eine sinnvolle Ergänzung sein, auch wenn formal von Seiten der Hersteller keine Zulassung besteht [11, 12, 15].

Während bei T1DM eine Insulintherapie indiziert ist, gestaltet sich die Therapie bei T2DM aufgrund der zahlreichen mittlerweile zur Verfügung stehenden oralen Antidiabetika facettenreicher.

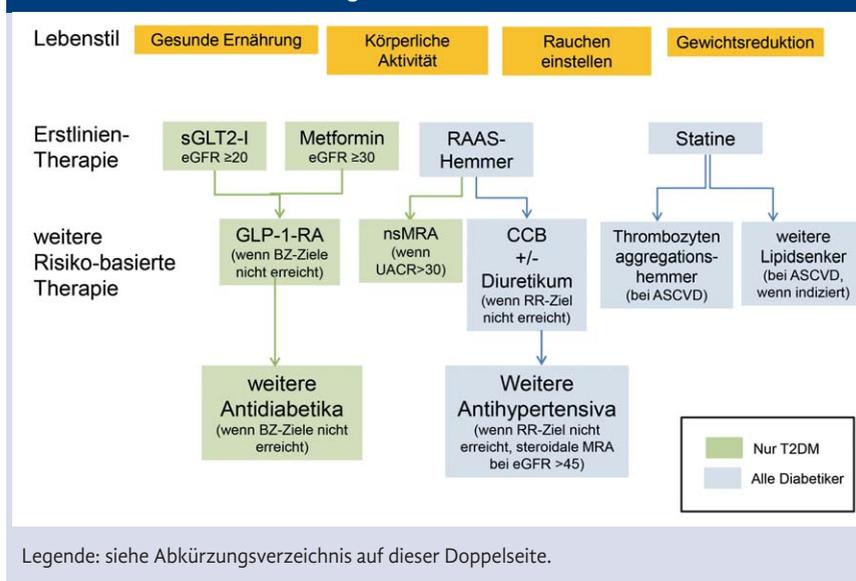
Ziel der Erstlinientherapie soll eine über eine alleinige Korrektur des Risikofaktors (z. B. Blutzucker, Blutdruck) hinausgehende Minimierung des renalen und des CV-Risikos sein [12, 16]. Die Entwicklung neuer pharmakotherapeutischer Ansätze in der Diabetestherapie hat hier neue Möglichkeiten und Perspektiven ergeben.

Sodium-Glucose-Transporter 2-Hemmer (SGLT2-I) wurden ursprünglich als orale Antidiabetika zur Behandlung des T2DM entwickelt und zugelassen. Die blutzuckersenkende Wirkung erfolgt über Hemmung des SGLT2 im proximalen Tubulus der Niere, über der der Großteil der glomerulär filtrierten Glukose rückresorbiert wird, sodass sich die renale Glukoseausscheidung erhöht und der Blutzuckerspiegel gesenkt wird [13]. In großen kardiovaskulären Endpunktstudien wurden für diese Substanzen positive Effekte auf CV-assoziierte und renale Endpunkte bei Patienten mit und ohne Diabetes nachgewiesen. Dabei sind diese substanzspezifischen Effekte nicht alleine auf die antihyperglykämische Wirkung, sondern auf zusätzliche pleiotrope Effekte zurückzuführen [21]. Daher sind SGLT2-I inzwischen nicht

Abb. 2: Risikofaktoren für Entstehung und Progression einer CKD nach [2]

| Modifizierbare Risikofaktoren | Nicht modifizierbare Risikofaktoren |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Albuminurie • Hyperglykämie • Hypertonie • Dyslipidämie • Übergewicht • Rauchen • Oxidativer Stress • Inflammation • Hohe Proteinzufuhr (diätetische Faktoren) | <ul style="list-style-type: none"> • Diabetesdauer • hohes Lebensalter • männliches Geschlecht • hereditäre Gründe (z. B. positive Familienanamnese) |

Abb. 3: Nieren-Herz-Risikomanagement



Legende: siehe Abkürzungsverzeichnis auf dieser Doppelseite.

nur zur Therapie des T2DM, sondern auch für Nicht-Diabetiker in der primären Therapie der Herzinsuffizienz (Empagliflozin, Dapagliflozin) sowie der Niereninsuffizienz (aktuell nur Dapagliflozin) zugelassen (für Empagliflozin steht zum aktuellen Zeitpunkt eine Zulassung noch aus).

Auch für die langwirksamen Glucagon-like peptide 1-Rezeptoragonisten (GLP-1-RA) ergaben sich in Studien ähnliche Hinweise zur Reduktion von CV- und renalen Endpunkten. Hinsichtlich einer Progressionshemmung der CKD bei Patienten mit und ohne DM ist die Wirksamkeit der GLP-1-RA aktuell nicht ausreichend belegt, so dass hier bisher keine über die Diabetes-therapie hinausgehende Indikationsausweitung erfolgt ist [12].

Auf dieser Grundlage empfiehlt die KDI-GO-Leitlinie als Erstlinientherapie bei

T2DM mit CKD die Gabe von Metformin und einem SGLT2-I, sofern möglich [12]:

- Metformin ist bis zu einer eGFR von 30 ml/min/1,73 m² zugelassen, bei einer eGFR zwischen 44 bis 30 ml/min/1,73 m² sollte die Dosis auf 2 x 500 mg reduziert werden. Bei Patienten mit einer eGFR von 59 bis 45 ml/min/1,73 m² und einem erhöhtem Risiko für ein akutes Nierenversagens oder Laktatazidose ist eine Dosisreduktion zu erwägen [12, 20].
- Eine Therapie mit SGLT2-I sollte bei allen T2DM-Patienten mit einer eGFR ≥ 30 ml/min/1,73 m² erfolgen; und dies unabhängig von der Blutzuckerkontrolle. Die Therapie sollte, falls toleriert, auch bei im Verlauf fallender eGFR fortgesetzt werden, bis eine Nierenersatztherapie begonnen wird.

- Sofern zur Glucosesenkung eine weitere Substanz benötigt wird, oder wenn eine SGLT-2I-Therapie nicht möglich ist, sollten GLP1-RA bevorzugt werden.

Die aktuelle NVL ist dahingehend in der Formulierung weniger eindeutig positioniert, was auch einem gewissen Dissens zwischen den beteiligten Fachgesellschaften geschuldet ist [20]: Sie empfehlen bei T2DM-Patienten

- mit hohem Risiko für eine klinisch relevante kardiovaskuläre Erkrankung: entweder Metformin als Monotherapie oder Metformin plus SGLT2-Hemmer oder plus GLP-1-RA,
- mit bestehenden relevanten kardiovaskulären Erkrankungen: eine Therapie mit Metformin plus SGLT2-Hemmer oder plus GLP-1-RA. Hierbei soll die Auswahl in Abhängigkeit vom priorisierten Therapieziel getroffen werden [11, 20].

Für Diabetiker mit T2DM und höhergradiger Niereninsuffizienz, die ihre individuellen HBA_{1c}-Ziele nicht erreichen, schlägt die NVL eine zusätzliche Behandlung mit DPP (Dipeptidylpeptidase)-4-Inhibitoren, Gliniden, GLP-1-RA oder Insulin vor.

Generell ist zu beachten, dass Menschen mit DM und CKD ein massiv erhöhtes Risiko für Hypoglykämien haben. Daher sollte die Nierenfunktion stadienabhängig alle 3/6/12 Monate kontrolliert werden und ggf. eine nierenfunktionsadaptierte Dosisanpassung der Antidiabetika erfolgen.

Blutdruckziele und Blutdruckeinstellung

Bei T1DM ist die arterielle Hypertonie meist Zeichen einer beginnenden diabetischen Nephropathie, während bei T2DM die Hypertonie häufig im Rahmen des metabolischen Syndroms besteht. Patienten mit CKD wiederum haben ebenfalls oft eine Hypertonie, wobei die Prävalenz mit zunehmender Nierenfunktionseinschränkung steigt. Ursächlich hierfür sind neben typischen Risikofaktoren eine Überaktivierung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (RAAS), eine gesteigerte sympathische Aktivität sowie eine gestörte Natrium- und Volumenelimination [22]. Die Blutdruckeinstellung ist essenziell, um die Progression der CKD und die CV-Morbidität zu reduzieren.

Die European Society of Hypertension (ESH) Leitlinie empfiehlt, dass für alle Menschen ein Blutdruck unter 140/90 mm

| Abkürzungsverzeichnis | |
|-----------------------|--|
| ACE | Angiotensin konvertierendes Enzym |
| ARB | Angiotensin-II-Rezeptor-1-Blocker |
| ASCVD | atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankungen (atherosclerotic cardiovascular disease) |
| BZ | Blutzucker |
| CKD | chronische Nierenerkrankung |
| CKD-EPI-Formel | Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration – die CKD-EPI-Formel ist eine Formel zur Errechnung der eGFR |
| CV | kardiovaskulär |
| DDG | Deutsche Diabetes Gesellschaft |
| DM | Diabetes mellitus |
| DPP-4-Inhibitoren | Dipeptidylpeptidase-4-Inhibitoren |
| GFR | glomeruläre Filtrationsrate |
| eGRF | geschätzte glomeruläre Filtrationsrate |
| ESH | European Society of Hypertension |
| GLP-1-RA | Glucagon-like peptide 1-Rezeptoragonisten |
| HbA _{1c} | adultes Hämoglobin – Wert zur Bestimmung des Blutzuckers |
| KDIGO-Initiative | Kidney Disease: Improving Global Outcomes-Initiative |
| MR | Mineralokortikoidrezeptoren |
| MRA | Mineralokortikoidrezeptor-Antagonisten |

Hg anzustreben ist [19]. Für Diabetiker mit Hypertonie wird ein systolischer Blutdruck-Zielwert von 130 mmHg oder leicht niedriger empfohlen, sofern der Patient dies gut toleriert. Eine Blutdruckabsenkung unter 120 mmHg soll bei Diabetikern aber vermieden werden.

Die KDIGO hingegen empfiehlt für alle Patienten mit CKD, auch für solche mit Diabetes, einen systolischen Zielblutdruck von < 120mmHg, sofern keine Dialysebehandlung erfolgt [23]. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass klar formuliert wird, dass es sich hierbei um eine Expertenmeinung mit begrenzter Evidenz handelt; Sicherheitsaspekte der Therapie sind zu berücksichtigen.

Aufgrund der Bedeutung des RAAS für die CKD bei Diabetikern sollte eine Therapie ACE (Angiotensin konvertierendes Enzym)-Hemmer oder Angiotensin-II-Rezeptor-1-Blocker (ARB) bei Diabetikern

1. mit Hypertonie und CKD erfolgen,
2. ohne Hypertonie mit persistierender Makroalbuminurie (Stadium A3) erfolgen,
3. ohne Hypertonie mit persistierender Mikroalbuminurie (Stadium A2) in Betracht gezogen werden.

Die Dosis sollte auf die maximal zugelassene oder maximal tolerierte Dosis gesteigert werden. Im Rahmen der Therapie mit ACE-Hemmer bzw. ARB kann ein Anstieg des Serumkreatinins um bis zu 30 % toleriert werden.

Eine Kombination von ACE-Hemmern und ARB sollte aufgrund der erhöhten Nebenwirkungsrisiken (z. B. Hyperkaliämie, Nie-

renversagen) vermieden werden. Dies gilt ebenso für eine Kombination mit direkten Renininhibitoren [12].

Lipidtherapie

In den aktuellen speziellen Empfehlungen zum DM-Management bei CKD der KDIGO wird zur Senkung der Lipide sowie zur Behandlung des Bluthochdrucks auf die allgemein geltende KDIGO-Leitlinien verwiesen [12, 24]. Hierbei gilt:

1. Nicht dialysepflichtigen Patienten mit CKD und Diabetes \geq 18 Jahren wird eine Therapie mit Statin oder Statin/Ezetimib empfohlen.
2. Bei Dialysepatienten ohne kardiovaskuläre Erkrankungen sollte keine Statintherapie neu begonnen werden. Falls eine Lipidsenker-Therapie bereits vor Dialyse bestand, kann sie fortgeführt werden.

Weitere Möglichkeiten der Progressionshemmung

Die Wirksamkeit der RAAS-Blockade durch ACE-Hemmer oder ARB zur Progressionshemmung bei CKD und zur Risikoreduktion CV-Ereignisse ist seit langem bekannt [22]. Der organoprotektive Effekt wird jedoch durch einen sogenannten Escape-Mechanismus des Aldosteron limitiert, wobei erhöhte Aldosteronspiegel zur Überaktivierung von Mineralokortikoidrezeptoren (MR) führen. Allerdings konnten etablierte Mineralokortikoidrezeptor-Antagonisten (MRA) wie Spironolacton oder Eplerenon in klinischen Studien keinen zusätzlichen Nutzen für die Prognoseverbesserung unter bestehender ACE-Inhibitor/ARB-Therapie bei Patienten mit CKD und Diabetes zeigen [25]. Der neu entwickelte nicht-steroidale MRA Finerenon verfügt über eine höhere MR-Selektivität bzw. -Affinität als frühere MRA. In Studien konnte gezeigt werden, dass Patienten mit T2DM, reduzierter eGFR und Albuminurie hinsichtlich renaler, aber auch CV-bedingter Ereignisse von einer zusätzlich Therapie mit Finerenon profitieren, während sich das Risiko für eine Hyperkaliämie nur moderat erhöhte [26, 27]. In der Folge wurde Finerenon im Jahr 2022 zur Behandlung der CKD im Stadium G3 und 4 mit Albuminurie bei Erwachsenen mit T2DM zugelassen.

| | |
|-----------|---|
| nsMRA | nicht steroidale Mineralokortikoidrezeptor-Antagonisten |
| NVL | Nationale Versorgungs-Leitlinie |
| RAAS | Renin-Angiotensin-Aldosteron-System |
| RR | Blutdruck |
| SGLT-2 | Sodium-Glucose-Transporter 2-Hemmer |
| T1DM/T2DM | Diabetes mellitus Typ 1/Typ 2 |
| UACR | Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin |

Die KDIGO-Leitlinie empfiehlt aktuell die Verwendung bei Patienten mit einer eGFR ≥ 25 ml/min/1,73 m² und einer UACR ≥ 30 mg/g vorbehaltlich einer bestehenden Normokaliämie. Weitere nicht-steroidale MRA (Apararenon, Esaxerenon) werden derzeit evaluiert [16].

Zusammenfassung

Patienten mit Diabetes und chronischer Nierenerkrankung leiden an einer Multisystemerkrankung mit deutlich erhöhtem CV-Risiko. Hinsichtlich der Prävention Diabetes-assoziiierter renaler und kardiovaskulärer Organschäden und Ereignissen hat sich das Spektrum der therapeutischen Möglichkeiten in den vergangenen Jahren deutlich erweitert.

Neben der seit langem bekannten Progesionshemmung durch ACE-Hemmer bzw. ARB stehen nun mit den SGLT-2-Inhibito-

ren, den GLP-1-RA und den nicht-steroidalen MRA nun innerhalb weniger Jahren völlig neue Optionen in der Primär- und Sekundärprävention zur Verfügung. Bei der Vielzahl der Möglichkeiten muss jedoch bedacht werden:

1. ACE-Hemmer/ARB, sGLT2-Inhibitoren und der nicht-steroidale-MRA Finerenon verursachen jeweils initiale hämodynamische Reduktionen der GFR. Gegebenenfalls kann es daher notwendig sein, die Hinzunahme und Aufdosierung dieser Medikamente sequentiell durchzuführen
2. Trotz ihrer positiven renalen und CV-Effekte sind SGLT2-I aufgrund der Gefahr der Ketoazidose bei T1DM nicht zugelassen.
3. Finerenon ist bei T1DM nicht zugelassen.
4. Auch wenn die Leitlinien und Empfehlung der verschiedenen nationalen und internationalen Fachgesellschaften in

Teilen voneinander abweichen: Morbiditäts- und altersabhängig müssen unterschiedliche Therapieziele angestrebt werden. Die empfohlenen Zielwerte und Therapiestrategien sollten immer nur Ausgangspunkte für die Entwicklung eines individualisierten Therapiekonzeptes für jeden einzelnen Patienten sein. Wichtig ist im Ende, dass die Patienten die Therapie auch im Hinblick auf die Nebenwirkungen tolerieren.

Prof. Dr. med. Dr. med. habil.

Oliver Jung

varisano Klinikum Frankfurt Höchst

E-Mail: oliver.jung@varisano.de

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

Multiple-Choice-Fragen: Nierenerkrankungen und Diabetes

VNR: 2760602023209620005

(eine Antwort ist richtig)

1. Wie viel Prozent der Patienten mit Typ 2 entwickeln eine diabetische Nephropathie?

- 1) 20 %
- 2) 40 %
- 3) 60 %
- 4) 80 %

2. Bei Diabetikern sollte die Nierenfunktion (GFR und Albuminurie) wie oft kontrolliert werden?

- 1) Jedes Quartal.
- 2) Mindestens einmal jährlich.
- 3) Frühestens nach zehn Jahren Diabetesdauer.
- 4) Nur bei klinischem Verdacht.

3. Welche Aussage ist falsch? Die Verdachtsdiagnose einer Nierenerkrankung im Rahmen des Diabetes sollte in Frage gestellt werden bei ...

- 1) ... Vorliegen einer diabetischen Retinopathie
- 2) ... unklarer Hämaturie

3) ... plötzlich auftretendem nephrotischem Syndrom

4) ... Vorliegen anderer Systemerkrankungen

4. Das Progressionsrisiko der diabetischen Nierenerkrankung wird unter anderem beeinflusst durch?

- 1) Die Albuminurie.
- 2) Die Hyperglykämie.
- 3) Den Hypertonus.
- 4) Alle drei Faktoren.

5. Welche HbA1c-Werte sollten bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung angestrebt werden?

- 1) Es sollte immer ein Ziel HbA1c von $< 6,0$ % angestrebt werden.
- 2) Der Ziel-HbA1c-Werte sollte in Abhängigkeit von Alter und Komorbidität festgelegt werden.
- 3) Ein Ziel HbA1c von $8,0$ % ist aufgrund des ohnehin erhöhten kardiovaskulären Risikos völlig ausreichend.

4) Eine HbA1c-Messung ist aufgrund der renalen Anämie unnötig.

6. Welche Aussage zur Therapie des Diabetes Typ 2 bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung ist richtig?

- 1) Die Therapie sollte neben der Blutzuckersenkung auch das renale und kardiovaskuläre Risiko minimieren.
- 2) Sie unterscheidet sich nicht von der Therapie bei Typ 1-Diabetes, da grundsätzlich eine Insulintherapie erfolgen sollte.
- 3) Metformin ist nur bei einer eGFR von > 60 ml/min/1,73 m² zugelassen.
- 4) Eine nierenfunktionsadaptierte Dosisanpassung ist bei oralen Antidiabetika nicht notwendig.

7. Welche Antidiabetika haben einen positiven Einfluss auf das kardiovaskuläre Risiko?

- 1) Sulfonylharnstoffe.
- 2) SGLT2-Hemmer.

- 3) DPP-4-Inhibitoren.
- 4) Insuline.

8. Welche Aussage zur Hypertonie bei Patienten mit Diabetes und Nierenerkrankung ist falsch?

- 1) Bei Typ 1-Diabetikern kann eine neu auftretende arterielle Hypertonie ein Hinweis auf eine diabetische Nephropathie sein.
- 2) Patienten mit Typ 2-Diabetes haben häufig eine vorbestehende Hypertonie im Rahmen des metabolischen Syndroms.
- 3) Es sollte stets eine Kombinationstherapie mit ACE-Hemmer und ARB eingeleitet werden.
- 4) Mit zunehmender Nierenfunktionseinschränkung steigt die Prävalenz des Hypertonus.

9. Welche weiteren Therapeutika können bei Typ 2-Diabetikern zur Senkung des renalen und kardiovaskulären Risikos im Rahmen der multimodalen Therapie eingesetzt werden?

- 1) Statine und nichtsteroidale MRA
- 2) Statine und Fibrate
- 3) Fibrate und nichtsteroidale MRA
- 4) Ein positiver Nutzen ist für keine weiteren Substanzen belegt.

10. Folgende Medikamente können eine initiale hämodynamische Reduktion der GFR bewirken:

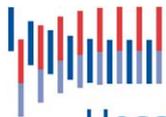
- 1) ACE-Hemmer und ARB
- 2) SGLT2-Inhibitoren
- 3) nichtsteroidale MRA
- 4) Der Effekt kann bei allen drei Substanzklassen auftreten.

MFA

Die Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Einschulungstermine der Berufsschulen

Die Sommerferien enden in diesem Jahr am 2. September 2023. Die Einschulungstermine der Berufsschulen liegen somit Anfang September. Die Einschulungstermine der für Ihre Auszubildende zuständigen Berufsschule können im Internet unter: <https://www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/berufsschulen> eingesehen werden.



Hessisches Krebsregister

Klinisch-epidemiologische Krebsregistrierung in Hessen

Webseminare des Hessischen Krebsregisters

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

| | | |
|---|---|--|
| Online-Erfassung im Meldeportal | Vorgestellt werden die Online-Erfassung von Krebsinformationen im kostenlosen Meldeportal und die unterschiedlichen Erfassungsmasken. Zudem werden die Meldeabläufe im Krebsregister erläutert. | Mi., 06.09.2023, 13:30–15:00 Uhr, online (Webex), 2 Fortbildungspunkte |
| Grundlagen der Tumordokumentation | Grundlegende Aspekte der Tumordokumentation werden zusammen mit Wissen zu den gängigen Klassifikationssystemen (ICD-10, ICD-O, TNM und OPS) vermittelt. | Di., 05.09.2023, 14:00–16:00 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte |
| Dokumentation des kolorektalen Karzinoms | Es werden Hinweise zur Tumordokumentation von kolorektalen Karzinomen gegeben. | Do., 02.08.2023, 13:30–15:30 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte |
| Dokumentation des Mammakarzinoms | Themen sind die standardisierte Tumordokumentation von Brusttumoren, die geforderten Mindestanforderungen und das Ergänzungsmodul „Mammakarzinom“. | Mi., 19.07.2023, 13:30–15:30 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte |

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



Literatur zum Artikel:

Nierenerkrankung und Diabetes

von Prof. Dr. med. Oliver Jung

- [1] Sun J et al., IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045 Diabetes Research and Clinical Practice. 2022, 183:109119 <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109119>
- [2] Alicic RZ, et al., Diabetic Kidney Disease. Clin J Am Soc Nephrol 2017, 12:2032–2045 <https://doi.org/10.2215/CJN.11491116>
- [3] Wolf G, New insights into the pathophysiology of diabetic nephropathy: from haemodynamics to molecular pathology. Eur J Clin Invest 2004, 34:785–796 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2362.2004.01429.x>
- [4] Caramori ML et al., Diabetes and Nephropathie. Curr Opin Nephrol Hypertens 2003, 12:273–282 <https://doi.org/10.1097/00041552-200305000-00008>
- [5] Martinez-Castelao A et al., The Concept and the Epidemiology of Diabetic Nephropathy Have Changed in Recent Years. J Clin Med 2015, 4:1207–1216 <https://doi.org/10.3390/jcm4061207>
- [6] Narres M et al., The Incidence of End-Stage Renal Disease in the Diabetic (Compared to the Non-Diabetic) Population: A Systematic Review. PLoS ONE 2016, 11:e0147329 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147329>
- [7] Afkarian M et al., Clinical Manifestations of Kidney Disease Among US Adults With Diabetes, 1988–2014, JAMA 2016, 321: 602–610 <https://doi.org/10.1001/jama.2016.10924>
- [8] diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) (2012) Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2012 https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/Gesundheitsbericht_2012_final.pdf
- [9] Schunk SJ et al., Heart and kidney disease: a cardiovascular high-risk constellation. Herz 2021, 46:206–211 <https://doi.org/10.1007/s00059-020-05012-z>
- [10] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group, Kidney Int 2020, 98(4S):S1–S115 <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.06.019>
- [11] Merker L et al., DDG-Praxisempfehlung: Nephropathie bei Diabetes, Diabetologie und Stoffwechsel 2022, 17(S 02): S327-S331 <https://doi.org/10.1055/a-1908-0801>
- [12] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group, Kidney Int 2022, 102(5S):S1–S127 <https://doi.org/10.1016/j.kint.2022.06.008>
- [13] DeFronzo RA et al., Pathophysiology of diabetic kidney disease: impact of SGLT2 inhibitors. Nat Rev Nephrol 2021, 17:319–334 <https://doi.org/10.1038/s41581-021-00393-8>
- [14] Amann K et al., Histomorphologie und Pathogenese der diabetischen Nephropathie. Nephrologe 2020 · 15:145–152 <https://doi.org/10.1007/s11560-020-00407-9>
- [15] Porrini E et al., Non-proteinuric pathways in loss of renal function in patients with type 2 diabetes. Lancet Diab Endocrinol 2015, 3:382–391 [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00094-7](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00094-7)
- [16] deBoer IA et al. Diabetes management in chronic kidney disease: a consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes. Diabetes Care 2022, 45(12):3075–3090 <https://doi.org/10.2337/dci22-0027>
- [17] Levey AS et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report. Kidney Int. 2011, 80(1):17–28 <https://doi.org/10.1038/ki.2010.483>
- [18] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int Suppl 2013, 3:1–150 <https://doi.org/10.1038/kisup.2012.73>
- [19] Cosentino F et al., 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Eur Heart J 2020, 41:255–323 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz486>
- [20] NVL Typ-2-Diabetes, 2. Auflage – Teilpublikation der Langfassung. AWMF-Register-Nr. nvl-001; Stand: 2021. <https://www.leitlinien.de/the-men/diabetes/2-auflage>

- [21] McGuire DK et al., Association of SGLT2 Inhibitors With Cardiovascular and Kidney Outcomes in Patients With Type 2 Diabetes: A Meta-analysis. *JAMA Cardiol* 2021, 6:148–158 <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.4511>
- [22] Xie X et al., Renin-Angiotensin System Inhibitors and Kidney and Cardiovascular Outcomes in Patients With CKD: A Bayesian Network Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *Am J Kidney* 2016, 67:728–741 <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.10.011>
- [23] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group, *Kidney Int* 2021, 99(3S):1–87 <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.11.003>
- [24] Wanner C et al., KDIGO Clinical Practice Guideline for Lipid Management in CKD: summary of recommendation statements and clinical approach to the patient. *Kidney Int* 2014, 85:1303–1309 <https://doi.org/10.1038/ki.2014.31>
- [25] Al Dhaybi O, et al. Mineralocorticoid antagonists in chronic kidney disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2017, 26:50–55 <https://doi.org/10.1097/MNH.0000000000000290>
- [26] Bakris GL et al., Effect of Finerenone on Chronic Kidney Disease Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2020, 383:2219–2229 <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2025845>
- [27] Pitt B et al., Cardiovascular Events with Finerenone in Kidney Disease and Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2021; 385:2252–2263 <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2110956>.

Peritonealdialyse

VNR: 276060203210520004

PD Dr. med. habil. Horst-Walter Birk



Foto: PD Dr. med. Horst-Walter Birk

Ein Abkürzungsverzeichnis findet sich am Ende des Artikels S. 436.

Einleitung

Peritonealdialyse (PD) bietet als kontinuierlich durchgeführte Heimtherapie dialysepflichtigen Patienten im Vergleich zu den intermittierenden Hämodialyse (HD)-Verfahren (Zentrums-HD, Heim-HD) viele Vorteile, wird jedoch in Deutschland nur selten eingesetzt. Aus dem geringen Verbreitungsgrad folgt ein geringer Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung und im Kollegenkreis. Defizite in der PD-Ausbildung von Nephrologen und Mangel an PD-erfahrenem Dialysepflegepersonal erschweren die Entscheidung zum Einsatz von PD-Verfahren [1]. Besonders kränkeren und älteren Patienten ohne Fähigkeit zur Selbstbehandlung bleibt die Option einer PD-Heimtherapie meist verwehrt, wenn familiäre Helfer fehlen. Der nachfolgende Artikel stellt die wichtigsten Aspekte der Peritonealdialyse vor.

Kontraindikationen für PD

Absolute Kontraindikationen: grundsätzlich der Verlust der peritonealen Funktion; ausgeprägte abdominelle Adhäsionen; operativ nicht sanierbare Hernien; physisches oder geistiges Unvermögen, PD durchzuführen, kein Helfer verfügbar [2]. Relative Kontraindikationen: Anus praeter oder Stoma, aktive chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, rezidivierende oder kürzlich durchgemachte Divertikulitiden, riesige Zystennieren, Anurie.

Vor- und Nachteile der PD

PD und HD sind bezüglich des Patientenüberlebens gleichwertige Alternativen, PD bietet Dialysepatienten als kontinuierliches Heimverfahren aber eine höhere Lebensqualität [3]. Gründe sind das Fehlen HD-typischer, dem intermittierenden

Charakter dieses Verfahrens geschuldeter Beeinträchtigungen (wechselndes Wohlbefinden bei Schwankungen des Hydrationsgrades und der Retentionsparameter, Blutdruckabfälle an Dialyse, Shuntpunktionen, Antikoagulation), eine freiere Urlaubsplanung, der längere Erhalt der renalen Restfunktion (RRF) und deutlich geringere diätetische Einschränkungen. PD-Patienten müssen ihre Trinkmenge nicht oder wenig einschränken, die HD-typischen Diätbeschränkungen bezüglich der Kaliumzufuhr entfallen meist. Erhaltene RRF und kontinuierliche Kalium-Elimination führen bei der Mehrzahl der PD-Patienten zu einer leichten Hypokaliämie, trotz freien Konsums von Obst und Gemüse sind Hyperkaliämien sehr selten. Der Erhalt der RRF ist mit reduzierter Mortalität verbunden und deshalb ein zentrales Therapieziel [4]. Da die RRF unter PD in der Regel länger erhalten bleibt, entstand das integrative Konzept der Nierenersatztherapie: Bei Eintreten der Dialysepflichtigkeit sollte – wenn eine Lebendnieren-Transplantation nicht möglich ist – die Dialyse mit PD begonnen werden, um die RRF zu schonen (Abb. 1) [5]. Als nachteilig für PD können die täglich mehrfach durchzuführenden Beutelwechsel, die regelmäßig notwendige Exitpflege und die dabei einzuhaltenden Hygienemaßnahmen empfunden werden. Zur Prophylaxe von Exitinfektionen soll auf Baden in der Badewanne und möglichst auch in Schwimmbädern verzichtet werden. Die Resorption von Glukose aus den PD-Lösungen kann zur Gewichtszunahme führen. Das Risiko für abdominelle Hernien ist erhöht, Heben und Tragen schwerer Lasten (> 5–10 kg) soll vermieden werden, ebenso mit Erhöhung des intraabdominellen Drucks verbundene Sportarten.

Besondere Indikationen für PD

Kardio-, pulmo- und hepatorenales Syndrom: Der kontinuierliche 24/7-Charakter

der PD-Behandlung führt zu einer besseren UF-Toleranz bei Patienten mit kardiovaskulären Vorerkrankungen. Eine erfolgreiche Entwässerung von akut oder chronisch überwässerten Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz ist mit PD ohne Blutdruckabfälle möglich. Insbesondere Patienten mit Aszites profitieren von der PD [6] [7]. Ein Konsensuspapier von Kardiologen und Nephrologen definiert die Einsatzmöglichkeiten von Nierenersatzverfahren zur Volumenkontrolle bei kardio-renalen Syndromen, auch schon bei Nierensuffizienz im Stadium 4 (GFR < 30 ml/min) [8]. Da diese schwerkranken Patienten selten zu einer Selbstbehandlung fähig sind, wird eine Assistenz bei der PD benötigt. Kann dies die Familie nicht leisten, muss eine assistierte Behandlung in Form der intermittierenden PD (IPD) in Dialysezentren oder an nephrologischen Kliniken durchgeführt werden.

PD-Katheter statt HD-Vorhofkatheter:

Bei älteren Dialysepatienten ist aus vaskulären oder kardialen Gründen die Anlage eines HD-Shunts häufig nicht möglich, meist wird eine HD über Vorhofdauerkatheter eingeleitet. Da ein Dialysebeginn über HD-Vorhofdauerkatheter mit häufigen Infektionen und erhöhter Mortalität verbunden ist [9], unterliegt deren Einsatz einer Kontrolle durch die Qualitätssicherung, in Hessen lag die Quote in 2019 bei 20 % [10]. Gemäß den Leitlinien für Dialysezugänge sollte vor Einsatz eines HD-Vorhofdauerkatheters immer die PD-Alternative geprüft werden [11], in der Praxis ist PD aber wegen häufig fehlender Selbstbehandlungsfähigkeit nur selten umsetzbar. In 2019 waren 42,6 % der inzidenten Dialysepatienten älter als 75 Jahre [10] – für diese große Patientengruppe fehlt die Option einer Pflegedienst-assistierten Heimbehandlung besonders.

PD bei Diabetikern: Infolge der 24/7-Dialyse-Dauerbehandlung unter kontinuier-

lich ambulanter PD (CAPD) und kontinuierlich cyclischer PD (CCPD) sowie der meist gut erhaltenen RRF kommt es bei PD-Patienten trotz des reichlichen Konsums von Gemüse nur sehr selten zur Hyperkaliämie. Aufgrund dieser für Diabetiker sehr vorteilhaften Diätsituation ist eine PD-Behandlung für inzidente diabetische Dialysepatienten empfehlenswert. Die leicht erhöhte Glukosezufuhr über Resorption aus den Dialyselösungen kann durch Erhöhung der antidiabetischen Medikation in der Regel problemlos kompensiert werden.

Einleitung der PD

Zur Durchführung der PD wird ein Silikonkatheter offenchirurgisch oder laparoskopisch im Unterbauchbereich paramedian so in die Bauchhöhle implantiert, dass die Spitze am tiefsten Punkt des kleinen Beckens zu liegen kommt.

Es gibt verschiedene PD-Kathedertypen. Für eine gute Funktion ist aber weniger der Kathedertyp als vielmehr die Erfahrung des Chirurgen maßgeblich. PD-Katheterimplantationen sollten deshalb bevorzugt in überregionalen PD-Kompetenzzentren erfolgen.

Der PD-Katheter wird operativ von innen durch das Peritoneum geführt, in einem kranialgerichteten Bogen durch die

Bauchdeckenmuskulatur und Subkutis getunnelt und seitlich am „Exit“ nach außen geleitet. Zur Prävention entlang des Katheters aufsteigender bakterieller Infektionen sollte der PD-Katheter im extraperitonealen Verlauf zwei zirkuläre Faserstoff-Muffen haben, in die das umliegende Bindegewebe abdichtend und fixierend einwachsen kann [12]. Bei elektiver Dialyseeinleitung wird empfohlen, die PD-Behandlung erst nach einer Einheilungsphase von 14 Tagen zu beginnen [13], um ein Wiederaufbrechen der OP-Wunde und das Auftreten einer Dialysat-Leckage zu vermeiden. Meist wird für eine Woche ein reduziertes Füllvolumen (FV) eingesetzt, danach das FV schrittweise bis auf das gängige PD-Dialysatbeutel-Volumen von 2.000 ml gesteigert. Bei Patienten mit dringlicher Dialyseindikation kann eine PD-Einleitung mit vertretbarem Komplikationsrisiko auch früher erfolgen [14], entweder als CAPD mit initial meist nur 500 ml FV (Tag 3–7) oder unter stationären Bedingungen als Akut-PD schon ab dem ersten postoperativen Tag mittels automatisierter PD (APD) im Liegen [15]. Während der stationär oder ambulant durchführbaren PD-Einleitung vermitteln erfahrene PD-Pflegekräfte den neuen PD-Patienten das zur selbstständigen Durchführung der PD notwendige Wissen und üben notwendige Praktiken schrittweise

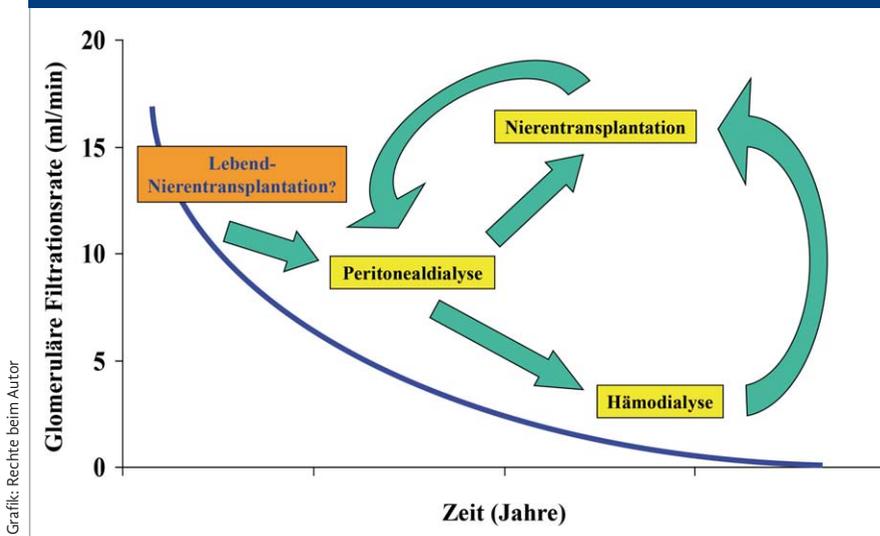
ein. Wichtig zur Prophylaxe späterer PD-assoziiierter Infektionen ist das Erlernen der bei den Beutelwechseln und der Exitpflege notwendigen Hygienemaßnahmen. Hierzu gehören die sorgfältige Händedesinfektion, das Tragen eines Mundnassenschutzes und die Flächendesinfektion des PD-Arbeitstisches. Das zur häuslichen PD-Durchführung benötigte Inventar sowie das Verbrauchsmaterial werden den Patienten monatlich nach Hause geliefert. Zur Dokumentation der PD-Therapie führen die Patienten ein Protokoll (Gewicht, Blutdruck, Ein- und Auslaufvolumina), das bei den nachfolgend monatlichen Vorstellungen im Dialysezentrum zur Kontrolle des Behandlungsregimes dient. Zudem werden hierbei der körperliche Status der Patienten, der Katheter-Exit und -Tunnelverlauf, die Medikation sowie dialyserelevante Laborparameter kontrolliert.

PD-Verfahren

Prinzip der PD ist die regelmäßige Füllung der vom Peritoneum ausgekleideten Bauchhöhle mit steriler Dialyselösung über den PD-Katheter (Abb. 2). Über das gut durchblutete Peritoneum kommt es durch Diffusion und Osmose zum Übertritt von Urämietoxinen und Plasmawasser in die Dialyselösung. Nach mehrstündiger Verweilzeit (VWZ) besteht ein Konzentrationsäquilibrium von Blut und Dialysat. Dann lässt man die Urämietoxin-haltige Dialyselösung wieder ablaufen, gefolgt von einer erneuten Füllung mit frischer Lösung. Die PD-Lösungen werden in Plastikbeuteln geliefert, ein vormontiertes γ -Schlauchset dient zur Verbindung des Dialysatbeutels mit dem Endstück des PD-Katheters und einem für den Ablauf bestimmten Leerbeutel. Besondere Aufmerksamkeit ist bei der Konnektion von PD-Katheter und Schlauchansatz des Dialysebeutelsets notwendig, das Einbringen von Bakterien kann zur PD-assoziierten Peritonitis führen.

Bei der PD-Heimtherapie kommen zwei unterschiedliche PD-Verfahren zum Einsatz. Die meisten Patienten behandeln sich mit der kontinuierlichen ambulanten PD (CAPD), einem rein manuellen Verfahren bei dem in der Regel täglich vier Beutelwechsel (Dauer 20–30 Minuten) mit je zwei Litern FV durchgeführt werden. Die

Abb. 1: Schema der integrativen Nierenersatztherapie („PD First“)



Grafik: Rechte beim Autor

Abb. 1: „PD-First“: Zum bestmöglichen Erhalt der renalen Restfunktion sollte die Dialysebehandlung bei inzidenten Patienten mit Peritonealdialyse begonnen werden falls eine Lebend-Nierentransplantation nicht möglich ist (modifiziert nach [5]).

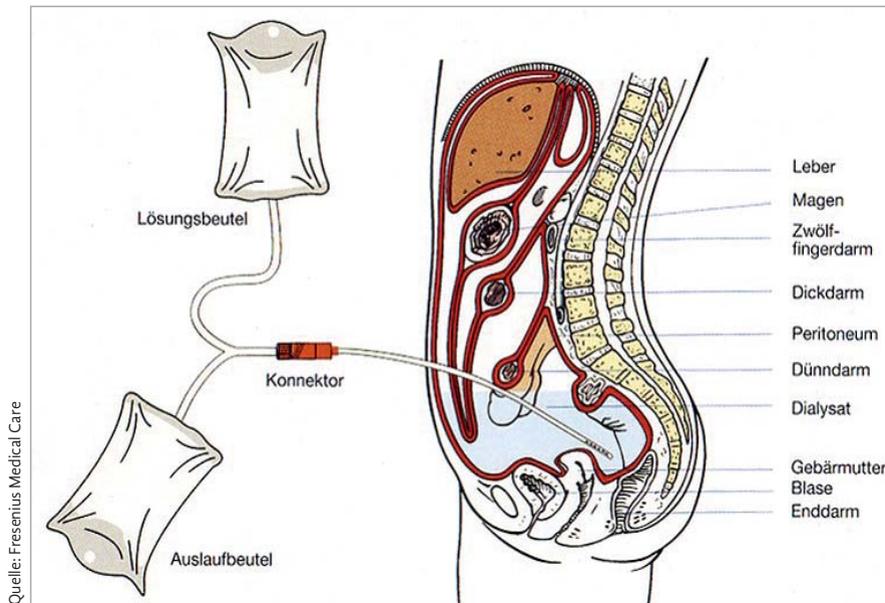


Abb. 2: Schema Peritonealdialyse

Beutel werden an einen Infusionsständer aufgehängt, die Lösungen laufen per Schwerkraft ein und aus.

Während der Tageszeit erfolgen die Wechsel meist in 5-Stunden-Intervallen (z. B. um 7, 12, 17 und 22 Uhr), die abends eingefüllte Lösung verbleibt während der gesamten Nacht (neun Stunden) bis zum ersten Wechsel am Folgetag im Bauch. Bei der automatisierten PD (APD) werden mehrere (drei bis sechs) Lösungswechsel nachts während des Schlafens über einen Zeitraum von acht bis zehn Stunden von einer mittels Chipkarte programmierbaren Wechelpumpe, dem Cycler, durchgeführt. Der Patient ist über ein rund drei Meter langes Schlauchsystem mit dem neben dem Bett stehenden Cycler und einem Ablaufkanister verbunden. Für die APD werden meist zwei fünf-Liter-Beutel Dialysatlösung eingesetzt. Bei der kontinuierlichen cyclischen PD (CCPD) wird der Bauch bei Beendigung der nächtlichen Behandlung vom Cycler nochmals mit Dialyselösung gefüllt („last bag“), die dann über den Tag bis zum abendlichen Anschließen im Bauch verbleibt. Bei der nächtlich intermittierenden PD (NIPD) wird auf diese letzte Füllung verzichtet.

APD kommt meist bei tagsüber arbeitenden Patienten zum Einsatz, für die CAPD wegen fehlender Wechsellmöglichkeit am Arbeitsplatz nicht infrage kommt. Die intermittierende PD (IPD) ist eine in Dialy-

sezentren oder an nephrologischen Kliniken in der Regel dreimal wöchentlich über eine Dauer von bis zu zehn Stunden meist als APD (10–15 Liter Dialysat) durchgeführte und durch Dialysepflegepersonal assistierte PD-Form. Im Vergleich zur kontinuierlichen 24/7-CAPD/CCPD beträgt die durch IPD erzielbare Dialyseclearance nur rund 15–20 %, Patienten ohne RRF sind damit kaum adäquat behandelbar. Zur intermittierenden Entwässerung nicht terminal niereninsuffizienter Patienten mit kardioresnalen Syndromen, insbesondere mit Aszites, ist IPD hingegen oft gut geeignet.

PD-Lösungen

Das Peritoneum resorbiert physiologischerweise Flüssigkeit aus dem Bauchraum. PD-Dialysatlösungen enthalten deshalb neben Elektrolyten und Puffersubstanzen auch Osmolyte, um der Resorption während der Verweilzeiten (VWZ) entgegen zu wirken. Als Osmolyt dient meist Glukose, aber auch Aminosäuren und das Glukose-Polymer Icodextrin werden eingesetzt. Glukosehaltige PD-Lösungen sind in drei unterschiedlichen Glukose-Konzentrationsvarianten einsetzbar.

Die Transporteigenschaften des Peritoneums und damit die Geschwindigkeit des Solut-Transfers variieren von Mensch zu Mensch. Über den peritonealen Äquilibra-

tionstest (PET) lassen sich langsame, mittelschnelle und schnelle Transporttypen definieren. Der Transporttyp bestimmt das PD-Regime, d. h. die Auswahl der individuell geeigneten PD-Dialysatlösungen und der VWZ [16].

Wenn neben der Clearance von Urämiotoxinen auch eine Flüssigkeitsentfernung angestrebt wird, kommen PD-Lösungen mit höheren Glukosekonzentrationen zum Einsatz, die über stärkere osmotische Kräfte zum vermehrten Einstrom von Flüssigkeit über das Peritoneum in den Bauchraum führen. Wenn das Auslauf- das Einlaufvolumen übersteigt, bezeichnet man die Differenz als Ultrafiltration (UF). Da auch Glukose über das Peritoneum rückresorbiert wird, beeinflusst die VWZ die UF maßgeblich. Patienten mit schnellem Transporttyp müssen deshalb entweder mit sehr kurzen VWZ über eine APD behandelt werden oder mit Icodextrinlösung in der langen VWZ. Das Glukosepolymer Icodextrin wird vom Peritoneum nicht resorbiert und erlaubt über Kolloid-Osmose bei langen VWZ eine UF zu erzielen. Der langjährige Kontakt mit Dialyselösungen führt zu strukturellen und funktionellen Veränderungen des Peritoneums. Fibrosierungsprozesse führen zur Verdickung und vermehrte Vaskularisierung zur erhöhten Permeabilität des Peritoneums, klinisch imponiert im Verlauf der Jahre meist eine Abnahme der UF. Der Einsatz der PD-Therapie ist deshalb nur zeitlich befristet möglich, meist über einen Zeitraum von fünf bis acht Jahren.

Adäquate PD und Qualitätskontrolle

Eine adäquate PD-Behandlung muss folgende Bedingungen erfüllen: Der Patient sollte bei hoher Lebensqualität möglichst symptomarm, bei möglichst gut erhaltener RRF ödemfrei und normotensiv, mit möglichst wenigen diätetischen Einschränkungen ohne Hyperphosphatämie normal ernährt und bezüglich der Dialyseclearance ausreichend behandelt sein [17]. Auf Berechnungen der Dialyseclearance kann verzichtet werden, auch die neuen IQTIG-Kriterien (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) zur Qualitätssicherung fordern dies nicht mehr [18].

Mögliche Komplikationen bei PD

Hernien, Leckagen, Hydrothorax: Die Füllung der Bauchhöhle mit Dialyselösung führt, insbesondere beim Husten, auch beim Heben schwerer Lasten, zur Erhöhung des intraabdominellen Drucks. Bei entsprechend disponierten Patienten kann dies zur Ausbildung von abdominalen Hernien führen, bei offenem Prozess vaginalis auch zu einer Hydrozele. Unter PD aufgetretene Hernien sollten unter Netz-Einlage operativ verschlossen werden, danach eine 14-tägige PD-Pause folgen. Durch ein Wiederaufbrechen des Wundverschlusses um den PD-Katheter im Bereich des Peritoneums kann es zur Dialysatleckage kommen, bei frisch implantierten Kathetern tritt dann Dialysat über den Exit aus, Leckagen im späteren PD-Verlauf führen zu Bauchwandödem. Wenn eine zwei- bis dreiwöchige PD-Pause nicht zum Verschluss führt, muss eine operative Abdichtung erfolgen.

Sehr selten kommt es – insbesondere bei Frauen – direkt nach Beginn der PD-Behandlung zur Ausbildung eines meist rechtsseitigen Pleuraergusses. Über präformierte Undichtigkeiten der basalen Pleura kann Dialyselösung aus der Bauchhöhle in die Pleurahöhle einströmen. Beweisend für diese Hydrothorax genannte Leckageform sind gegenüber dem Blut erhöhte Glukosekonzentrationen im Pleurapunktat. Obwohl der Versuch einer Abdichtung durch Videothorakoskopie-assistierte Pleurodese im Einzelfall indiziert sein kann, sollte in der Regel die PD beendet und der Patient an die HD überführt werden [19].

Katheterfehlfunktionen: Zu Beginn der PD-Behandlung kommt es bei unauffälligen Dialysateinläufen häufig zu unvollständigen Ausläufen. Grund sind PD-Katheterfehllagen, die meist durch Obstipation bedingt und durch intensive Abführmaßnahmen korrigierbar sind.

Bei länger hochgeschlagenen Kathetern besteht die Gefahr einer Umschlingung durch das Omentum, das auch in das Katheterlumen einwachsen und zum kompletten Verschluss führen kann. Eine laparoskopische Desobliteration und Lagekorrektur ist meist erfolgreich.

Bei Einlaufstörungen ist eine Darstellung des PD-Katheters nach Einspritzen von Röntgenkontrastmittel indiziert. Ist das Katheterlumen durch Fibrinthromben oder Blutkoagel verlegt, kann eine Lysebehandlung versucht werden. Ein PD-Katheterwechsel ist nur sehr selten nötig. Bei Knickbildungen des PD-Katheters im Tunnelverlauf muss eine operative Korrektur erfolgen [19].

Exit-/Tunnelinfektionen: Affektionen des Exits sind häufig. Das Spektrum reicht von leichter Krustenbildung über Hautrötungen, Ausbildung von Granulationsgewebe bis zur floriden bakteriellen Infektion mit Eiterung. Wichtigste prophylaktische Maßnahmen sind Mundnasenschutz, Händedesinfektion, regelmäßige Exitpflege mit hautfreundlichen Desinfektionsmitteln sowie eine „wackelfreie“ Fixierung des Katheters über den Pflasterverband. Bei Rötungen muss durch Abstrich nach einer möglichen bakteriellen Ursache gesucht werden, therapeutisch kann eine lokale Antibiotikatherapie sinnvoll sein. Granulome sind meist Folge von Hautläsionen durch einen nicht ausreichend fixierten PD-Katheter mit konsekutiver bakterieller Infektion, die Behandlung erfolgt durch vorsichtige Ätzung mit Silbernitrat in Kombination mit lokalen Antibiotika.

Bei eitriger Exitinfektion ist eine Beteiligung des Kathetertunnels möglich, die Tunnelsonographie erlaubt die Abgrenzung unterschiedlicher Schweregrade und bestimmt neben dem mikrobiologischen Befund die nachfolgende Antibiotikatherapie, häufigste Erreger sind grampositive Hautkeime. Nur sehr selten wird eine Explantation des PD-Katheters bei Abszessen im Tunnel, chronisch rezidivierenden Infektionen oder einer begleitenden Peritonitis notwendig [19, 20].

PD-assoziierte Peritonitis: Diese früher gefürchtete PD-Komplikation tritt heute nur noch selten auf, erfahrene PD-Zentren in Deutschland berichten Inzidenzen zwischen 1:50 und 1:70 Monaten, die internationalen Leitlinien fordern Inzidenzen > 1:30 [21]. Wichtigste prophylaktische Maßnahmen sind das Einhalten der im Patiententraining erlernten Techniken für Beutelwechsel und Hygiene. Risikofaktoren sind Exit-/Tunnelinfektionen sowie ei-

ne Besiedelung des Nasenrachenraumes mit pathogenen Keimen.

Erstes Symptom einer Peritonitis ist ein durch erhöhte Leukozytenzahlen im Dialysat hervorgerufener trüber Auslauf, Bauchschmerzen können initial fehlen. Sehr wichtig ist der schnelle Beginn einer Antibiotikatherapie: PD-Patienten sind angehalten, sich bei einem trüben Auslauf sofort in ihrem Dialysezentrum oder im überregionalen PD-Kompetenzzentrum vorzustellen und den Auslaufbeutel zur mikrobiologischen Diagnostik mitzubringen. Bei der primär kalkulierten Antibiotikagabe müssen grampositive und -negative Erreger abgedeckt werden, häufig wird eine Kombination aus Vancomycin und Drittgenerations-Cephalosporin eingesetzt. Nach Verfügbarkeit des mikrobiologischen Befundes – in der Mehrzahl grampositive Erreger – wird auf eine gezielte Antibiose umgestellt. Unter einer je nach Erreger zwei- bis dreiwöchigen, ambulant fortgesetzten intraperitonealen oder oralen Antibiotikatherapie kommt es in den meisten Fällen zur folgenlosen Ausheilung der Peritonitis.

Zu ernstesten Verläufen kann es bei gastrointestinal verursachten Peritonitiden unter PD-Therapie kommen, hierbei finden sich gramnegative Darmbakterien im Dialysat, häufig als Mischinfektion. Ursächlich können Durchwanderungsinfektionen bei Diarrhoe, aber auch gedeckt oder offen perforierte Divertikulitiden sowie andere Darmerkrankungen sein. Bei Nachweis gramnegativer Erreger oder Candidaspezies im Dialysat sollten PD-Patienten zur stationären Weiterbehandlung in das kooperierende PD-Kompetenzzentrum eingewiesen werden. Zur Diagnostik müssen zeitnah ein Abdomen-CT und ein chirurgisches Konsil erfolgen, der PD-Katheter muss meist (bei Candida immer) entfernt und der Patient an die HD transferiert werden [19, 21].

MauPD-Studie: Warum haben wir so wenig PD in Deutschland?

Die PD-Rate bei prävalenten Dialysepatienten in Deutschland lag 2019 bei 6,1% [10], alle europäischen Nachbarländer verzeichnen deutlich höhere Raten. Mit dem MauPD-Projekt (Multidimensionale Analyse der Ursachen für die niedrige Prä-

| Abkürzungsverzeichnis | |
|-----------------------|---|
| APD | Automatisierte Peritonealdialyse |
| CAPD | Kontinuierliche ambulante PD |
| CCPD | Kontinuierliche cyclische PD |
| DGfN | Deutsche Gesellschaft für Nephrologie |
| FV | Füllvolumen |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GFR | Glomeruläre Filtrationsrate |
| HD | Zentrums-Hämodialyse |
| IMVR | Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft |
| IPD | Intermittierende PD |
| IQTIG | Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen |
| MauPD-Projekt | Studie Multidimensionale Analyse der Ursachen für die niedrige Prävalenz der ambulanten PD in Deutschland |
| NADia | Netzwerk Assistierte Dialyse |
| NIPD | Nächtlich intermittierende PD |
| PD | Peritonealdialyse |
| PET | Peritonealer Äquilibrationstest |
| RRF | Renale Restfunktion |
| UF | Ultrafiltration |
| VWZ | Verweilzeit |

valenz der ambulanten Peritonealdialyse in Deutschland) hat ein Konsortium unter Leitung des IMVR (Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft) an der Universität zu Köln, unterstützt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), eine multidimensionale Analyse der PD-Situation in Deutschland erstellt.

Zentrales Ergebnis ist, dass die niedrige PD-Rate im Wesentlichen Folge struktureller Defizite bezüglich der Ausbildung von Nephrologen (40 % haben PD in der Facharztausbildung kaum/gar nicht kennengelernt) sowie der Aufklärung inzidenter Dialysepatienten (41 % wurden nicht über PD aufgeklärt) ist. Obwohl 51 % der befragten Nephrologen die Lebensqualität unter PD als höher ansehen und 55 % bei eigener Dialysepflichtigkeit eine PD-Behandlung wählen würden, liegt die PD-Rate in deren Dialysezentren bei nur 10,5 %. Als größte Hürden für PD wurden benannt:

- 1) fehlende Patienteneignung wegen Alter und Multimorbidität,
- 2) fehlende finanzielle Anreize, fehlende Vergütung für assistierte PD,
- 3) persönliche Faktoren,
- 4) ärztliche Defizite in der Facharztausbildung und
- 5) mangelnde Strukturen für PD-Verfahren [1, 22].

Wie können wir PD in Deutschland fördern?

Als Konsequenz aus der MauPD-Studie haben der Innovationsausschuss des G-BA [23] und die Deutsche Gesellschaft für

Nephrologie (DGfN) mit einem Zehn-Punkte-Plan [24] jeweils erfolgversprechende Vorschläge zur Verbesserung der PD-Situation in Deutschland vorgelegt. Beide fordern die Sicherstellung einer lückenlosen Aufklärung inzidenter Dialysepatienten durch Einführung strukturierter Aufklärungsbögen.

Auch die Verbesserung der Nephrologenausbildung ist ein gemeinsames Anliegen beider Institutionen. Um angehenden Nephrologen genügend Erfahrungen im Umgang mit PD-Patienten zu vermitteln, sollten die Weiterbildungseinrichtungen neben interkurrent stationären PD-Patienten auch ambulante PD-Patienten betreuen können. Die DGfN fordert deshalb für Weiterbildungsinstitutionen einen Zugang zur ambulanten Behandlung von Dialysepatienten, zudem wird die Einführung eines Dialyseregisters zur Qualitätssicherung der Heimdialyse vorgeschlagen. Leider haben G-BA und DGfN einen qualitativ und quantitativ bedeutsamen Punkt zur Förderung der Heimdialyse nicht adressiert: Die Ermöglichung häuslich-assistierter PD durch ambulante Pflegedienste.

Auf dem ersten Platz der von MauPD ermittelten PD-Hürden-Liste finden sich die faktischen PD-Kontraindikationen Alter und Multimorbidität [1], in 2019 waren 42,6 % der inzidenten Dialysepatienten älter als 75 Jahre [10]. In vielen Ländern wird assistierte PD bereits finanziert [25], in Frankreich seit 30 Jahren, ambulante Pflegedienste können dort PD-Patienten zuhause und in Pflegeheimen assistieren [26]. In Deutschland ist assistierte PD aktuell nur als IPD in Dialysezentren oder im

Multiple-Choice-Fragen

Die Multiple-Choice-Fragen zu „Peritonealdialyse“ von PD Dr. med. habil. Horst-Walter Birk finden Sie auch im Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25. Juni 2022 bis 24. Dezember 2023

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

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

nephrologischen Klinikbereich finanziert, häusliche PD-Assistenz durch Pflegedienste wird nur in Einzelfällen von den Krankenkassen übernommen, das Netzwerk Assistierte Dialyse (NADia) liefert hierbei Hilfestellung [27, 28]. Die reguläre Finanzierung einer häuslichen PD-Assistenz würde einer Vielzahl zur PD-Selbstbehandlung unfähiger älterer und multimorbider Patienten auch in Deutschland eine qualitativ adäquate PD-Heimtherapie ermöglichen.

**PD Dr. med.
Horst-Walter Birk**
Leiter Schwerpunkt
Nephrologie

Zentrum
für Innere Medizin/
Med. Klinik II

Universitätsklinikum Gießen und Marburg,
Standort Gießen
E-Mail: Horst-Walter.Birk@innere.med.
uni-giessen.de



Foto: privat

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

Multiple-Choice-Fragen: Peritonealdialyse

VNR: 276060203210520004

(eine Antwort ist richtig)

1. Welche Elektrolytstörung ist bei PD-Patienten am häufigsten zu beobachten?

- 1) Hyperkaliämie
- 2) Hypokaliämie
- 3) Hypercalcämie
- 4) Hypophosphatämie

2. CAPD-Patienten müssen bei den täglichen Beutelwechseln folgende Hygieneregeln beachten:

- 1) Mundnasenschutz tragen.
- 2) Steriles Abdecktuch verwenden.
- 3) Sterile Handschuhe tragen.
- 4) Die Beutel vor der Verwendung mit Flächendesinfektionsmittel behandeln.

3. Zu den absoluten Kontraindikationen für eine PD-Therapie zählen:

- 1) Peritoneale Verwachsungen nach Voroperationen
- 2) BMI > 30
- 3) Sigmadivertikel
- 4) Leistenhernien

4. Bei der häuslichen automatisierten Peritonealdialyse (APD) trifft Folgendes zu:

- 1) Die Cyclus-Behandlung erfolgt meist tagsüber.
- 2) Es müssen mindestens 20 Liter Dialyselösung eingesetzt werden.
- 3) Die Ein- und Ausläufe werden über eine Chipkarte im Cyclus gesteuert.
- 4) Es ist immer die Verfügbarkeit einer Hilfsperson im Haus notwendig.

5. Welcher Anteil der prävalenten Dialysepatienten wird in Deutschland mit Peritonealdialyse behandelt?

- 1) 36 %
- 2) 24 %
- 3) 12 %
- 4) 6 %

6. Die am häufigsten auftretende Komplikation bei PD-Patienten ist:

- 1) Hydrothorax
- 2) Exit-Affektionen
- 3) Verstopfung des PD-Katheters durch Omentum
- 4) Ungenügende Clearance von Urämietoxinen

7. Für Patienten ohne Fähigkeit zur Selbstbehandlung kann eine PD-Behandlung auch über den Einsatz von Hilfskräften ermöglicht werden. Für diese assistierte PD trifft in Deutschland zu:

- 1) PD-erfahrene ambulante Pflegedienste können Assistenzleistungen in der Regel als häusliche Behandlungspflege abrechnen.
- 2) Bei der IPD werden die Patienten meist nur dreimal wöchentlich von Pflegekräften in Dialysezentren behandelt.
- 3) Familienmitglieder dürfen die Assistenz nicht durchführen.
- 4) Die Mehrzahl älterer Dialysepatienten wird mit häuslich assistierter CAPD behandelt.

8. Für eine PD-assoziierte Peritonitis gilt:

- 1) Die Antibiotikatherapie muss für zwei bis drei Wochen stationär erfolgen.
- 2) Der PD-Katheter muss meist entfernt und nach Ausheilung neu implantiert werden.
- 3) Erreger sind meistens gramnegative Bakterien.
- 4) Das erste Symptom ist in der Regel ein trüber Auslauf.

9. Für eine häusliche CAPD-Behandlung trifft Folgendes zu:

- 1) Ein Beutelwechsel dauert in der Regel 20–30 Minuten
- 2) Täglich werden vier Beutelwechsel mit jeweils sechs Stunden Verweilzeit durchgeführt.
- 3) Die Beutelwechsel erfolgen mit Hilfe einer elektrischen Lösungspumpe.
- 4) Patienten/-innen sollten nicht älter als 70 Jahre sein.

10. Welcher Faktor ist für das Patientenüberleben bei PD-Therapie entscheidend wichtig?

- 1) Die peritoneale Dialyseclearance für Harnstoff.
- 2) Die Häufigkeit PD-assoziiierter Exitinfektionen.
- 3) Der Erhalt der renalen Restfunktion.
- 4) Der Typ des verwendeten PD-Katheters.

Literatur zum Artikel:

Peritonealdialyse

von PD Dr. med. habil. Horst-Walter Birk

- [1] G-BA Ergebnisse MauPD 31.Okt. 2021 https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/54/2021-10-31_MAU-PD_Ergebnisbericht.pdf
- [2] NKF KDOQI clinical practice guidelines for Peritoneal Dialysis Adequacy, 1997 <https://www.kidney.org/sites/default/files/1997%20PD.pdf>
- [3] Brown EA, Johansson L, Farrington K et al.: Broadening Options for Long-term Dialysis in the Elderly (BOLDE): differences in quality of life on peritoneal dialysis compared to haemodialysis for older patients. *Nephrol Dial Transpl* 2010; 25(11): 3755–63.
- [4] Chen CH, Perl J, Teitelbaum I: Prescribing high-quality peritoneal dialysis: The role of preserving residual kidney function. *Perit Dial Int* 2020; 40(3): 274–281.
- [5] Van Biesen W, Vanholder RC, Veys N et al.: An Evaluation of an Integrative Care Approach for End-Stage Renal Disease Patients. *JASN* 2000; 11(1): 116125.
- [6] Husain-Syed F, Gröne HJ, Assmus B et al.: Congestive nephropathy: a neglected entity? Proposal for diagnostic criteria and future perspectives. *ESC Heart Fail* 2021; 8(1): 183–203.
- [7] Husain-Syed F, Muciño-Bermejo MJ, Ronco C et al.: Peritoneal ultrafiltration for refractory fluid overload and ascites due to pulmonary arterial hypertension. *Ann Hepatol* 2015; 14(6): 929–932.
- [8] Schwenger V, Remppis BA, Westendorf R et al.: Dialyse- und Ultrafiltrationsverfahren bei kardiorenalem Syndrom. *Der Kardiologe* 2014; 8(1): 26–35.
- [9] Perl J, Wald R, McFarlane P, Bargman JM et al.: Hemodialysis vascular access modifies the association between dialysis modality and survival. *J Am Soc Nephrol* 2011; 22(6): 1113–21.
- [10] IQTIG/ G-BA Jahresbericht 20 19 zur Qualität in der Dialyse https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4568/2020-11-20_QSD-RL_IQTIG-Jahresbericht-2019.pdf
- [11] Hollenbeck M, Mickley V, Brunkwaller J et al.: Interdisziplinäre Empfehlungen deutscher Fachgesellschaften zum Gefäßzugang zur Hämodialyse. *Der Nephrologe* 2009; 4(2): 158–176.
- [12] Birk, HW: PD-Komplikationen. In: *Lehrbuch für Nieren- und Hochdruckkrankheiten* 2021 Hrsg.: Akademie Niere. Lengerich/Westf.: Pabst Science Publishers 2019. S. 507–520.
- [13] Crabtree JH, Shrestha BM, Chow KM et al.: ISPD Guidelines / Recommendations. Creating and maintaining optimal peritoneal dialysis access in the adult patient: 2019 update. *Perit Dial Int* 2019; 39(5): 414–436
- [14] Liu Y, Zhang L, Lin A et al.: Impact of break-in period on the short-term outcomes of patients started on peritoneal dialysis. *Perit Dial Int* 2014; 34: 49–56.
- [15] Povelsen JV, Ivarsen P: How to start the late referred ESRD patient urgently on chronic APD. *Nephrol Dial Transplant* 2006; 21 [Suppl 2]: ii56-ii59.
- [16] Morelle J, Stachowska-Pietka J, Öberg C et al.: ISPD recommendations for the evaluation of peritoneal membrane dysfunction in adults: Classification, measurement, interpretation and rationale for intervention. *Perit Dial Int* 2021; 41(4): 352–372.
- [17] Brown E, Blake PG, Boudville N et al.: International Society for Peritoneal Dialysis practice recommendations: Prescribing high-quality goal-directed peritoneal dialysis. *Perit Dial Int* 2020; 40(3): 244–253.
- [18] IQTIG – Beschreibung der Qualitätsindikatoren Nierenersatztherapie beim chronischen Nierenversagen 2022 https://iqtig.org/downloads/auswertung/2023/netdial/DeQS_NET-DIAL_2023_QIDB-RR-PV01_2022-02-18_01.pdf
- [19] Birk, HW: PD-Katheterimplantation und Management. In: *Lehrbuch für Nieren- und Hochdruckkrankheiten* 2019 Hrsg.: Akademie Niere. Lengerich/Westf.: Pabst Science Publishers 2021. S. 481–486.
- [20] Szeto CC, Li PK, Johnson DW et al.: ISPD Catheter-Related Infection Recommendations: 2017 Update. *Perit Dial Int* 2017; 37(2): 141–154.
- [21] ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. Li PK, Chow KM, Cho Y et al.: ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Perit Dial Int* 2022; 42(2): 110–153. Corrigendum in: *Perit Dial Int* 2023; 43(2). Doi: 10.1177/08968608231166870

- [22] Universität zu Köln: Ergebnisübersicht MauPD <http://www.maupd.uni-koeln.de/wp-content/uploads/2020/03/MAUPDErgebnisflyerDruckhelden.pdf>
- [23] Beschluss Innovationsausschuss G-BA 16. April 2021 <https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/53/2021-04-16 MAU-PD.pdf>
- [24] Pressemitteilung Sept 2021: Stärkung der Heimdialyse: DGfN legt 10-Punkte-Plan vor – DGfN <https://www.dgfn.eu/pressemitteilung/staerkung-der-heimdialyse-dgfn-legt-10-punkte-plan-vor.html>
- [25] Brown EA, Ekstrand A, Gallieni M et al.: Availability of assisted peritoneal dialysis in Europe: call for increased and equal access. *Nephrol Dial Transplant* 2022; 37: 2080–89.
- [26] Boyer A, Lanot A, Lambie M et al.: Trends in assisted peritoneal dialysis over the last decade: a cohort study from the French Peritoneal Dialysis Registry. *Clin Kidney J* 2020;13(6): 1003–11.
- [27] NADia – Netzwerk Assistierte Dialyse <https://nadia-netzwerk.de/>
- [28] Klitsche B, Iseke KB, Oleimeulen U: Assistierte Dialyse: Was entwickelt sich in Deutschland und darüber hinaus? *Nephrologie aktuell* 2023; 27: 176–180.

Pädiatrische Nephrologie

VNR: 276060202321100006

PD Dr. med. habil. Kay Latta

Ein Abkürzungsverzeichnis findet sich auf S. 441.

Circa 1.000 Kinder leben in Deutschland ohne eigene Nierenfunktion. Im Idealfall sind sie mit einem gut funktionierenden Nierentransplantat versorgt [1]. Wegen des bestehenden Organmangels sehen wir pädiatrische Nephrologen seit einigen Jahren, dass der Anteil der an der Dialyse wartenden Kinder und Jugendlichen stetig wächst. Auch im Kindesalter ist die chronische Niereninsuffizienz eine oft still voranschreitende Problematik. Die Auswirkungen sind dennoch gravierend, betreffen die gesamte Entwicklung und Lebensprognose des Kindes. Daher ist ein frühes Erkennen und Behandeln des Problems von herausragender Bedeutung. Das Spektrum der Ursachen kindlicher Nierenerkrankungen ist weit. Kinderneurologen behandeln häufig seltene Erkrankungen. Inzwischen ist völlig klar, dass nicht nur Nierenerkrankungen im Kindes- und Jugendalter das Risiko, eine chronische Nierenerkrankung im Erwachsenenalter zu entwickeln, erheblich erhöhen, sondern bereits pränatale Faktoren. Auch genetische Veränderungen können ihre klinischen Probleme durchaus erst im Erwachsenenalter zeigen, so dass kein Patient zu alt ist, um eine Anamnese zu erheben, die bis zur Geburt zurückreicht und Familienvorerkrankungen klärt.

Abklärung einer Nierenerkrankung

Eine kinder nephrologische Abklärung des Patienten schließt eine Anamnese, inklusive einer nephro-urologischen Familienanamnese, eine klinische Untersuchung mit Erhebung der anthropometrischen Daten und des Blutdrucks ein. Beim Blutdruck ist zu beachten, dass Normwerte mit größen- und geschlechtsadaptierten Perzentilen existieren – die Tabelle 1 dazu findet sich online zu diesem Artikel eingestellt. Der QR-Code führt direkt dahin. Bei Verdacht auf eine



Foto: Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital

Die Sonographie ist das wichtigste Bildgebungsverfahren in der Kinderneurologie.

Hypertonie ist die Langzeitblutdruckmessung Standard. Ist diese aufgrund der sehr kleinen Patienten nicht möglich, muss ein Profil mit einem oszillometrischen Gerät gegebenenfalls unter stationären Bedingungen erhoben werden. Bei den laborchemischen Untersuchungen ist stets zu beachten, dass sich viele Normwerte über das Alter ändern. Bezogen auf die Körperoberfläche hat ein Neugeborenes nur etwa ein Drittel der normalen Nierenfunktion eines älteren Kindes oder Erwachsenen. Erst mit einem Jahr ist die Nierenfunktion nachgereift. Wegen niedrigerer Muskelmasse sind aber Serumkreatininwerte bis zur Pubertät erheblich niedriger als bei Erwachsenen.¹ Für eine Bestimmung der eGFR (z. B. nach Hoek) ist das Cystatin C der zuverlässigste Einzelparameter. Bei der Urinuntersuchung ist meist der Spontanurin ausreichend. Die Bestimmung von Albumin und α_1 -Mikroglobulin je Gramm Kreatinin zur Quantifizierung der Proteinurie und zur Differenzierung, ob der Ursprung glomerulär oder tubulär, ist dringend empfohlen. Nur bei großen Proteinurien (> 3 g/l) und der Ab-

klärung der Nephrolithiasis hat der Sammelurin einen regelhaften Stellenwert. Das wichtigste Bildgebungsverfahren in der Kinderneurologie ist die Sonographie. Aufgrund der Größe der Patienten kann mit hochauflösenden Geräten und hochfrequenten Schallköpfen sowohl die Struktur der Nieren und Harnwege als auch die Durchblutung der Organe zuverlässig dargestellt werden. Die wesentlichen Ergänzungen der bildgebenden Diagnostik sind das radiologische oder sonographische Miktionszyturothrogramm zur Abklärung des vesicoureteralen Refluxes, wobei die Urethra sonographisch nicht abbildbar ist. Zur Objektivierung schwerer obstruktiven Uropathien benötigt man die ^{99m}Tc-MAG₃-Clearance. Eine MR-Urographie liefert wunderbar übersichtliche Bilder, addiert aber zur Diagnostik des erfahrenen Sonographen oft wenig zusätzliche Erkenntnisse. Gerade in den kritischen Bereichen von stenotischen Gefäßen oder Ureteren sowie von fehlmündenden Ureteren gelingt die absolut sichere präzise Darstellung kaum besser als mit der Hochleistungs-sonographie. Für unklare oder

¹ Das Serumkreatinin steigt mit dem Alter, aber die GFR-Messung korreliert mit der Körperlänge. Daher kann man mit der vereinfachten Schwartz-Formel rechnen. Schwartz-Formel: $Ccr = \frac{Länge (cm) * 0,413}{Serumkreatinin (mg/dl)}$

schwere glomeruläre Erkrankungen und Nierenfunktionseinschränkungen bleibt die Nierenbiopsie, beurteilt vom erfahrenen Nephrologen, oft unverzichtbar. Die Invasivität der Maßnahme mit Narkose und Blutungsrisiko beschränkt ihre Anwendung. Der Stellenwert für andere diagnostische Verfahren ist obsolet (i.v. Pyelographie) oder sehr beschränkt (Zystoskopie).

Chronische Nierenkrankheit

Die Ursachen einer chronischen Niereninsuffizienz sind im Kindesalter überwiegend angeborener Natur. Fehlbildungen der Nieren und Harnwege wie Hypodysplasien und obstruktive Uropathien (siehe unten) stehen insbesondere bei den ganz kleinen Kindern im Vordergrund [2]. Allerdings können mäßige, primäre Dysplasien auch erst im Erwachsenenalter Anlass zum vollständigen Verlust der Nierenfunktion sein. In der Fachliteratur firmieren diese Erkrankungen unter dem Akronym CAKUT – congenital anomalies of the kidney and urinary tract.

Eine unerkannte Nierenerkrankung beschleunigt den Verfall der Funktion. Unterhalb einer GFR von 60 ml/min/1,73 m² KOF ist die Entwicklung eines dialysepflichtigen Nierenversagens nur eine Frage der Zeit. Je jünger der Patient ist, desto intensiver müssen daher die Bemühungen sein, die bestehende Funktion zu erhalten und zu stabilisieren. Die Behandlung eines Bluthochdrucks und die Nephroprotektion bei relevanter Albuminurie mit einem ACE-Hemmer sind notwendige Maßnahmen neben dem Ausgleich anderer Störungen durch die mangelnde Nierenfunktion, z. B. sekundärer Hyperparathyreoidismus, Anämie, Vitaminmangel. Ein wesentliches pädiatrisches Problem in der Niereninsuffizienz ist die Störung des Längenwachstums, so dass dies der peniblen Beachtung und ggf. Therapie bedarf. Eine eiweißbeschränkte Diät ist im Kindesalter daher nicht statthaft [3].

Dialyse

Die dauerhafte Versorgung eines Kindes mit der Dialyse ist ab Geburt möglich [4, 5]. Limitierend ist das Geburtsgewicht. Unterhalb eines Gewichts von

2.500 g Körpergewicht sind die technischen Probleme so herausragend, dass man von einem mehr experimentellen Vorgehen sprechen muss. Bei einem reifgeborenen Kind ist die Peritonealdialyse definitiv auch als Dauerversorgung möglich, eine Transplantation ist ab einem Gewicht von 10 kg Körpergewicht machbar. Die speziellen Herausforderungen bei Säuglingen und Kleinkindern an der Dialyse liegen primär in der Relation des Flüssigkeitsumsatzes zum Körpergewicht, dem notwendigen raschen Wachstum des Körpers bei einer gleichzeitig bestehenden Inappetenz und Energieverwertungsstörung. Das nierenkranke Kind ist schlechter als ein gesundes, hat aber einen circa 30 % höheren Energiebedarf. Dazu steht man vor den gleichen Herausforderungen wie bei erwachsenen Patienten, weil Bluthochdruck, sekundärer Hyperparathyreoidismus und metabolische Azidose bestehen. Ziel der Behandlung ist es, eine so normale Entwicklung wie nur irgend möglich zu erreichen. Die Kinder sollen an allen normalen sozialen Aktivitäten teilnehmen können.

Ein hoher Anteil der Säuglinge und Kleinkinder mit Dialysebedarf hat weitere Organfehlbildungen. Liegen Fehlbildungen des ZNS, der Lunge, Herzfehler oder abdominelle Fehlbildungen vor, so kompliziert dies die Situation und verschlechtert die Prognose *quoad vitam* [5, 6]. Neben einer Anurie stellen diese herausragende Risikofaktoren für das Überleben dar. So liegt die Mortalität bis zum Erreichen des Schulalters für Säuglinge an der Dialyse bei bis zu 30 %. Dieses kontrastiert deutlich mit den Ergebnissen bei älteren Kindern. Dennoch bleibt bei allen die Lebenserwartung eingeschränkt.

Die Transplantation sollte stets das Ziel der Nierenersatztherapie sein. Gemäß der Daten des United States Renal Data Systems (USRDS) liegt die Lebenserwartung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0–14 Jahren an der Dialyse bei ca. 23 Jahren. Wenn man sie transplantiert, liegt sie aber bei 60 Jahren (allg. Bevölkerung in den USA 70 Jahre) [7]. Nicht nur die Lebensqualität und die einfachere Handhabung der Behandlung nach der Transplantation sind im Vergleich zur Dialyse bestehend, sondern besonders der Zugewinn an Lebenszeit. Umso dramatischer ist der

Organmangel. Die Probleme und Akzeptanz der Lebendspende für die Kinder, die wir betreuen, führt dazu, dass die Kinder trotz eines Bonus auf der Eurotransplant-Warteliste häufig über fünf Jahre auf ein erstes Transplantat warten müssen.

Im Clementine Kinderhospital betreuen wir derzeit fünf Kinder mit Hämodialyse, von denen das kleinste 12 Kilogramm wiegt. 17 Kinder sind mit Peritonealdialyse (vier unter drei Jahren) und 25 Kinder und Jugendliche mit einem Nierentransplantat versorgt. Alle diese Patienten benötigen eine hochfrequente ambulante Betreuung, die im KfH-Nierenzentrum am Clementine Kinderhospital geleistet wird. Das einzige Transplantationszentrum (für Kindernieren) findet sich in Hessen in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin an der Universität Marburg. Beide Kliniken bieten neben dem KfH-Kindernierenzentrum allgemeine kindernephrologische Sprechstunden und stellen damit praktisch die einzigen Anlaufstellen für nierenkranke Kinder und Jugendliche in Hessen dar.

Fehlbildungen der Nieren und Harnwege

Nierenhypodysplasien sind die häufigste Einzelursache der chronischen Nierenkrankheit bei Kindern. Malformationen des Urogenitaltraktes kommen familiär gehäuft mit einem großen Spektrum an beteiligten Genen vor.

Die Diagnose des oft oligosymptomatischen Problems ergibt sich neben den erhöhten Retentionsparametern am besten sonographisch. Die Nieren sind im Volumen zu klein und strukturell meist bei detaillierter Betrachtung auffällig. Begleitende Hydronephrosen sind zwar häufig, aber meist nicht der Kern des Problems. Bei der Frage der operativen Korrektur von Fehlbildungen sollte immer das Prinzip des „Primum non nocere“ gelten. Die meisten Hydronephrosen bedürfen keiner Korrektur [8, 9]. Bei Doppelnieren sind Heminephrektomien auf Grund der entstehenden Wundfläche an der gesunden Anlage und einer konsekutiven Vernarbung möglichst zu vermeiden. Aus nephrologischer Sicht gilt: Jedes Nephron zählt.

Bei extremen Defiziten besteht schon ab Geburt eine Niereninsuffizienz und eine

Gedeihstörung. Manchmal fällt die Nierenkrankheit durch die mangelnde Längsentwicklung später auf. Eine ursächliche Therapie gibt es nicht, aber auch hier ist die Behandlung von Sekundärproblemen für die Entwicklung des Kindes essenziell und verzögert den Beginn der Dialyse.

LUTO

Das englische Akronym LUTO steht für lower urinary tract obstruction. Die häufigste Diagnose in diesem Spektrum sind die posterioren Urethralklappen. Bereits mit dieser Benennung beginnt die Problematik, da es sich in aller Regel nicht nur um

ein Segel in der Urethra handelt, mit dessen endoskopischer Resektion das Problem gelöst wird. Sondern es besteht vielmehr eine komplexe Blasenentleerungsstörung kombiniert mit einer Abflussstörung des oberen Harntraktes und einer meist ausgeprägten Nierendysplasie. Aufgrund der pränatalen Interventionen, die zunehmend häufiger durchgeführt werden, überleben Neugeborene mit schwersten Fehlbildungen. Daher ist dies die häufigste Grunderkrankung, aufgrund derer im ersten Lebensjahr die Dialyse eingeleitet werden muss. Praktisch kein Kind, das pränatal mit einem vesico-amnialen Shunt versorgt wurde, kann mit eigener

Nierenfunktion länger als zwei bis drei Jahre leben.

Zystennieren

Im Erwachsenenalter ist die autosomal dominante polyzystische Nierenerkrankung (ADPKD) die typische Ursache einer zystischen Nierenerkrankung. Im Kindesalter können wir zwar diese Diagnose ab Geburt in der Regel stellen, jedoch ist der Verlauf bis hin in das junge Erwachsenenalter meist unproblematisch. Eine Überwachung ist trotzdem erforderlich, weil bis zur Adoleszenz circa 10 % aller Jugendlichen mit einer ADPKD eine therapiepflichtige Hypertonie entwickeln [10]. Zahlreiche andere Formen zystischer Nierenerkrankungen beschäftigen allerdings die pädiatrischen Nephrologen. Neben der klassischen autosomal rezessiven Form mit ihrer oft schweren Leberbeteiligung und frühen Niereninsuffizienz sowie dem maximalen Hypertonus sind dies zystische Nierenerkrankungen wie die Nephronophthise, HNF1b-Mutationen und eine Vielzahl noch seltenerer Erkrankungen [11]. Insgesamt sind weit über hundert Gene bekannt, die zystische Nierenerkrankungen auslösen. Die genetische Diagnostik ist vor allem deswegen bedeutsam, weil sich die Prognose und potenzielle Beteiligung weiterer Organe erst aus dieser Diagnose ergibt.

Urolithiasis

Im Vergleich zum Erwachsenenalter ist das Steinleiden eher selten. Ein hoher Prozentsatz der Kinder und Jugendlichen hat eine Stoffwechselstörung. Die häufigste Ursache eines rezidivierenden Steinleidens im Kindesalter ist die Cystinurie, die am schwersten verlaufende die primäre Hyperoxalurie. Beiden Erkrankungen ist zu eigen, dass sie im Laufe des Lebens in einem hohen Prozentsatz zu einer chronischen Nierenkrankheit führen. Bei der tubulären Störung Cystinurie sind die Ursache hierfür die rezidivierenden Stauungsereignisse und konsekutiven Interventionen, obwohl es keine intrarenalen Kristallablagerungen/Nephrokalzinose gibt [12]. Bei der primären Hyperoxalurie Typ 1 (PH1) bewirken die Stauungen und die in oligurischen Phasen auftretende Nephro-

Tabelle 2: Auswahl typischer tubulärer Erkrankungen

| Erkrankung | Zahl der Typen | Ort der Tubulusstörung | Vererbungsmodus |
|---------------------------------------|----------------|---|-----------------|
| Fanconi Syndrom | 4 | proximaler Tubulus | AR, AD |
| Fanconi Bickel Syndrom | 1 | proximaler Tubulus | AR |
| Cystinurie | 2 | proximaler Tubulus | AD |
| hypophosphatämische Rachitis | 2 | proximaler Tubulus | AR,X-D |
| Dent's disease/ Lowe Syndrom | 2 | proximaler Tubulus | X-R |
| Bartter Syndrom | 6 | Aufsteigende Henle-Schleife | AR, X-D, digen |
| Pseudohypoaldosteronismus | 8 | Sammelrohr od. distales Tubuluskonvolut | AR, AD |
| Gitelman Syndrom | 1 | distales Tubuluskonvolut | AR |
| HNF1-b | 1 | distales Tubuluskonvolut | AD |
| Distal Renal tubuläre Azidose | 5 | Sammelrohr | AR, AD |
| Renaler Diabetes insipidus | 2 | Sammelrohr | AR, AD, X-R |
| Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion | 2 | Sammelrohr | AR, AD |
| Apparent mineralocorticoid excess | 1 | Sammelrohr | AR |
| Medikamententoxisch (Chemotherapie) | | Meist proximaler Tubulus | – |

Legende: AR = autosomal rezessiv; AD = autosomal dominant;
X-D = X-gebunden dominant; X-R = X-gebunden rezessiv;
digen = Mutationen in zwei krankheitsrelevanten Genen

kalzinose eine Schädigung der Nieren bis hin zur Dialysepflichtigkeit. In einer Oligurie – bei hochfieberhaftem Infekt, Dehydratationen oder ärztlich verordneter Nüchternheit – wird dann der Körper mit der Oxalsäure regelrecht intoxikiert, so dass es zu massiven Calcium-Oxalat-Ablagerungen kommt [13]. Erfreulicherweise gibt es mit Lumasiran mittels RNA-Interferenz eine Therapie, die die Oxalsäureproduktion reduziert [14]. Unter der regelmäßigen Applikation fällt bei fast allen Patienten die Oxalsäureausscheidung um 30 bis 50 %, so dass konservative Maßnahmen mit hoher Trinkmenge und der Gabe von Citrat die Nierenfunktion erhalten. Im Falle des Verlustes der Nierenfunktion hilft nur die Korrektur des Stoffwechselsedefektes mittels Lebertransplantation und simultaner Nierentransplantation.

Weitere metabolische Störungen wie Hyperkalziurie, Hyperurikosurie und Hypocitraturie bedürfen anderer therapeutischer Ansätze. Häufig ist die Analyse auch kleiner Konkrementen (in einem geeigneten Labor) wegweisend für die Metaphylaxe.

Nephrotisches Syndrom

Das idiopathische nephrotische Syndrom kommt in allen Lebensaltern vor, ist aber im Kindesalter in vielen Fällen steroidensibel. Dies bedeutet, dass mit einer Prednison-Therapie in der Dosis von 60 mg/m² KOF innerhalb von vier Wochen eine Normalisierung der Eiweißausscheidung (Urinremission) erzeugt wird. Viele dieser Patienten haben zwar häufig Rezidive und damit aufgrund der hohen Steroidexposition einen schwierigen Verlauf, werden aber nicht niereninsuffizient.

Während der Patient nephrotisch ist, besteht ein erheblich erhöhtes Risiko für thrombotische Ereignisse aller Art, ein akutes Nierenversagen und schwere bakterielle Infektionen (Peritonitis, Sepsis). Die Kunst liegt darin, die gefährlichen Rezidive mit möglichst wenig Immunsuppression zu vermeiden und die Steroidtoxizität zu minimieren [15]. In den ersten zehn Lebensjahren ist dieses die häufigste Form des nephrotischen Syndroms, während die komplizierteren steroidresistenten Formen ab der zweiten Lebensdekade eine höhere Prävalenz haben. Mindestens 30 % dieser Formen haben eine genetische

| Abkürzungsverzeichnis | |
|-----------------------|--|
| ADPKD | autosomal dominante polyzystische Nierenerkrankung |
| ACE | Angiotensinkonversionsenzym |
| C3 | Faktor in der Komplementdiagnostik |
| CAKUT | congenital anomalies of the kidney and the urinary tract – diverse angeborene Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege |
| CCr | creatinine clearance – Kreatinin-Clearance |
| eGFR | estimated GFR, die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (ein Maß für die Nierenfunktion) |
| GPN | Gesellschaft für pädiatrische Nephrologie |
| HUS | hämolytisch-urämisches Syndrom |
| IgA | Immunglobulin A, Antikörper |
| i.v. | intravenös |
| KfH | Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e. V. |
| KOF | Körperoberfläche |
| LUTO | lower urinary tract obstruction – Obstruktion der unteren Harnwege |
| MAG3 | Mercaptoacetyltriglycin – Nierenzintigrafie mit MAG3 ist ein diagnostisches Verfahren in der Nuklearmedizin für die Nierenfunktionsprüfung |
| MR-Urographie | strahlungsfreie Magnetresonanz-Untersuchung von Niere und Harnleitern im MRT-Gerät |
| MRT | Magnetresonanztomographie |
| PH1 | Primäre Hyperoxalurie Typ 1 |
| USRDS | United States Renal Data System |
| ZNS | Zentralnervensystem |

Ursache. Es sind über 40 Gene bekannt, bei denen Mutationen Anlass zu Störungen der glomerulären Basalmembran oder ihres Aufhängungsapparates geben und ein nephrotisches Syndrom auslösen. Die Kenntnis dieser Ursachen ist natürlich von herausragender Bedeutung, weil bei genetisch bedingten Nephrosen typischerweise eine immunsuppressive Therapie nicht wirkt, sondern nur den Patienten gefährdet.

Glomerulonephritis

Glomerulonephritiden treten im Kindes- und Jugendalter deutlich seltener als bei Erwachsenen auf. Bis ins Grundschulalter kommen typischerweise zwei Formen vor. Zum einen ist es die postinfektiöse Glomerulonephritis im Zusammenhang mit einer Streptokokken Infektion. Eine klare

Diagnose ergibt sich jenseits der Anamnese und dem Nachweis der Streptokokken A-Infektion durch die Dokumentation der C3-Komplementerniedrigung in der akuten Phase. Insbesondere die mögliche Hypertonie bedarf hier der präzisen Beachtung.

Ein großer Teil der Kinder mit Purpura Schönlein-Henoch entwickeln eine Nierenbeteiligung. Solange diese mild ist und nur aus einer Mikrohämaturie besteht, ergibt sich kein Handlungsbedarf. Kommt es jedoch zu einer Glomerulonephritis mit den typischen Problemen Hypertonie, Nierenfunktionsstörung und/oder großer Proteinurie, so stellt sich die Frage der weitergehenden Diagnostik (Nierenbiopsie) und natürlich der geeigneten Therapie. Genau wie im Erwachsenenalter ist ab dem Jugendalter die IgA-Nephritis die häufigste Form der Glomerulonephritis.

Fälschlicherweise wird der IgA-Nephritis im Kindesalter häufig eine etwas bessere Prognose als im Erwachsenenalter zugeschrieben. Dieses lässt sich allerdings an Studien nicht verifizieren – die Erkrankung führt im jungen Erwachsenenalter doch in einem deutlichen Prozentsatz zu Nierenfunktionsstörungen. Alle anderen Formen der Glomerulonephritiden, inklusive der Lupusnephritis, sind selten und werden typischerweise durch die Nierenbiopsie diagnostiziert und so einer gezielten Therapie zugeführt.

Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)

Seit mehr als einem halben Jahrhundert kennen wir das HUS. Seit rund 30 Jahren wissen wir, dass enterohämorrhagische E. coli über das Shiga-Toxin das klassische, mit hämorrhagischer Diarrhoe assoziierte HUS auslösen und zu einem akuten Nierenversagen Anlass geben können. Unverändert ist diese Form des HUS die häufigste Ursache des akuten dialysepflichtigen Nierenversagens im Kindesalter außerhalb der Intensivmedizin und Behandlungen, die zu intensivmedizinischen Interventionen Anlass geben [16].

Schon lange ist bekannt, dass ein Teil der Patienten ein sogenanntes komplementassoziiertes HUS ohne Diarrhoe entwickelt. Pathophysiologisch ist inzwischen sehr detailliert geklärt, dass hier genetische Defekte der Komplementkaskade zugrunde liegen und deren unkontrollierte Aktivierung das HUS triggert. Mit den Komplementinhibitoren Eculizumab und Ravulizumab gibt es nun die Möglichkeit, diesen Patienten ursächlich zu helfen und

die rezidivierenden HUS-Schübe zu unterbinden [17]. Damit ist es häufig möglich, bei diesen Patienten die Dialysepflichtigkeit zu verhindern. Der Preis dafür ist die notwendige regelmäßige Gabe der meist gut verträglichen Antikörper.

Familiäre Mikrohämaturie/ Alport Syndrom

Das klassische Alport-Syndrom wird X-chromosomal vererbt, und so sind 85 % der schwer Betroffenen männlichen Geschlechts. Die autosomal-rezessive Form ist deutlich seltener. Mit der Early-Protect-Alport-Studie hat die Gesellschaft für pädiatrische Nephrologie (GPN) unter der Studienleitung von Prof. Dr. med. Oliver Gross gezeigt, dass eine ACE-Hemmer-Therapie (Ramipril 6 mg/m² KOF) die Progression des Alport-Syndroms signifikant verzögert und gleichzeitig auch im jungen Kindesalter sicher ist [18]. Leider handelt es sich hier um eine Off-Label-Therapie, da die EMA unverändert zurückhaltend ist, eine Zulassung zu befürworten. Dies ist ein klares Beispiel für die Probleme der Fortentwicklung von medikamentösen Therapien im Kindesalter.

Vielfach wird verkannt, dass 30 % der heterozygoten X-chromosomal betroffenen Frauen [19] und ein zweistelliger Prozentsatz der Heterozygoten mit einer autosomalen Mutation im COL 4A3- und COL 4A4-Gen im Laufe ihres Lebens zunächst eine Proteinurie und dann eine chronische Niereninsuffizienz bis hin zur Dialysepflichtigkeit entwickeln. Insofern hat sich über die Erkenntnis an großen Patientengruppen inzwischen bewährt, dass es keine einfache, gutartige familiäre Mikro-

hämaturie gibt. Begriffe wie dieser und der des Syndroms der dünnen Basalmembranen sollten nicht mehr verwendet werden. Alles muss unter dem Begriff des heterozygoten Alport-Syndroms bei entsprechenden Mutationen zusammengefasst werden. Denn alle diese Betroffenen benötigen lebenslang eine jährliche Kontrolle von Albumin und Kreatinin im Urin und bei Auftreten einer kontinuierlichen Albuminurie von über 30 mg/g Kreatinin eine ACE-Hemmer-Therapie. Diese früh begonnene Nephroprotektion sollte bei den meisten betroffenen Menschen zu einem lebenslangen Erhalt der Nierenfunktion führen [20].

Tubulopathien

Tubulopathien kommen sowohl als punktuelle Störungen der Tubulusfunktion als auch als globale Störungen im Sinne eines Toni-Debré-Fanconi-Syndroms vor. Primäre Fanconi-Syndrome sind selten, sekundäre Formen wie bei der infantilen nephropathischen Cystinose deutlich häufiger. Durch die seit Jahrzehnten verwendeten Cystin-depletierenden Therapien sehen wir die schweren Komplikationen der Cystinose nicht mehr oder erheblich später [21]. Leider zeigt sich, dass die Korrektur des Stoffwechselerkranktes oft nur unvollständig gelingt und ein Fortschreiten der renalen Schädigung bis hin zur Dialysepflichtigkeit häufig nicht lebenslang verhindert werden kann. Praktisch alle Tubulopathien sind sehr selten. Eine Auswahl der typischerweise in einer größeren Kinderneurologie vorkommenden Erkrankungen findet sich in Tabelle 2.

Die Bedeutung kindlicher Nierenerkrankungen für das Leben

Spätestens mit den Arbeiten von Ronit Calderon-Margalit et al. wurde klar, wie bedeutsam kindliche Nierenerkrankungen für das weitere Leben sind [22–26]. Es zeigt sich, dass quasi jegliche Nierenerkrankung im Kindesalter das Risiko, bis zum 50. Lebensjahr dialysepflichtig zu werden, um das Drei- bis Zehnfache erhöht. Dies gilt auch dann, wenn bei Vollendung des 18. Lebensjahres weder eine Hypertonie noch eine Nierenfunktionsstörung vorliegen. Ferner ist auch sehr

Multiple-Choice-Fragen

Die Multiple-Choice-Fragen zu dem Artikel „Pädiatrische Nephrologie“ von PD Dr. med. habil. Kay Latta finden Sie hier abgedruckt und im Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Portal vom 25. Juni 2023 bis 24. Dezember 2023 mög-

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

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

eindeutig, dass ehemalige Frühgeborene bereits im Kindesalter klassische Zeichen einer Hyperfiltration zeigen und gleichzeitig eine verminderte Zahl an Nephronen aufweisen. Dass dies insbesondere für Extremfrühgeborene gilt, ist nicht verwunderlich, da die Glomerulogenese in der 36. Schwangerschaftswoche oder spätestens zwölf Tage nach der Geburt bedingt durch den ansteigenden Sauerstoffpartialdruck endet. Besonders ausgeprägt ist diese Problematik bei small for gestational age Frühgeborenen. Hier ist ferner bekannt, dass die Hypertonierate bereits in jungen Jahren deutlich erhöht ist [27, 28]. Kindliche Episoden des akuten Nierenversagens, heutzutage mit dem englischen Begriff acute kidney injury belegt, hinterlassen dauerhafte Schäden an den Nieren. Dabei werden diese Episoden zwar häufig auf neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen beachtet, finden aber meist keinen Eingang in die Diagnosen bzw. werden als „passagerer Kreatininanstieg“ harmlos verbrämt. Vernarbungs-

prozesse schreiten auch nach dem Einwirken einer Noxe fort. Auch eine Adipositas oder eine unbehandelte Hypertonie können eine fokal und segmental sklerosierende Glomerulopathie auslösen.

Viele der vorgenannten Erkrankungen führen somit zu einer Proteinurie. Nur in Ausnahmefällen wie bei einer Cubilin-Genmutation [29] oder einer orthostatischen Proteinurie ist diese nach heutigem Wissen harmlos. Im Allgemeinen bewirkt die tubuläre Resorption des Albumins eine interstitielle Vernarbung mit Tubulusatrophie und konsekutivem Untergang von Nephronen. Dieser Verlust bedingt eine Hyperfiltration in den übrigen Nephronen und die fortschreitende Minderung der Nierenfunktion. Die Schwere und Summe dieser Ereignisse bestimmt die Prognose. Unter den unerkannten Ursachen der chronischen Niereninsuffizienz im Erwachsenenalter finden sich somit vielfach Ursachen, die im Kindesalter liegen oder schleichend progressive genetische Erkrankungen darstellen.

All dies unterstreicht nur, dass neben einer gesunden Lebensführung eine angemessene Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen bei frühen Warnzeichen bedeutsam ist. Kinder mit dem Verdacht auf eine Nierenerkrankung sollten in einem spezialisierten Zentrum evaluiert werden.

PD Dr. med. habil. Kay Latta
 Ärztlicher Direktor
 des Bereichs Kinder-
 und Jugendmedizin
 der Bürgerhospital
 und Clementine Kin-
 derhospital



Frankfurt am Main
 E-Mail: k.latta@cckhf.de

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

Multiple-Choice-Fragen: Pädiatrische Nephrologie

VNR: 2760602023211000006

(eine Antwort ist richtig)

1. Was ist kein essenzieller Anteil einer kinder- und jugendnephrologischen Untersuchung?

- 1) Eigen- und Familienanamnese
- 2) Länge und Gewicht
- 3) Urinuntersuchung
- 4) Blutdruckmessung
- 5) EKG

2. Welcher Satz ist für eine Bestimmung der glomerulären Filtrationsrate (GFR) im Kleinkindesalter richtig?

- 1) Sie erfolgt mit den typischen standardisierten Formeln (z. B. MDRD).
- 2) Sie kann über den Harnstoff erfolgen.
- 3) Sie benötigt unbedingt den Sammelurin.
- 4) Sie benötigt keine speziellen Normwerte.
- 5) Sie ist mit dem Cystatin C möglich.

3. Was ist kein typisches Bildgebungsverfahren in der pädiatrischen Nephrologie?

- 1) Sonographie
- 2) ^{99m}Tc -Mag₃-Clearance
- 3) Miktionszystourethrogramm
- 4) Intravenöses Pyelogramm
- 5) MR-Urographie

4. Welche Aussage zur chronischen Nierenerkrankung ist falsch?

- 1) Unter einer GFR von 60 ml/min ist die Lebenserwartung verringert.
- 2) Eine Albuminurie ist meist ein negativer Prädiktor für die zukünftige Nierenfunktion.
- 3) Eine isolierte Hämaturie ist ein negativer Prädiktor für die zukünftige Nierenfunktion.
- 4) Unabhängig vom Grad der GFR Einschränkung ist eine Normalisierung der Funktion fast immer möglich.
- 5) Eine Hypertonie beschleunigt den Abfall der GFR.

5. Welche Aussage zur Dialyse im Kindesalter ist falsch?

- 1) Die Peritonealdialyse ist das häufigste und beste Dialyseverfahren unterhalb eines Alters von sechs Jahren.
- 2) Zusätzliche Organfehlbildungen verschlechtern die Prognose.
- 3) Eine Nierentransplantation ist ab einem Körpergewicht von 5–6 kg, aber besser ab 10 kg möglich.
- 4) Eine starke Eiweißbeschränkung in der Ernährung ist hilfreich.
- 5) Die renale Anämie ist auf Grund der geringen Körpergröße eher unbedeutend.

6. Welche Aussage zum hämolytisch urämischem Syndrom (HUS) ist falsch?

- 1) Ein HUS kann zum dialysepflichtigen Nierenversagen führen.
- 2) Das HUS ist die häufigste, nicht nosokomiale Ursache des akuten, dialyse-

pflichtigen Nierenversagens im Kindesalter.

- 3) Das klassische HUS wird durch Shiga-Toxin ausgelöst.
- 4) Das Komplement-assoziierte HUS entsteht durch eine genetische Komplementhemmung.
- 5) Das Komplement-assoziierte HUS kann mit Eculizumab erfolgreich behandelt werden.

7. Was ist keine häufige Ursache einer chronischen Nierenerkrankung im Kindes- und Jugendalter?

- 1) Nierenhypodysplasie
- 2) Posteriore Urethralklappen (LUTO)
- 3) Nephronophthie
- 4) Autosomal dominante polyzystische Nierenerkrankung

5) Autosomal rezessive polyzystische Nierenerkrankung

8. Welche Aussage ist falsch?

- 1) Das klassische Alport Syndrom wird meist X-chromosomal vererbt.
- 2) Die gutartige familiäre Mikrohämaturie führt nie zur Dialyse.
- 3) Heterozygotie in den typischen Alport-Genen führt in einem bedeutsamen Anteil zur chronischen Nierenerkrankung.
- 4) Eine frühzeitige ACE-Hemmer Therapie verzögert das Auftreten einer Niereninsuffizienz beim Alport Syndrom um Jahre bis Jahrzehnte.
- 5) Gutartige familiäre Mikrohämaturie, heterozygoties Alport Syndrom und Syndrom der dünnen Basalmembranen sind verschiedene Bezeichnungen der gleichen Entität.

nen sind verschiedene Bezeichnungen der gleichen Entität.

9. Was ist keine Tubulopathie?

- 1) nephropathische Cystinose
- 2) Primäre Hyperoxalurie Typ 1
- 3) Cystinurie
- 4) Renale Glukosurie
- 5) Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion

10. Was ist keine typische Komplikation des steroidsensiblen nephrotischen Syndroms?

- 1) Thrombose bzw. Thrombosen
- 2) Peritonitis
- 3) akutes Nierenversagen
- 4) zerebraler Krampfanfall
- 5) Cushing Syndrom

Sechs Jahre Haft für korrupten Staatsanwalt

Schuldspruch wegen Bestechlichkeit in 86 Fällen

Jahrelang machte er sich einen Namen als größter Kämpfer gegen Korruption im Gesundheitswesen. Jetzt hat das Landgericht Frankfurt den früheren Oberstaatsanwalt Alexander Badle wegen Bestechlichkeit, Untreue und Steuerhinterziehung zu sechs Jahren Haft verurteilt.

Die Richter sprachen den 55-Jährigen der Bestechlichkeit in 86 Fällen für schuldig, der Untreue in 54 Fällen und der Steuerhinterziehung in neun Fällen. Badle hatte im Laufe der 22 Prozesstage gestanden, mehr als ein Jahrzehnt lang Schmiergelder kassiert zu haben. Angeklagt waren lediglich die nicht verjährten Taten aus dem Zeitraum zwischen 2015 und 2020. Der Anklage zufolge kassierte der einstige Oberstaatsanwalt in dieser Zeit Bestechungsgelder in Höhe von rund 350.000 Euro.

Mit seinem mitangeklagten Schulfreund Bernhard A. hatte der Spitzenjurist im Jahr 2005 die Firma „medi-transparent“ ins Leben gerufen, die medizinische Gutachter beschäftigte, um Machenschaften im Gesundheitswesen aufzudecken. Nach Auffassung des Gerichts kam Badle erst später auf den Gedanken, sich persönlich zu bereichern. Die Idee sei mit den hohen Gewinnen entstanden, die die Firma aufgrund der überbeurteilten Gutachten einstrich. Die hessische Justiz hatte dem Unternehmen unter Federführung Badles jährlich ein Auftragsvolumen von bis zu einer Million Euro erteilt.

Das kriminelle Treiben war im Juli 2020 aufgefliegen, Badle wurde an seinem Arbeitsplatz festgenommen. Die Ermittlungen angestoßen hatte seine frühere, inzwischen verstorbene Lebensgefährtin.

Nach einer zwischenzeitlichen Haftentlassung war der einstige Oberstaatsanwalt seit Januar 2022 in Untersuchungshaft. In seinem Schlusswort hatte der Angeklagte seine Taten bedauert und die volle Verantwortung eingeräumt. Neben der Haftstrafe kommen auf ihn nun auch Regressforderungen des Landes Hessen „in einem bislang höheren Millionenbetrag“ zu, wie es hieß.

Die Verteidigung des korrupten Oberstaatsanwalts hat gegen das Urteil des Landgerichts Revision eingelegt, die des verurteilten Geschäftspartners legte ebenfalls Rechtsmittel ein.

Jutta Rippegather

In der Ausgabe 10/2020, S. 547 hatten wir bereits über den Fall berichtet.



Foto: HÄVH

Christian Sommerbrodt

Christian Sommerbrodt neuer Vorsitzender des Hausärzterverbandes Hessen

Der Hausärzterverband Hessen (HÄVH) hat einen neuen Vorsitzenden: Die Delegierten des HÄVH wählten Christian Sommerbrodt in das Amt. Sein Vorgänger Armin Beck hatte nach acht Jahren seinen Rückzug angekündigt, nachdem er im vergangenen Jahr zum stellv. Vorsitzen-

den der KV Hessen gewählt worden war. Der Vorstand ernannte ihn jedoch zum Ehrenvorsitzenden.

Zum neuen Schatzmeister wurde Dr. med. Christoph Claus gewählt. Neu ins Vorstandsteam wurde außerdem Dr. med. Tobias Gehrke gewählt. (red)

Literatur zum Artikel:

Pädiatrische Nephrologie

von PD Dr. med. habil. Kay Latta

- [1] Frei U, H.-J. Schober-Halstenberg H.-J. Nierenersatztherapie in Deutschland. Bericht über Dialysebehandlung und Nierentransplantation in Deutschland 2005 I 2006, Quasi-Niere GmbH; ISBN 3-9809996-2-9
- [2] Harambat J, van Stralen KJ, Kim JJ, Tizard EJ. Epidemiology of chronic kidney disease in children. *Pediatr Nephrol.* 2012 Mar;27(3):363-73. doi: 10.1007/s00467-011-1939-1.
- [3] Wingen AM, Fabian-Bach C, Schaefer F, Mehls O. Randomised multicentre study of a low-protein diet on the progression of chronic renal failure in children; *Lancet.* 1997 Apr 19; 349(9059):1117-23. doi: 10.1016/S0140-6736(96)09260-4.
- [4] Bunchman TE. Infant dialysis: The future is now. *J Pediatr.* 2000 Jan;136(1):1-2. doi: 10.1016/S0022-3476(00)90037-4. *J Pediatr* 2000;136:1-2.
- [5] Ledermann SE, Scanes ME, Fernando ON, Duffy PG, Madden SJ, Trompeter RS. Long-term outcome of peritoneal dialysis in infants *Pediatr.* 2000 Jan;136(1):24-9. doi: 10.1016/S0022-3476(00)90044-1.
- [6] Elgendy MM, Othman HF, Mohamed MA, Matar RB, Aly H. Kidney replacement therapy in neonates: utilization trends and outcomes. *Pediatr Nephrol.* 2023 Mar;38(3):867-876. doi: 10.1007/s00467-022-05575-5.
- [7] Collins AJ, Foley RN, Herzog C, Chavers B, Gilbertson D, Herzog C, Ishani A, Johansen K, Kasiske B, Kutner N, Liu J, St Peter W, Ding S, Guo H, Kats A, Lamb K, Li S, Li S, Roberts T, Skeans M, Snyder J, Solid C, Thompson B, Weinhandl E, Xiong H, Yusuf A, Zau D, Arko C, Chen SC, Daniels F, Ebben J, Frazier E, Hanzlik C, Johnson R, Sheets D, Wang X, Forrest B, Constantini E, Everson S, Eggers P, Agodoa L. US Renal Data System 2012 Annual Data Report. *Am J Kidney Dis.* 2013 Jan;61(1 Suppl 1):A7, e1-476. doi: 10.1053/j.ajkd.2012.11.031.
- [8] Herthelius M, Axelsson R, Lidfeldt KJ. Antenatally detected urinary tract dilatation: a 12-15-year follow-up. *Pediatr Nephrol.* 2020 Nov;35(11):2129-2135. doi: 10.1007/s00467-020-04659-4.
- [9] Herthelius M. Antenatally detected urinary tract dilatation: long-term outcome. *Pediatric Nephrology* <https://doi.org/10.1007/s00467-023-05907-z>
- [10] Gimpel C, Bergmann C, Mekahli D. The wind of change in the management of autosomal dominant polycystic kidney disease in childhood. *Pediatr Nephrol.* 2022 Mar;37(3):473-487. doi: 10.1007/s00467-021-04974-4.
- [11] Bergmann C. Genetics of Autosomal Recessive Polycystic Kidney Disease and Its Differential Diagnoses. *Front Pediatr.* 2018 Feb 9;5:221. doi: 10.3389/fped.2017.00221. eCollection 2017.
- [12] Prot-Bertoye C, Lebbah S, Daudon M, Tostivint I, Bataille P, Bridoux F, Brignon P, Choquet C, Cochat P, Combe C, Conort P, Decramer S, Doré B, Dussol B, Essig M, Gaunez N, Joly D, Le Toquin-Bernard S, Méjean A, Meria P, Morin D, N'Guyen HV, Noël C, Normand M, Pietak M, Ronco P, Saussine C, Tsimaratos M, Friedlander G, Traxer O, Knebelmann B, Courbebaisse M; French Cystinuria Group. CKD and Its Risk Factors among Patients with Cystinuria. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2015 May 7;10(5):842-51. doi: 10.2215/CJN.06680714. Epub 2015 Feb 25.
- [13] Latta K, Brodehl J. Primary Hyperoxaluria type 1. *Eur J Pediatr.* 1990 May;149(8):518-22. doi: 10.1007/BF01957682.
- [14] Garrelfs SF, Frishberg Y, Hulton SA, Koren MJ, O'Riordan WD, Cochat P, Deschênes G, Shasha-Lavsky H, Salland JM, Van't Hoff WG, Fuster DG, Magen D, Mochhala SH, Schalk G, Simkova E, Groothoff JW, Sas DJ, Meliambro KA, Lu J, Sweetser MT, Garg PP, Vaishnav AK, Gansner JM, McGregor TL, Lieske JC; ILLUMINATE-A Collaborators. Lumasiran, an RNAi Therapeutic for Primary Hyperoxaluria Type 1. *N Engl J Med.* 2021 Apr 1;384(13):1216-1226. doi: 10.1056/NEJMoa2021712.
- [15] Ehren R, Benz MR, Brinkkötter PT, Dötsch J, Eberl WR, Gellermann J, Hoyer PF, Jordans I, Kamrath C, Kemper MJ, Latta K, Müller D, Oh J, Tönshoff B, Weber S, Weber LT; German Society for Pediatric Nephrology. Pediatric idiopathic steroid-sensitive nephrotic syndrome: diagnosis and therapy -short version of the updated German best practice guideline (S2e) - AWMF register no. 166-001, 6/2020. *Pediatr Nephrol.* 2021 Oct;36(10):2971-2985. doi: 10.1007/s00467-021-05135-3. Epub 2021 Jun 6.
- [16] Michael M, Bagga A, Sartain SE, Smith RJH. Haemolytic uraemic syndrome. *Lancet.* 2022 Nov 12;400(10364):1722-1740. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01202-8. Epub 2022 Oct 19.

- [17] Legendre CM, Licht C, Muus P, Greenbaum LA, Babu S, Bedrosian C, Bingham C, Cohen DJ, Delmas Y, Douglas K, Eitner F, Feldkamp T, Fouque D, Furman RR, Gaber O, Herthelius M, Hourmant M, Karpman D, Lebranchu Y, Mariat C, Menne J, Moulin B, Nürnberger J, Ogawa M, Remuzzi G, Richard T, Sberro-Sousan R, Severino B, Sheerin NS, Trivelli A, Zimmerhackl LB, Goodship T, Loirat C. Terminal complement inhibitor eculizumab in atypical hemolytic-uremic syndrome. *N Engl J Med*. 2013 Jun 6;368(23):2169–81. doi: 10.1056/NEJMoa1208981.
- [18] Gross O, Tönshoff B, Weber LT, Pape L, Latta K, Fehrenbach H, Lange-Sperandio B, Zappel H, Hoyer P, Staude H, König S, John U, Gellermann J, Hoppe B, Galiano M, Hoecker B, Ehren R, Lerch C, Kashtan CE, Harden M, Boeckhaus J, Friede T; German Pediatric Nephrology (GPN) Study Group and EARLY PROTECT Alport Investigators. A multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind phase 3 trial with open-arm comparison indicates safety and efficacy of nephroprotective therapy with ramipril in children with Alport's syndrome. *Kidney Int*. 2020 Jun;97(6):1275–1286. doi: 10.1016/j.kint.2019.12.015. Epub 2020 Jan 17. PMID: 32299679
- [19] Jais JP, Knebelmann B, Giatras I, De Marchi M, Rizzoni G, Renieri A, Weber M, Gross O, Netzer KO, Flinter F, Pirson Y, Dahan K, Wieslander J, Persson U, Tryggvason K, Martin P, Hertz JM, Schröder C, Sanak M, Carvalho MF, Saus J, Antignac C, Smeets H, Gubler MC. X-linked Alport syndrome: natural history and genotype-phenotype correlations in girls and women belonging to 195 families: a „European Community Alport Syndrome Concerted Action“ study. *J Am Soc Nephrol*. 2003 Oct;14(10):2603–10. doi: 10.1097/01.asn.0000090034.71205.74.
- [20] Kashtan CE, Gross O. Clinical practice recommendations for the diagnosis and management of Alport syndrome in children, adolescents, and young adults—an update for 2020. *Pediatr Nephrol*. 2021 Mar;36(3):711–719. doi: 10.1007/s00467-020-04819-6.
- [21] Nesterova G, Gahl WA. Cystinosis: the evolution of a treatable disease. *Pediatr Nephrol*. 2013 Jan;28(1):51–9. doi: 10.1007/s00467-012-2242-5
- [22] Calderon-Margalit R, Golan E, Twig G, Leiba A, Tzur D, Afek A, Skorecki K, Vivante A. History of Childhood Kidney Disease and Risk of Adult End-Stage Renal Disease. *N Engl J Med*. 2018 Feb 1;378(5):428–438. doi: 10.1056/NEJMoa1700993.
- [23] Calderon-Margalit R, Pleniceanu O, Tzur D, Stern-Zimmer M, Afek A, Erlich T, Verhovsky G, Keinan-Boker L, Skorecki K, Twig G, Vivante A. Childhood Cancer and the Risk of ESKD. *J Am Soc Nephrol*. 2021 Feb;32(2):495–501. doi: 10.1681/ASN.2020071002.
- [24] Pleniceanu O, Twig G, Tzur D, Gruber N, Stern-Zimmer M, Afek A, Erlich T, Keinan-Boker L, Skorecki K, Calderon-Margalit R, Vivante A. Kidney failure risk in type 1 vs. type 2 childhood-onset diabetes mellitus. *Pediatr Nephrol*. 2021 Feb;36(2):333–340. doi: 10.1007/s00467-020-04631-2.
- [25] Vivante A, Afek A, Frenkel-Nir Y, Tzur D, Farfel A, Golan E, Chaiter Y, Shohat T, Skorecki K, Calderon-Margalit R. Persistent asymptomatic isolated microscopic hematuria in Israeli adolescents and young adults and risk for end-stage renal disease. *JAMA*. 2011 Aug 17;306(7):729–36. doi: 10.1001/jama.2011.1141.
- [26] Stern-Zimmer M, Calderon-Margalit R, Skorecki K, Vivante A. *Pediatr Nephrol*. 2021 Jun;36(6):1387–1396. doi: 10.1007/s00467-020-04611-6. Epub 2020 Jun
- [27] Abitbol CL, DeFreitas MJ, Strauss J. Assessment of kidney function in preterm infants: lifelong implications. *Pediatr Nephrol*. 2016 Dec;31(12):2213–2222. doi: 10.1007/s00467-016-3320-x.
- [28] Koike K, Ikezumi Y, Tsuboi N, Kanazaki G, Haruhara K, Okabayashi Y, Sasaki T, Ogura M, Saitoh A, Yokoo T. Glomerular Density and Volume in Renal Biopsy Specimens of Children with Proteinuria Relative to Preterm Birth and Gestational Age. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2017 Apr 3;12(4):585–590. doi: 10.2215/CJN.05650516.
- [29] Bedin M, Boyer O, Servais A, Li Y, Villoing-Gaudé L, Tête MJ, Cambier A, Hogan J, Baudouin V, Krid S, Bensman A, Lammens F, Louillet F, Ranchin B, Vigneau C, Bouteau I, Isnard-Bagnis C, Mache CJ, Schäfer T, Pape L, Gödel M, Huber TB, Benz M, Klaus G, Hansen M, Latta K, Gribouval O, Morinière V, Tournant C, Grohmann M, Kuhn E, Wagner T, Bole-Feysot C, Jabot-Hanin F, Nitschké P, Ahluwalia TS, Köttgen A, Andersen CBF, Bergmann C, Antignac C, Simons M. Human C-terminal CUBN variants associate with chronic proteinuria and normal renal function. *J Clin Invest*. 2020 Jan 2;130(1):335–344. doi: 10
- [30] Geary DF, Schaefer F: *Comprehensive Pediatric Nephrology*. Mosby Elsevier 2008

Arbeits- und Gesundheitsschutz in Arztpraxen – AbBA

Kursangebot der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim



Teilnehmende und Dozenten im Mai 2023.

Auch Arztpraxen müssen eine betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung sicherstellen – dies ist als sogenannte „Alternative bedarfsorientierte Betreuung“ möglich. Die Landesärztekammer unterstützt mit einem Kursangebot (AbBA).

Alle Betriebe, die Angestellte beschäftigen, auch Arztpraxen, müssen eine betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung sicherstellen, damit die Beschäftigten gesund und sicher arbeiten können. Denn gesunde und leistungsfähige Beschäftigte sind eine der wichtigsten Ressourcen. Im Rahmen der „Alternativen bedarfsorientierten Betreuung“ können sich niedergelassene Ärzte und Ärztinnen selbst um Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in ihrer Praxis kümmern.

Voraussetzung ist der Besuch einer Basis-schulung, der sogenannten Informations- und Motivationsmaßnahme (MIMA), die auf die eigenverantwortliche Wahrnehmung der Aufgaben rund um den Arbeits- und Gesundheitsschutz vorbereitet. Um weiter an dem alternativen Betreuungsmodell teilzunehmen, müssen die Kenntnisse im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz alle fünf Jahre im Rahmen einer Fortbildung (FOBI = Auffrischungsschulung) aktualisiert werden.

Ärztliches Fortbildungsprogramm

Bereits seit 2010 bietet die Fachkundige Stelle bei der Landesärztekammer Hessen in Kooperation mit der BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) Kurse für Praxisinhaberinnen und -inhaber zur „Alternativen betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung von Arztpraxen“ (AbBA)“ im Rahmen des ärztlichen Fortbildungsprogramms in der Akademie in Bad Nauheim an.

Jeweils sechs Lerneinheiten

Im Jahr 2022 haben 205 Ärzte und Ärztinnen eine Fortbildung (FOBI) besucht, um weiter an der alternativen bedarfsorientierten Betreuung teilzunehmen. 50 Praxisinhaberinnen und -inhaber sind über die (MIMA) in die alternative Betreuung eingestiegen. Sowohl MIMA als auch FOBI umfassen jeweils sechs Lerneinheiten. Schwerpunktthemen sind mögliche Gefährdungen in der Arztpraxis (z. B. Infektionsgefährdung), erforderliche Schutz-

maßnahmen, die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung unter Einbeziehung der psychischen Belastungen, Unterweisungen, die Organisation der arbeitsmedizinischen Vorsorge sowie Anlässe für eine Beratung durch die Betriebsärztin/den Betriebsarzt (z. B. bei der Umsetzung des Mutterschutzgesetzes) oder die Fachkraft für Arbeitssicherheit. Sehr positiv bewertet wird auch immer die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch.

Die Kurse finden einmal monatlich jeweils mittwochnachmittags in der Akademie



Konzentrierte Arbeit beim Kurs im Mai 2023.

für ärztliche Fortbildung in Bad Nauheim statt (Termine mit verfügbaren Plätzen siehe unten). Die beiden Beauftragten der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Adelheid Rauch und Dr. med. Vera Stich-Kreitner, beide Fachärztinnen für Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin, freuen sich darauf, Ihnen die wesentlichen Grundlagen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes vermitteln zu können.

Für Rückfragen und eine Anmeldung steht Ihnen Sigrid Knodt (Fachkundige Stelle) in der Bezirksärztekammer Wiesbaden gerne unter Fon 0611 97748-0 oder unter der E-Mail-Adresse abba@laekh.de zur Verfügung.

Informationen finden Sie auf der Website der Landesärztekammer: Betriebsärztliche Betreuung von Arztpraxen – Landesärztekammer Hessen (www.laekh.de)

Dr. med. Vera Stich-Kreitner
Dr. med. Adelheid Rauch

Fachärztinnen für Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin

Verfügbare Termine 2023 und 2024

jeweils 6 Fortbildungspunkte



| immer mittwochs 14 bis 19 Uhr Akademie in Bad Nauheim | MIMA = Basisschulung FOBI = Auffrischungsschulung |
|---|--|
| 16.08.2023 FOBI | 06.03.2024 FOBI |
| 08.11.2023 FOBI | 17.04.2024 FOBI |
| 06.12.2023 FOBI | 15.05.2024 MIMA |
| 17.01.2024 MIMA | 19.06.2024 FOBI |
| 07.02.2024 FOBI | 10.07.2024 FOBI |
| Kontakt/Anmeldung: Sigrid Knodt, Fachkundige Stelle AbBA, Bezirksärztekammer Wiesbaden, Fon: 0611 97748-0, E-Mail: abba@laekh.de Website: www.laekh.de | |

Zur Verteidigung von Meriten in der Wissenschaft

Rezension des Artikels „In Defense of Merit in Science“

29 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Universitäten und Forschungseinrichtungen in Australien, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Israel, Neuseeland und den USA beschreiben im Nachwort einer umfangreichen Übersichtsarbeit als „traurigsten Kommentar zum Zustand der akademischen Welt“, dass ihr Artikel nur in einer Zeitschrift veröffentlicht werden konnte, die sich der Verbreitung „kontroverser“ Ideen verschrieben hat. Das macht natürlich neugierig.

Worum geht es? Die Autorinnen und Autoren halten fest, dass Meriten, also sich in anerkannter Weise wissenschaftlich verdient gemacht zu haben, eine zentrale Säule der liberalen Erkenntnistheorie, des Humanismus und der Demokratie seien. Wenn es darum gehe, wissenschaftliche und technologische Fortschritte zu erzielen, Leiden zu verringern, soziale Unterschiede zu verringern und die Lebensqualität weltweit zu verbessern, trage die Beachtung von Meriten zur Effektivität wissenschaftlicher Einrichtungen bei. Sie beklagen Versuche, die

Kernprinzipien der liberalen Erkenntnistheorie zu untergraben und Leistung durch unwissenschaftliche, politisch motivierte Kriterien zu ersetzen. Dafür erklären sie die philosophischen Ursprünge dieses Konflikts, dokumentieren das Eindringen von Ideologien in wissenschaftliche Institutionen, erörtern die Gefahren der Abkehr vom Leistungsprinzip und zeigen einen alternativen, auf den Menschen ausgerichteten Ansatz zur Beseitigung bestehender sozialer Ungleichheiten auf.

Der Fachartikel zeugt von einer ausgeprägten fachlichen Expertise der Autorengruppe in der Bewertung eines wichtigen Themas für die Validität, den Erfolg und die Anerkennung wissenschaftlichen Arbeitens und deren Ergebnisse. Die Publikation selbst ist eher ein Diskussionspapier bzw. ein kritisches Essay mit pointierter Ausdrucksweise als eine wissenschaftlich-narrative Übersicht oder ein Original-Artikel im klassischen Sinne. Das dürfte auch der Hauptgrund sein, warum sie sich nicht in einigen anerkannten wissenschaftlichen Journals unterbringen ließ. Dennoch liefert sie einen wichtigen Impuls, da sie ein mehr denn je aktuelles Thema zur Diskussion stellt und einige mögliche Versäumnisse in der Wissenschaft benennt: Wird die Erfüllung der Verantwortung der Wissenschaft als Schlüssel zur Lösung der oben genannten Probleme in unserer Welt durch den Zusammenstoß zwischen liberaler Erkenntnistheorie und identitätsbasierten Ideologien behindert? „Wissenschaft ist nur ein Werkzeug, das zum Guten und zum Schlechten eingesetzt werden kann. Es liegt in unserer Verantwortung als Gesellschaft, sie verantwortungsbewusst, ethisch korrekt und effektiv zu nutzen.“

Der Artikel betont jedoch auch „Meinungen“ der Autorengruppe. Es wird beispielsweise beschrieben, dass Europa und die USA „anfällig für die Ideologie von Identität“ seien. Als Beispiele werden Fördermittel genannt, die daran gebunden seien, dass sie auch unterrepräsentierten Minderheiten zugutekommen sollen; oder dass Zusagen zur Förderung der Vielfalt gemacht werden. Erwähnt wird auch die Alba-Erklärung zu Gleichberechtigung

und Inklusion, in der „behauptet“ würde, dass Voreingenommenheit gegenüber Frauen und Minderheiten in den MINT-Fächern allgegenwärtig und ein soziales Engineering erforderlich sei. Andererseits wird festgehalten: „Damit die Wissenschaft erfolgreich sein kann, muss sie sich um die unideologische Suche nach objektiver Wahrheit bemühen. Wissenschaftler sollten sich frei fühlen, als Privatpersonen politische Projekte im öffentlichen Raum zu verfolgen, aber nicht ihre persönliche Politik und ihre Vorurteile in die wissenschaftliche Arbeit einbringen.“ Es geht also um den Spagat zwischen den berechtigten Interessen der Gesellschaft nach einer breiten, möglichst vorurteilsfreien Teilhabe aller an der Wissenschaft, und andererseits den hoch gesteckten Zielen zur Voraussetzung möglichst evidenzbasierten wissenschaftlichen Arbeitens. „Obwohl kein System garantiert, dass alle Vorurteile beseitigt werden können,“ seien „leistungsbezogene Systeme das beste Instrument, um sie abzuschwächen. Darüber hinaus fördern sie den sozialen Zusammenhalt, da sie nachweislich ein Höchstmaß an Fairness bieten.“ Es wird aber zugegeben, dass die Leistungsgesellschaft unvollkommen ist und nicht immer die Besten und Klügsten gewinnen würden. Aber die Vorstellung, dass die Leistungsgesellschaft nichts weiter als ein Mythos sei, wäre „nachweislich falsch, ja absurd. Wäre sie nur ein Mythos, könnten Hochschulberufungen und -einstellungen ohne Rücksicht auf die Qualifikationen der Bewerber erfolgen, und Studierende oder Personal könnten nach dem Zufallsprinzip ausgewählt werden.“

Für den „Prozess der Entpolitisierung der Wissenschaft und der Stärkung leistungsorientierter Praktiken“ unterbreitet die Autorengruppe sechs konkrete Vorschläge oder „Leitlinien“ (hier in Stichworten):

- (I) Vergabe staatlicher Forschungsgelder ausschließlich auf der Grundlage von Leistungen,
- (II) Auswahl des Lehrpersonals nur nach wissenschaftlichen und nicht nach ideologischen Gesichtspunkten,
- (III) Zulassungen / Einstellungen / Beförderungen auf der Grundlage anerkannt verdienter Leistungen sowie frei von ideologischen Tests,

Bibliografische Angaben/Link

Originalartikel mit allen Referenzen bzw. Literaturangaben hier: <https://journalofcontroversialideas.org/download/article/3/1/236/pdf> (Zugriff am 14.6.2023)



Abbot, D.; Bikfalvi, A.; Bleske Recheck, A.L.; Bodmer, W.; Boghossian, P.; Carvalho, C.M.; Ciccolini, J.; Coyne, J.A.; Gauss, J.; Gill, P.M.W.; Jitomirskaya, S.; Jussim, L.; Krylov, A.I.; Loury, G.C.; Maroja, L.; McWhorter, J.H.; Moosavi, S.; Nayana Schwerdtle, P.; Pearl, J.; Quintanilla Tornel, M.A.; Schaefer, H.F., III; Schreiner, P.R.; Schwerdtfeger, P.; Shechtman, D.; Shifman, M.; Tanzman, J.; Trout, B.L.; Warshel, A.; West, J.D.

In Defense of Merit in Science. Journal of Controversial Ideas 2023, 3(1), 1; doi:10.35995/jci03010001.

Korrespondierender Autor/Corresponding author: krylov@usc.edu

Tab. 2: Liberale Erkenntnistheorie versus Kritische Erkenntnistheorie der sozialen Gerechtigkeit
Liberal enlightenment versus Critical Social Justice epistemology

| Liberaler Erkenntnistheorie | Kritische Erkenntnistheorie der sozialen Gerechtigkeit |
|---|---|
| vorläufige Wahrheit ist erzielbar | bestreitet die Existenz objektiver Realität |
| Fallibilismus: Jeder kann jederzeit falsch liegen | ersetzt das Konzept der Wahrheit aufgrund „vielfältiger Narrative“ durch „alternative Wege des Wissens“ |
| Objektivität: Ablehnung jeder Theorie, die nicht durch die Realität bewiesen oder widerlegt werden kann | behauptet, dass Wahrheitsansprüche lediglich Machtansprüche seien |
| Verantwortlichkeit: die Offenheit, Fehler einzuräumen und zu korrigieren | betrachtet gelebte Erfahrung und Subjektivismus als Basis des Wissens |
| Pluralismus: Aufrechterhaltung intellektueller Diversität, um die Chance auf Wahrheitsfindung zu maximieren | lehnt ab, dass eine Theorie durch einen empirischen Prozess bewiesen oder widerlegt werden kann |
| | verweigert die Legitimität anderer Standpunkte |
| | lässt keine Korrekturen von außerhalb zu (geschlossenes System) |

Quelle: Tab. 1 & 2 sind aus Abbot D et al. „In Defense of Merit in Science“ entnommen, dort sind es Figures 1 & 3. Übersetzungen: Katja Kölsch

- (IV) Veröffentlichung und Rücknahme wissenschaftlicher Arbeiten auf der Grundlage wissenschaftlicher und nicht ideologischer Argumente oder aufgrund von öffentlichem Druck,
- (V) Richtlinien zum Schutz der akademischen Freiheit und der freien Meinungsäußerung, die sich an den bewährten Praktiken orientieren, die von unparteiischen Organisationen für Meinungsfreiheit und akademische Freiheit, wie der Foundation for Individual Rights and Expression, propagiert werden,
- (VI) keine Stellungnahmen von Universitäten und Berufsverbänden zu sozialen und politischen Themen, die für deren (wissenschaftliche) Arbeit relevant sind.

benachteiligt und große oder gerade einmal ge„hype“te“ Fächer und Themen – wie z. B. die Künstliche Intelligenz mit wechselseitig hoher Zitierrete der Autoren untereinander – übermäßig profitieren. Bei der Höhe von eingeworbenen Förder- und Drittmitteln wird das als schwaches Auswahlkriterium für „Evidenz statt Eminenz“ noch deutlicher. Umgekehrt wird der Qualität der Lehre als Auswahlkriterium oft viel zu wenig Beachtung gezeigt. Für die Humanmedizin also vor allem eine gute Medizin- und Gesundheitspädagogik, nicht zuletzt um den besten wissenschaftlichen Nachwuchs zu gewinnen, zu fordern, zu fördern und zu halten.

Fazit

Lesenswert ist der Beitrag in jedem Fall, sowohl für Befürworter als auch für Gegner dieses Ansatzes. Ob der Umfang und die Ausführungen gerechtfertigt sind, muss jeder für sich entscheiden.

Prof. Dr. med. habil. Andreas J. W. Goldschmidt

Gastwissenschaftler am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin (IA-SU) des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität in Frankfurt am Main



Foto: privat

Diskussion

Die eigenen Standards und wissenschaftlichen Maßstäbe sind stets im Wandel. Wissenschaft und deren Folgen sind nicht wertfrei und werden auch von Kultur und Politik beispielsweise durch Förderprogramme, Leitlinien und Regularien beeinflusst. Sie kontinuierlich zu hinterfragen ist international gelebte Praxis – und dies ist auch das Recht einer Gesellschaft, in der sie sich entfalten kann. Selbst der „citation index“ als möglichst hochwertiges und „gerechtes“ Kriterium, um „sogenanntes“ Expertenwissen von echter Expertise besser unterscheiden zu können, ist immer wieder Gegenstand von Kontroversen wegen seiner Fehlanreize und einem möglichen falschen Blickwinkel. Zum Beispiel weil die sog. kleineren Fächer durch die Logik des Systems bedingt

Tab. 1: Merton'sche Prinzipien für wissenschaftliche Vorhaben
CUDOS nach Robert K. Merton, The Sociology of Science

Communalism = Kommunalismus:

Alle Wissenschaftler sollten in gemeinsamem Besitz wissenschaftlicher Güter sein (intellektuelles Eigentum), um gemeinschaftliche Zusammenarbeit voranzutreiben. Geheimhaltung ist das Gegenteil dieser Norm.

Universalism = Universalismus:

Wissenschaftliche Gültigkeit ist unabhängig von soziopolitischem Status und persönlicher Haltung der Mitwirkenden.

Disinterestedness = Uneigennützigkeit:

Wissenschaftliche Institutionen agieren für das Wohl einer gemeinschaftlichen wissenschaftlichen Unternehmung anstatt für die persönliche Bereicherung von Individuen innerhalb der Institutionen.

Organized Skepticism = Organisierter Skeptizismus:

Wissenschaftliche Behauptungen sollten einer genauen kritischen Prüfung unterzogen werden, bevor sie akzeptiert werden: sowohl in Bezug auf den methodologischen als auch auf den institutionellen Verhaltenskodex.



Hitzeaktionstag am 14. Juni: Telefonsprechstunde der Landesärztkammer Hessen für Bürgerinnen und Bürger

An dem von Bundesärztkammer und der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) e. V. am 14. Juni 2023 initiierten bundesweiten Hitzeaktionstag beteiligte sich die Landesärztkammer Hessen mit Pressemitteilungen und einer Telefonsprechstunde für Bürgerinnen und Bürger. Die Klimaschutzbeauftragte der LÄKH, Svenja Krück, und Dr. med. Lars Bodammer, beide Mitglieder des Präsidiums, berieten Anruferinnen und Anrufer rund um das Thema Hitzeschutz. Hier einige Beispiele:

Mit einer Bürgerin, die „Hitze mit zunehmendem Alter schlechter“ vertrage, wurden allgemeine Maßnahmen zum Hitzeschutz im Wohnraum und ausreichender Flüssigkeits- und Elektrolytzufuhr besprochen. Als die Anruferin weitere, nicht als hitzebedingt anzusehende Symptome schilderte, erhielt sie die Empfehlung, diese ärztlich abklären zu lassen.



Foto: privat

Svenja Krück

Dass Aufklärung über Hitzeschutz wirkt, zeigte das Beispiel eines 75 Jahre alten Anrufers, dem die Hitze

nach eigenen Worten zunehmend zu schaffen macht (Schwindel und Müdigkeit bei niedrigem Blutdruck). Er erwies sich bereits als sehr gut informiert und setzt vieles um: Verzicht auf körperliche Belastung, Erledigungen in den späten Abendstunden, viel Flüssigkeitsaufnahme, Elektrolyte werden bei Hitze verstärkt mit Nahrung zugeführt, regelmäßige Vorstellung bei Hausärztin. Ihm wurde geraten, dies alles weiterzuführen und ggf. durch robrierende Maßnahmen in Rücksprache mit der Hausärztin zu ergänzen.

Flüssigkeitszufuhr wichtig

Die Auswirkungen von Feinstaub und Pollenbelastung bei Hitze wurden in dem Telefonat mit einer Bürgerin erörtert, deren Lungenerkrankung sich in Hitzeepisoden verschlimmert. Auch hier wies die beratende Ärztin auf die förderliche Wirkung ausreichender Flüssigkeitszufuhr hin und empfahl außerdem die fachärztliche Vorstellung zur Evaluation einer Medikamentenanpassung.

Eine andere Anruferin wollte wissen, ob die heißen Temperaturen besondere Schwierigkeiten bereiteten, zumal sie grundsätzlich sehr viel schwitzen müsse.

Bei diversen Vorerkrankungen sei ihr Kreislauf sensibel und bei starkem Schwitzen träten vermehrt Schwindelbeschwerden



Foto: privat

Dr. med. Lars Bodammer

auf. In dem Telefongespräch betonte der beratende Arzt, dass hier

die Bilanzierung der Flüssigkeitsaufnahme sehr wichtig sei. Auch dürfe bei deutlichem Schwitzen etwas mehr beim Essen nachgesalzen werden, insbesondere bei sehr niedrigen Blutdruckwerten. Ansonsten solle mit dem Hausarzt die Blutdruckmedikation besprochen werden.

Interessant auch die Anmerkung eines Frankfurter Bürgers: Er habe es als sehr positiv wahrgenommen, dass in seinem Stadtteil vor einiger Zeit eine Begrünung vorgenommen worden sei. Da man die Bäume und Sträucher jedoch anschließend nicht ausreichend gewässert habe, seien sie eingegangen und hätten ihren Zweck nicht mehr erfüllen können. Im Rahmen des Hitzeschutzes wünsche er sich mehr Bemühungen der Stadt zur Wiederbegrünung.

Katja Möhrle

MFA-Winterprüfung 2023/2024

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2023/2024 vom 29. November 2023 bis zum 6. Februar 2024

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2023/2024 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

2. und 9. August 2023

bei der zuständigen Bezirksärztkammer anzumelden. Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars. Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

1) der Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) mit Beurteilungsprotokoll,

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

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen. Zur Abschlussprüfung im Winter 2023/2024 sind anzumelden:

- 1) Auszubildende, deren Ausbildungszeit nicht später als am 6. April 2024 endet,
- 2) Auszubildende, die die Abschlussprüfung vorzeitig abzulegen beabsichtigen (in der Regel ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),

- 3) Wiederholer/-innen, die im vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
- 4) sogenannte Externe, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des Medizinischen Fachangestellten tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

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

**Landesärztkammer Hessen
Abteilung: MFA-Ausbildungswesen**

Small is beautiful – Lauterbachs Irrtum

Lauterbachs Krankenhausreform ist ein Irrtum und wird den Erfordernissen von Patientinnen und Patienten nicht gerecht. Die auf universitäre Kliniken fokussierte Zuordnung der Behandlungskompetenz missachtet funktionierende und qualitativ hochwertige Strukturen im ambulanten und belegärztlichen Bereich.

Es besteht ein großes Einverständnis, dass für eine kompetente Gesundheitsversorgung der Bevölkerung kompetente Ärztinnen und Ärzte erforderlich sind, die ihr „Handwerk“ verstehen. Die jeweiligen diagnostischen und therapeutischen Prozeduren erfordern eine gute Routine, um sie sicher und leitliniengerecht durchzuführen. Diese finden sich häufig in ambulanten und belegärztlichen Strukturen.

Die Entwicklung der Medizin verläuft mehrdimensional

- Krankheitsbilder können wesentlich differenzierter diagnostiziert und mit vollkommenen neuen Therapien behandelt werden. Bildgebung, invasive Untersuchungen und Molekulardiagnostik ermöglichen vollkommen neue Einblicke, Zusammenhänge und therapeutische Ansätze in Diagnostik und Therapie. Die Abbildung dieser Entitäten erfordert unzweifelhaft einen zunehmend differenzierten Umgang mit Patientinnen und Patienten.

- Die zunehmende Spezialisierung ist per se kein Argument für große Kliniken. Ein großer Teil der diagnostischen und therapeutischen Eingriffe verlagert sich von der Klinik in den ambulanten Bereich. Alleine im internistischen Bereich sind zum Beispiel in der Onkologie die Therapie mit Stammzellen, in der Gastroenterologie nahezu die gesamte Diagnostik und Therapie sowie in der Kardiologie die Perkutane Transluminale Coronare Angioplastie (PTCA) mit Stentimplantation und Klappeninterventionen vorwiegend ambulant bzw. mit sehr kurzen stationären Aufenthalten, so auch belegärztlich, darstellbar.

- Die Wertigkeit diagnostischer und therapeutischer Eingriffe unterliegt einer raschen Entwicklung. Ambulante Strukturen können sich, insbesondere unter ärztlicher Leitung, schneller und flexibler auf neue Erfordernisse einstellen.

- Schwerwiegende Spezialeingriffe wie Pankreaschirurgie, Herzoperationen etc. gehören zweifelsohne in Kliniken der Maximalversorgung oder universitäre Einrichtungen, auch hier mit entsprechender Expertise und Behandlungsfrequenz. Die simple Einteilung von Krankenhäusern in Versorgungsstufen mit klarer Bevorzugung von Großkliniken und die Missachtung der Kompetenz ambulanter Strukturen wird der sich rasch wandelnden Funk-

tionalität des Gesundheitssystems und dem Primat der ambulanten Versorgung nicht gerecht.

Lauterbach ist als Theoretiker einer Strategie von gestern verhaftet. „Bigger is better“ ist vorbei, Flexibilität ist angesagt. Auch Fluggesellschaften haben an den Erfordernissen vorbeikalkuliert und mussten kleinere Flugzeuge anschaffen. Nur eine flexible und leistungsfähige Medizin kann die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten sowie den Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung befriedigen. Es wird eine Aufgabe der Bundesländer sein, die Versorgungswirklichkeit unter Berücksichtigung kleinerer Einheiten gut und effektiv auszugestalten.

Dr. med.
Wolf Andreas Fach

Präsidiumsmitglied,
Vorsitzender des
Berufsverbandes
Deutscher Internisten
und Internisten
e. V. (BDI) –
Landesverband
Hessen



Foto: Katarina Ivanisevic

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

Junge Ärztinnen und Ärzte

„Besser behandeln im Team“

Diskussion des ärztlichen Nachwuchses auf dem Deutschen Ärztetag

Unter dem Motto „besser behandeln im Team“ kamen wieder am Vortag des 127. Deutschen Ärztetages in Essen der ärztliche Nachwuchs sowie junge Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung zur Diskussion zusammen, die über einen Online-stream erstmals von außen mitverfolgt werden konnte.

Wie positioniert sich der junge Kollege, die junge Kollegin in Weiterbildung im Team und wie kann fachübergreifende Zusammenarbeit ohne Hierarchiehürden gut funktionieren? Mit teils emotionalen Statements wurde von schwierigen Ar-

beitsbedingungen und einer noch unzureichenden Fehlerkultur berichtet, die eine patientenorientierte Teamarbeit behindere.

Aber auch neue Formen der Zusammenarbeit entstehen in Kliniken und Praxen. Die Rolle des Physician Assistant wurde teilweise kritisch betrachtet, da in der Patientenbehandlung letztlich die ärztliche Verantwortung nicht abgegeben werden kann. Auch die Veränderungen in der Weiterbildung durch neue Arbeitsformen wurden engagiert diskutiert. Wenn ärztliche Tätigkeiten durch spezialisierte Hilfs-

kräfte durchgeführt werden, darf es nicht dazu führen, dass die Ärztin oder der Arzt ihre Arbeitszeit für Dokumentation und Arztbriefschreibung hergeben, zulasten ihrer Weiterbildung.

Am Ende waren sich alle Beteiligten einig, dass bei neuen Arbeitsformen in der Klinik die Ärztekammern und vor allem die Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung in die Planung und Entwicklung mit einbezogen werden müssen.

Dr. med. Lars Bodammer

Leserbrief zum Artikel „Hitzeschutz als ärztliche Aufgabe – Hitzeaktionsplan in Hessen veröffentlicht“ von Svenja Krück und Dr. med. Lars Bodammer, HÄBL 06/2023 S. 348

Kritische Anmerkungen zum Hessischen Hitzeaktionsplan (HHAP)

Der Hessische Hitzeaktionsplan wurde 2017 gemäß den „Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit“ des Bundesumweltministerium (BMU) konzipiert und bis zur Pressekonferenz am 06.02.2023 kontinuierlich ausgestaltet [1]. Obwohl von gesundheitspolitischer Seite die Landesärztekammer Hessen (LÄKH), die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH), die Landesapothekerkammer Hessen und die Hessische Krankenhausgesellschaft eingebunden wurden, geht aus dem HHAP nicht hervor, wie diese Behörden im Hitzenotfall oder Katastrophenfall koordiniert werden sollen, um eine rasche gesundheitliche Prävention und Versorgung zu gewährleisten [2].

Dabei hatte das BMU, das sich auf die Daten der WHO und der Hessischen HEAT-Studie von 2009–2012 beruft, ausdrücklich als erstes von acht Kernelementen gefordert: „Eine zentrale Koordinierungsstelle sollte auf Landesebene bspw. in einer Gesundheitsbehörde eingerichtet werden“ und die zentrale Koordinationsstelle sollte behördenübergreifend koordinieren „analog einem Krisenstab im Katastrophenfall“ [3].

Im Berliner Aktionsbündnis Hitzeschutz beispielsweise kooperieren Ärzt:innen-schaft, Pflege, Katastrophenschutz, Rettungsdienste, Kommune und Zivilgesellschaft zusammen [4]. In Hessen wurde eine Verwaltungslösung gewählt. Die Zentrale Koordinierungsstelle obliegt einem Referat des Hessischen Ministeriums für Soziales und Inneres. Das Monitoring wird eine zum 1. Januar 2023 eingerichtete und erst Ende 2023 funktionsfähige Unterbehörde, das „Hessische Landesamt für Gesundheit und Pflege (HLfGP)“ übernehmen [5].

Es stellt sich die Frage, ob es nicht zielführender gewesen wäre, die Expert:innen aus Rettungsdienst, Feuerwehr, Katastrophenschutz und die Landesärztekammer

von vornherein viel enger in die Planung einzubeziehen und als gewichtige Ansprechpartner: innen für die Koordination im Ernstfall fest in der Zentralstelle vorzusehen, statt neue Behörden zu gründen.

Das gleiche gilt übrigens für viele kommunale Hitzeschutzpläne, in der nicht näher erläutert wird, wie medizinische Fachkompetenz herangezogen werden soll, die aber in der Zentralstelle kein ärztliches Know-how vorsehen. Eine bessere Ausstattung und Spezialisierung der Gesundheitsämter auf die Gesundheitsfolgen des Klimawandels könnten ein erster Schritt sein. Auf jeden Fall sollte angesichts der zunehmenden Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung die verfasste Ärzteschaft in alle Koordinationsstellen sowohl auf Landes- wie auf kommunaler Ebene angemessen vertreten sein.

Pierre E. Frevert

Delegierter der Landesärztekammer Hessen, Mitglied der AG Klimaschutz

PS: Dieser „Leserbrief“ war ursprünglich als erläuternder Kasten zu dem oben genannten Artikel der Kolleg:innen Krück und Bodammer vorgesehen und wurde als Leserbrief auf diese Ausgabe verschoben. Das bedaure ich sehr.

Nachsatz der Redaktion: Es ist ein übliches Vorgehen, dass die Redaktionskonferenz entscheidet, zu welchem Zeitpunkt und unter welcher Rubrik Texte veröffentlicht werden.

Dr. med. Peter Zürner

Verantwortlicher Redakteur

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

Literatur zum Leserbrief:

Kritische Anmerkungen zum Hessischen Hitzeaktionsplan (HHAP)

von Pierre E. Frevert

- [1] Ann Kathrin Piro (Referentin, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (HMSI), Referat V 7B: Informationsveranstaltung „Hitzeaktionspläne in Hessen“ des HMSI am 28.03.2023.
- [2] Hessischer Hitzeaktionsplan (HHAP). Hessisches Ministerium für Soziales und Integration Referat Öffentlichkeitsarbeit, Sonnenberger Str. 2/2a 65193 Wiesbaden, Februar 2023
- [3] Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit. 24.03.2017. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, Referat IG II 7 (Gesundheit und Klimawandel). Postfach 12 06 29, 53048 Bonn (S. 11)
- [4] Aktionsplan Hitzeschutzbündnisse Berlin. <https://hitzeschutz-berlin.de/>
- [5] Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege (HLfGP) <https://soziales.hessen.de/gesundheits/landesamt-fuer-gesundheit-und-pflege>

MFA im Fokus

Ausbildungsmesse „Ansage Zukunft“ wieder mit Stand der Bezirksärztekammer Marburg

Foto: Dr. med. Paul Otto Nowak



Viele Gespräche zum Beruf der Medizinischen Fachangestellten: StD'in Dr. rer. nat. Brigitte Seefeldt-Schmidt sowie die Auszubildenden Nata-scha Pilgrim und Jasmine Bender (alle von links).

Im Mai fand die Ausbildungsmesse „Ansage Zukunft“ im Foyer des Marburger Cineplex Kinos statt. Als verlässlicher Partner war die Bezirksärztekammer Marburg (BezÄK) wieder mit einem Stand vertreten und stellte den Beruf der/des Medizinischen Fachangestellten (MFA) vor.

Die Mitarbeiterinnen der BezÄK Marburg beantworteten Fragen der interessierten Schülerinnen und Schüler und wurden

dabei von Auszubildenden des dritten Ausbildungsjahres der Kaufmännischen Schulen Marburg (KSM) unterstützt.

An den beiden Messetagen fand der Stand regen Zuspruch, der die Interessenten wie bereits in den vergangenen Jahren mit einem Dummy-Arm anlockte, an dem die Blutabnahme geübt werden konnte. Der Dummy-Arm wurde von der KSM, vertreten durch Studiendirektorin Dr. rer. nat. Brigitte Seefeldt-Schmidt, zur Verfügung gestellt.

Über 90 regionale Unternehmen und Organisationen aus Verwaltung, Handwerk, Industrie, Dienstleister, Medienunternehmen sowie sozialen Einrichtungen und Organisationen präsentieren ihre Ausbildungsberufe. Auch in diesem Jahr war die Veranstaltung wieder ein voller Erfolg. Allein am Freitag informierten sich über 900 Schülerinnen und Schüler über ihre beruflichen Möglichkeiten.

**Dr. med. Dipl.-Chem.
Paul Otto Nowak**

Vorsitzender der BezÄK Marburg

Goldenes Doktorjubiläum

Information

Die Geburtstage für September aus der Bezirksärztekammer Gießen folgen wie immer in Ausgabe 09/2023, ebenso das Gedenken an die Verstorbenen und die Ehrungen der MFA, beides hat in dieser Ausgabe keinen Platz gefunden.

Einladung zur 1. und Konstituierenden Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 17. Wahlperiode 2023–2028

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur 1. und Konstituierenden Delegiertenversammlung
der Landesärztekammer Hessen der Wahlperiode 2023–2028 lade ich Sie für
Samstag, 9. September 2023, 10:00 Uhr s.t.,
in das Seminargebäude im Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, ein.

TAGESORDNUNG

1. Begrüßung
2. Wahl des Wahlausschusses
 - a) Wahl der Wahlleiterin/des Wahlleiters
 - b) Wahl der drei Beisitzerinnen/Beisitzer
3. Feststellung der Zahl der Beisitzerinnen/Beisitzer des Präsidiums
4. Wahlen
 - a) Präsidium
 - (1) Präsidentin/Präsident
 - (2) Vizepräsidentin/Vizepräsident
 - (3) Beisitzerinnen/Beisitzer des Präsidiums
 - b) Vorstände der Bezirksärztekammern
 - c) Finanzausschuss
 - d) Schlichtungsausschüsse
 - e) Ausschüsse im Weiterbildungswesen
 - Vorsitzende und Stellvertreter/-innen der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse
5. Verschiedenes

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 31. Mai 2023

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 06015632 ausgestellt
am 21.12.2021 für Dr. med.

Grit Anne Altnöder-Schmidt, Bad Vilbel
Arztausweis-Nr. 060069733 ausgestellt
am 17.11.2020 für Dr. med.

(R) Abdul-Halim Dia, Warburg
Arztausweis-Nr. 060176464 ausgestellt
am 14.02.2022 für Silvie Gallois,
Mainz

Arztausweis-Nr. 060056921 ausgestellt
am 12.12.2018 für Dr. med.

Barbara Ibe, Linden
Arztausweis-Nr. 060063052 ausgestellt
am 13.01.2020 für Dr. med.
Malte Ihmels, Wetzlar

Arztausweis-Nr. 060069191 ausgestellt
am 02.11.2020 für Dr. med.
Martin Juling, Wiesbaden

**Einladung zur
2. ordentlichen Delegiertenversammlung
der Landesärztekammer Hessen
17. Wahlperiode 2023–2028**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur 2. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen
der Wahlperiode 2023–2028 lade ich Sie ein für

Mittwoch, 20. September 2023

Online-Veranstaltung

Beginn: 17:00 Uhr s.t.

Das Präsidium hat hierzu am 31. Mai 2023 einen Beschluss gemäß § 18a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Heilberufsgesetz gefasst, den Mitgliedern der Delegiertenversammlung zu ermöglichen, an der Sitzung ohne Anwesenheit am Sitzungsort teilzunehmen und Mitgliederrechte im Wege der elektronischen Kommunikation auszuüben.

T A G E S O R D N U N G

1. **Begrüßung**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Versorgungswerk**
 - a) **Jahresabschluss 2022**
 - b) **Erhöhung der Renten zum 1. Januar 2024,
Erhöhung der erworbenen Anwartschaften**
 - c) **Bestimmung der Wirtschaftsprüfer für die Jahresabschlussprüfung 2023**
4. **Verschiedenes**

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Aktuelle Informationen zur Teilnahme an der Delegiertenversammlung finden Sie unter: <https://www.laekh.de/ueber-uns/delegiertenversammlung>

Frankfurt am Main, 31. Mai 2023

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident

Arztausweis-Nr. 060059264 ausgestellt
am 14.05.2019 für Dr. med.

Eberhard Kirves, Hann Münden

Arztausweis-Nr. 060167685 ausgestellt
am 20.01.2022 für Dr. med.

Hermann-Otto Knecht, Münster

eHBA-Nr. 80276001081900021292
ausgestellt am 13.09.2021 für

Orion Kulo, Aschaffenburg

Arztausweis-Nr. 060077116 ausgestellt
am 27.04.2021 für Sabine Moos, Buseck

Arztausweis-Nr. 060068699 ausgestellt
am 12.10.2020 für Dr. med.

Babette Rebbelmund, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060134075 ausgestellt
am 13.10.2021 für

Maximilian Reichard, Hünfeld

eHBA-Nr. 80276001081900017362
ausgestellt am 30.07.2021

für Matthias Rutt, Marburg

Arztausweis-Nr. 060150686 ausgestellt
am 06.12.2021 für Luka Santek, dr. med.,
Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060054829 ausgestellt
am 12.07.2018 für Kathrin Schmotz-
Kühn, Nauheim

Arztausweis-Nr. 060057468 ausgestellt
am 22.01.2019 für Hermann Schulz,
Oberursel

Arztausweis-Nr. 060212743 ausgestellt
am 07.09.2022 für Rebecca Weber,
Lohra

Arztausweis-Nr. 060062652 ausgestellt
am 13.12.2019 für Prof. Dr. med.
Thomas Wündisch, Marburg

Aufgrund § 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenpflegehilfegesetzes und weiterer Rechtsvorschriften vom 9. Dezember 2022 (GVBl. S. 757), i. V. m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „d“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 30. November 2021 (HÄBL 1/2022, S. 54), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. März 2023 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020 (WBO 2020)

I.

Die Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020 (WBO 2020) vom 26. November 2019 (HÄBL 6/2020 —Online-Sonderausgabe Weiterbildungsordnung 2020 – www.laekh.de Rubrik Weiterbildung), geändert am 16. September 2020 (HÄBL 11/2020, S. 630), geändert am 28. November 2020 (HÄBL 1/2021, S. 33), geändert am 26. März 2022 (HÄBL 7/2022, S. 463), zuletzt geändert am 26. November 2022 (HÄBL 1/2023, S. 56), wird wie folgt geändert:

1.) In Abschnitt A „Paragraphenteil“ wird in § 4 Abs. 1 der letzte Satz „Zahnärztliche Tätigkeiten unter Leitung eines zur Weiterbildung im Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Befugten werden mit bis zu zwei Jahren auf diese Facharzt-Weiterbildung angerechnet.“ gestrichen. § 4 Abs. 1 lautet dann:

§ 4, Art, Inhalt und Dauer

(1) Mit der Weiterbildung kann erst nach der ärztlichen Approbation oder der Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß Bundesärzteordnung, der eine als gleichwertig anerkannte ärztliche Ausbildung zugrunde liegt, begonnen werden. Der Abschluss in der Facharztweiterbildung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie setzt auch das zahnärztliche Staatsexamen voraus.

[...]

2.) In Abschnitt B „Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie“ wird im Kopfteil, bei der „Weiterbildungszeit“ der Satz „- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate zahnmedizinische Weiterbildung in Oralchirurgie bei einem Weiterbildungsbefugten für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie erfolgen“ ersetzt durch „- können zum Kompetenzerwerb bis zu 24 Monate zahnärztliche Tätigkeit bei einem Weiterbildungsbefugten für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie auf diese Facharzt-Weiterbildung angerechnet werden“

| | |
|--------------------|---|
| Weiterbildungszeit | 60 Monate Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon - können zum Kompetenzerwerb bis zu 24 Monate zahnärztliche Tätigkeit bei einem Weiterbildungsbefugten für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie auf diese Facharzt-Weiterbildung angerechnet werden - können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen |
|--------------------|---|

3.) In Abschnitt C in den Zusatzweiterbildungen „Akupunktur“, „Ernährungsmedizin“, „Flugmedizin“, „Naturheilverfahren“, „Medizinische Informatik“, „Palliativmedizin“, „Sexualmedizin“, „Sportmedizin“, „Manuelle Medizin“ [...] [ZUSATZWEITERBILDUNG], wird im Kasten „Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO“ neu am Ende „und zusätzlich — [ZUSATZWEITERBILDUNG] gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis“ eingefügt.

Beispiel:

| | |
|-------------------------------------|--|
| Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO | - Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich - 200 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Akupunktur und zusätzlich - Akupunktur gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis |
|-------------------------------------|--|

4.) In Abschnitt C in der Zusatzweiterbildung „Krankenhaushygiene“ wird im Kasten „Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO“ die bisherigen Mindestanforderungen durch „– Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung

und zusätzlich

- 200 Stunden Kurs-Weiterbildung gem. § 4 Abs. 8 in Krankenhaushygiene, davon
- 40 Stunden Grundkurs und anschließend
- 160 Stunden Aufbaukurs

Die Kurs-Weiterbildung kann durch 12 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden.

und zusätzlich

- Krankenhaushygiene gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis“.

| | |
|-------------------------------------|--|
| Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO | – Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich – 200 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Krankenhaushygiene, davon – 40 Stunden Grundkurs und anschließend – 160 Stunden Aufbaukurs Die Kurs-Weiterbildung kann durch 12 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden. und zusätzlich – Krankenhaushygiene gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis |
|-------------------------------------|--|

5. In Abschnitt B „Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe“, im „Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ wird im Abschnitt „Weiterbildungsinhalte der Schwerpunkt-Kompetenz“, im Unterabschnitt „Unerfüllter Kinderwunsch“ in der Spalte „Handlungskompetenz“, in Zeile 9 der Punkt „Größere fertilitätschirurgische Eingriffe einschließlich hysteroskopischer und laparoskopischer Verfahren, z. B. bei Endometriose, in der Tuben-, Myom- und Ovarchirurgie“ geändert in „Mitwirkung an größeren fertilitätschirurgische Eingriffe einschließlich hysteroskopischer und laparoskopischer Verfahren, z. B. bei Endometriose, in der Tuben-, Myom- und Ovarchirurgie“.

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2023 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. März 2023 beschlossene Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.



Frankfurt, 8. April 2023
Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Genehmigungsvermerk:

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
V8B –18b2120–0001/2008/004

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. März 2023 beschlossene Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, 11. Mai 2023
Im Auftrag gez. Dr. Stefan Herb



Einladung

157. Bad Nauheimer Gespräch

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

Moderation: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

Wer pflegt uns morgen?

Mit der steigenden Lebenserwartung hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland zwischen 1999 und 2021 von 2.016.000 auf 4.960.000 mehr als verdoppelt. Davon werden 16 % in stationären Pflegeeinrichtungen betreut und 33 % von ambulanten Pflegediensten, oft in Ergänzung der Pflege durch Angehörige. Bereits jetzt besteht ein erheblicher Fachkräftemangel in der Pflege. Bis 2035 wird diese Versorgungslücke auf knapp 500.000 Fachkräfte geschätzt.

Um dieser „Pflegekrise“ entgegen zu wirken, ist eine Reform dringend notwendig. Wie kann und sollte eine Reform aussehen? Ideen hierzu möchten wir vorstellen und mit Ihnen diskutieren.



Foto: Gudrun Arndt

Prof. Dr. h.c. Christel Bienstein

Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) e. V., Mitglied im Präsidium des Deutschen Pflegerates (DPR)



Foto: privat

Markus Förner

Krankenpfleger und Dipl.-Pfleger (FH), Geschäftsführer Hufeland-Haus, Frankfurt am Main

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

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

Zum Vormerken: 158. Bad Nauheimer Gespräch: Cancel Culture und Meinungsfreiheit. Über Zensur und Selbstzensur. 19.9.2023. Ort: Landesärztekammer Hessen

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Hanauer Landstr. 152

Fon: (069) 76 63 50

60314 Frankfurt a. M. (Ostend)

Fax: (069) 76 63 50

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





Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

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

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

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Innere Medizin

Aktuelle Diabetologie

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

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

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

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

Rheuma an einem Tag

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

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

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

EKG-Refresher

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

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

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

Katastrophenschutz

Symposium: Gelebte Zivil-Militärische Zusammenarbeit

Fr., 15. September 2023

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

Ort: **Schloß Oranienstein, Diez**

Gebühr: 60 € (Ermäßigt: 15€)

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

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

Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

Verkehrsmedizinische Begutachtung

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

Gebühr: 330 € (Akademiestatistiker 297€)

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

Gebühr: 110 € (Akademiestatistiker 99€)

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

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

Patientensicherheit und Qualitätssicherung

In Kooperation mit der Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen.

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

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

Leitung: K. Israel-Laubinger, Frankfurt

Gebühr: 130 € (Akademiestatistiker 117 €)

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

Palliativmedizin

Refresher

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

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

Ort: **Bad Nauheim**

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

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

Hämotherapie

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

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

Beginn Telelernphase: 09.10.2023

Leitung: Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach

Gebühr: 400 € (Akademiestand. 360 €)

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

Notfallmedizin

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

Leitung: Dr. med. G. Appel, T. Winter

Gebühr: 320 € (Akademiestand. 288 €)

Ort: Kassel, Hess. Landesfeuerwehrschule

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

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Do., 02.–Sa., 04. November 2023 26 P

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
M. Leimbeck, Marburg

Gebühr: 580 € (Akademiestand. 522 €)

Notfallmedizin machbar machen 8 P

Mi., 22. November 2023

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg

Gebühr: 200 € (Akademiestand. 180 €)

Ort: beide Bad Nauheim

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

Intensivmedizin

49. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

Mo., 16.–Fr., 20. Oktober 2023 50 P

Leitung: Prof. Dr. med. F. Finkelmeier,
Dr. med. A. Grünewaldt,
Dr. med. S. Heyl, Frankfurt

Gebühr: 800 € (Akademiestand. 720 €)

Ort: Frankfurt, Uniklinikum

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

Frauenheilkunde

In Kooperation mit der Stabsstelle Qualitätssicherung der
Landesärztekammer Hessen

**Neue Aspekte in der Reproduktionsmedizin
- ein praktischer Überblick**

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

Leitung: Katrin Israel-Laubinger, Frankfurt

Gebühr: 130 € (Akademiestand. 117€)

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

Qualitätsmanagement

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

Do., 12.–Fr., 13. Oktober 2023 18P

Beginn der Telelernphase: 11.09.2023

Leitung: Dr. med. K. Schneider

Gebühr: 480 € (Akademiestand. 432 €)

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

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt (40 Std)

Mo., 06.–Fr., 10. November 2023 40 P

Leitung: D. Ziedorn, Wetzlar

Gebühr: 980 € (Akademiestand. 882 €)

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

**Hygienebeauftragter Arzt, Refresher
Mi., 15. November 2023 (Live-Online)**

Leitung: D. Ziedorn, Wetzlar

Gebühr: 200 € (Akademiestand. 180 €)

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

Ultraschall

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

Abschlusskurs

Theorie: Fr., 17. November 2023

Praktischer Teil: Sa., 18. November 2023

Gebühr: 560 € (Akademiestudierende 504 €)

Ort: **Theorie: Bad Nauheim, BZ**
Praxis: Frankfurt, KKH Nordwest, Kommunikationszentrum

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

Ultraschall-Trainingstag

Sa., 01. Juli 2023

Gebühr: 350 € (Akademiestudierende 315 €)

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

Ort: **Bad Nauheim**

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Spezialkurs Röntgendiagnostik

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

Praktikum: Mo., 25. September 2023

Gebühr: 420 € (Akademiestudierende 378 €)

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

Aktualisierungskurs (Live-Online)

Sa., 21. Oktober 2023 **8P**

Gebühr: 220 € (Akademiestudierende 198 €)

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte

Kenntniskurs

Theorie Sa., 07. Oktober 2023 **4P**

Gebühr: 110 € (Akademiestudierende 99 €)

Ort: **Frankfurt, LÄKH**

Praktikum: Sa., 07. Oktober 2023 **5P**

Gebühr: 90 € (Akademiestudierende 81€)

Ort: **Frankfurt, LÄKH**

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

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

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“ – Infektiologie-Immunologie

Mi., 28. Juni 2023

6 P

Leitung: PD Dr. med. L. Schrod

Gebühr: 80 € (Akademiestudierende kostenfrei)

Ort: **Bad Nauheim**

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

Arbeits- und Betriebsmedizin

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

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

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

FOBI: **Mi., 13. September 2023**

Weitere Termine unter

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

Gebühr: je 160 € (Akademiestudierende 144 €)

Leitung: Dr. med. A. Rauch

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

Transplantationsmedizin

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

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

Kriseninterventionsseminar:

Do., 06. Juli 2023

8 P

Gebühr: 200 € (Akademiestudierende 180 €)

Ort: **Bad Nauheim**

Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt
PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz

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

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

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Manuelle Medizin

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

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

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

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden
Ort: Bad Nauheim
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
 E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Palliativmedizin

Fallseminar Modul II Mo., 26.–Fr., 30. Juni 2023
Leitung: M.-S. Jost, Eschwege
Gebühr: 950 € (Akademiestudenten 855 €)

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

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

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

Sozialmedizin

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

Gesamtleitung: PD Dr. med. U. Seifart, Marburg
Gebühren: je Modul 550 € (Akademiestudenten 495 €)
Ort: Bad Nauheim
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
 E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Repetitorium Radiologie

Mo., 18.–Sa. 23. September 2023

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt
Gebühr: 800 € (Akademiestudenten 720 €)

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

Allgemeinmedizin

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

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

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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Mo., 04.–Fr., 08. Dezember 2023

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

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

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

Psychosomatische Grundversorgung

29. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

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

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

Gebühren: je Block 310 €
(Akademiemitglieder 279 €)

Ort: **Bad Nauheim**

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

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

| | |
|----------------|---|
| G9-G10 | Fr., 07.–Sa., 08. Juli 2023 |
| G11-G12 | Fr., 15.–Sa., 16. September 2023 |
| G13-G14 | Fr., 17.–Sa., 18. November 2023 |
| G15 | Sa., 02. Dezember 2023 |

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

| | |
|-----------|---|
| GP | Fr., 07.–Sa., 08. Juli 2023 |
| GP | Fr., 15.–Sa., 16. September 2023 |
| GP | Fr., 17.–Sa., 18. November 2023 |

Leitung: H. Luxenburger, München

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

Ort: **Bad Nauheim**

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

Sportmedizin

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

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

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer
Gebühren: je 330 € (Akademiemitgl. 297 €)
Ort: **Bad Nauheim**

Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.

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

Modul 4: Beginn der Telearnphase: 12.10.2023
Mo., 13.–Fr., 17. November 2023

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

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

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

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

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

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

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

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

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 08.–Sa., 11. November 2023

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. Ivo Meinhold-Heerlein,
 Gießen

Gebühr: 640 € (Akademiestudenten 576 €)
Gebühr/Tag: 200 € (Akademiestudenten 180 €)
Ort: Bad Nauheim

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 06.–Sa., 11. November 2023 **ges. 61 P**

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

Gebühr ges.: 770 € (Akamitgl., BDI, DGIM 693 €)
Gebühr/Tag: 200 € (Akamitgl., BDI, DGIM 180 €)
Ort: Bad Nauheim

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

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





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

Neurologie und Psychiatrie (NP) 120 Stunden

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

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

Termin NP: ab 15.09.2023

Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Ambulantes Operieren (AOP) 94 Stunden

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

Lerninhalte im Block AOP sind unter anderem:

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

Termin AOP: ab 20.09.2023

Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Termin SAC: ab 12.10.2023 oder ab 30.11.2023

Gebühr: 370 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Kardiologie (KAR) 120 Stunden

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

Termin KAR: ab 04.10.2023

Gebühr: 1.300€ zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (140 Stunden)

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

Termin BET: ab 01.09.2023

Gebühr: 1.875 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

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

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

Die Module des Pflichtteils sind:

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

Durch die Kombination von **300 Std. Pflichtteil** und **120 Std. medizinischen Wahlteil** hat der/die Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Bereich des Praxismanagements, als auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin.

Für den Wahlteil werden Qualifizierungslehrgänge anerkannt, die mindestens 40 Stunden umfassen und auf einem Curriculum der Bundesärztekammer oder einer Landesärztekammer basieren.

Termin FAW_4: ab 28.08.2023

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

Bekanntgabe von Prüfungsterminen

Aufstiegsfortbildung Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Modulprüfung 1b

Do., 05.10.2023, Anmeldeschluss: 14.09.2023

Praktisch-mündliche Prüfung

Fr., 06.10.2023–Sa., 07.10.2023



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

Onkologie (ONK) 120 Stunden

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

Termin ONK PAL: ab 09.11.2023

Gebühr: 275 €

Termin ONK: ab 30.11.2023

Gebühr: 665 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

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

Palliativversorgung (PAL) 120 Stunden

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

Termin ONK PAL: ab 09.11.2023

Gebühr: 275 €

Termin PAL: ab 06.12.2023

Gebühr: 735 € zzgl. 60 € Prüfungsgebühr

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

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

Assistenz Wundmanagement (WUN) 40 Stunden

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

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

Termin WUN: ab 04.09.2023

Gebühr: 530 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Kenntnisse im Strahlenschutz (STR) 90 Stunden

Der 90-stündige Qualifizierungslehrgang richtet sich an medizinische Fachkräfte zum Nachweis der „Kenntnisse im Strahlenschutz bei der Anwendung am Menschen“ gemäß § 49 der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV).

Termin 23 STR 2: ab 06.09.2023

Gebühr: 1.080 € zzgl. 55 € Prüfungsgebühr

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

Fachkraft für Impfmanagement (IMP) 40 Stunden

Der Qualifizierungslehrgang wird auf Grundlage des Fortbildungscurriculums der Bundesärztekammer durchgeführt.

Termin IMP: ab 06.10.2023

Gebühr: 455 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Aktualisierung Onkologie: Prostatakarzinom (ONK A 3)

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

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

Gebühr: 125 €

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

Herausfordernde Patient/-innen am Telefon (PAT 4)

Inhalte: Professionelle Telefonkommunikation, Kommunikationstechniken, konfliktfrei formulieren, souveränes Handhaben von Konflikt- und Beschwerdetelefonaten, Stressmanagement.

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

Gebühr: 125 €

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

Tagesaktuelle Informationen

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



Öffentliche Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen:

Vergabe eines Versorgungsauftrages an eine(n) zweite(n) Programmverantwortliche(n) Vertragsärztin oder Vertragsarzt für die Screening-Einheit 3 in Hessen im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening

gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien – KFE-RL) vom 18. Juni 2020 und der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge (BMV-Ä/EKV) vom 1. Januar 2023.

Für die Ausschreibung ist der jeweils aktuelle Stand der KFE-RL, der Anlage 9.2 BMV-Ärzte und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) maßgebend.

Präambel

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat zum 01.01.2004 in dem Abschnitt B III der KFE-RL ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening eingeführt. Die weitere Ausgestaltung wurde in der Anlage 9.2. BMV-Ärzte festgelegt.

Ziel des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening ist die deutliche Senkung der Brustkrebssterblichkeit in der anspruchsberechtigten Bevölkerungsgruppe (Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres). Gleichzeitig sollen die Belastungen, die mit einem Mammographie-Screening verbunden sein können, minimiert werden.

Das Programm ist in regionale Versorgungsprogramme gegliedert, das für Hessen die Grenzen des Bundeslandes Hessen und damit das Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) umfasst. Ein regionales Versorgungsprogramm ist wiederum in regionale Screening-Einheiten untergliedert, für die sog. Programmverantwortliche Ärzte Versorgungsaufträge gem. § 3 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erhalten können.

Gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV kann ein Versorgungsauftrag auch von zwei Programmverantwortlichen Ärzten (Vertragsärzten oder angestellten Ärzten in einem MVZ oder Vertragsarztpraxis), die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, übernommen werden.

Für die Screening-Einheit 3 wird zum 01.01.2024 ein/e Nachfolger/in für einen Programmverantwortlichen Arzt gesucht. Die Berufsausübungsgemeinschaft wird zwischen dem/der Bewerber/in und dem verbleibenden Programmverantwortlichen Arzt geschlossen.

1. Verfahren der Ausschreibung

Die KV Hessen führt für die Nachfolge für den Versorgungsauftrag der Screening-Einheit 3 ein öffentliches Ausschreibungsverfahren durch.

Das Verfahren verläuft zweistufig (§ 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV):

1. Bei Erfüllung der Voraussetzungen für eine Bewerbung nach § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV **bis 31.07.2023** erhält der Bewerber Ausschreibungsunterlagen zugesandt, die er bis **31.08.2023, 12 Uhr**, bei der KV Hessen einreicht.
2. Gem. § 4 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ärzte kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der hessischen Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Bewerbungen eine Genehmigung (unter Auflagen) zur Übernahme des Versorgungsauftrages erteilen.

Ein Konzept zur Organisation des Versorgungsauftrages nach § 4 Abs. 2 b) i. V. m. § 5 Abs. 2 b) und c) Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist entbehrlich, sofern die Voraussetzungen an die Verfügbarkeit und Qualifikation der im Rahmen des Versorgungsauftrages kooperierenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte in der jeweiligen Screening-Einheit sowie die sachlichen Voraussetzungen zur Praxisausstattung und apparativer Ausstattung bereits durch die in der jeweiligen Screening-Einheit tätigen Programmverantwortlichen Ärzte erfüllt und nachgewiesen wurden. Der Bewerber muss jedoch detaillierte Angaben zu den persönlichen Voraussetzungen gem. **§ 5 Abs. 2 a)** der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV machen.

Im Fall der Nachfolge eines/r Programmverantwortlichen Arztes/Ärztin ist Entscheidungsgrundlage die persönliche Qualifika-

tion der Bewerber und deren zeitliche Verfügbarkeit zur Erfüllung des Versorgungsauftrages. Bei mehreren gleich geeigneten Bewerbern, die einen Versorgungsauftrag übernehmen wollen, ist ausschlaggebend, ob und wie sich der Bewerber in den schon vorhandenen Versorgungsauftrag mit dem jetzigen Programmverantwortlichen in einer Berufsausübungsgemeinschaft einbinden lässt. Gem. § 5 Abs. 6 und 6a der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist der Versorgungsauftrag an den Praxisnachfolger gemäß § 103 Abs. 4 SGB V übertragbar, wenn die entsprechenden Voraussetzungen nach diesem Vertrag erfüllt sind.

2. Versorgungsauftrag

Der Versorgungsauftrag wird ausgeschrieben für Screening-Einheit 3 (Stadt Wiesbaden, Stadt Bad Homburg, Hochtaunus-Kreis und Kreis Limburg-Weilburg).

Der Versorgungsauftrag umfasst die notwendige ärztliche Behandlung und Betreuung der Frauen einschließlich Aufklärung und Information sowie die übergreifende Versorgungsorganisation und -steuerung. Er ist umfassend und vollständig zu erfüllen.

Einzelheiten des Versorgungsauftrages ergeben sich aus Abschnitt B III der KFE-RL bzw. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV (die folgenden §-Angaben beziehen sich auf die Anlage 9.2 BMV-Ärzte):

1. Kooperation mit den benannten Stellen (§ 7)
2. Überprüfung vor Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 8)
3. Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 9)
4. Organisation und Durchführung der Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 10)
5. Durchführung der Konsensuskonferenz (§ 11)
6. Durchführung der Abklärungsdiagnostik (§ 12)
7. Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen (§ 13)
8. Ergänzende ärztliche Aufklärung (§ 14)
9. Organisation und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 15)

3. Ablauf der Versorgungsschritte

Zu Inhalt und Ablauf der einzelnen Versorgungsschritte ist aus Sicht des Programmverantwortlichen Arztes folgendes festzuhalten:

Die Programmverantwortlichen Ärzte haben durch die Bereitstellung entsprechender Kapazitäten dafür zu sorgen, dass alle Frauen der Zielgruppe innerhalb des 2-Jahres-Zyklus mindestens einmal eingeladen werden können. Über die Zentrale Stelle erhalten die anspruchsberechtigten Frauen einen Termin zur Untersuchung in einer bestimmten Mammographie-Einheit und ggf. einen Termin zu einem Aufklärungsgespräch im Vorfeld. Grundsätzlich soll die in der Einladung genannte Mammographie-Einheit aufgesucht werden. Abweichungen hiervon sind nur in Abstimmung mit der Zentralen Stelle möglich. In der Mammo-

graphie-Einheit ist zunächst zu klären, ob der Frau die Entscheidungshilfe zum Früherkennungsprogramm (siehe Anlage IVb der KFE-RL) vorgelegen hat, ob bei Verzicht auf ein mündliches Aufklärungsgespräch die unterschriebene Erklärung dazu vorliegt und ob aufgrund des standardisierten Fragebogens zur Anamnese (Anlage V der KFE-R) ein Leistungsanspruch der Frau besteht. Auf Verlangen wird die Frau zusätzlich über Strahlen- und Datenschutz im Rahmen des Screening-Programms informiert. Die Mammographie-Aufnahme wird unter verantwortlicher Leitung des Programmverantwortlichen Arztes von einer radiologischen Fachkraft erstellt. Der Programmverantwortliche Arzt organisiert die Doppelbefundung der Aufnahmen gem. § 10 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, führt deren Ergebnisse zusammen und leitet ggf. eine zusätzliche Befundung im Rahmen der Konsensuskonferenz nach § 11 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein. Diese Konsensuskonferenzen sollen in der Regel mindestens einmal pro Woche zusammen mit den beiden Ärzten, die die Doppelbefundung vorgenommen haben, stattfinden. Frauen mit weiterhin auffälligen Befunden werden zur Abklärungsdiagnostik nach § 12 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV eingeladen. Der Programmverantwortliche Arzt ist verpflichtet, in der Regel mindestens einmal in der Woche eine Sprechstunde zur Abklärungsdiagnostik durchzuführen. Falls erforderlich veranlasst der Programmverantwortliche Arzt die histopathologische Untersuchung der durch Biopsie gewonnenen Präparate. Bleibt der Verdacht auf eine maligne Erkrankung der Brust bestehen, ruft der Programmverantwortliche Arzt in der Regel mindestens einmal in der Woche eine prä- und eine postoperative Fallkonferenz nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein.

Die Qualitätssicherung bezieht sich auf die gesamte Versorgungskette des Programms und betrifft die fachliche Qualifikation aller beteiligten Ärzte und radiologischen Fachkräfte, die organisatorischen und technischen Aspekte sowie die Evaluierung des gesamten Programms. Zu den Aufgaben der Programmverantwortlichen Ärzte im Bereich der Qualitätssicherung gehören u. a.:

- Pflicht zur Übermittlung der Daten (§ 7 i. V. mit Anhang 9 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV) und zwar im Rahmen des Einladungswesens, der ärztlichen Untersuchung, der Qualitätssicherung (diagnostische Bildqualität, Beurteilung der Fallsammlung, Selbstüberprüfung) und der Evaluation.
- Dokumentation gem. Anlage VI der KFE-RL (Erstellung und Befundung der Mammographie-Aufnahmen und Teilschritte der Abklärungsdiagnostik)
- Dokumentation der Konferenzen (gem. Anhang 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV)
- Nachweise der fachlichen Befähigung gem. Abschnitt E der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, soweit von den Programmverantwortlichen Ärzten selbst gegenüber der KV Hessen vorzulegen. Kooperierende Ärzte müssen den Nachweis selbst führen.
- Nachweise der Voraussetzungen der technischen Qualitätssicherung gem. Abschnitt H der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV
- Teilnahme an den Verfahren zur Selbstüberprüfung gem. § 15 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV.

4. Kooperation

Die Leistungen des Versorgungsauftrages können nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse nur in Kooperation mit anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten erbracht werden. Dazu zählen:

- Befundende Ärzte mit einer Genehmigung nach § 25 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die eine konsiliarische Befundung der Mammographie-Aufnahmen vornehmen und ggf. an den gemeinsamen Konsensuskonferenzen teilnehmen.
- Ärzte nach § 27 Abs. 3 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die auf Veranlassung des Programmverantwortlichen Arztes im Rahmen der Abklärungsdiagnostik die Biopsie(n) unter Röntgenkontrolle durchführen.
- Pathologen nach § 28 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die die Beurteilung der histopathologischen Präparate im Rahmen der Abklärungsdiagnostik durchführen.

Der Programmverantwortliche Arzt sollte auch mit angestellten Krankenhausärzten kooperieren, die nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV an den prä- und postoperativen multidisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen und dafür eine Ermächtigung nach § 29 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erhalten.

5. Radiologische Fachkräfte

Die Screening-Mammographieaufnahmen werden durch eine radiologische Fachkraft unter verantwortlicher Leitung eines Programmverantwortlichen Arztes erstellt (§ 9 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV). Der Programmverantwortliche Arzt muss jederzeit erreichbar und ggf. in angemessener Zeit vor Ort sein.

Der Programmverantwortliche Arzt kann radiologische Fachkräfte im Screening-Programm einsetzen, wenn sie die Voraussetzungen des § 24 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/ EKV erfüllen.

6. Vergütung und Abrechnung

Gem. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV müssen die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die dem Versorgungsauftrag jeweils zugeordnet sind (EBM-Nrn. 01750, 01751, 01752, 01754, 01758), von den Programmverantwortlichen Ärzten erfüllt und die Leistungen bei entsprechender Indikationsstellung persönlich durchgeführt werden. Davon ausgenommen sind Leistungen, die nach diesem Vertrag von den Programmverantwortlichen Ärzten veranlasst werden können bzw. müssen.

Der Programmverantwortliche Arzt kann die Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (§ 18 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) sowie die Durchführung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle (§ 19 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) und muss die Durchführung von histopathologischen Untersuchungen (§ 20 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) an andere am Screening-Programm teilnehmende Ärzte, denen eine entsprechende Geneh-

migung (§ 16 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) erteilt worden ist, übertragen.

Der Programmverantwortliche Arzt kann an der Doppelbefundung teilnehmen. In diesem Fall übernimmt sein Partner in der Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV den Versorgungsauftrag (§ 10 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV).

Die Programmverantwortlichen Ärzte sowie andere Ärzte, die Leistungen im Rahmen des Screenings erbringen, rechnen die Screening-Leistungen jeweils über ihre lebenslange Arztnummer (LANR) sowie eine eigene Betriebsstättennummer (BSNR) mit der KV Hessen ab.

Die Vergütung der EBM-Ziffern 01750 bis 01759 erfolgt extrabudgetär. In dieser Vergütung ist seit 1.4.2015 ein Aufschlag in Höhe von 5,47 Prozent zur Finanzierung der sog. Overhead-Kosten im Mammographie-Screening (u. a. für die Kooperationsgemeinschaft und die Referenzzentren) enthalten.

Die Höhe des Punktwertes richtet sich nach den jeweils gültigen Bestimmungen des EBM sowie dem jeweils gültigen Honorarvertrag der KV Hessen abzüglich des Aufschlages für den Overhead. Sachkostenziffern sind davon nicht betroffen. Auf die abgerechneten Leistungen werden die satzungsgemäßen Umlagen und Verwaltungskosten der KV Hessen erhoben.

7. Bewerber

Um einen Versorgungsauftrag bewerben können sich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte für Diagnostische Radiologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Der/die Bewerber(in) ist/wird mit dem jetzigen Programmverantwortlichen Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig (sein).

Hinweis: Für die Berufsausübungsgemeinschaft ist die jeweils aktuelle Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen sowie die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte maßgeblich.

8. Bewerbungsvoraussetzungen

Wenn Sie sich um den Versorgungsauftrag als Programmverantwortlicher Arzt/Ärztin in der Screening-Einheit 3 als Nachfolger bewerben wollen, so erhalten Sie von uns die Bewerbungsunterlagen, wenn Sie die folgenden Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV erfüllen und fristgerecht gegenüber der KV Hessen vollständig nachweisen:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung ‚Diagnostische Radiologie‘ oder ‚Frauenheilkunde und Geburtshilfe‘
- Die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach § 74 Strahlenschutzgesetz
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der ‚kurativen‘ Mammographie ge-

mäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V

- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik der Mamma gemäß der Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V.

Die Bewerbungsunterlagen werden Ihnen nur auf Ihren schriftlichen Antrag hin zugeschickt.

9. Bewerbung

Ihre Bewerbungsunterlagen müssen nach § 5 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV detaillierte Angaben zu Ihren persönlichen Voraussetzungen enthalten, insbesondere:

- Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm gemäß Anhang 2 Nr. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV
- Ggf. Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms
- Ggf. bereits vorliegende Nachweise gem. § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV

10. Genehmigung

Nach Prüfung der eingereichten Bewerbungsunterlagen kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden in Hessen eine Genehmigung zur Durchführung des Versorgungsauftrages erteilen, die mit Auflagen verbunden sein kann. Diese sind innerhalb von 9 Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauf-

trages zu erfüllen und nachzuweisen. Werden die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV nicht innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages erfüllt und nachgewiesen, wird die Genehmigung widerrufen. Beruht das Nichterfüllen der Voraussetzungen auf Gründen, die der Genehmigungsinhaber nicht selber zu vertreten hat, verlängert sich die Frist zur Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen auf Antrag um einen weiteren Monat.

Die Genehmigung für die Übernahme eines Versorgungsauftrages wird unbefristet erteilt.

11. Fristen und Anschrift

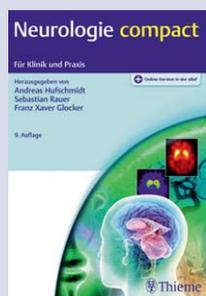
Interessierte Ärzte haben bis **31.07.2023** die Möglichkeit, Bewerbungsunterlagen anzufordern (siehe Punkt 8).

Vollständige Bewerbungen (siehe Punkt 9) müssen schriftlich in einem geschlossenen Umschlag bis zum **31.08.2023, 12:00 Uhr**, bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

**Abteilung Qualitätssicherung & Mitgliederservice Sonderverträge
Mammographie-Screening
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt**

eingereicht werden. Nach diesem Zeitpunkt können keine Bewerbungen mehr angenommen werden.

Bücher



**Andreas Hufschmidt,
Sebastian Rauer,
Franz Xaver Glocker (Hrsg.):
Neurologie compact/
Für Klinik und Praxis**

Georg Thieme Verlag, 9. Auflage,
Stuttgart 2022, 1204 Seiten, 129.99 €,
ISBN: 9783132430358

Das ausgewiesene Standard- und Nachschlagewerk liegt jetzt in seiner überarbeiteten neunten Auflage vor. In den Abschnitten Symptome und Syndrome, neurologische Erkrankungen, diagnostische Methoden, Therapieverfahren und einem Anhang mit Skalen und Scores und der neurologischen Begutachtung werden die Inhaltsbereiche übersichtlich und praxisrelevant dargestellt und erläutert.

Das Werk enthält praktisch das gesamte neurologische Facharztwissen und bietet so viel klinisch anwendbares Wissen wie mög-

lich. Die Inhalte wurden anhand der DGN-Leitlinien 2020 und MS Leitlinien 2021 aktualisiert, Kapitel zur neurologischen Rehabilitation, Informationen zu Covid-19, Handouts für Patienten sowie viele nützliche Links zu wichtigen Quellen neu mit aufgenommen.

Für die Praxis relevant sind insbesondere genaue Dosierungsangaben, übersichtliche Therapieschemata und Clinical Pathways für den raschen Überblick. Ein Zugang zur Online-Version gewährleistet den Zugriff auf Zusatzmaterialien. Abbildungen, Übersichten und Checklisten verdeutlichen die Aussagen der Textpassagen. Gesamteinschätzung: Dieses von meinungsführenden Experten erstellte herausragende Fachbuch und Nachschlagewerk ist ein „must have“ für jeden praktizierenden Arzt, der mit neurologischen Fragestellungen konfrontiert ist.

Dr. med. Paul Kokott, Salzgitter

Die Rezension ist ein Nachdruck aus dem Niedersächsischen Ärzteblatt 10/2022, S. 50.

Hessisches Ärzteblatt

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

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

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

Dr. med. Peter Zürner

Stellvertreter: Dr. med. H. Christian Piper

(beide sind Mitglieder des Präsidiums der LÄK Hessen)

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin

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

Lukas Reus, Referent Stabsstelle Medien

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)

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

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

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

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

Jürgen Juncker, Gutachter- und Schlichtungsstelle

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

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen

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

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

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH

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

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

Geschäftsführung: Jürgen Führer, Patric Tongbhoyai

Produktmanagement: Marie-Luise Bertram,

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

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

Abo-Service@aerzteverlag.de

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

Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00

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

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

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

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

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

E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

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

E-Mail: lang@aerzteverlag.de

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

E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

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

E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

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

Mobil +49 172 5792180, fege@aerzteverlag.de

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

Mobil +49 172 2363730, soika@aerzteverlag.de

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

E-Mail: schwarz@aerzteverlag.de

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

E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Layout: Petra Möller

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

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln

Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

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

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 9, gültig ab 01.01.2023

Auflage Lt. IVW 1. Quartal 2023:

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

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

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

84. Jahrgang

ISSN 0171–9661

Urheber- und Verlagsrecht

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

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

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln