

Hessisches Ärzteblatt

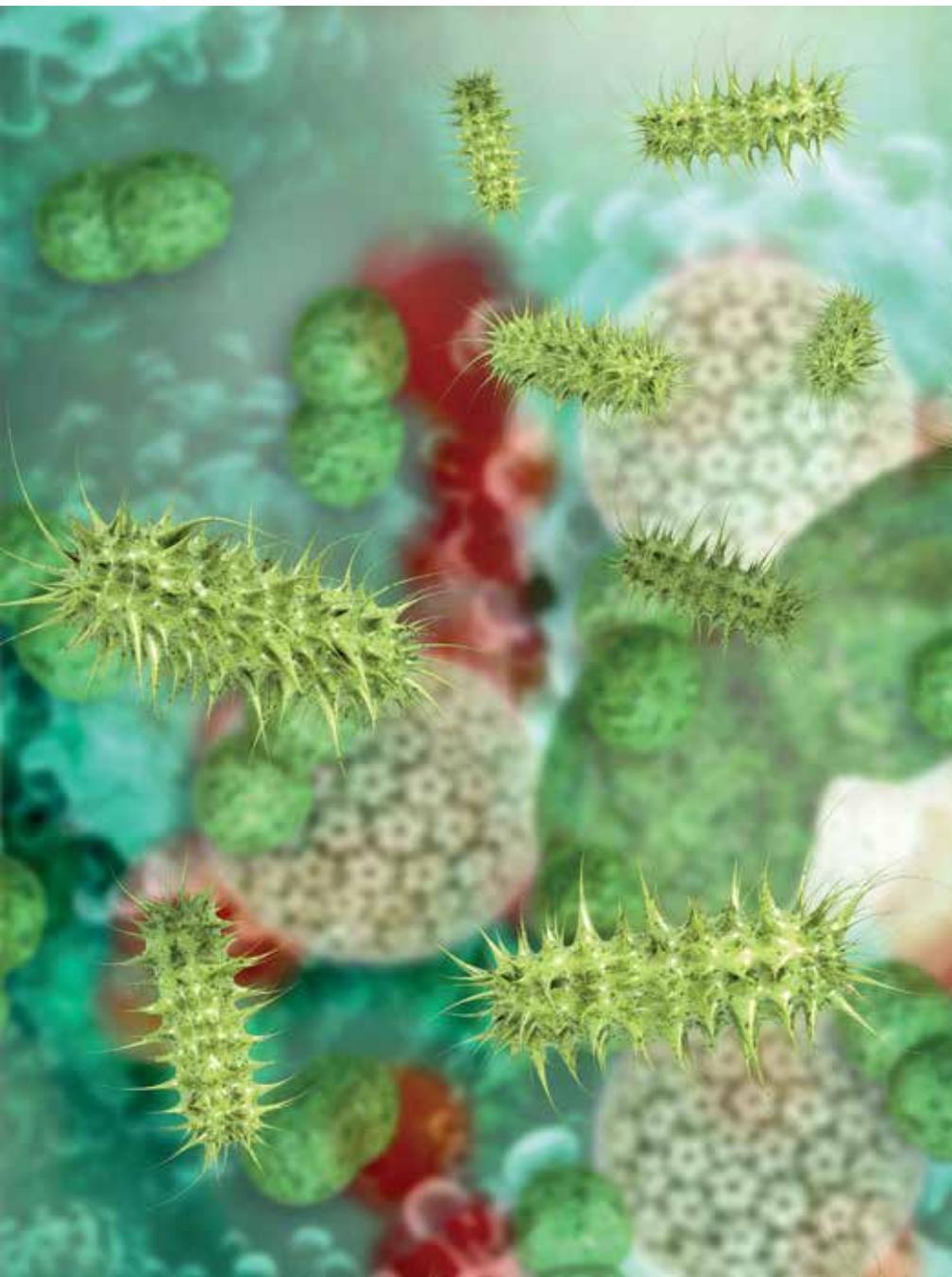
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

12 | 2014

Dezember 2014

75. Jahrgang



- **Themenheft „Gastroenterologie“**
 - Prävention in der Gastroenterologie
 - Neue diagnostische und therapeutische Optionen der gastrointestinalen Endoskopie
 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- **Beschlüsse des Versorgungswerkes zur Berufsunfähigkeitsrente, Kinderzuschüssen und gendgerechten Formulierung**
- **Propädeutikum und fachspezifischer Studierfähigkeitstest für Medizin**
- **Marburger strukturiertes Weiterbildungsprogramm für Chirurgen**
- **Interview: Psychotherapeutische Tagesbereitschaft**
- **Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang**

Fortbildung Gastroenterologie ab Seite 680:
Proteus-Bakterien sind Teil der Darmflora des Menschen

Hessisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R. und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen K.d.ö.R.

Impressum**Herausgeber:**

Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.
Tel.: 069 97672-0
Internet: www.laekh.de, E-Mail: info@laekh.de

Schriftleitung (verantwortlich):

Dr. med. Peter Zürner,
Mitglied des Präsidiums der LÄK Hessen

Redaktion:

Katja Möhrle M. A., Leitende Redakteurin
Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. ltd. Redakteurin
Dr. med. Roland Kaiser
Sabine Goldschmidt M. A.
Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth

Redaktionsbeirat:

siehe online unter www.laekh.de
(Hessisches Ärzteblatt)

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Katharina Deppert,
Gutachter- und Schlichtungsstelle
Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen

Anschrift der Redaktion:

Isolde Asbeck
Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.
Tel.: 069 97672-196, Fax: 069 97672-224
E-Mail: schriftleitung-haebel@laekh.de

Redaktionsschluss:

fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Tel.: 0341 710039-90, Fax: 0341 710039-74 u. -99
Internet: www.l-va.de, E-Mail: lk@l-va.de

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

Livia Kummer, Tel.: 0341 710039-92,
E-Mail: lk@l-va.de

Druck:

Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co KG
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Schwäbisch-Hall
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen
Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2014 vom
1.1.2014 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 128,00 €
inkl. Versandkosten (12 Ausgaben), im Ausland
128,00 € zzgl. Versand, Einzelheft 13,25 € zzgl.
2,50 € Versandkosten. Kündigung des Bezugs
2 Monate vor Ablauf des Abonnements. Für die
Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist
der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag
abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt



Editorial Nein zum „gefährlichsten Mann im Staat“	676
Versorgungswerk Beschlüsse zur Berufsunfähigkeitsrente, Kinderzuschüssen und gendingerechten Formulierung	678
Aktuelles Interview: Psychotherapeutische Tagesbereitschaft	700
Offener Brief zum Thema assistierter Suizid	701
Marburger strukturiertes Weiterbildungsprogramm für Chirurgen	702
Propädeutikum und fachspezifischer Studierfähigkeitstest für Medizin	716
„Der Hausarzt der Zukunft ist eine Frau“	718
Bad Nauheimer Gespräch: Verständnis für junge Ärztinnen und Ärzte wecken	719
40. Kongress der European Underwater & Baromedical Society	720
Medizinische Bedeutung der Gradierbauten	726
Bescheid wissen über Prostatakrebs	727
Schlaglichter, Nachrichten und Notizen	729
Fortbildung Einführung zum Themenheft „Gastroenterologie“	680
Zertifizierte Fortbildung: Prävention in der Gastroenterologie	681
Neue diagnostische und therapeutische Optionen der gastrointestinalen Endoskopie	685
Zertifizierte Fortbildung: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	690
REM-Schlaf-Verhaltensstörung	724
Ansichten und Einsichten Arbeits- und Karrierebedingungen im Krankenhaus	698
Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Bad Nauheim	705
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	711
Landesärztekammer Hessen Die Carl-Oelemann-Schule feiert ihren 40. Geburtstag!	713
Parlando Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang	722
Leserbrief	728
Bücher Sonographische Differentialdiagnose	679
Darm mit Charme	680
„Klinik-Knigge“ für Berufseinsteiger	704
Überleben ist nicht genug	734
Diagnose Mord	734
Personalia	721
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	731
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	734

Mit dem Einreichen eines Beitrages 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 Schriftleitung des „Hessischen Ärzteblattes“. 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 bzw. bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Alle Verwertungsrechte der gedruckten und der elektronischen Ausgaben sind der Leipziger Verlagsanstalt GmbH übertragen. Kopien in körperlicher und nichtkörperlicher Form dürfen nur zu persönlichen Zwecken angefertigt werden. Gewerbliche Nutzung ist nur mit schriftlicher Genehmigung durch die Leipziger Verlagsanstalt GmbH möglich. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Schriftleitung keine Verantwortung. Vom Autor gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Schriftleitung wieder. Die Veröffentlichung der Beiträge „Sicherer Verordnen“ erfolgt außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung und des Verlages.

Nein zum „gefährlichsten Mann im Staat“



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
(Foto: Vera Friederich)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

an dieser Stelle habe ich schon öfter meine Gedanken über die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens geäußert. Leider sind meine Sorgen und Befürchtungen

bezüglich dieser Entwicklung nicht geringer geworden, sondern haben in jüngster Zeit neue Nahrung erhalten.

So gab laut der Süddeutschen Zeitung vom 8. September 2014 in einer noch unveröffentlichten Studie des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen mehr als ein Drittel der Chefärzte an, dass die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in ihrem jeweiligen Fachgebiet zu fachlich nicht nötigen, für die Klinik jedoch lukrativen Eingriffen führen. Solche Ergebnisse sind geeignet, die Ängste von Menschen, ob krank oder gesund, vor zu viel Medizin zu schüren.

Der Theologe Prof. Dr. Wolfgang Huber, ehemaliger Vorsitzender des Rats der Evangelischen Kirche in Deutschland, schrieb in einem sehr lesenswerten Beitrag in Frankfurter Allgemeinen Zeitung am 3. November 2014: „So kann es zu medizinischen Maßnahmen ohne eine entsprechende Indikation, zu ‚therapeutischem Übereifer‘ kommen. Zu diesem trägt die Furcht vor dem Vorwurf bei, nicht genug versucht zu haben. Eine Rolle spielen kann auch das wirtschaftliche Interesse daran, aufwendige Therapien so lange wie möglich fortzusetzen.“

Huber ruft dazu auf, sich nicht länger von einem solchen Übereifer leiten zu lassen. Dem ist nicht zu widersprechen, dennoch muss einmal mehr betont werden, dass Ärztinnen und Ärzte nicht allein die Verantwortung tragen. Krankenhäuser, die seit Jahren nur einen Bruchteil der benötigten Investitionsmittel erhalten, suchen den Ausweg – der Logik des Systems folgend – in der Erschließung anderer Finanzierungsquellen. Und so teilt das Controlling den Ärzten mehr oder minder subtil mit, welche Eingriffe, welche DRGs finanziell lohnend sind. Wirklich überraschend ist eine derartige Entwicklung nicht.

So finden wir auf der einen Seite womöglich in manchen Fällen eine medizinisch nicht indizierte Überversorgung, während es auf der anderen Seite einen Mangel an Versorgung gibt. Ausgeschöpfte Budgets am Ende des Quartals, Budgetferien, neue Rezepte erst im folgenden Quartal und nach wie vor die Ängste der Vertragsärzte vor Regressforderungen. Letztere sind in Hessen erfreulicherweise kaum begründet, weil die hessischen Vertragsärztinnen und -ärzte sehr überlegt zum Rezeptblock greifen. Umso überraschter war ich, als ich aus gut unterrichteten Kreisen hörte, Politiker hätten die Sorge, Ärztinnen und Ärzte hätten Angst, für eigentlich indizierte palliativmedizinische Behandlung belangt werden zu können. Dies wiederum bestärke den einen oder anderen Politiker in einer positiven Haltung zum ärztlich assistierten Suizid. Das aber wäre die völlig falsche Schlussfolgerung. Vielmehr ist die aktuelle Forderung der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht umzusetzen. Diese fordert eine Verstär-

kung der allgemeinen Aufklärung und Information über die Möglichkeiten der palliativen Versorgung beispielsweise in Hospizen oder dafür spezialisierten Kliniken bei gleichzeitigem Auf- und Ausbau der notwendigen Strukturen. Eine Neuregelung „zum Themenkreis ärztlich assistierter Suizid“ sollte erst erfolgen, wenn diese Voraussetzungen erfüllt seien. Meine Haltung wird – wie die der überwiegenden Mehrheit der Kolleginnen und Kollegen – weiter lauten: Hilfe beim und im Sterben, aber keine Hilfe zum Sterben. Die sogenannte Tatherrschaft über den Suizid darf niemals beim Arzt liegen.

Die Worte von Christoph Wilhelm Hufeland (1762–1836), Leibarzt des Preußenkönigs Friedrich Wilhelm III., der Arzt „soll und darf nichts anderes thun, als Leben erhalten; ob es ein Glück oder ein Unglück sey, ob es Wert habe oder nicht, dies geht ihn nichts an. Und maß er sich an, diese Rücksicht in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mann im Staat“ sind unverändert gültig.

Ich wünsche Ihnen allen ein frohes und gesegnetes Weihnachtsfest mit der Möglichkeit, ruhige und besinnliche, aber auch gesellige Stunden im Kreise von Familie und Freunden zu verbringen.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident



Wir möchten Ihnen auf diesem Weg unsere Wünsche für ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein friedvolles und gesundes Neues Jahr übermitteln.

Landesärztekammer Hessen

*Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident*

Frankfurt am Main, Dezember 2014

© VeniaminKrasov/Shutterstock.com

Neues Jahr – Neues Heft!

Form follows function |

Neues Aussehen |

Bald in Farbe |

Seien Sie neugierig |



Wichtige Beschlüsse des Versorgungswerkes zur Berufsunfähigkeitsrente, Kinderzuschüssen und gendergerechten Formulierung

Die hessischen Delegierten haben mit der erforderlichen Zweidrittelmehrheit drei Beschlüsse zu Änderungen bei der Berufsunfähigkeitsrente und den Kinderzuschüssen sowie zur Einbeziehung gendergerechter Formulierungen in das gesamte Satzungswerk gefasst. Die Diskussion hierzu war ausgesprochen lebhaft und die Erörterung der Beiträge gab Anlass zu klärenden Aussprachen.

Auch das Angebot seitens des Versorgungswerkes zu zusätzlichen Informationen und Erläuterungen wurde angenommen. Die gut besuchten Informations-Veranstaltungen für Delegierte zeigten einmal mehr, dass die Delegierten ihre Rolle als Aufsichtsorgan verinnerlicht haben.

Zukünftige Herausforderungen meistern

Die jetzt gefassten Beschlüsse folgen den Maßnahmen aus den vergangenen Jahren. Ziel war und ist, das Versorgungswerk an neue Entwicklungen anzupassen und für zukünftige Herausforderungen zu rüsten. Bereits vor einigen Jahren erkannte der Vorstand des Versorgungswerkes die Notwendigkeit, den Rechnungszins (der sich aktuell auf 3,77 % beläuft) schrittweise abzusenken. Zur Erläuterung: Es handelt sich hierbei um die Verzinsung, die die Kapitalanlagen erbringen müssen, um die zugesagten Leistungen in Gegenwart und Zukunft erfüllen zu können. Je nach Biographie der Mitglieder kommt es zu unterschiedlichen Verzinsungen der geleisteten Beiträge:

- Bis 31.12.2003 gezahlte Beiträge werden mit 4 % verzinst
- Zwischen 1.1.2004 und 31.12.2009 gezahlte Beiträge werden mit 3,5 % verzinst
- Ab 1.1.2010 gezahlte Beiträge werden mit 3 % verzinst.

Hieraus resultiert eine Mischverzinsung. Im ersten Halbjahr 2014 auslaufende Anleihen waren mit einem durchschnittlichen Coupon von ca. 4,5 % ausgestattet. Die Neuanlage wies im Gegensatz dazu nur noch einen durchschnittlichen Coupon von ca. 2,85 % auf. Auch unter dem Szenario einer länger andauernden Niedrigzinsphase gilt es, die Generationengerechtigkeit zu bewahren. Schließlich bedeutet der niedrigere bilanzielle Rechnungszins mehr Gerechtigkeit zwischen den einzelnen Beitragsgenerationen. Denn vor allem die jüngeren Mitglieder, deren Beiträge mit 3 % und 3,5 % verzinst werden, finanzieren zu einem gewissen Teil die 4 %igen Zinsversprechen der bis Ende 2003 gezahlten Beiträge.

Die Deckungsrückstellung ist vereinfacht gesprochen der Gegenwartswert für die laufenden und zukünftigen Renten des Versorgungswerkes. Sie wird jährlich durch ein versicherungsmathematisches Gutachten berechnet.

Ein verringerter Rechnungszins bewirkt eine Erhöhung der Deckungsrückstellung, weil bei geringerer Verzinsung ein höheres Kapital erforderlich ist, um die gleichen Leistungen erbringen zu können. Wenn der Rechnungszins z.B. um 0,1 Prozentpunkte verringert werden soll, sind dafür aktuell rund 200 Millionen Euro erforderlich. In ersten Schritten konnte u. a. durch Überschüsse der Vorjahre und Absenkung des in den Rechnungsgrundlagen einkalkulierten Verwaltungskostenzuschlags der Rechnungszins von 3,85 % auf 3,77 % zum 31.12.2013 reduziert werden.

Änderung bei der Berufsunfähigkeit

Bei der Analyse des versicherungsmathematischen Gutachtens fanden sich weitere

„Stellschrauben“. Dabei zeigte sich, dass allein mit einer veränderten Zurechnung bei der Rente wegen Berufsunfähigkeit (BU) ein signifikanter Beitrag in der versicherungsmathematischen Bilanz frei wird (für eine weitere Absenkung des bilanziellen Rechnungszinses), ohne dass es gleichzeitig zu neuen Ungerechtigkeiten innerhalb der Beitragsgenerationen kommt. Weitere mögliche Maßnahmen, wie etwa eine Kürzung der zukünftigen Anwartschaften, hätten erneut zu einer Belastung für die noch tätigen (jüngeren) Mitglieder geführt – nach den bereits erwähnten Änderungen bei der Verzinsung für geleistete Beiträge. Die jetzt beschlossene Satzungsänderung verändert die sogenannte „Zurechnungszeit“ bei der Berechnung der BU-Rente. Diese veränderte Berechnung gilt für alle ab dem 1.1.2016 gestellten Anträge auf BU-Rente.

Zur Erläuterung: Bei der Zurechnungszeit handelt es sich um den Zeitraum zwischen dem Eintritt der BU und dem regulären Renteneintrittsalter (derzeit 65 Jahre), in dem keine Beiträge mehr gezahlt werden. Damit die Rente trotzdem ein auskömmliches Niveau erreicht, wird unterstellt, dass das Mitglied bis zum Renteneintrittsalter die gleichen Beiträge wie in dem Jahr vor Eintritt in die BU zahlt. Anhand der tatsächlich gezahlten und der unterstellten Beiträge wird die Rente berechnet. Es handelt sich bei diesem Zurechnungsanteil um einen solidarisch finanzierten Geldbeitrag, auf den insbesondere junge Mitglieder mit erst geringen Beitragszahlungen angewiesen sind.

Bereits erworbene Anwartschaften sind hiervon nicht betroffen. Wenn also jemand mit 63 Jahren berufsunfähig wird, errechnet sich seine Rente aus den bis dato eingezahlten Beiträgen unter Berücksichti-

gung eines versicherungsmathematischen Abschlags und wird nicht etwa auf 60 Jahre gekürzt. Ein weiterer, sehr wichtiger Grund für die Anpassung dieser Zurechnungszeit waren die Regelungen der meisten anderen Versorgungswerke im ärztlichen Bereich. Der überwiegende Anteil der ärztlichen Versorgungswerke rechnet bereits seit mehreren Jahren nur noch bis zum 60. Jahr hoch. Dies ist ebenfalls bei der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (EVH) der Fall. Durch das Lokalitätsprinzip wird es zukünftig häufiger vorkommen, dass Mitglieder von verschiedenen Versorgungswerken eine Rente beziehen, dies gilt auch für BU-Renten. Die nun beschlossene Lösung erscheint auch deshalb vertretbar, weil bereits durch die Zahlung eines Monatsbeitrags der Anspruch auf eine solidarisch finanzierte BU-Rente besteht. Die Absicherung der Berufsunfähigkeit über das Versorgungswerk setzt die 100%ige Unfähigkeit für jedwede ärztliche Tätigkeit voraus. Um die Rente des Versorgungswerkes für sich bzw. für die Hinterbliebenen zu erhöhen, empfiehlt es sich, freiwillig mehr Beiträge zu zahlen (sogenannte „Höherversorgung“). Damit kann nicht nur die Alters- sondern auch eine mögliche BU- und Hinterbliebenenrente gesteigert

werden. Wie bisher hängt die individuelle Höhe der Altersrente, aber auch die Höhe der BU-Rente, von der Höhe des vom jeweiligen Mitglied eingezahlten Beitrages ab. Zusätzlich empfiehlt das Versorgungswerk seinen Mitgliedern insbesondere für den Bereich zwischen 50 %iger und 100 %iger Berufsunfähigkeit eine private BU-Absicherung.

Änderung bei den Kinderzuschüssen

Im zweiten wichtigen Beschluss der Delegiertenversammlung geht es um die Kinderzuschüsse für Altersrentner. Schon in der Vergangenheit kam vielfach der Wunsch auf, hier eine eingehende Prüfung vorzunehmen. Einen Anspruch auf einen Kinderzuschuss haben in Zukunft lediglich BU-Rentner, und zwar bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes; auch dies als Zeichen der Solidarität gegenüber den Betroffenen. Bei Altersrente entfällt der Kinderzuschuss. Aus Gründen des Vertrauensschutzes ist eine längere Übergangszeit vorgesehen: Es bleibt für diejenigen bei der bisherigen Regelung, die vor dem 1.1.2018 eine Rente beziehen und deren Kinder vor diesem Datum geboren werden. Beide Satzungsänderungen führen zu größerer Gerechtigkeit zwischen den

Generationen und den Geschlechtern. Es sei auf den Anspruch auf Anerkennung von steuerfinanzierten Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV) hingewiesen. Schließlich können hierdurch kindererziehende Mitglieder möglicherweise einen zusätzlichen Rentenanspruch bei der DRV generieren.

Geschlechtergerechte Sprache

Auf Anregung der letzten Delegiertenversammlung wurden die Satzung und die Versorgungsordnung sprachlich komplett überarbeitet, um beiden Geschlechtern gerecht zu werden und Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen anzusprechen. Der Mitgliederöffentlichkeit sei für die zahlreichen Anregungen der besondere Dank ausgesprochen.

Inhaltliche Änderungen sind mit der jetzt vorgenommenen sprachlichen Adaptation nicht verbunden.



Foto: Johannes Prien

*Dr. med. Titus
Freiherr Schenck
zu Schweinsberg
Stellv. Vorsitzender
des Vorstandes
Versorgungswerk*

Sonographische Differentialdiagnose von Günter Schmidt, Lucas Greiner, Dieter Nürnberg

Auf über 570 Seiten wird die gesamte Ultraschalldiagnostik knapp, präzise und auf dem neusten Stand abgehandelt. Gegenüber der 2. Auflage sind vermehrt Bilder des kontrastverstärkten Ultraschalls integriert worden. Die einzelnen Kapitel sind übersichtlich gegliedert, beschreiben die topographische Anatomie, die Sonomorphologie mit ihren Variationen und helfen in übersichtlichen Tabellen zwischen normalen und pathologischen Befunden zu differenzieren. So kann der fortgeschrittene Beginner wie der Ultraschall-Erfahrene dieses Lehrbuch und Nachschlagewerk in seinem Alltag mit Freude nutzen. Ein besonderer Leckerbissen ist die beigelegte DVD mit vielen Video-clips zu den einzelnen Kapiteln.

Dr. med. Peter Zürner

Sonographische Differentialdiagnose, Lehratlas zur systematischen Bildanalyse mit über 2800 Befundbeispielen, Thiemeverlag 2013, 3. korrigierte Auflage, 119,99 Euro



EBOLA

Wichtige Informationen zu Ebola für Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Personal sind auf der Internetseite der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) unter

www.laekh.de

abrufbar.

Dort führt ein Link zu einer Themensammlung, die ständig aktualisiert wird.

Einführung zum Themenheft „Gastroenterologie“

Gastrointestinale Tumoren und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) sind häufig vorkommende Krankheitsbilder mit steigender Tendenz. Für die aktuelle Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes wurden drei Themen ausgewählt, namhafte Autoren geben einen aktuellen Überblick zu Prävention, Früherkennung und den therapeutischen Optionen.

In dem Beitrag „Prävention in der Gastroenterologie – von Ernährung bis Vorsorge-Koloskopie“ weist der Autor Richard Raedsch auf die Erfolge der Früherkennungsmaßnahmen bezüglich der Mortalität beim Kolonkarzinom hin. Dabei kommt der qualitätsgesicherten endoskopischen Untersuchung des Kolons beim asymptomatischen Patienten eine besondere Bedeutung zu. Angesichts der Adenom-Dysplasie-Karzinom Sequenz ist die frühzeitige Entfernung aller Adenome anzustreben.

Die aktuellen Fortschritte in der gastrointestinalen Diagnostik werden von Ralf Kiess-

lich und Koautoren in dem Beitrag „Neue diagnostische und therapeutische Optionen der gastrointestinalen Endoskopie“ diskutiert. Die Autoren geben Hinweise zur Verbesserung der Adenomdetektionsrate im Dickdarm. Die endoskopische Mukosaresektion und Submukosadisektion haben sich als Verfahren zur Therapie von Frühkarzinomen des oberen Gastrointestinaltrakts etabliert. Innovative Verfahren, wie die Chromoendoskopie und Endomikroskopie für die Überwachung von Präkanzerosen werden beschrieben.

Das Verständnis für die Ätiopathogenese der CED, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa hat sich deutlich verbessert, dennoch sind diese Erkrankungen noch nicht heilbar. Der Autor Rainer Duchmann beschreibt in seinem Beitrag, dass die autoimmune Genese der CED in den Hintergrund getreten ist, die Krankheit nach heutigem Verständnis als fehlgeleitete Immunantwort gegen das intestinale Mikrobiom entsteht. Spezifischer als die traditionell konservative Immunsup-

pression ist die selektive Hemmung des Tumor-Nekrosefaktors mit Antikörpern. Es werden praxisrelevante Empfehlungen zum diagnostischen Vorgehen bei der Erstdiagnostik und zum klinischen Verlauf gegeben. Die unterschiedlichen Therapieoptionen für den Morbus Crohn und die Colitis ulcerosa werden übersichtlich dargestellt. Bei therapierefraktärem Verlauf oder Komplikationen ist ein interdisziplinäres Vorgehen unter Einbeziehung des Chirurgen unerlässlich.

Ziel dieses Heftes ist es, dem endoskopisch tätigen Internisten, dem Internisten mit anderen Schwerpunkten und dem Allgemeinmediziner praxisrelevante Empfehlungen zu geben. Wir hoffen, dass die ausgewählten Themen Ihr Interesse finden.

*Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth
Vorsitzender des Vorstands
Akademie für Ärztliche Fort- und
Weiterbildung, Bad Nauheim*

Buchtipps zum Themenheft Gastroenterologie:

Darm mit Charme

Dieses Buch gehört in jedes proktologische Wartezimmer – und auf den Nachttisch all jener Kollegen und Kolleginnen, die mit dem Darm nicht so auf Du und Du sind wie die Frankfurter Medizinstudentin und Mikrobiologie-Doktorandin Giulia Enders. Existentielle Fragen („Wie geht kacken?“) beantwortet sie ohne Scham, dafür mit viel Charme wissenschaftlich korrekt und dabei so unterhaltsam, dass sie auf den Bestsellerlisten steht. Komplizierte Sachverhalte beschreibt sie unterhaltsam und pointiert, unterstützt von eingängigen, witzigen Grafiken ihrer Schwester Jill Enders, und so interessant, dass man das Buch kaum aus der Hand legen möchte. Nicht nur Laien profitieren von Kapiteln wie „Die Eingangshalle des Darmrohrs“, „Eine kleine Lektüre zum Kot“ und „Gehirn und Darm“. Aktuelle Studien werden im Text zitiert und mit einem ausführlichen Literaturverzeichnis belegt, so dass es auch für Mediziner, sogar für Darmexperten, noch jede Menge Neues und Interessantes zu entdecken gibt. Und die Dinge, die uns schon bekannt sind, erklärt

sie auf eine so anschauliche Weise, dass das Buch als eine Sammlung anschaulicher Erklärungsmuster für die Arzt-Patienten-Kommunikation dienen kann.

Sehr sehenswert ist auch das Video auf der Internetplattform youtube mit ihrem Gewinnvortrag beim Science-Slam 2012, (im Internet: <http://www.youtube.com/watch?v=MFsTSS7aZ5o>).

Dr. med. Kirsten Holsteg

*Giulia Enders: Darm mit Charme
Ullstein-Verlag Sachbuch, Broschur, 288 Seiten,
mit Illustrationen von Jill Enders, ISBN 978-3-350-08041-8
16,99 Euro, auch erhältlich als Audio-CD oder MP3-Download*



VNR 2760602014108210006

Prävention in der Gastroenterologie – von Ernährung bis Vorsorge-Koloskopie

Richard Raedsch

Einleitung

Das Fachgebiet der Gastroenterologie umfasst ein weites Spektrum von Erkrankungen des Magendarmtraktes, der Leber, Gallenwege, Pankreas und von Stoffwechselerkrankungen. Es ist eine wesentliche Aufgabe aller Ärzte wie auch der Gastroenterologen, die asymptomatische Bevölkerung über Risiken der Krankheitsentwicklung aufzuklären und Empfehlungen für gesunde Lebensgewohnheiten zu geben.

Ein wesentliches Ziel ist es hierbei, Darmkrebsvorsorge zu betreiben. Die Ausführungen in diesem Beitrag beziehen sich zum großen Teil auf die S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom der Fachgesellschaften aus dem Jahr 2013 (Leitlinienprogramm Onkologie DGVS, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF. Pox C et al Z Gastro 2013; 51: 753–854).

Jährlich erkrankten bislang etwa 57.000 Menschen in Deutschland an Dickdarmkrebs. Jedes Jahr sterben rund 30.000 Patienten an Darmkrebs. Ziel der Krebsfrüherkennung ist es, Krebserkrankungen wie in diesem Fall das Kolorektale Karzinom durch einfache, möglichst wenig belastende Untersuchungen frühzeitig zu erkennen. Letztlich sollen die Überlebenseaussichten der Betroffenen verbessert und die Sterblichkeit an Krebs in der Bevölkerung gesenkt werden.

Allgemeine Empfehlungen zur Krebsprophylaxe

Ernährung: Im Sinne der Good Clinical Practice sollten die allgemeinen Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung DGE befolgt werden.

Gesicherte Erkenntnisse liegen für die Empfehlung einer täglichen Ballaststoffaufnahme von etwa 30 Gramm und Reduktion des Alkoholkonsums (Krebsrisiko Kolon, Leber, Pankreas) vor.

Wenngleich einige wissenschaftliche Studien theoretische Ansatzpunkte liefern, liegen keine gesicherten Daten zur wirksamen Prävention des Kolonkarzinoms durch Mikronährstoffe wie Vitamine, Kalzium, Magnesium oder Selen vor. Ebenfalls kann in der Primärprophylaxe keine Einnahme von COX-2 Hemmern, Statinen, Acetylsalicylsäure oder Hormonen empfohlen werden.

Übergewicht abbauen: Übergewicht ist nicht nur ein wesentlicher Faktor für das Metabolische Syndrom, sondern fördert auch die Entstehung bösartiger Erkrankungen wie Kolonkarzinom, Brustkrebs, Uteruskarzinom und andere.

Nikotinabstinenz: Tabakrauchen gehört zu den gesicherten Risikofaktoren von Krebserkrankungen an Lunge, Ösophagus-Magen, Pankreas, Harnblase und anderen Organen. Tabakrauchen konnte in einer epidemiologischen Studie als größerer Risikofaktor für Kolorektale Karzinome identifiziert werden als eine positive Familienanamnese (Hoffmeister et al Clin Gastro Hepatol 2010; 8: 870–876).

Körperliche Aktivität: Eine regelmäßige körperliche Aktivität trägt dazu bei, Entzündungsmediatoren auf zellulärer Ebene zu vermindern und zeigt eine günstige Wirkung nicht nur in der Prophylaxe, sondern auch unterstützend bei Therapien von Krebserkrankungen. Bewegung hat

über Hormone und inflammatorische Biomarker Einfluss auf das Immunsystem und den oxidativen Stress der Zellen. Bereits eine regelmäßige körperliche Aktivität geringeren Ausmaßes wirkt sich günstig aus.

Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen

Es gibt wirksame Methoden, durch Früherkennungsmaßnahmen den Dickdarmkrebs zu verhindern.

Anamnese: 75 Prozent aller Kolorektalen Karzinome entstehen sporadisch, bei 18 Prozent der Betroffenen besteht eine positive Familienanamnese (Winawer et al Gastroenterology 1997). Alleine die Anamneseerhebung kann helfen, diese Risikogruppe zu identifizieren. Wenn ein Verwandter ersten Grades bereits im Alter unter 50 Jahren an Darmkrebs erkrankt ist, steigt das persönliche Risiko, ebenfalls an Darmkrebs zu erkranken, auf das Drei- bis Vierfache. Weitere Risikogruppen sind Patienten mit den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Bei diesen Patienten entstehen die Karzinome ohne Polypen als Vorläufer häufig in der flachen Darmschleimhaut. Für diese Patienten bestehen spezielle Vorsorgeempfehlungen mit jährlichen Kontrollkoloskopien einschließlich Stufenbiopsie-Entnahmen ab dem neunten Jahr Laufzeit einer Pancolitis. Wenn bei Patienten mit Colitis zusätzlich eine primär sklerosierende Cholangitis (PSC) vorliegt, sind jährliche Kontrollkoloskopien ab Zeitpunkt der Diagnosestellung indiziert. Für die Familiäre Polyposis und das Lynch-Syndrom bestehen spezielle Vorsorgemaßnahmen, auf die hier nicht eingegangen werden soll (siehe Leitlinie Kolorektales Karzinom DGVS.de)

Krebsvorsorge, Früherkennung: Untersuchungsmethoden

Die klinischen Symptome wie sichtbares Blut im Stuhl, abdominelle Beschwerden oder Darmverschluss treten bei Patienten mit sich entwickelndem Kolorektalen Karzinom erst in späteren Phasen auf. Ein jährlicher Haemocult-Test wird ab dem 50. Lebensjahr von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten. Die Sensitivität und Spezifität dieses Tests für Polypenbildung liegt allerdings nur bei etwa 30 Prozent. Bei **einem** positiven Testergebnis ist die endoskopische Untersuchung des gesamten Kolons indiziert. Lediglich in dieser Kombination eines positiven Testergebnisses mit nachfolgender kompletter Koloskopie bis zum Zökopol wird die Mortalität an Kolorektalen Karzinomen gesenkt.

Immunologische Stuhl-Blut-Testverfahren FOBT (iFOBT) besitzen eine Spezifität von bis zu 90 Prozent, sind **bislang jedoch nicht standardisiert und keine Kassenleistung**.

Nicht empfohlen werden können derzeit (noch?) nicht die Kapsel-Koloskopie, DNA-Veränderungen im Stuhl, M₂-PK Stuhltest, CT- und MR-Kolonographie. Zu diesen Verfahren sind weitere wissenschaftliche Studien zu Technik der Durchführung und Wertigkeit erforderlich.

Die CT-Kolonographie ist von den Aufsichtsbehörden als Früherkennungsmaßnahme in der asymptomatischen Bevölkerung wegen der hohen Strahlenbelastung nicht zugelassen. Nur falls eine komplette Koloskopie aus technischen Gründen nicht erfolgen kann (zum Beispiel Verwachsungen, Stenose etc.) sollten die CT- oder MR-Kolonographie eingesetzt werden.

Angesichts der Adenom-Dysplasie-Karzinom Sequenz beim Kolorektalen Karzinom besteht im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen eine einzigartige Möglichkeit zur wirkungsvollen Vorsorge in der Früherkennung und endoskopischen Entfernung der Adenome. Entsprechend kommt der Endoskopie in der Prophylaxe des Kolorektalen Karzinoms ein hoher Stellenwert zu. Angesichts der Dysplasie-Karzinom

Sequenz dient die (endoskopische) Entfernung von Adenomen der Karzinomprävention.

Die Screening-Koloskopie zur Diagnosestellung von Kolonpolypen mit gegebenenfalls endoskopischer Polypektomie ist kosteneffektiv und senkt die Mortalität an kolorektalen Karzinomen.

Bei der asymptomatischen Bevölkerung sollte die Darmkrebs-Vorsorge/-Früherkennung ab dem Alter von 50 Jahren begonnen werden. Bei unauffälligem Befund sollte die Koloskopie nach zehn Jahren wiederholt werden. Eine obere Altersbegrenzung für diese Darmkrebs-Früherkennung kann nicht gegeben werden. Sie richtet sich nach der verbleibenden Lebenserwartung. Seit dem Jahr 2002 wird die präventive Koloskopie ab dem 56. Lebensjahr von den gesetzlichen Krankenkassen vergütet. Bei familiärer Belastung in der Anamnese muss die Früherkennungs-Koloskopie zeitlich früher erfolgen.

Die gastroenterologischen Fachgesellschaften (DGVS) haben sich im Verbund mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Stiftung LebensBlicke e.V., GastroLiga e.V. sowie mit Unterstützung der Burda Stiftung und anderer das Ziel gesetzt, diese wirkungsvollen Früherkennungsmaßnahmen in der Bevölkerung publik zu machen.

Eine vollständige qualitätsgesicherte endoskopische Untersuchung des Kolons umfasst die rektale-digitale Austastung und die hohe Koloskopie bis zum Zökopol. Falls bei einer aus nicht Screening-Gründen durchgeführten diagnostischen Rektosigmoidoskopie der Nachweis eines Adenoms erfolgt, muss ergänzend eine hohe Koloskopie folgen, da in 20-40 Prozent der Fälle in proximalen Darmabschnitten synchrone Adenome zu erwarten sind.

In der Regel wachsen Adenome polypös, das heißt sie wölben sich makroskopisch über das Schleimhautniveau hervor. Seltenere können Adenome auch flach sein („flat adenoma“). Für den kolorektalen Bereich gilt uneingeschränkt die Forderung, alle diagnostizierten und erreichba-

ren Polypen zu entfernen soweit technisch möglich.

Vor einer geplanten Polypektomie müssen Gerinnungsfaktoren und Thrombozytenzahl bestimmt werden. Eine Polypektomie kann auch unter Thrombozytenaggregationshemmung erfolgen. Eine Kombination von Acetylsalicylsäure und Clopidogrel erhöht das Blutungsrisiko und sollte vermieden werden.

Die Entfernung aller diagnostizierten Polypen sollte in einer Sitzung angestrebt werden. Begrenzende Faktoren für eine Ektomie aller Polypen in einer Sitzung sind unter anderen multiple Polypen, Kuppengröße über vier Zentimeter, Breite der Polypenbasis über zwei Zentimeter, Dauer der Untersuchung, Zustand des Patienten, Komplikationen während der Ektomie oder makroskopisches Vorliegen eines Karzinoms.

Ektomierte Polypen müssen für die histologische Begutachtung komplett geborgen werden, da 3-8 Prozent der Adenome bereits invasive Karzinome sind. Polypen mit einem Kuppendurchmesser ab fünf Millimeter und größer werden nicht abbiopsiert, sondern in toto mit der Schlinge abgetragen. Polypen unter fünf Millimeter Größe werden mit der PE-Zange abgetragen, da sie beim Versuch der Schlingenabtragung verkochen und somit einer histologischen Untersuchung nicht mehr zugänglich sind.

Idealerweise erfolgt die Abtragung größerer Polypen mit der Schlinge in toto, da die Beurteilung der Ektomie im Gesunden bei mehreren Partikeln erschwert wird. Bei sehr großen Polypen kann eine scheinweise Schlingenabtragung notwendig werden („Piece-Meal-Technik“).

Bei breitaufsitzenden Polypen kann zunächst eine Unterspritzung mit Kochsalz oder Adrenalin/Kochsalzlösung erforderlich sein. Sehr breitgestielte Polypen können nach endoskopischer Ligatur des Polypenstieles risikoarm abgetragen werden. Flache Adenome können nach Unterspritzung im Rahmen einer Mukosektomie endoskopisch komplett entfernt werden. Neue

Techniken wie Vergrößerungsendoskopie und Färbetechniken (Chromoendoskopie) können ebenso wie endoskopische Ultraschalluntersuchungen (Minisonden) die Beurteilung von Ausdehnung und Infiltration von Adenomen verbessern.

Nach Polypektomie sind je nach Histologiebefund standardisierte Überwachungsstrategien und Nachfolgekoloskopien erforderlich.

Kontrollkoloskopien nach Polypektomie

Nach Abtragung von Adenomen ist eine Kontrollkoloskopie nach drei bis fünf Jahren erforderlich. Das Zeitintervall richtet sich nach Anzahl, Größe und Histologie der entfernten Adenome. Bei unauffälliger Kontrollkoloskopie sind weitere Kontrollen in fünf-Jahres-Abständen indiziert. Nach Abtragung großer, flacher oder breitflächiger Adenome in Piece-Meal-Technik ist zunächst eine kurzfristige Kontrolle nach zwei bis sechs Monaten erforderlich.

Bei Patienten mit langjähriger Colitis ulcerosa besteht ein erhöhtes Karzinomrisiko auch in nicht-polypösen Arealen. Die Fachgesellschaften fordern bei Patienten mit Pancolitis ab dem 9. Jahr Laufzeit der Erkrankung jährliche Kontrollkoloskopien mit Stufenbiopsieentnahmen zum Abschluss von Dysplasieentwicklungen. Das Krebsrisiko ist bei gleichzeitigem Vorliegen einer primär sklerosierenden Cholangitis zusätzlich erhöht. Bei diesen Patientengruppen sind jährliche endoskopische Kontrolluntersuchungen ab Diagnosestellung PSC erforderlich. Eine längerfristige entzündungshemmende Behandlung der Patienten mit Colitis mit 5-Aminosalizylsäure-Präparaten senkt signifikant das Karzinomrisiko.

Die ganz überwiegende Zahl von kolorektalen Polypen können durch endoskopische Techniken endgültig therapiert werden. Bei sehr großen oder großflächigen Polypen beziehungsweise bei invasivem Karzinom sind chirurgisch offene Verfahren oder transanale Techniken erforderlich.

Sicherheit der Koloskopie

Die qualitätsgesicherte Koloskopie stellt ein sehr sicheres Verfahren dar. Bei Auswertung von 230.000 ambulanten Koloskopien einschließlich erforderlicher Polypektomien fand sich eine Mortalität von 0,001 Prozent (Crispin et al Endoscopy 2009; 41: 1018–1025). Darmwandverletzungen (Perforationen) im Rahmen der Vorsorgekoloskopie einschließlich erforderlicher Polypektomien traten bei Auswertung von 4,4 Millionen Vorsorgeuntersuchungen in 0,02 Prozent der Fälle auf (RKI 2013).

Güte der Untersuchung

Die Koloskopie besitzt von allen Maßnahmen die höchste Sensitivität und Spezifität zur Früherkennung von Neubildungen am Darm (Schmiegel et al 2008). Wesentliche Qualitätsmerkmale einer Koloskopie beinhalten das Erreichen des Zökals mit entsprechender Bilddokumentation, die optimale Darmreinigung mit wenig oder keinen verbliebenen Stuhlresten sowie die genaue Inspektion der Darmschleimhaut beim Rückzug des Koloskopes.

Rückzugszeiten von mindestens sechs Minuten und die Polypendetektionsrate, das heißt primäre Erkennung von Polypen, bei über 20 Prozent der untersuchten Patienten gelten als Qualitätsmerkmale (Lieber-

mann D, N Engl J Med 2006; 355: 2588–2589).

Bei der optimalen Darmvorbereitung ist die Mitarbeit des Patienten gefragt, der über die Bedeutung und Durchführung der optimalen Darmreinigung ausführlich informiert werden muss.

Intervallkarzinome

Das Auftreten von Kolonkarzinomen (Intervallkarzinomen) auch nach erfolgter Früherkennungskoloskopie und Einhaltung der empfohlenen Zeitintervalle sind Schreckvorstellungen für jeden endoskopierenden Arzt. Als Ursachen werden eine andere Biologie dieser Karzinome mit schnellerem und aggressiverem Wachstum (zum Beispiel Mikrosatelliteninstabilität) oder bei der Voruntersuchung übersehene bzw. inkomplett abgetragene Polypen diskutiert. Dies unterstreicht die Bedeutung der qualitätsgesicherten Durchführung der Vorsorgekoloskopie.

Erfolge der Früherkennungsuntersuchungen

Es liegen gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse zum Erfolg der Früherkennungskoloskopie vor. Im Rahmen der amerikanischen „National Polyp Study“ erfolgten Index-Koloskopien zwischen 1980 und 1990 bei insgesamt 2600 Patienten. Bei

Auswertung der Nachfolgeuntersuchungen innerhalb von 23 Jahren konnte allein durch die Index-Koloskopie eine Reduktion der Mortalität der Teilnehmer um 53 Prozent erreicht werden (Zauber et al N Engl J Med 2012; 366: 687-696).

Die Nurses' Health Study und Health Professionals Follow Up Studie mit insgesamt 88.900 Teilnehmern zeigten eine Senkung des Darmkrebsrisikos durch Koloskopie mit gegebenenfalls Polypektomie um 56 Prozent bei Nachbeobachtung von 22 Jahren (Nishihara et al N Engl J Med 2013). In Deutschland liegen insbesondere wissenschaftliche Untersuchungen von Brenner et al aus der Abteilung Epidemiologie des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) Heidelberg vor.

In einer Populations-basierten Studie untersuchten Brenner et al (J Nat Cancer Inst 2010; 102: 89-95) die Schutzwirkung einer Koloskopie vor Kolonkarzinomen im rechten und linken Hemikolon. 3287 Teilnehmer an Screening Koloskopien wurden verglichen mit 2701 Vergleichspersonen ohne Vorsorgekoloskopie. Die Prävalenz von Kolonkarzinomen im linken Hemikolon war bei Patienten nach Vorsorgekoloskopie innerhalb der letzten zehn Jahre signifikant vermindert.

In einer weiteren Fall-Kontrollstudie fand die gleiche Arbeitsgruppe aus dem DKFZ Heidelberg (Brenner et al Ann Int Med 2011; 154: 22-30) eine signifikante Reduktion kolorektaler Karzinome um insgesamt 77 Prozent, im rechten Hemikolon 50 Prozent und linken Hemikolon 84 Prozent nach Koloskopie in den letzten zehn Jahren.

In Deutschland wurde die Vorsorgekoloskopie im Oktober 2002 in das Krebsvorsorgeprogramm aufgenommen. Bei Auswertung von 2,8 Millionen Teilnehmern berechnete die Arbeitsgruppe um Brenner eine Reduktion von 100.000 kolorektalen Karzinomen durch Entfernung fortgeschrittener Adenome in den Jahren 2002 bis 2010. Bei etwa weiteren 50.000 Teilnehmern der Vorsorge wurde eine Darmkrebs-

erkrankung in früherem und damit in prognostisch günstigerem Stadium entdeckt (Brenner et al Dtsch Ärzteblatt Int 2010; 107: 753-759).

Bei Auswertung von Ergebnissen von Vorsorgekoloskopien bei 4,4 Millionen Teilnehmern dieser Früherkennungsmaßnahme in Deutschland fanden sich in 29 Prozent der Fälle relevante Krebsvorstufen bzw. in 0,9 Prozent (= 3400 Fälle) Karzinome (Zentralinstitut RKI 2013).

Die Statistik des Robert Koch Instituts stellt in den vergangenen Jahren eine Abnahme der Mortalität an Kolorektalen Karzinomen in Deutschland bei Männern und Frauen von insgesamt jährlich 30.000 auf etwa 25.000 fest (RKI 2013).

Alternative Verfahren zur Kolonkarzinom-Prophylaxe

Nach einer Statistik des Robert Koch Instituts wurde kumulativ bei etwa 58 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland aus verschiedenem Anlass einschließlich kurativer Endoskopien einmal im Leben eine Koloskopie vorgenommen (RKI 2012). Die Teilnahme an der empfohlenen Früherkennungskoloskopie ist mit etwa 20 Prozent der Männer und 22 Prozent der berechtigten Frauen weiterhin sehr niedrig (Zentralinstitut RKI 2013).

Im April 2013 wurde aus diesem Grunde das Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz in Kraft gesetzt. Dieses beinhaltet unter anderem ein Einladungsverfahren zur Darmkrebsfrüherkennung. Hierzu erstellt der Gemeinsame Bundesausschuss bis 30. April 2016 eine Richtlinie. Diese beinhaltet:

- die Laien-verständliche Information der Versicherten über Nutzen und Risiken der Darmkrebsfrüherkennung,
- die Erfassung der Daten zur wissenschaftlichen Auswertung,
- Abgleich mit epidemiologischen Daten in den Krebsregistern,
- Erarbeitung sinnvoller neuer Altersgrenzen für die Teilnahme.

Die Versicherten haben hierbei selbstverständlich ein Widerspruchsrecht.

Zum anderen werden alternative Testverfahren aktiv beforscht. Jedes alternative wissenschaftlich evaluierte erfolgversprechende Verfahren ist zu begrüßen:

- Verbesserung von Sensitivität und Spezifität der Stuhlbluttests,
- Immunologische Verfahren,
- weitere wissenschaftliche Studien zum Proliferationsmarker M2PK, DNA-Analysen und
- Nachweis volatiler organischer Verbindungen in Stuhl und Atemluft (Advances in translational science. The scent of colorectal cancer: Detection by volatile organic compound analysis. de Boer et al Clin Gastro Hepatol 12: 1085-1089, 2014)

Zusammenfassung

Die gemeinsamen Bemühungen der Ärzteschaft, der Fachgesellschaften und Institutionen wie Stiftung Lebensblicke e.V. und anderen haben bereits nachweisbare Erfolge gezeitigt.

Die Früherkennungsmaßnahmen haben in den vergangenen Jahren zur Abnahme der Mortalität bei Darm-, Prostata- und Gebärmutterhalskrebs in der Deutschen Gesellschaft geführt (RKI). Ein weiterer Rückgang der Darmkrebshäufigkeit ist erreichbar, wenn viele Vorsorgeberechtigte motiviert werden können, mitzumachen. Die ermutigenden Ergebnisse sollten allen Ärzten Ansporn sein, die wirkungsvollen Möglichkeiten der Prävention weiterhin aktiv zu bewerben.

Korrespondenz-adresse:

Prof. Dr. med.
Richard Raedsch
Chefarzt Medizinische Klinik II
St. Josefs-Hospital
Beethovenstraße 20
65189 Wiesbaden



Foto: privat

Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

- ?** 1) Darmkrebs gehört bei Frauen und Männern zu den häufigsten Krebsarten in Deutschland. Wie viele Menschen sterben pro Jahr in Deutschland an Kolorektalem Karzinom:
1. 8000
 2. 14.000
 3. 25.000 bis 30.000
 4. 60.000
- ?** 2) Bislang ist eine wirkungsvolle Früherkennung nicht möglich bei:
1. Kolonkarzinom
 2. Zervixkarzinom
 3. Prostatakarzinom
 4. Ovarialkarzinom
- ?** 3) Ein erhöhtes Risiko für Kolonkarzinome besteht nicht bei:
1. Adipositas
 2. Nikotinkonsum
 3. Alkoholabusus
 4. Chronischer Obstipation
- ?** 4) Welcher Prozentsatz von Darmkrebs-erkrankungen tritt sporadisch auf ohne erkennbare Risikokonstellation:
1. 25 Prozent
 2. 50 Prozent
 3. 75 Prozent
 4. 90 Prozent
- ?** 5) In etwa welchem Prozentsatz kann alleine die Anamneseerhebung bezüglich der Familiengeschichte Hinweise für ein erhöhtes Risiko eines Kolonkarzinoms liefern:
1. 10 Prozent
 2. 20 Prozent
 3. 30 Prozent
 4. 40 Prozent
- ?** 6) Bei welchen Grunderkrankungen besteht kein erhöhtes Risiko der Darmkrebsentstehung:
1. Langjährige ausgedehnte Colitis ulcerosa
 2. Langjährige ausgedehnte Crohn-Colitis
 3. Primär sklerosierende Cholangitis
 4. Rheumatoide Arthritis
- ?** 7) Welche Maßnahmen können das Darmkrebsrisiko wirkungsvoll reduzieren:
1. regelmäßige Haemoccult-Testung
 2. regelmäßige Haemoccult-Testung und bei positivem Ergebnis komplette Koloskopie
 3. regelmäßige Haemoccult-Testung und bei positivem Ergebnis CT-/MRT-Kolographie
 4. alle genannten
- ?** 8) Wann soll nach kompletter endoskopischer Abtragung eines tubulären Adenoms eine routinemäßige Kontrollkoloskopie erfolgen:
1. nach zehn Jahren
 2. nach drei bis fünf Jahren
 3. nach einem Jahr
 4. nur wenn klinische Symptome auftreten
- ?** 9) Etwa welcher Prozentsatz der berechtigten Personen in der Bevölkerung nehmen an einer Vorsorge/Früherkennungskoloskopie teil:
1. 5 Prozent
 2. 10 Prozent
 3. 20 Prozent
 4. 40 Prozent
- ?** 10) Welche Maßnahmen sollen die Teilnahmequoten an der Vorsorge/Früherkennungs-Koloskopie erhöhen?
- a) Aufklärungsaktionen
 - b) Einladungsverfahren
 - c) Pflichtteilnahme
 - d) Senkung des Krankenkassenbeitrags nach erfolgter Vorsorgekoloskopie
- 1) a und b
 - 2) b und c
 - 3) b und d
 - 4) keine der genannten

Teilnahmemöglichkeit

vom 1. Dezember 2014 bis zum 30. November 2015

Den aktuellen Fragebogen und weitere Informationen der Online-Fortbildung finden Sie im Mitgliederportal unter: <https://portal.laekh.de>

Multiple Choice-Fragen

NEU:

Ab dieser Ausgabe finden Sie die Multiple Choice-Fragen zu den zertifizierten Fortbildungsartikeln nicht mehr im Hessischen Ärzteblatt abgedruckt, sondern auf dem Mitglieder-Portal der Landesärztekammer (LÄKH), erreichbar im Internet über die Homepage der LÄKH (www.laekh.de) oder über den direkten Link: <https://portal.laekh.de>; sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de).

Teilnahmemöglichkeit:

Die CME-Fragen zu dem Artikel „Prävention in der Gastroenterologie – von Ernährung bis Vorsorge-Koloskopie“ von Prof. Dr. med. Richard Raedsch (VNR 27 6060 2014 10821 0006) können **ein Jahr lang** vom 1. Dezember 2014 bis 30. November 2015 im Mitgliederportal unter <https://portal.laekh.de> beantwortet werden. Hier finden Sie neben dem aktuellen Fragebogen auch weitere Informationen zu den Online-Fortbildungen.

Neue diagnostische und therapeutische Optionen der gastrointestinalen Endoskopie

Ralf Kiesslich¹, Hendrik Manner¹, Johannes W. Rey¹, Arthur Hoffman¹

Einleitung

Die gastrointestinale Endoskopie erlaubt es, den gesamten Gastrointestinaltrakt (GI-Trakt) zu inspizieren. In den vergangenen Jahren haben sich wesentliche technische Weiterentwicklungen ergeben, die eine verbesserte Diagnostik und Therapie gastrointestinaler Erkrankungen eröffnen. Hauptziel der Endoskopie ist die Früherkennung gastrointestinaler Tumore im oberen und unteren Gastrointestinaltrakt (Ösophagus, Magen und Dickdarm). Es gilt, die Neoplasien so früh zu erkennen, dass gleichzeitig auch eine endoskopische Therapie kurativ möglich wird. Biliopankreatische Tumoren stellen hierbei eine besondere Herausforderung dar, da die Diagnostik technisch anspruchsvoll ist.

Die Tumordiagnostik und Therapie muss immer in interdisziplinäre Algorithmen (zum Beispiel Tumorboard), eingebunden sein,

damit eine optimale Behandlung für den einzelnen Patienten erreicht werden kann. Neben der Tumordiagnostik hat die Endoskopie einen wichtigen Stellenwert im Bereich gastrointestinaler Blutungen sowie (chronisch) entzündlichen Darmerkrankungen.

Dieser Übersichtsartikel beschäftigt sich mit den wesentlichen Neuerungen der gastrointestinalen Endoskopie anhand einzelner Krankheiten und reflektiert zugleich das aktuelle Leistungsspektrum der II. Medizinischen Klinik der Dr. Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden.

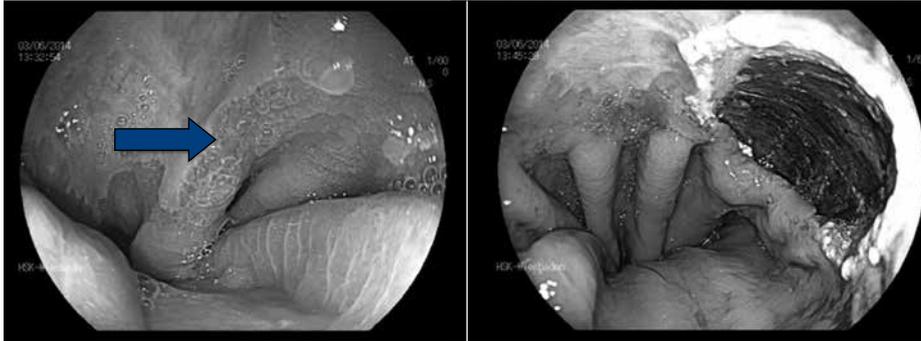
Frühkarzinome des Ösophagus und des Magens

Diagnostik und Therapie sind beim Management von Frühkarzinomen des oberen GI-Traktes untrennbar miteinander verbunden. Die verbesserte Früherkennung wur-

de durch die stetige Weiterentwicklung der endoskopischen Technik ermöglicht. Die hochauflösende Endoskopie in HDTV¹-Qualität wird kombiniert mit virtuellen oder den klassischen Färbeverfahren. Flächige Krebsvorstufen lassen sich zusätzlich mit der Endomikroskopie (in vivo Histologie) demaskieren (1), siehe Abbildungen 1 und 2.

Das zunehmende Verständnis der Endoskopiker über die Morphogenese von Frühkarzinomen hat zusätzlich dazu beigetragen, dass intraepitheliale Neoplasien frühestmöglich erkannt werden. Die endoskopische Therapie von Frühkarzinomen konnte sich dank ihrer bewiesenen Effektivität und Sicherheit etablieren (2–4). Im Gegensatz zum früheren Standard, dem operativen Vorgehen mittels Ösophagusresektion oder Gastrektomie, können die

Abbildung 1: Endoskopische Mukosaresektion eines Barrett-Frühkarzinoms

Short Barrett Ösophagus
mit kleinem Frühkarzinom (Pfeil)Ansicht nach endoskopischer
Mukosaresektion

Patienten mittels endoskopischen Techniken organerhaltend therapiert werden. Dies gelingt mit geringem Komplikationsrisiko und ohne gesteigerte Mortalität (siehe Abbildung 1).

Barrett-Frühkarzinom

Barrett-Karzinome entwickeln sich bevorzugt bei Patienten mit Refluxerkrankung im Bereich der distalen Speiseröhre auf dem Boden eine Metaplasie (incomplete intestinale Metaplasie). Das Barrett-Epithel kann sich über das Stadium der Dysplasie (intraepitheliale Neoplasie) in ein Adenokarzinom entwickeln.

Bei frühen Neoplasien im Barrett-Ösophagus hat sich das sogenannte 2-Schritt-Konzept bewährt. Zunächst erfolgt die endoskopische Mukosaresektion (EMR) der neoplastischen Läsion. Nachfolgend

wird die verbliebene nicht-neoplastische Barrett-Schleimhaut thermisch ablatiert. Die zusätzliche Ablation hat das Rezidivrisiko der EMR wesentlich reduziert (5).

1. EMR (Endoskopische Mukosaresektion)

Hierbei wird die frühe Neoplasie unter Einsatz eines Ligatursystems oder einer transparenten Kappe und einer Schlinge abgetragen. Beim Barrettfrühkarzinom können mukosale Läsionen (siehe Abbildung 1) – und bei Vorliegen günstiger histologischer Kriterien auch Läsionen, die bis in das obere Drittel der Submukosa (pT1b sm1) reichen, kurativ endoskopisch therapiert werden (6).

2. Thermische Ablation

Zur Ablation der nicht neoplastischen Barrett-Mukosa, die nach ER aller neo-

plastischen Areale verblieben ist, werden im klinischen Alltag Argon-Plasma-Koagulation (APC) und Radiofrequenz-Ablation (RFA) eingesetzt (7). Das neue Verfahren der Hybrid-APC (8) – eine Kombination aus Unterspritzung mit Kochsalzlösung und APC – verspricht eine besonders nebenwirkungsarme Ablation, muss sich aber bezüglich ihrer Effektivität noch an den bisherigen Verfahren RFA und APC messen lassen.

Plattenepithel-Frühkarzinom der Speiseröhre und Magen-Frühkarzinom

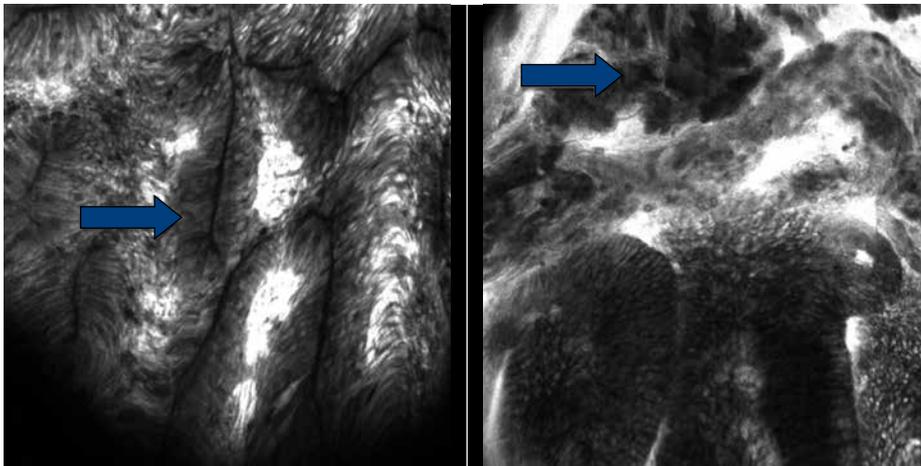
Hier wird zunehmend die neuere Technik der Endoskopischen Submukosadisektion (ESD) – neben den bewährten Techniken der EMR – eingesetzt (9). Nach Unterspritzung wird die Läsion mit einem endoskopischen Messer im Bereich der Submukosa ausgeschält.

Die ESD ermöglicht die Resektion auch größerer Läsionen en bloc und kann somit die Rezidivrate senken. Andererseits ist sie zeitaufwändiger und komplikationsträchtiger als die EMR (10).

Take home messages – Frühkarzinome des Ösophagus und des Magens

- Die Diagnostik von Frühkarzinomen des oberen Gastrointestinaltrakts wird durch High-Definition Endoskope, dem Einsatz der (virtuellen) Chromoendoskopie und der Endomikroskopie erleichtert.
- Die Therapie des Barrett-Frühkarzinoms erfolgt in zwei Schritten (Mukosaresektion und Ablation).
- Die Endoskopische Submukosadisektion (ESD) ist ein neues Resektionsverfahren, welches die Entfernung auch größerer Läsionen „en bloc“ ermöglicht. Das Verfahren kommt bei Magenkarzinomen und Plattenepithelkarzinomen der Speiseröhre zum Einsatz.

Abbildung 2: Endomikroskopie des Barrett Ösophagus

Normale Barrett-Schleimhaut
mit einzelnen Becherzellen (Pfeil)Barrettfrühkarzinom mit typischen
irregulären Zellstrukturen (Pfeil)

Kolorektale Adenome und Karzinome

Das kolorektale Karzinom ist der zweithäufigste Tumor bei Männern und Frauen. Die sporadische Karzinomentwicklung verläuft über Adenome oder serratierte Läsionen. Die Koloskopie ist das Verfahren der Wahl zur Detektion kolorektaler Präkanzerosen. Die Mortalität des kolorektalen Karzinoms kann durch die Koloskopie um mehr als 50 Prozent gesenkt werden (11). Auf der anderen Seite haben große Studien ergeben, dass die Effektivität der Koloskopie im rechtsseitigen Kolon unzureichend ist (12). Daneben konnte gezeigt werden, dass die sogenannten Intervallkarzinome häufiger sind als bisher angenommen. Als Intervallkarzinom bezeichnet man ein Karzinom, welches noch innerhalb des Kontrollintervalls bis zur nächsten Koloskopie auftritt (13).

Das Vorkommen von Intervallkarzinomen ist streng mit der Adenomdetektionsrate (Rate an Patienten mit mindestens einem Adenom dividiert durch die Anzahl aller untersuchten Patienten) korreliert. Bei Adenomdetektionsraten über 20 oder besser 33 Prozent treten kaum noch Intervallkarzinome in der untersuchten Population auf (14).

Verbesserung der Adenomdetektionsrate

Der einfachste „Trick“ zur Steigerung der Adenomdetektion ist die optimierte Darmreinigung der Patienten. Hier bietet sich die sogenannte Darmvorbereitung mittels Split-Dosis an. Hierbei trinkt der Patient am Vorabend als auch am Tag der Untersuchung die Darmspüllösung. Neue Katheter (mit „Duschfunktion“) verbessern zudem die intraprozedurale Darmreinigung.

Die Verwendung von High-Definition Endoskopen hat einen moderaten Effekt auf die Adenomerkennung. Das permanente Anschalten der virtuellen Chromoendoskopie hat keinen bewiesenen Effekt (15). Eine wichtige Maßnahme zur Verbesserung der

Adenomdetektion ist die Retrofektion im Rektum als auch beim Rückzug im Bereich des rechtsseitigen Kolons. Besonders flexible Endoskope erleichtern das Manöver, ohne dass dadurch eine erhöhte Perforationsrate resultiert (16). Zwei neue Endoskopiesysteme haben jüngst durch deutlich verbesserte optische Eigenschaften bzw. Übersicht für Aufsehen gesorgt.

FUSE-Koloskop

Das FUSE-Koloskop hat drei Optiken am distalen Ende des Endoskops. Die Kolon-schleimhaut wird auf drei nebeneinanderstehenden Monitoren betrachtet. Dadurch entsteht eine Übersicht von 300 Grad. Eine erste Studie belegt, dass dadurch das Erkennen von Adenomen signifikant verbessert wird. Ein zusätzlicher positiver Effekt ist, dass die Navigation im Bereich der Flexuren und der Bauhin'schen Klappe erleichtert wird (17).

G-EYE-Koloskop

Das G-EYE Koloskop hat als Besonderheit einen Ballon am distalen Endoskopende. Der Ballon wird beim Rückzug aufgeblasen, so dass die Falten verstreichen und das Lumen weit einsehbar wird. Das Erkennen von Adenomen zwischen den Kolonfalten wird dadurch signifikant verbessert (16).

Colitis assoziierte Dysplasien (Chromoendoskopie als neuer Standard)

Patienten, die an Colitis ulcerosa leiden, haben ein deutlich erhöhtes Dickdarmkrebsrisiko. Die colitis-assoziierten Krebsvorstufen entstehen oft multifokal und haben eine flache Gestalt. Vor diesem Hintergrund sind sie schwer zu erkennen.

Die Chromoendoskopie des gesamten Dickdarms verbessert das Erkennen von Krebsvorstufen wesentlich. Eine Meta-Analyse konnte nachweisen, dass bei jedem 14. Patienten, der gefärbt wird, eine zusätzliche Dysplasie nachgewiesen werden kann (19, 20) (siehe Abbildung 3). Die Chromoendoskopie ist aktuell (mehr als zehn Jahre nach der Erstbeschreibung) in allen wesentlichen Leitlinien etabliert (21).

Endomikroskopie (funktionelle und molekulare Bildgebung)

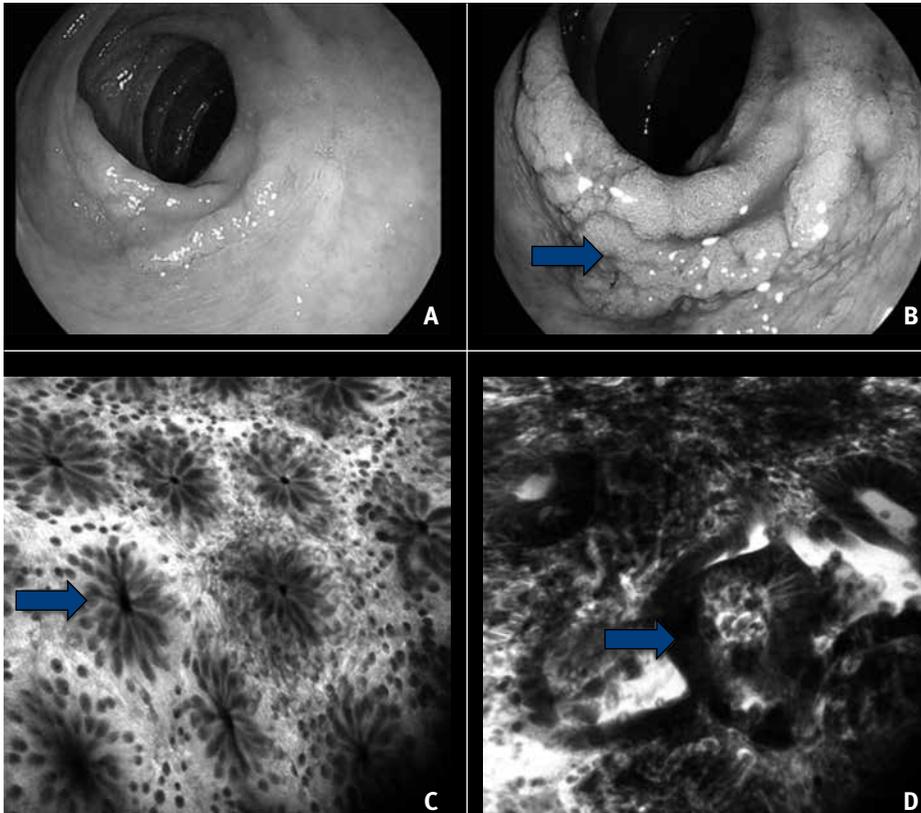
Die Technik der Endomikroskopie ermöglicht die in vivo Mikroskopie während der laufenden Endoskopie. Möglich wird dies durch die Integration eines konfokalen Mikroskops in das Endoskop oder durch die Verwendung von endomikroskopischen Sonden, die über den Arbeitskanal des Endoskops vorgeschoben wird. Die Endo-

mikroskopie verbessert die Krebsdiagnostik bei Patienten mit Barrett-Ösophagus und Colitis ulcerosa (22), siehe Abbildung 1 und 3.

Wesentliche neue diagnostische Möglichkeiten der Endomikroskopie sind die funktionelle und die molekulare Bildgebung. Die Detektion von Epithellücken (verstärkte Zellabschilferung) sagt das Risiko für entzündliche Schübe voraus und kann somit die medikamentöse Therapie leiten (23).

Die molekulare Bildgebung bedeutet die Applikation von fluoreszierenden Antikörpern und Proteinen auf die Darmschleimhaut. Sie verbinden sich mit spezifischen Zielstrukturen (zum Beispiel Rezeptoren) und können endomikroskopisch identifiziert werden. Diese Technik hat das Potential zukünftig vorherzusagen, ob einzelne Patienten auf eine Antikörpertherapie mit Biologicals ansprechen werden (24).

Abbildung 3: Colitis assoziierte Dysplasie



A, B: Es zeigt sich eine flächige Läsion (A), die sich nach Chromoendoskopie (B) leichter abgrenzen lässt.
C, D: Die Endomikroskopie eröffnet die in vivo Mikroskopie. Die normale Schleimhaut des Kolons stellt sich anhand regelmäßiger Krypten dar. Dysplastische Strukturen imponieren durch die Irregularität und die dunklere Darstellung der Epithelien.

Take home messages – Kolorektale Adenome und Karzinome

- Das kolorektale Karzinom ist der zweithäufigste Tumor bei Männern und Frauen.
- Die Mortalität des kolorektalen Karzinoms kann durch die Koloskopie um mehr als 50 Prozent gesenkt werden.
- Die Adenomdetektionrate ist ein wichtiger Qualitätsmarker der Koloskopie.
- Die Adenomdetektionrate kann durch neue Endoskope deutlich verbessert werden.
- Die Chromoendoskopie hat einen festen Stellenwert zur Überwachung von Patienten mit Colitis ulcerosa.
- Die Endomikroskopie ist ein Verfahren, welches die funktionelle und molekulare Bildgebung eröffnet.

Gastrointestinale Blutungen

Die gastrointestinale Blutung ist ein häufiges Krankheitsbild. Die Eradikation von *Helicobacter* hat zwar zu einer leichten Abnahme der Inzidenz der oberen gastrointestinalen Blutung geführt. Die Einführung neuer oraler Antikoagulantien hat diesen Trend aber wieder aufgehoben und aktuell zeigt sich eine deutliche Zunahme der mittleren und unteren gastrointestinalen Blutung (25).

Die gastrointestinale Blutung wird anhand der Schwere und der Lokalisation unterteilt. Die klassischen klinischen Zeichen einer GI-Blutung sind Teerstuhl, Hämatemesis oder Hämatochezie.

Die flexible Endoskopie ist der Goldstandard der Diagnostik und Therapie der leichten und schweren gastrointestinalen Blutung.

Im Rahmen einer GI-Blutung sollte eine zeitnahe Endoskopie angestrebt werden. Wichtig ist es jedoch, vorab die Kreislaufsituation des Patienten zu stabilisieren und die Effektivität der Blutgerinnung zu bestimmen und zu optimieren. Bei schwerkranken Patienten ist eine interdisziplinäre und intensivmedizinische Therapie der Patienten unabdingbar. Einfache Scores helfen dabei das Mortalitätsrisiko und das Rezidivblutungsrisiko abzuschätzen. Verschiedene endoskopische Blutstillungsoptionen stehen zur Verfügung (26).

Die **Injektionstherapie** mit Kochsalz oder verdünntem Adrenalin wird insbesondere bei der Ulkusblutung verwendet. Die Therapie dient insbesondere der Kompression des blutenden Gefäßes, was zur Strömungsverlangsamung (Stase) und konsekutiver lokalisierter Aktivierung des Gerinnungssystems führt. Bei der Ulkusblutung sollte die Injektionstherapie nicht als alleiniges Verfahren verwendet werden. Als Kombination bietet sich die Hämoclipapplikation an (26).

Mechanische Verfahren wie Gummibandligaturen kommen bei varikösen Blutungen

und Hämooclips bei Ulkusblutungen zum Einsatz. Die Varizenligatur stellt heute ein Routineverfahren in der intensivmedizinischen Behandlung von Patienten mit Ösophagusvarizenblutungen dar. Die Ösophagusvarizenligatur (mittels Gummiring) führt zur Okklusion der blutenden Krampfader mit nachfolgender Thrombosierung. Das Gewebe nekrotisiert und wird unter Abheilung der darunterliegenden Schleimhaut innerhalb von Tagen abgestoßen. Es verbleibt eine kleine Narbe an der Ligaturstelle (26).

Flächenhafte Schleimhautblutungen lassen sich mit **thermischen Methoden** zum Stillstand bringen. Im Gegensatz zur Laser- oder Argon-Plasma-Koagulation (APC), welche ohne direkten Kontakt mit der Blutungsquelle erfolgen, spielt bei der Elektrokoagulation auch die Kompression des blutenden Gefäßes eine Rolle. Aufgrund geringer Nebenwirkungsraten wird heutzutage bevorzugt die APC als thermisches Verfahren verwendet (26).

Seit kurzem ist mit dem endoskopischen anwendbaren Hemospray® (COOK Medical, Irland) eine Alternative zu den konventionellen Verfahren der Blutstillung verfügbar. Es handelt es sich um ein anorganisches Pulver, welches über einen Katheter durch den Arbeitskanal des Endoskops direkt auf die Blutungsquelle appliziert wird (siehe Abbildung 4). Der Pulver wirkt als Plasmaseparator, was zu einer relati-

ven Erhöhung der Gerinnungsfaktoren führt, des Weiteren wird durch die elektrostatische Aufladung der einzelnen Kristalle das intrinsische Gerinnungssystem aktiviert. Dieser Wirkmechanismus macht die Substanz besonders bei aktiven Blutungen interessant. Erste Untersuchungen zeigen einen vielversprechenden Erfolg bei der Anwendung des Verfahrens bei peptischen Ulkusblutungen sowie bei tumorösen Blutungen und bei Patienten mit eingeschränkter Gerinnungssituation (27).

Take home messages – gastrointestinale Blutungen

- Die gastrointestinalen Blutungen werden nach Schweregrad und Lokalisation unterschieden.
- Die endoskopische Therapie muss immer in ein interdisziplinäres Vorgehen eingebettet sein.
- Verschiedene endoskopische Blutstillungstechniken stehen zur Verfügung, die je nach Blutungsart zum Einsatz kommen. In der Regel sollten die Blutstillungstechniken kombiniert werden, um eine höhere Effektivität zu erreichen.
- Das Hemospray ist ein neues Verfahren, welches sich für Patienten mit aktiver, tumorbedingter Blutung und bei Patienten mit eingeschränkter Gerinnungssituation anbietet.

Biliopankreatische Erkrankungen – Cholangioskopie

Biliopankreatische Neoplasien (zum Beispiel Pankreaskarzinom, cholangiozelluläres Karzinom) haben eine schlechte Prognose, weil keine effektiven Früherkennungsmaßnahmen zur Verfügung stehen. Die ERCP oder schnittbildgebende Verfahren (CT-Abdomen) ermöglichen zudem oft keine sichere Artdiagnose von Strikturen oder intraluminalen Defekten des Gallen- und Pankreasganges (28).

Die endoskopische Dignitätsvorhersage von unklaren Gallengangläsionen ist eine klinische Herausforderung. Die histologische Sicherung von malignitätsverdächtigen Befunden im Gallengang ist technisch schwierig und die histologische Beurteilung der oft kleinen Biopsate bleibt oft unsicher (28). Neben der Endosonographie ist die Cholangioskopie eine effektive diagnostische Möglichkeit, biliäre Läsionen zu charakterisieren. Bisher waren die technischen Möglichkeiten der Cholangioskopie jedoch durch die Fragilität der Systeme und durch die Notwendigkeit zweier Untersucher („mother-baby“-Technik) eingeschränkt (29).

Modulare Cholangioskopie

Das sogenannte modulare Cholangioskopiesystem (SpyGlass) ermöglicht die ERCP und die Cholangioskopie durch einen Untersucher (30). Alle bisher dazu publizierten

Abbildung 4: Einsatz von Hemospray bei akuter Ulcusblutung im Duodenum



Aktive Blutung (Forrest Ia) im Bulbus duodeni (Pfeil)

Persistierende Blutung trotz Hämoclipapplikation (Pfeil)

Blutungsstillstand nach Aufsprühen des Hemosprays

Studien belegen, dass mittels SpyGlass eine deutliche Verbesserung der diagnostischen Treffsicherheit durch die makroskopische Beurteilung der Läsionen ermöglicht wird. Zudem werden cholangioskopisch geführte Biopsien mit diesem System im Gallengang nicht nur erleichtert, sondern dabei ist auch die Sensitivität und Spezifität der histologischen Aufarbeitung gegenüber der büstengeführten Zytologie signifikant verbessert (30).

Das modulare Cholangioskopiesystem kann auch für die Therapie von festsitzenden Gallengangssteinen eingesetzt werden. Über den Arbeitskanal des Spyglass-Endoskops kann unter visueller Kontrolle eine Sonde bis an den Stein herangeführt werden. Mittels kurzgepulsten Laserwellen (Nd-YAG-2-Laser oder Holmiumlaser) oder elektrohydraulischen Wellen kann der Gallengangsstein zerkleinert werden (31). Die modulare Cholangioskopie hat eine vergleichbare Komplikationsrate wie die ERCP. Eine periinterventionelle Antibiose zur Reduktion der Cholangitisrate wird jedoch von einigen Autoren empfohlen (32).

Direkte Cholangioskopie

Die Weiterentwicklung und Chiptechnologie und die Miniaturisierung der Chipkom-

ponenten hat zur Entwicklung von Videocholecholechoskopen geführt, die entweder transkutan oder über ein Seitblickendoskop in den distalen Gallengang eingeführt werden können. Außerdem hat sich die Untersuchungstechnik verfeinert, sodass aktuell auch dünne Endoskope (transnasale oder pädiatrische) Gastroskope direkt in den Gallengang eingeführt werden können (direkte Cholangioskopie). Die retrograde Intubation des Gallenganges wird hierbei in der Regel über einen Draht oder liegenden Ballon erleichtert. Die direkte Cholangioskopie erlaubt die detailgetreue Darstellung des Gallenganges in HD-Auflösung. Die Stabilität des Endoskops ist jedoch auf die unteren Gallengangsabschnitte beschränkt (33).

Take home messages – Cholangioskopie

- Die Cholangioskopie ermöglicht die direkte Visualisierung von Gallengangläsionen.
- Die Dignität der Veränderungen kann anhand der Oberflächenstruktur abgeschätzt werden und gezielte Biopsien können entnommen werden.

- Die modulare Cholangioskopie erlaubt die Kombination von ERCP und Cholangioskopie mittels eines Untersuchers.
- Die direkte Cholangioskopie bedeutet die Intubation des distalen Gallenganges mit schlanken Gastroskopen.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Ralf Kiesslich
Klinikdirektor der Klinik Innere Medizin II
Dr. Horst-Schmidt-Klinik
Klinikum der Landeshauptstadt Wiesbaden
und der HELIOS
Kliniken Gruppe
Ludwig-Erhard-
Straße 100
65199 Wiesbaden
E-Mail: info@
ralf-kiesslich.de



Foto: privat

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

VNR 2760602014108220005

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Rainer Duchmann

Einleitung

Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED), Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, betreffen in Deutschland ca. 450.000 Patienten. Obgleich in den vergangenen Jahrzehnten wesentliche Fortschritte im Verständnis der Ätiopathogenese der Erkrankungen erzielt wurden, sind beide

Erkrankungen weiterhin nicht heilbar. Es wurden jedoch zahlreiche klinisch relevante Verbesserungen erzielt, die wesentlich zu einem besseren Management der Patienten beitragen. So wurden Diagnostik und Therapie durch neue, relevante Methoden und Substanzen bereichert, Patientensubgruppen und besondere klinische

Situationen umfangreicher definiert sowie Aspekte wie Lebensqualität und Risiken-Nutzenabwägungen besser in das klinische Management der Patienten integriert. Die vielfältigen klinischen Aspekte der CED (inklusive Extraintestinale Manifestationen, Fisteln, Schwangerschaft, Infektionen, chirurgische und pädiatrische Aspekte usw.)

Literatur zum Beitrag

Neue diagnostische und therapeutische Optionen der gastrointestinalen Endoskopie

Ralf Kiesslich¹, Hendrik Manner¹, Johannes W. Rey¹, Arthur Hoffman¹

(Hessisches Ärzteblatt 12/2014, Seite 685)

- 1 Kiesslich R, Goetz M, Hoffman A, Galle PR. New imaging techniques and opportunities in endoscopy. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2011 Sep 6; 8(10): 547–53.
- 2 Ell C, May A, Gossner L, et al. Endoscopic mucosal resection of early cancer and high-grade dysplasia in Barrett's esophagus. *Gastroenterology*. 2000 Apr; 118(4): 670–7.
- 3 Pech O, May A, Manner H, et al. Long-term efficacy and safety of endoscopic resection for patients with mucosal adenocarcinoma of the esophagus. *Gastroenterology*. 2014 Mar; 146(3): 652–660.
- 4 Manner H, Rabenstein T, May A, et al. Long-term results of endoscopic resection in early gastric cancer: the Western experience. *Am J Gastroenterol*. 2009 Mar; 104(3): 566–73.
- 5 Manner H, Rabenstein T, Pech O, et al. Ablation of residual Barrett's epithelium after endoscopic resection: a randomized long-term follow-up study of argon plasma coagulation vs. Surveillance (APE study). *Endoscopy*. 2014 Jan; 46(1): 6–12.
- 6 Manner H, Pech O, Heldmann Y, et al. Efficacy, safety, and long-term results of endoscopic treatment for early stage adenocarcinoma of the esophagus with low-risk sm1 invasion. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013 Jun; 11(6): 630–5.
- 7 Pasricha S, Bulsiewicz WJ, Hathorn KE, et al. Durability and Predictors of Successful Radiofrequency Ablation for Barrett's Esophagus. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2014 May 9.
- 8 Manner H, Neugebauer A, Scharpf M, et al. The tissue effect of argon-plasma coagulation with prior submucosal injection (Hybrid-APC) versus standard APC: a randomized ex-vivo study. *United European Gastroenterol J*, published online ahead of print July 29, 2014.
- 9 Repici A, Hassan C, Carlino A, et al. Endoscopic submucosal dissection in patients with early esophageal squamous cell carcinoma: results from a prospective Western series. *Gastrointest Endosc*. 2010 Apr; 71(4): 715–21.
- 10 Neuhaus H, Terheggen G, Rutz EM, et al. Endoscopic submucosal dissection plus radiofrequency ablation of neoplastic Barrett's esophagus. *Endoscopy*. 2012 Dec; 44(12): 1105–13.
- 11 Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. *N Engl J Med*. 2012.
- 12 Nishihara R, Wu K, Lochhead P et al. Long-term colorectal-cancer incidence and mortality after lower endoscopy. *N Engl J Med*. 2013 Sep 19; 369(12):1095–105.
- 13 Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E et al. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. *N Engl J Med*. 2010 May 13; 362(19):1795–803.
- 14 Corley DA, Jensen CD, Marks AR et al. Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death. *N Engl J Med*. 2014 Apr 3; 370(14): 1298–306.
- 15 Wallace MB, Kiesslich R. Advances in endoscopic imaging of colorectal neoplasia. *Gastroenterology*. 2010 Jun; 138(6):2140–50.
- 16 Rex DK, Vemulapalli KC. Retroflexion in colonoscopy: why? Where? When? How? What value? *Gastroenterology*. 2013 May; 144(5): 882–3.
- 17 Gralnek IM, Siersema PD, Halpern Z et al. Standard forward-viewing colonoscopy versus full-spectrum endoscopy: an international, multicentre, randomised, tandem colonoscopy trial. *Lancet Oncol*. 2014 Mar; 15(3):353–60.
- 18 Hasan N, Gross SA, Gralnek IM et al. A novel balloon colonoscope detects significantly more simulated polyps than a standard colonoscope in a colon model. *Gastrointest Endosc*. 2014 Jun 11. pii: S0016-5107(14)01392-3. doi: 10.1016/j.gie.2014.04.024. [Epub ahead of print]
- 19 Subramanian V, Mannath J, Ragunath K et al. Meta-analysis: the diagnostic yield of chromoendoscopy for detecting dysplasia in patients with colonic inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011 Feb; 33(3):304–12.
- 20 Kiesslich R, Neurath MF. Chromoendoscopy in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am*. 2012 Jun; 41(2):291–302.
- 21 Annese V, Daperno M, Rutter MD et al. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2013 Dec 15; 7(12):982–1018
- 22 Goetz M, Malek NP, Kiesslich R. Microscopic imaging in endoscopy: endomicroscopy and endocytoscopy. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2014 Jan; 11(1):11–8.
- 23 Kiesslich R, Duckworth CA, Moussata D et al. Local barrier dysfunction identified by confocal laser endomicroscopy predicts relapse in inflammatory bowel disease. *Gut*. 2012 Aug; 61(8):1146–53
- 24 Atreya R, Neumann H, Neufert C et al. In vivo imaging using fluorescent antibodies to tumor necrosis factor predicts therapeutic response in Crohn's disease. *Nat Med*. 2014 Mar; 20(3):313–8
- 25 Kim KB, Yoon SM, Youn SJ. Endoscopy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Clin Endosc*. 2014 Jul; 47(4):315–9.
- 26 Smith LA, Stanley AJ, Bergman JJ et al. Hemospray Application in Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Results of the Survey to Evaluate the Application of Hemospray in the Luminal Tract. *J Clin Gastroenterol*. 2013 Dec 10. [Epub ahead of print]
- 27 Masci E, Arena M, Morandi E et al. Upper gastrointestinal active bleeding ulcers: review of literature on the results of endoscopic techniques and our experience with Hemospray. *Scand J Gastroenterol*. 2014 Sep 2:1–6. [Epub ahead of print]
- 28 Webb K, Saunders M. Endoscopic management of malignant bile duct strictures. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2013 Apr; 23(2): 313–31.
- 29 Gabbert C, Warndorf M, Easler J, Chennat J. Advanced techniques for endoscopic biliary imaging: cholangioscopy, endoscopic ultrasonography, confocal, and beyond. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2013 Jul; 23(3):625–46.
- 30 Rey JW, Hansen T, Dümcke S et al. Efficacy of SpyGlass(TM)-directed biopsy compared to brush cytology in obtaining adequate tissue for diagnosis in patients with biliary strictures. *World J Gastrointest Endosc*. 2014 Apr 16; 6(4):137–43.
- 31 Hoffman A, Rey JW, Kiesslich R. Single operator choledochoscopy and its role in daily endoscopy routine. *World J Gastrointest Endosc*. 2013 May 16; 5(5):203–10.
- 32 Manta R, Frazzoni M, Conigliaro R et al. SpyGlass single-operator peroral cholangioscopy in the evaluation of indeterminate biliary lesions: a single-center, prospective, cohort study. *Surg Endosc*. 2013 May; 27(5):1569–72.
- 33 Farnik H, Weigt J, Malfertheiner P et al. A multicenter study on the role of direct retrograde cholangioscopy in patients with inconclusive endoscopic retrograde cholangiography. *Endoscopy*. 2014 Jan; 46(1):16–21.

sind in im Internet einsehbaren nationalen (DGVS) (<http://www.dgvs.de/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/>) und europäischen (ECCO) Leitlinien (<https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>) dargestellt. Im vorliegenden Beitrag werden die Grundzüge der internistischen Diagnostik und Therapie beim Erwachsenen dargestellt.

Ätiopathogenese und Epidemiologie

Die CED sind vom Darm ausgehende Erkrankungen. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa manifestieren sich als unterschiedliche Gruppen von Schädigungsmustern der Darmschleimhaut, bei vielen Patienten zudem systemisch in Form von extraintestinalen entzündlichen Erkrankungen, zum Beispiel der Gelenke, der Haut, der Augen oder der Gallenwege.

Die Inzidenz der CED liegt bei circa 15 bis 20 pro 100.000 Einwohnern/Jahr und nimmt seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts zu. Wir wissen durch große genetische Assoziationsstudien, dass es sich bei den CED um polygenetische Erkrankungen handelt. Die steigende Inzidenz deutet daher auf den Einfluss von Umweltfaktoren hin. Die Ursache beider Erkrankungen ist multifaktoriell. Eine ursprünglich zumindest für die Colitis ulcerosa diskutierte autoimmune Genese ist weit in den Hintergrund getreten. Nach heutigem Verständnis entstehen die CED durch eine fehlgeleitete Immunantwort gegen das intestinale Mikrobiom und nicht gegen körpereigene Strukturen. Die Forschung unterstützt dabei ein pathogenetisches Modell, das Störungen des adaptiven und angeborenen Immunsystems, des intestinalen Mikrobioms, der Barriere und genetische- und Umweltfaktoren integriert.

Diagnostik

Erstdiagnostik

Die Diagnose der CED beruht auf der Bewertung mehrerer typischer Parameter aus Anamnese und klinischer Untersuchung,

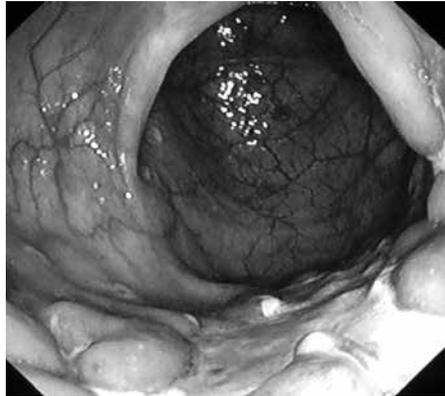


Abb. 1.: Endoskopisches Bild bei M. Crohn

sonografischer, endoskopischer und radiologischer Diagnostik sowie histopathomorphologischen und laborchemischen Befunden (Abb. 1-3). Einen einzelnen diagnostischen Goldstandard gibt es nicht.

Klinische Präsentation und Laborparameter

Die klinische Präsentation der CED ist variabel. Nach Daten der Deutschen M. Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV) liegt die zeitliche Latenz zwischen ärztlichem Erstkontakt und Diagnosestellung bei sechs Monaten.

Bei chronischen Abdominalbeschwerden oder rezidivierenden, bei der Colitis ulcerosa meist blutigen Diarrhoen oder Bauchschmerzen sowie fakultativ Fieber, Symptomen der Mangelernährung oder Gewichtsverlust, sollte immer eine CED ausgeschlossen werden. Die Anamnese (unter anderem mit differentialdiagnostischer Abgrenzung

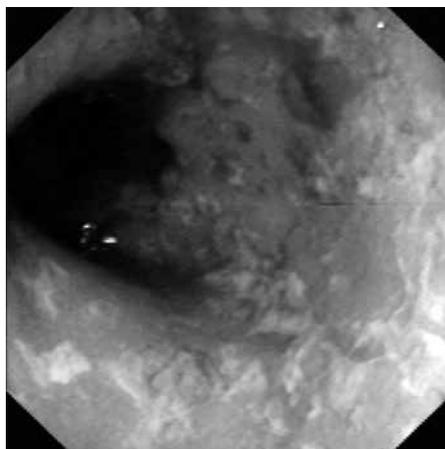


Abb. 2.: Endoskopisches Bild bei Colitis ulcerosa

zu den funktionellen gastrointestinalen Erkrankungen, Fragen nach einem familiären Risiko für CED, einer gegebenenfalls positiven Raucheranamnese als Risikofaktor für einen M. Crohn, zur Reiseanamnese und infektiösen Durchfallerkrankungen, zur Medikamentenanamnese und zu Nahrungsmittelunverträglichkeiten) und die allgemeine körperliche Untersuchung mit besonderem Augenmerk auf Abdomen, Mund und Perianalregion (M. Crohn) sowie Gelenke, Haut und Augen (Extraintestinale Manifestationen) geben zusätzliche wichtige Hinweise.

Liegt ein klinischer Verdacht auf eine CED vor, sollten Laborparameter Auskunft über das Vorliegen einer akuten und/oder chronischen Entzündung, Anämie, eines Flüssigkeitsdefizits oder einer gegebenenfalls vorliegenden Malabsorption geben. CRP und BB gehören hierbei zum Minimalprogramm, gegebenenfalls ergänzt durch Kreatinin, AP, g-GT, VitB 12, Folsäure, Ferritin/Transferrinsättigung (Reinisch et al.) und Albumin. Bei der Bewertung des CRP sollte man beachten, dass es zwar meist gut mit der Krankheitsaktivität der CED korreliert, ein unauffälliger oder nur gering erhöhter Wert insbesondere bei Patienten mit Colitis ulcerosa eine CED jedoch nicht ausschließt. Bei Morbus Crohn zeigen ca. zehn Prozent der Patienten ein normales CRP trotz aktiver Erkrankung (Klag et al.). Auch das Calprotectin, ein im Stuhl bestimmbarer, bei erhöhtem Wert zum Ausschluss eines Reizdarmsyndroms hilfreicher Entzündungsmarker, schließt bei negativem Befund eine CED nicht aus. Genetische und serologische Marker sind für die klinische Routine nicht hilfreich und sollten daher nicht bestimmt werden.

Bei der Erstabklärung ist zudem eine mikrobiologische Diagnostik auf bakterielle infektiöse Erreger einschließlich *C. difficile* (GDH/Toxinnachweis/PCR) zum Ausschluss einer infektiösen Gastroenteritis erforderlich. Aufgrund des häufigen Erfordernisses einer immunsuppressiven Therapie im Verlauf der Erkrankung und der Bedeu-



Abb. 3.: Historisches Bild (Rö-Sellink) eines ausgeprägten Dünndarmbefalls bei M. Crohn

tung infektiöser Komplikationen, wird bereits zum Zeitpunkt der Erstdiagnose eine spezielle infektiologische Anamnese und Beratung empfohlen. Hierbei soll auch der Impfstatus erhoben und gegebenenfalls ergänzt werden. Für die Praxis steht eine im Internet zugängliche Checkliste zur Verfügung (<https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science/published-ecco-guidelines.html>).

Bildgebung

In der initialen Diagnostik ist die zeitnah durchzuführende Sonografie und die Ileokoloskopie zur Beurteilung des endoskopischen Bildes und zur Gewinnung von Gewebeproben für die histopathomorphologische Diagnostik essentiell. Ergibt sich hier ein eindeutiges Bild einer Colitis ulcerosa, kann in der Regel auf weiterführende Untersuchungen verzichtet werden. Bei Diagnose eines M. Crohn oder unklarem Bild ist eine ergänzende Ausbreitungsdiagnostik des oberen (ÖGD) und mittleren Gastrointestinaltraktes (Sonografie, MR-Enterografie mit oraler Kontrastierung oder MR-Enteroklysma mit duodenaler Sonde, aufgrund der Strahlenbelastung nur in Ausnahmefällen CT) erforderlich. Bei unauffälliger Dünndarmdiagnostik, aber weiterhin hohem Verdacht auf das Vorliegen einer Dünndarmbeteiligung bei M. Crohn

stellt die Kapselendoskopie ein sensitives Verfahren dar, um einen M. Crohn des Dünndarms weiter auszuschließen.

Verlaufsdiagnostik, akuter Schub

Die Diagnostik im Verlauf der Erkrankung erfolgt individuell und orientiert sich am klinischen Bild, Befallsmuster und der Therapie der Patienten. Bei

schwerem und langdauerndem Verlauf eines M. Crohn ist ein erweitertes Labor zum Screening auf Mangelerscheinungen (z.B. Eisenhaushalt, Vitamin B12, Folsäure, 25-OH Vitamin D, inklusive Spurenelementen wie Zink) in bestimmten Abständen (beispielsweise jährlich) sinnvoll.

Nach einem ersten Schub sichert der erneute Nachweis von entzündlichen Veränderungen die Diagnose einer CED. Bei jedem Schub stehen die Einschätzung der entzündlichen intestinalen oder extraintestinalen Aktivität, der Nachweis möglicher Komplikationen (zum Beispiel schwere Mangelerscheinungen, Fisteln, Abszess, Sepsis) und die Abgrenzung eines infektiösen Triggers im Vordergrund. Für die Einschätzung der Krankheitsaktivität sind die Beschwerden des Patienten (Fieber, Zahl der Diarrhoen, blutige Diarrhoen, Bauchschmerzen, gegebenenfalls extraintestinale Beschwerden der Gelenke, Haut etc.), der körperliche Untersuchungsbefund sowie selbstverständlich der Allgemein- und Ernährungszustand des Patienten grundlegend. Das CRP und insbesondere bei Colitis ulcerosa die Bestimmung des fäkalen Calprotectins sind die zur Einschätzung der entzündlichen Aktivität am besten geeigneten Laborparameter, können jedoch beim individuellen Patienten unzuverlässig sein.

Die Sonografie als verlängerter Finger des Internisten hilft nicht nur bei der Objektivierung der entzündlichen Veränderungen, sondern auch bei der Bewertung des Schweregrades (Entzündungsaktivität Limberg I-IV; freie Flüssigkeit, vergrößerte Lymphknoten, Ausdehnung/Befallsmuster), der Erkennung von Komplikationen (zum Beispiel Stenosen, Fisteln, Abszesse) und ist auch für die Verlaufsbeurteilung ein einfaches und hilfreiches Instrument. Alternative bildgebende Verfahren, vorrangig die MRT, werden insbesondere bei unklarem Befund, schwerer Erkrankung, schlechten Schallbedingungen und zum Nachweis von Veränderungen im Retroperitoneum und kleinen Becken erforderlich.

Bei atypischer Präsentation, wie einer blutigen Diarrhoe bei einem Patienten mit langjährig bekannter Ileitis terminalis Crohn oder schwerer Erkrankung, muss zudem eine infektiöse Komplikation durch eine Diagnostik auf enteropathogene Erreger (Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, Yersinien, enteropathogene E. coli) im Stuhl, C. difficile (GDH/Toxinachweis/PCR) und CMV (Quantitative PCR im Blut, Histologie/Immunhistologie) ausgeschlossen werden. C. difficile Infektionen sind bei CED mit mehreren Besonderheiten, darunter einem schwereren Verlauf verbunden und erfordern ein sensitives Testverfahren, zum Beispiel GDH-ELISA oder PCR im Stuhl oder, wenn keines der vorigen verfügbar ist, wiederholte Toxin-ELISA im Stuhl.

Die Sinnhaftigkeit der Endoskopie bei etablierter CED wird aktuell, vor allem vor dem Hintergrund neuerer Konzepte des „Mucosal Healing“ neu diskutiert. Grundsätzlich ist eine Korrelation zwischen endoskopischem Bild und klinischer Krankheitsaktivität bei der Colitis ulcerosa eher als beim M. Crohn gegeben. Die Einsicht in das Rektum ist daher bei Patienten mit Colitis ulcerosa in manchen klinischen Situationen hilfreich, das typische entzündliche Bild der Colitis ulcerosa nachzuweisen, ihre entzündliche Aktivität zu beur-

teilen oder auch um eine pseudomembranöse Colitis bei Superinfektion mit *C. difficile* zu diagnostizieren.

Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie der CED wird zur Remissionsinduktion bei aktiver Erkrankung sowie zur Remissionserhaltung eingesetzt und stellt einen wesentlichen Baustein in der Behandlung der CED dar. Eine bestimmte Patientengruppe profitiert zudem von einer psychosomatischen Betreuung. Das Therapieziel besteht darin, die Lebensqualität zu verbessern, die entzündliche Krankheitsaktivität möglichst nebenwirkungsarm zu beseitigen und irreversible Organschäden zu vermeiden. Insbesondere bei Patienten mit schwerem Verlauf wäre die frühzeitige Einleitung einer hochwirksamen Therapie (Top-Down) sinnvoll. Die Identifizierung von Risikofaktoren für einen schweren Verlauf stellt daher einen aktuellen Forschungsschwerpunkt dar. Aktuell ist die Vorhersage des individuellen Krankheitsverlaufes jedoch kaum möglich. Therapiestandard ist daher weiterhin ein Step-up-Algorithmus (Abb.4 und 5).

Steroiddauertherapien (lokal oder systemisch) stellen aufgrund des Nebenwirkungsspektrums und der Ineffektivität von Steroiden für die Remissionserhaltung keine sinnvolle Therapie dar. Patienten mit schwererem Verlauf oder ungünstiger Lokalisation (zum Beispiel ausgedehnter Dünndarmbeteiligung bei M. Crohn) sollten daher rechtzeitig eine immunsuppressive Therapie erhalten. Konservativ nicht mehr sinnvoll angehbare Situationen (beispielsweise therapierefraktäre Patienten, toxisches Megacolon, prämaligene oder maligne Veränderungen oder bei M. Crohn fixierte Stenosen, große Abszesse, manche Fisteln) bedürfen der operativen Therapie. Bei Patienten mit schweren Verlaufsformen oder Komplikationen der CED ist daher eine frühzeitige interdisziplinäre Absprache sinnvoll. Hierdurch können zu risikoreiche konservative Therapien vermieden und Indikation und Zeitpunkt der

beim Versagen der konservativen Therapie erforderlichen operativen Maßnahmen optimal festgelegt werden.

Morbus Crohn

Die Therapie des M. Crohn wird vor allem durch die Schwere der entzündlichen Aktivität und deren Lokalisation beeinflusst. Daneben sind individuelle Besonderheiten (zum Beispiel Allgemein- und Ernährungszustand, bisheriger Verlauf, ausgeprägter Dünndarmbefall, perinaler Befall, infektiologische Komplikationen, extraintestinale Manifestationen, höheres Alter, Begleiterkrankungen, Compliance, Patientenwunsch) zu berücksichtigen.

Die bisherigen Untersuchungen weisen darauf hin, dass insbesondere junge Patienten mit ausgedehnter Erkrankung, perianalem Befall und Steroiden bei Erstdiagnose ein erhöhtes Risiko haben, einen komplizierten Krankheitsverlauf zu entwickeln. Ansonsten können wir derzeit lediglich

Patientengruppen mit unterschiedlichen Krankheitsverläufen retrospektiv stratifizieren. So wissen wir aus großen epidemiologischen Untersuchungen, dass weniger als die Hälfte der Patienten mit M. Crohn einen schwereren Verlauf nehmen und einer immunsuppressiven Therapie bedürfen. Ca. 40 Prozent der Patienten nehmen einen milden Verlauf und sind therapeutisch unproblematisch. Ungefähr ein Drittel der Patienten erlebt dagegen einen intermittierenden Krankheitsverlauf. Von diesen benötigen diejenigen mit frühen oder häufigen Rezidiven rechtzeitig eine in der Regel immunsuppressive, remissionserhaltende Therapie. Ungefähr 20 Prozent der Patienten zeigen trotz adäquater Steroidbehandlung eine chronische Krankheitsaktivität und benötigen eine noch effektivere, immunsuppressive Therapie.

Akuter Schub

Allgemein stellt die klassische, systemische Steroidstoßtherapie (1mg/kg KG/d)

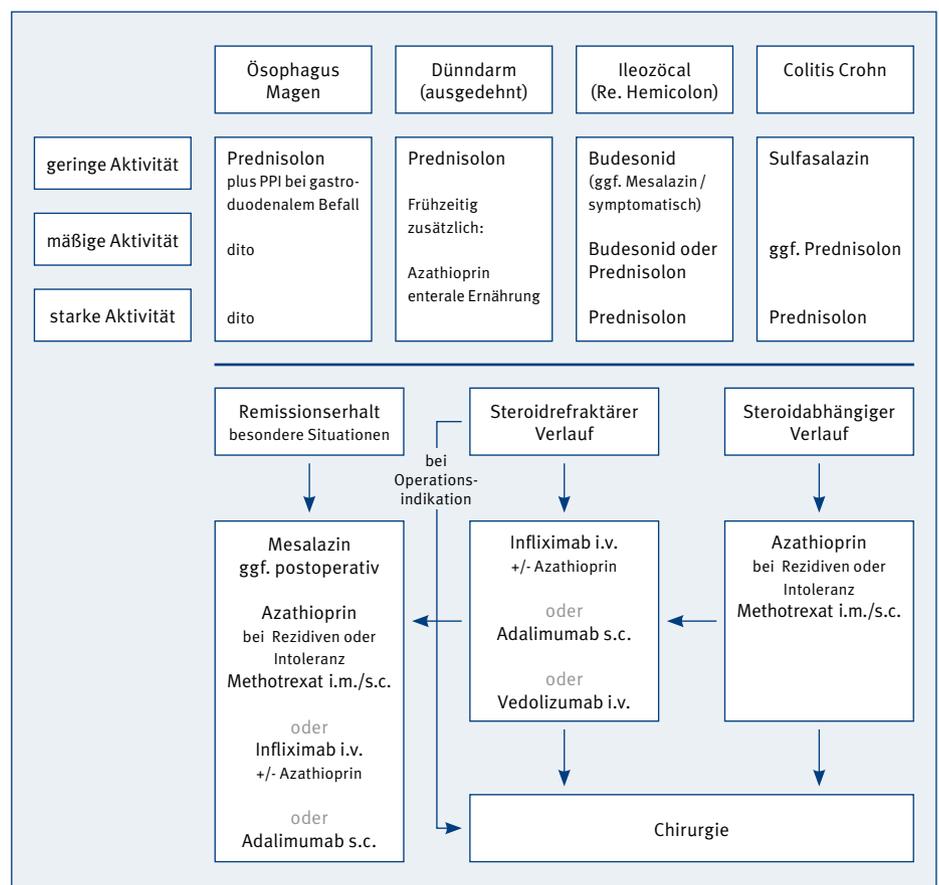


Abb.4.: Therapiealgorithmus bei M. Crohn

Fortbildung

p.o/i.v.) die effektivste Therapie des akuten Schubes dar. Sie sollte primär insbesondere bei hoher Krankheitsaktivität, ausgedehntem Dünndarmbefall und Befall von Ösophagus und Magen eingesetzt werden. In anderen klinischen Situationen ist die systemische Steroidtherapie jedoch oft verzichtbar und es kann auf nebenwirkungsärmere Therapien zurückgegriffen werden.

Bei **ileoökalem** Befall mit leichter bis mäßiggradiger Krankheitsaktivität stellt die Behandlung mit Budesonid (9mg/d) die Therapie der ersten Wahl dar. Aufgrund des raschen Abbaus von Budesonid in der Leber sind die steroidassoziierten Nebenwirkungen im Vergleich zur effektiveren systemisch wirksamen Steroidtherapie deutlich geringer, die Remissionsraten insbe-

sondere bei leichter Krankheitsaktivität jedoch vergleichbar. Mesalazin kann bei Kontraindikationen gegen Steroide oder Patientenwunsch als Alternative eingesetzt werden. Der Stellenwert von Mesalazin in dieser Indikation ist jedoch umstritten, da es in einer Metaanalyse nur marginal wirksam war. Bei schwerer Aktivität sollte primär die klassische systemische Steroidstoßtherapie erfolgen, alternativ stellt der isolierte Ileoökalfall eine besonders günstige Indikation zur Operation dar.

Patienten mit **Colitis Crohn** und leichter bis mäßiggradiger Krankheitsaktivität können mit der klassischen systemischen Steroidtherapie oder mit Sulfasalazin behandelt werden. Sulfasalazin, das zudem zur Behandlung peripherer Arthritiden bei CED assoziierter Spondylarthropathie wirksam

ist, zeigt aufgrund von Nebenwirkungen eine Abbruchrate von bis zu 30 Prozent. Bei distalem Befall im Rektum und Sigma-Id können begleitend Suppositorien, Klysmen oder Schäume (5-Aminosalicylsäure 5-ASA, Steroide) zur Lokalthherapie eingesetzt werden.

Bei Patienten mit M. Crohn und **sehr geringer Krankheitsaktivität** kann eine lediglich symptomatische Therapie ausreichen, zum Beispiel mit Analgetika (Paracetamol, Metamizol), Spasmolytika und niedrig dosierten Antidiarrhoika. Für ein solches Vorgehen sprechen in kontrollierten Studien beobachtete Remissionsraten von bis zu 40 Prozent nach Placebothherapie (C.Su).

Steroidresistenz

Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf die systemische Steroidtherapie bedürfen zunächst einer Re-Evaluation der Therapieindikation. So sollten klare Befunde vorliegen, die eine entzündliche Aktivität belegen und funktionelle Beschwerden, eine infektiöse Erkrankung (inklusive Cytomegalievirus, Clostridien) oder Operationsindikationen (beispielsweise Stenosen, blind endende Fisteln, Abszesse etc.) ausreichend ausschließen. Die Compliance des Patienten (geregelter Medikamenteneinnahme, sistierter Nikotinabusus) sollte ebenfalls gegeben sein.

Ist die Indikation zur immunsuppressiven Therapie gegeben, stehen je nach Schweregrad der entzündlichen Aktivität und sonstiger klinischer Erfordernis die langsam einsetzenden Thiopurinpräparate (zum Beispiel Azathioprin 2,5mg/kg KG) oder die rasch wirkenden anti-TNF-Antikörper (zum Beispiel Infliximab 5mg/kg KG als i.v. Infusion in den Wochen 0,2,6, dann 5mg/kg KG 8-wöchentlich; Adalimumab 80/40mg s.c. oder 160/80mg s.c. in den Wochen 0/2, dann 40mg s.c. 2-wöchentlich) zur Verfügung. Beide anti-TNF-Antikörper zeigen eine vergleichbare Wirkung (Ansprechraten ca. 70 Prozent, Remissionsraten ca. 40 Prozent der initialen Responder, i.e., ca. 20

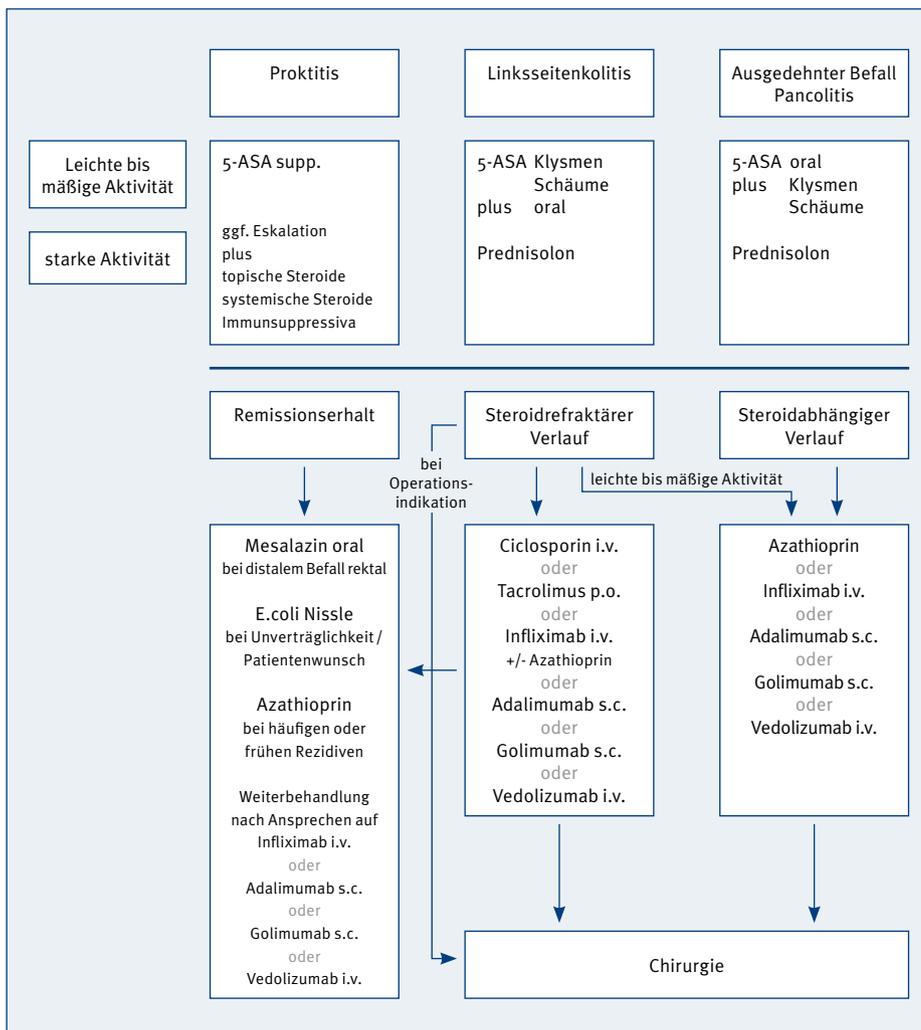


Abb.5.: Therapiealgorithmus bei Colitis ulcerosa

bis 25 Prozent der Ausgangspopulation) und sind auch bei Fisteln und bei Spondylarthropathie wirksam. In der SONIC-Studie war die Kombinationsbehandlung mit Infliximab plus Azathioprin wirksamer als die Infliximab-Monotherapie, und diese wiederum wirksamer als Azathioprin alleine. Eine längerfristige kombinierte immunsuppressive Therapie sollte aufgrund der höheren Nebenwirkungsrate jedoch wann immer möglich vermieden werden. Nach derzeitiger Datenlage kann nach Erreichen einer stabilen Remission entweder das Thiopurin oder der Anti-TNF-Antikörper beendet werden. So hatten Patienten, die nach sechs Monaten dualer immunsuppressiver Therapie alleine mit Infliximab weiterbehandelt wurden, keinen sehr großen Nachteil zu jenen, bei denen die duale immunsuppressive Therapie langfristig weitergeführt wurde (van Assche et al.). Umgekehrt blieben Patienten mit dualer immunsuppressiver Therapie, bei denen Infliximab nach sechs Monaten stabiler steroidfreier Remission beendet wurde, auch im Folgejahr zu 56 Prozent in Remission. Von den 44 Prozent der Patienten, die innerhalb des ersten Jahres nach Absetzen des Anti-TNF-Antikörpers ein Rezidiv erlitten, konnte die überwiegende Mehrzahl (88 Prozent) durch eine erneute Therapie mit Infliximab erfolgreich retherapiert werden (Louis et al.; Steenholdt et al.).

Steroidabhängigkeit

Ziel der Steroidtherapie ist immer, eine anhaltende Remission zu erreichen und das Steroid vollständig auszuschleichen. Ist ein Ausschleichen innerhalb von vier Monaten nicht möglich, weil unter Steroidreduktion eine erneute Krankheitsaktivität oder ein Rezidiv innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Steroidmedikation auftritt, sind die Kriterien für eine Steroidabhängigkeit gegeben. In diesem Fall ist eine Änderung der Strategie und eine Therapie mit Thiopurinpräparaten (zum Beispiel Azathioprin 2,5mg/kg KG), Methotrexat (25mg i.m oder s.c. /Woche,

Erhaltung 15mg/Woche), einem Anti-TNF-Antikörper oder ggf. auch eine kombinierte Therapie aus einem Immunsuppressivum und einem Anti-TNF-Antikörper erforderlich.

Versagen der immunsuppressiven Therapie

Ein Versagen der immunsuppressiven Therapie stellt ebenso wie die Steroidresistenz zunächst eine Indikation zur sorgfältigen Re-Evaluation dar. Bestätigt sich die Indikation zur immunsuppressiven Therapie, kann bei einem Primärversagen, das bei ca. 10 bis 30 Prozent der mit Anti-TNF-Antikörpern behandelten Patienten auftritt, ein Präparatewechsel erwogen werden. Ein Wirkungsverlust (Sekundärversagen) tritt bei ca. 30 bis 40 Prozent der mit Anti-TNF-Antikörpern behandelten Patienten innerhalb des ersten Jahres auf. Hier erfolgt die Therapieoptimierung meist durch eine Dosiserhöhung (Verdopplung) oder Verkürzung (Halbierung) des Applikationsintervalls. In Einzelfällen kann die Bestimmung von Serumspiegeln der Substanz, gegebenenfalls auch der gegen sie gerichteten Antikörper, sinnvoll sein (Ben-Horin et al.).

Remissionserhaltung

Eine remissionserhaltende medikamentöse Therapie erfolgt bei Patienten mit M. Crohn individuell nach Bewertung des bisherigen Krankheitsverlaufs (häufige, frühe Rezidive) und der speziellen klinischen

Situation (zum Beispiel Schweregrad der bisherigen Schübe, Fisteln, ausgedehnter Dünndarbefall, postoperativ). Steroide, einschließlich Budesonid, sind zur Remissionserhaltung ineffektiv. Zur Remissionserhaltung können Thiopurine (zum Beispiel Azathioprin), Methotrexat, Anti-TNF-Antikörper sowie postoperativ auch Mesalazin eingesetzt werden. Die remissionserhaltende Therapie mit Azathioprin sollte mindestens über vier Jahre erfolgen und ist gegenüber einem erhöhten Risiko für Non-Hodgkin-Lymphome und Nicht-Melanom-Hautkrebs abzuwägen. Mit Anti-TNF-Antikörpern können in ca. 20 bis 25 Prozent der behandelten Patienten langfristige Remissionen und in ausgewählten Kollektiven bei bis zu 63 Prozent der Patienten eine langfristige Kontrolle der Krankheitsaktivität (Schnitzler et al.) erreicht werden. Der Patient sollte zwingend eine Nikotinkarenz einhalten.

Colitis ulcerosa

Akuter Schub

Die Therapie des akuten Schubes der Colitis ulcerosa erfolgt, ähnlich dem M. Crohn, in Abhängigkeit von der Krankheitsaktivität und Lokalisation. Bezüglich der Lokalisation wird die auf das Rektum begrenzte Entzündung (Proktitis), der Befall bis zur linken Flexur (Linksseitenkolitis) und die Ausdehnung über die linke Flexur hinaus bis zur Pankolitis (ausgedehnte Kolitis) unterschieden.

Bei leicht bis mäßig aktiver **Proktitis** sind 5-ASA-Suppositorien ($\geq 500\text{mg}$) Therapie der Wahl und sollten gegenüber Schäumen und Klysmen bevorzugt eingesetzt werden. Die Evidenz für die Wirksamkeit weiterer Substanzen ist bei der Proktitis unzureichend (Lie et al.). Bei fehlender Wirksamkeit der Monotherapie werden zusätzlich topische Steroide (Beclomethason, Budesonid) gegeben. Eine kleine Gruppe von Patienten mit schweren, therapieresistenten Verläufen bedarf nach nochmaliger Überprüfung alternativer Ursachen einer weiteren Therapieeskalation (systemische Steroide, bis hin zu weiteren Immunsuppressiva oder einer Operation). Die Therapieentscheidung ist jedoch schwierig und sollte zur Vermeidung einer Fehl- oder Übertherapie von erfahrenen Ärzten vorgenommen werden.

Bei leicht bis mäßig aktiver **Linksseitenkolitis** ist die Kombination von rektalen 5-ASA-Schäumen oder Einläufen ($\geq 1\text{g/d}$) in Kombination mit oralem 5-ASA ($\geq 3\text{g/d}$) Therapie der ersten Wahl. Die Compliance der Patienten wird durch die Verwendung retardierter 5-ASA Präparate, die nur einmal am Tag eingenommen werden müssen, verbessert. Zeigt sich keine rasche Besserung und persistieren blutige Stühle, sollte spätestens nach 14 Tagen, wie auch bei primär schwerer Krankheitsaktivität, die klassische Steroidstoßtherapie eingesetzt werden.

Bei leicht bis mäßig aktiver **ausgedehnter Colitis** sollte eine orale 5-ASA Therapie $\geq 3\text{g/d}$ in Kombination mit 5-ASA Einläufen oder -Schäumen begonnen werden. Bei unzureichendem Therapieansprechen oder bei primär starker Krankheitsaktivität wird die klassische Steroidstoßtherapie eingesetzt.

Zur Definition der **schwergradig aktiven Colitis ulcerosa** haben sich im Alltag die Kriterien von Truelove und Witts bewährt.

Diese umfassen schwere Diarrhöen mit sechs oder mehr makroskopisch blutigen Stühlen pro Tag, Fieber (mit einer mittleren Abendtemperatur von über $37,5^\circ\text{C}$ oder einer Temperatur $> 37,8^\circ\text{C}$ an wenigstens zwei von vier Tagen), eine Tachykardie von $> 90/\text{min}$, eine Anämie mit einem Hb-Wert $< 75\%$ der Norm und eine BSG $> 30\text{mm/h}$. Patienten mit schwergradig aktiver Colitis ulcerosa sollten mit einer systemischen, vorzugsweise i.v. Steroidtherapie behandelt werden. In einer Metaanalyse zeigten sich in dieser Situation eine mittlere Proktokolektomiequote von 27 Prozent und eine Mortalitätsrate von 1 Prozent (Turner et al.) Die Daten unterstreichen die Notwendigkeit einer engmaschigen stationären und am besten interdisziplinären Führung durch mit der Erkrankung vertraute Gastroenterologen und Chirurgen. Stellt sich nach drei Tagen klinisch sowie in objektiven Parametern (Labor, gegebenenfalls sonografischer oder endoskopischer Befund) keine Besserung ein, besteht eine **steroidrefraktäre Situation** mit der Erfordernis einer Operation oder einer medikamentösen Therapieeskalation durch rasch wirksame Calcineurininhibitoren (zum Beispiel Ciclosporin) oder Anti-TNF¹-Antikörper, wobei ausreichende Daten in dieser Indikation nur für Infliximab vorliegen. Unter Verwendung beider Substanzgruppen kann nach sieben Tagen ein Ansprechen von 85 Prozent erreicht werden (Laharie et al.), jeder fünfte Patient muss im Verlauf kolektomiert werden.

Steroidabhängigkeit

Bei steroidabhängigem Verlauf, das heißt fehlender Möglichkeit, Steroide innerhalb von vier Monaten auszuschleichen oder bei einem Frührezidiv innerhalb von drei Monaten, besteht die Indikation für eine Therapie mit einem Thiopurin (zum Beispiel Azathioprin), bei schwerer aktiver Erkrankung und Erfordernis einer raschen Remissionsinduktion mit einem Anti-TNF-Antikörper.

Remissionserhaltung

Bei der Colitis ulcerosa sollte, anders als bei M. Crohn, regelhaft eine remissionserhaltende Therapie mit 5-ASA in der für das jeweilige Präparat effektiven Dosis über mindestens zwei Jahre durchgeführt werden. Die Applikationsart, topisch oder oral, richtet sich wie auch bei der Akuttherapie nach dem Befallsmuster. Bei oraler Therapie und Unverträglichkeit für 5-ASA oder bei Patientenwunsch kann die Remission durch das probiotische Bakterium E.coli Nissle 1917 mit gleicher Effektivität erhalten werden. Bei schwerer Erkrankung (hohe Schubaktivität, häufige Rezidive, steroidabhängiger Verlauf) sind die Thiopurine und die Anti-TNF-Antikörper wirksam. In der Regel wird zur intensivierten Remissionserhaltung zunächst ein Thiopurin (zum Beispiel Azathioprin) eingesetzt. Patienten mit steroidrefraktärer Erkrankung, die mit einem Calcineurininhibitor behandelt werden, erhalten parallel ein Thiopurin (zum Beispiel Azathioprin). Dies erfolgt mit dem Ziel, den Calcineurininhibitor nach sechs Monaten abzusetzen. Bei Patienten, die mit einem Anti-TNF-Antikörper in Remission gekommen sind, kann diese mit der gleichen Substanz erhalten werden.

Neue biologische CED-Therapien

Der Erfolg der Anti-TNF-Antikörper in der Therapie der CED und anderer chronisch immunologischer Erkrankungen hat zur Entwicklung einer Vielzahl weiterer Antikörper und Kleiner Moleküle geführt, die gegen verschiedene immunologisch relevante Zielantigene gerichtet sind und derzeit hinsichtlich ihrer Eignung für die Therapie der CED überprüft werden (S. Danese). In Europa für die Therapie der Colitis ulcerosa bereits zugelassen ist Golimumab, ein weiterer, s.c. applizierbarer Anti-TNF-Antikörper, der nach bisherigen Ergebnisse keinen Vorteil gegenüber den anderen Anti-TNF-Antikörpern aufweist. Vedolizumab, ein gegen das Integrin $\alpha 4\beta 7$ gerichteter

¹ TNF = Tumornekrosefaktor

teter Antikörper, blockiert selektiv die Einwanderung von Lymphozyten in die Darmwand und ist in Europa für die Behandlung der moderaten bis schweren CED zugelassen. Vedolizumab ist auch bei Anti-TNF-Versagern aktiv. Der Antikörper ist erst sehr kurz auf dem Markt, eine genauere Einschätzung seines Stellenwertes innerhalb des Therapiealgorithmus ist daher noch nicht möglich.

Weitere Themen

Krebsvorsorge / Früherkennung

Bei den CED gelten besondere Empfehlungen für die Darmkrebsvorsorge. Die Vorsorgekoloskopien sollten bei ausgedehnter Colitis ulcerosa ab dem achten Jahr und bei linksseitiger oder distaler Colitis ulcerosa ab dem 15. Jahr nach Erstmanifestation entweder jährlich oder alle zwei Jahre erfolgen. Wenn gleichzeitig eine PSC

(primär sklerosierende Cholangitis) besteht, sollen die Überwachungskoloskopien unabhängig von der Krankheitsaktivität und Ausdehnung der Colitis ab dem Zeitpunkt der PSC-Diagnosestellung jährlich erfolgen. Für Patienten mit Colitis Crohn empfiehlt die aktuelle nationale Leitlinie zum M. Crohn ein analoges Vorgehen.

Patienten unter Therapie mit Thiopurinen weisen ein erhöhtes Risiko für den Nicht-Melanom-Hautkrebs (NMSC) auf. Unter einer Therapie mit anti-TNF- α -Antikörpern scheint das Risiko für Melanome erhöht zu sein. Bei diesen Patienten sollte daher neben einem entsprechenden Sonnenschutz ein regelmäßiges Hautkrebscreening erfolgen.

Zu den vielfältigen weiteren Themengebieten (zum Beispiel extraintestinale Manifestationen, Schwangerschaft, Infektionen, Fisteln, chirurgische und pädiatrische Aspekte) wird auf die im Internet einsehba-

ren nationalen (DGVS) (<http://www.dgvs.de/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/>) und europäischen (ECCO) Leitlinien (<https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>) verwiesen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Rainer Duchmann
Hospital zum heiligen Geist GmbH

Lange Straße 4-6
60311 Frankfurt
am Main

Tel.: 069 2196-2421,

Fax.: 069 2196-2469

E-Mail: duchmann.rainer@hohg.de



© Hospital zum heiligen Geist

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

Multiple Choice-Fragen

NEU:

Ab dieser Ausgabe finden Sie die Multiple Choice-Fragen zu den zertifizierten Fortbildungsartikeln nicht mehr im Hessischen Ärzteblatt abgedruckt, sondern auf dem Mitgliederportal der Landesärztekammer (LÄKH), erreichbar im Internet über die Homepage der LÄKH (www.laekh.de) oder über den direkten Link: <https://portal.laekh.de>; sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de).

Teilnahmemöglichkeit:

Die CME-Fragen zu dem Artikel „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ von Prof. Dr. med. Rainer Duchmann (VNR 27 6060 2014 10822 0005) können **ein Jahr lang** vom 1. Dezember 2014 bis 30. November 2015 im Mitgliederportal unter <https://portal.laekh.de> beantwortet werden. Hier finden Sie neben dem aktuellen Fragebogen auch weitere Informationen zu den Online-Fortbildungen.

Hilfe für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus gehen bei einer Erkrankung oft erst sehr spät zum Arzt; aus Angst, entdeckt und abgeschoben zu werden. Als Orientierungshilfe für die ärztliche Behandlung hat die Bundesärztekammer ein Falblatt neu überarbeitet, das über rechtliche Fragen und Kostenerstattung informiert. Dies ist im Internet abrufbar unter: www.bundesaerztekammer.de/downloads/Faltblatt_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus_30112013.pdf

Ärztliche Behandlung für Bürger anderer EU-Mitgliedsstaaten

Die Homepage www.eu-patienten.de informiert sowohl Patienten als auch Gesundheitsdienstleister kostenfrei rund um die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zwischen Deutschland und dem EU-Ausland. Rechtsquellen dazu sind hier zusammengestellt. Finanziert wird das Portal vom GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie den privaten Krankenversicherungen, Kontakttelefon: (0228) 9530-800.

Literatur zum Beitrag

VNR 2760602014108220005

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Rainer Duchmann

(Hessisches Ärzteblatt 12/2014, Seite 690)

- Reinisch W, Staun M, Bhandari S, Muñoz M. (2013) State of the iron: How to diagnose and efficiently treat iron deficiency anemia in inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis* 7, 429–440
- Klag T, Stange EF, Wehkamp J (2014) Labordiagnostik bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, einschließlich Blut- und Stuhldiagnostik. *Gastroenterologie* 9:117–126.
- Su C. Outcomes of placebo therapy in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12: 328–333
- Van Assche G, Magdelaine-Beuzelin C, D'Haens G et al (2008) Withdrawal of immunosuppression in Crohn's disease treated with scheduled infliximab maintenance: a randomized trial. *Gastroenterology* 134:1861–1868
- Louis E, Mary JY, Vernier-Massouille G et al (2012) Maintenance of remission among patients with Crohn's disease on antimetabolite therapy after infliximab therapy is stopped. *Gastroenterology* 142:63–70
- Steenholdt C, Molazahi A, Ainsworth MA, Brynskov J, Østergaard Thomsen O, Seidelin JB. (2012) Outcome after discontinuation of infliximab in patients with inflammatory bowel disease in clinical remission: an observational Danish single center study. *Scand J Gastroenterol.* 47:518–27.
- Ben-Horin S. (2014) Loss of Response to Anti-Tumor Necrosis Factors: What Is the Next Step? *Dig Dis* 32:384–388
- Schnitzler F, Fidder H, Ferrante M, Noman M, Arijs I, Van Assche G, Hoffman I, Van Steen K, Vermeire S, Rutgeerts P. (2009) Long-term outcome of treatment with infliximab in 614 patients with Crohn's disease: results from a single-centre cohort. *Gut* 58:492–500
- Lie MR, Kanis SL, Hansen BE, van der Woude CJ. Drug Therapies for Ulcerative Proctitis: Systematic Review and Meta-analysis. *Inflamm Bowel Dis.* 2014 Jul 28. [Epub ahead of print]
- Turner D, Walsh CM, Steinhart AH et al. (2007) Response to corticosteroids in severe ulcerative colitis: a systematic review of the literature and a meta-regression. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*; 5: 103–110
- Laharie D, Bourreille A, Branche J et al. (2012). Ciclosporin versus Infliximab in patients with severe ulcerative colitis refractory to intravenous steroids: a parallel, open-label randomised controlled trial. *Lancet* 380; 1909–1915
- Danese S (2012) New therapies for inflammatory bowel disease: from the bench to the bedside. *Gut* 61:918–932

Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

- ? 1) Die Diagnose des M. Crohn**
- beruht auf dem Nachweis typischer genetischer Mutationen (NOD₂)
 - beruht auf dem Nachweis typischer histologischer Befunde
 - beruht auf dem Nachweis typischer sonografischer Befunde
 - einen einzelnen diagnostischen Goldstandard gibt es nicht
- ? 2) Bei der Erstdiagnose einer CED**
- soll eine infektiologische Beratung erfolgen und der Impfstatus erhoben werden
 - muss immer eine CMV Infektion ausgeschlossen werden
 - soll eine genetische Beratung der erstgradigen Familienangehörigen erfolgen
 - soll betroffenen Frauen von einer Schwangerschaft abgeraten werden
- ? 3) Bei Patienten mit Colitis ulcerosa**
- soll regelmäßig eine Untersuchungen auf *C. difficile* erfolgen
 - kann die Bestimmung des fäkalen Calprotectin zum Nachweis einer entzündlichen Aktivität sinnvoll sein
 - soll zumindest bei der Erstdiagnose eine Analyse der Stuhlflora erfolgen
 - ist das Rektum in der Regel ausgespart
- ? 4) Bei der Erst- und Verlaufsdagnostik von Patienten mit M. Crohn**
- ist die Sonografie wenig hilfreich
 - soll immer ein MRT des Dünndarms erfolgen
 - soll immer eine Kapselendoskopie des Dünndarms erfolgen
 - ist die CT des Abdomen aufgrund der Strahlenbelastung nur ausgewählten Situationen vorbehalten
- ? 5) Die Auswahl der Therapie bei akutem Schub eines M. Crohn**
- erfolgt in der Praxis anhand des Aktivitätsindex CDAI
 - erfordert die Kenntnis des aktuellen endoskopischen Befundes
 - erfolgt unter Berücksichtigung von Befallsmuster und klinischer Einschätzung der Krankheitsaktivität
 - beinhaltet bei Fistelleiden immer eine Behandlung mit einem Steroid
- ? 6) Eine remissionserhaltende Therapie des M. Crohn**
- soll immer erfolgen
 - soll postoperativ immer erfolgen
 - beruht auf der Langzeittherapie mit Mesalazin
 - erfolgt unter Bewertung des bisherigen Krankheitsverlaufs und der speziellen klinischen Situation
- ? 7) Die Therapie der CED mit Anti-TNF-Antikörpern**
- ist noch weitgehend experimentell
 - erfordert insbesondere infektiologische Begleituntersuchungen
 - zeigt große Wirkunterschiede zwischen den verfügbaren Substanzen
 - darf nie länger als 1 Jahr erfolgen
- ? 8) Patienten mit CED und häufigen Rezidiven**
- sollen nach dem TOP-Down Prinzip behandelt werden
 - sollen ebenso wie Patienten mit Colitis Crohn eine intensivierete Darmkrebsvorsorge erhalten
 - benötigen eine lebenslange remissions-erhaltende Therapie mit Mesalazin
 - sollen im fulminanten Schub nur im äußersten Notfall eine Kolektomie erhalten
 - sollen bei steroidrefraktärem Verlauf immer eine Therapie mit einem Anti-TNF-Antikörper erhalten
- ? 9) Patienten mit Colitis ulcerosa**
- sollen ebenso wie Patienten mit Colitis Crohn eine intensivierete Darmkrebsvorsorge erhalten
 - benötigen eine lebenslange remissions-erhaltende Therapie mit Mesalazin
 - sollen im fulminanten Schub nur im äußersten Notfall eine Kolektomie erhalten
 - sollen bei steroidrefraktärem Verlauf immer eine Therapie mit einem Anti-TNF-Antikörper erhalten
- ? 10) CED Patienten, die ungenügend auf eine Therapie ansprechen**
- sollen immer mit einem Medikament der nächsten Eskalationsstufe behandelt werden
 - bedürfen einer gründlichen Re-Evaluation
 - müssen zügig operiert werden
 - bedürfen einer pharmakogenetischen Untersuchung

Teilnahmemöglichkeit

vom 1. Dezember 2014 bis zum 30. November 2015

Den aktuellen Fragebogen und weitere Informationen der Online-Fortbildung finden Sie im Mitgliederportal unter: <https://portal.laekh.de>

Arbeits- und Karrierebedingungen im Krankenhaus:

Warum Fachkräftesicherung ohne geschlechtergerechte Organisationsentwicklung nicht zu haben ist

Ellen Kuhlmann

Ansichten

Die Krankenhäuser sind mit zunehmenden Problemen der Personalrekrutierung konfrontiert, aber zugleich werden vorhandene Personalressourcen nicht effizient genutzt. Die Probleme wären zumindest zum Teil durch eine geschlechtergerechte Organisationsentwicklung zu lösen, die auf Veränderungen in der Ärzteschaft angemessen reagiert. Immer noch wird „Professionalität“ am Ideal der allzeitigen Verfügbarkeit einer vorwiegend männlichen Ärzteschicht gemessen, obschon Frauen über die Hälfte der Ärzteschaft stellen und immer mehr Männer dieses Modell ablehnen. Und immer noch funktionieren Krankenhäuser allzu oft nach dem „Obrigkeitsprinzip“ mit hierarchischen Strukturen, hoher persönlicher Abhängigkeit von Vorgesetzten und offenem oder verdecktem Sexismus. Der finanzielle Druck und die zunehmende Arbeitsverdichtung in den vergangenen Jahren haben die „ungesunden“ Organisationsstrukturen eher noch verstärkt.

Die Probleme sind bekannt und werden zunehmend diskutiert (Kuhlmann, 2014; Rapp-Engels, 2012; Rothe, 2012). Dennoch tun sich Krankenhäuser und Verbände überaus schwer, auf die Herausforderungen zu reagieren. So setzen sich überkommene Machtverhältnisse fort, wie eine Auswertung der hessischen Krankenhausstatistik zeigt: Allen Thesen einer „Feminisierung“ der Medizin zum Trotz bleibt der Anteil von Frauen in Leitungspositionen im einstelligen Bereich. Besonders alarmierend ist ein negativer Trend in als „frauenfreund-

lich“ geltenden Gebieten, wie der Anästhesie (eigene Berechnungen der Autorin). Die Krankenhäuser, ganz gleich in welcher Trägerschaft, nehmen die Herausforderungen des Fachkräftemanagements bestenfalls als Gleichstellungsproblem und als „Vereinbarkeitsproblem“ von Beruf und Kinderbetreuung für Frauen wahr. Dass es sich hier um Ressourcenverschwendung und ineffizientes Management handelt, wird aber kaum erkannt. Und die Gesundheitspolitik ist immer noch primär mit Kostenkontrolle, denn mit zukunftsweisender Fachkräftesicherung beschäftigt.

Ein Forschungsprojekt¹ hat die (ärztliche) Fachkräftesicherung im Krankenhaus durch die Genderbrille betrachtet. In Kooperation mit dem Universitätsklinikum Gießen-Marburg (UKGM), Standort Marburg, erfolgten unter anderem Gruppendiskussionen mit Ärztinnen und Ärzten, um Probleme und Bedarfslagen systematisch zu analysieren. So wurde das Thema von Führungskräften ernst genommen und ein Diskussionsprozess eingeleitet.

Schaltstelle Krankenhausmanagement

Bisher sind die Probleme fehlender Gendersensibilität vor allem für die Weiterbildung systematisch analysiert (Rapp-Engels et al., 2012). Sie setzen sich aber fort. Der Schlüssel für Veränderungen liegt in weiten Teilen im Bereich der Organisationsentwicklung der Krankenhäuser. Dabei zeichnen sich die Arbeitsorganisation und die Arbeitszeitmodelle als die Schalt-

stellen für Innovationen in Richtung Flexibilität und Orientierung an den Lebenslagen der Beschäftigten ab – ähnliche Ergebnisse wurden auch im englischen National Health Service gefunden (Ozbilgin et al., 2011).

Die Organisationskultur deutscher Krankenhäuser ist durch den „60 Stunden-Vollzeit-Arzt“ geprägt. Das führt zu mangelnder Akzeptanz von Teilzeitarbeit und zu Stigmatisierungen der Teilzeitbeschäftigten („mangelndes Interesse“) bis hin zu diskriminierenden Begriffen wie „Hausfrauenschicht“. Neben den geringeren Karrierechancen bleibt Ärztinnen und Ärzte mit reduzierter Arbeitszeit oftmals auch die soziale Anerkennung durch Kolleginnen und Kollegen versagt.

Im Bereich der Arbeitsorganisation zeichnen sich die ungesicherte Rotation in der Weiterbildung, aber auch der ineffiziente Einsatz von Schwangeren auf „Parkpositionen“ als gravierende (obschon nicht als die einzigen) Problemfelder ab. Die gegenwärtige Situation kann zu ineffizienter Ressourcennutzung und auf Seiten der Betroffenen zu Frustration und fehlenden Karrierechancen führen. Verbindliche Regeln zur Rotation (Rapp-Engels et al., 2012) und neue kompensatorische Finanzierungsmodelle sind dringend notwendig. Hier wären Möglichkeiten zu prüfen für „Stellenpools“ bisher nicht zu besetzender Stellen, zum Beispiel bei zwei bis dreimonatigen Ausfällen (Mutterschutz) oder temporärer oder geringfügiger Reduktion

¹ „Innovationspotenziale durch geschlechtergerechte Organisationsentwicklung und Fachkräftemanagement im Krankenhaus“, gefördert vom Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst (Gender Programm), Universität Marburg, FB 3 Institut für Politikwissenschaft, Prof. Dr. Annette Henninger.

der Arbeitszeit. So könnten Krankenhäuser, durchaus auch abteilungsübergreifend, flexibler auf Bedarfslagen reagieren. Dabei sollten auch kurzfristige kompensatorische Finanzierungen an die Abteilung (oder an ein Kontingent im Verbund von Abteilungen) zurückgeführt werden.

Weitere Potenziale für Veränderungen liegen im Neuzuschnitt und in der Verschiebung von Aufgaben, die bisher oftmals nicht qualifikationsadäquat verteilt sind; zum Beispiel könnten ärztliche Aufgaben zum Teil von anderen Gesundheitsberufen übernommen werden.

Auch neue technologische Möglichkeiten der digitalen Partizipation sollten geprüft werden, um das Problem starrer Zeitvorgaben für Visiten zu entschärfen oder Ausfallzeiten während der Weiterbildung durch e-learning Modelle zu verringern – hier werden im Versorgungsbereich visionäre e-health Modelle vorangetrieben, wohingegen die Möglichkeiten im Personalsektor unterbelichtet sind.

Wichtig wäre auch, biographische Lebensphasen und Karriereentwicklung zeitlich zu entzerren. Es ist kein Naturgesetz, dass die Weiterbildung mit Mitte 30 abgeschlossen und das wissenschaftliche Karriereziel „Lehrstuhl“ bis spätestens Mitte 40 erreicht ist.

Natürlich müssen auch die Angebote der Kinderbetreuung dringend verbessert werden. „Mehr“ Angebote allein reichen jedoch nicht aus, es geht vor allem auch um eine verbesserte Anpassung an die Zeitstrukturen von Krankenhausarbeit. Hier müssen Zuständigkeiten im Schnittfeld von Kommunen und Krankenhausträgern zukünftig problembewusst geklärt werden.

Nachhaltige Lösungen und „kombinierte Therapien“ statt „kurieren an Einzelsymptomen“

Die Ergebnisse zeigen, dass ein ganzes Bündel von Faktoren für die ineffiziente Nutzung von Personalressourcen verantwortlich ist. Deshalb sind umfassende Veränderungen und die Verbindung von Innovationen auf unterschiedlichen Ebenen notwendig – Arbeitsorganisation, Weiterbildung, Kinderbetreuung, Stellenpläne und politische Anreizsysteme für nachhaltiges Fachkräftemanagement. Eine „monokausale Therapie“, gleich welcher Art, wird also kaum zielführend sein. Einzelmaßnahmen (zum Beispiel Mentoring Programme und Wiedereingliederung nach Elternzeit) sind nur als „add-on Therapie“ zu systematischen organisationalen Veränderungen nachhaltig. Ähnliches gilt auch für die Maßnahmen zur verbesserten Kinderbetreuung.

In Zukunft müssen Funktionsabläufe neben betriebswirtschaftlicher Effizienz und den Bedarfslagen von Patientinnen und Patienten auch die Interessen der Beschäftigten besser berücksichtigen. Ein Neuzuschnitt der Arbeitsorganisation und der Zeitstrukturen in Krankenhausbetrieb darf kein Tabuthema sein. Um wirksame Anreizstrukturen für geschlechtergerechte Organisationsentwicklung im Krankenhaus zu schaffen, ist eine enge Zusammenarbeit über die Interessenkonflikte von Betreibergesellschaften, Politik und ärztlichen Verbänden hinweg notwendig.

Bisher stehen die finanziellen Ressourcen im Fokus der Debatte, dagegen fehlt es im Hinblick auf die „Humanressourcen“ insgesamt an Problembewusstsein und ge-

eigneten Steuerungsinstrumenten für eine geschlechtersensible Organisationsentwicklung. Hier ist ein Umdenken dringend notwendig! Es gibt kein Standardmodell für eine geschlechtergerechte Organisationsentwicklung und Fachkräftesicherung, aber die Beispiele zeigen Ansätze für Veränderungen auf, die kreativ weiterentwickelt und umgesetzt werden müssen.

Kontakt:

Dr. Ellen Kuhlmann

Vertretungsprofessur für

Rehabilitationssoziologie TU Dortmund

Emil-Figge-Str. 50,

44227 Dortmund

Tel.: 0231 755-4554

(Sekretariat)

E-Mail:

e.kuhlmann@

em.uni-frankfurt.de



Foto: privat

Literatur

Kuhlmann E (2014) Was muss passieren, damit Krankenhäuser geschlechtergerechter werden? Frage der Woche, Deutsches Ärzteblatt, 110, <http://www.aerzteblatt.de/pdf/111/23/54.pdf>

Ozbilgin MF, Tsouroufli M, Smith M (2011) Understanding the interplay of time, gender and professionalism in hospital medicine in the UK, *Social Science & Medicine*, 72 (10), 1588–94

Rapp-Engels R, Gedrose B, Kaduszkiewicz H, Wonneberger C, van den Bussche H (2012) Memorandum zur Verbesserung der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen, <http://www.aerztinnenbund.de/downloads/2/Memorandum%20lang.pdf>

Rothe A (2012) Karriere trotz Teilzeit, *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (6), A289-A290

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

Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine entsprechende Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben.“, oder: „Die Autoren XX und YY erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben. ZZ ist für die Firma ABC tätig.“ oder: „Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt.“

LÄKH

Psychotherapeutische Tagesbereitschaft: eine Kooperation zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten in Marburg

Es kann jeden treffen: eine schwere Krankheit, Trennung oder der Tod einer nahe stehenden Person. Tiefgreifende Veränderungen, die den Alltag durcheinanderwirbeln und eine erhebliche Belastung bedeuten. Mit manchen Veränderungen können wir umgehen und uns diesen anpassen. Andere überfordern uns. Es kommt zu depressiven Symptomen, Ängsten, Anspannung, Ärger oder Verhaltensauffälligkeiten. Eine schnell einsetzende Therapie kann in solchen Fällen innerhalb kurzer Zeit zu einer erheblichen Verbesserung des Zustandes führen. Durchschnittlich sechs Monate Wartezeit auf einen Therapieplatz können jedoch zur Verschlimmerung der Situation beitragen. Im Landkreis Marburg hat sich daher eine Gruppe von Hausärzten und Psychotherapeuten zusammengetan, um gemeinsam eine Lösung zu finden.

Dr. med. Ortwin Schuchardt (Foto) ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Stadtallendorf und Pressesprecher der PriMa eG, die die Initiative ins Rollen brachte. Er beantwortete schriftlich unsere Fragen.

Wie kam es zu der Zusammenarbeit von Hausärzten und Psychotherapeuten?

Schuchardt: Vor drei Jahren hat die Arbeitsgruppe „Hausarzt/Facharzt“ der Ärztegenossenschaft PriMa aufgrund der Schwierigkeit, zeitnah einen geeigneten Psychotherapieplatz zu finden, alle ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten im KV-Bereich Marburg angeschrieben. 72 von den 135 in und um Marburg tätigen psychologischen Psychotherapeuten und 18 von 21 ärztlichen Psychotherapeuten erklärten daraufhin ihr Interesse an einer

Zusammenarbeit mit der PriMa eG. Kurze Zeit später, im Herbst 2011, gab es das erste von vielen weiteren Treffen.

Wer und was ist PriMa?

Schuchardt: Die Ärztegenossenschaft PriMa ist ein Zusammenschluss der Haus- und Fachärzte des Landkreises Marburg-Biedenkopf und Umgebung. Der Name „PriMa“ steht für den Leitgedanken „Prävention in Marburg“. Gegründet wurde sie 2008 durch 172 Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen. Damit waren bereits zum Start mehr als die Hälfte aller niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen des Landkreises Marburg-Biedenkopf und Umgebung in der Genossenschaft vertreten. Die aktuelle Mitgliederzahl liegt mittlerweile bei 266. Zu den Aufgaben der Genossenschaft gehören u.a. die umfassende und effektive ambulante Versorgung aller Patienten in der Region sowie der Abschluss und das Management von Verträgen mit gesetzlichen und privaten Kostenträgern, Krankenhäusern und anderen Organisationen.

Wie sieht die Kooperation konkret aus?

Schuchardt: Bei den Treffen wurden insbesondere zwei Ideen entwickelt: eine Homepage (www.psychotherapie-marburg.de), die u.a. die Kontaktdaten der teilnehmenden Psychotherapeuten und deren Behandlungsangebote enthält, und – das Besondere an der Kooperation – die Tagesbereitschaft zur psychotherapeutischen Erstversorgung in besonderen Fällen. Ein Psychotherapeut ist für eine Woche Ansprechpartner für akut psychisch Erkrankte und für Patienten, denen die lange Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz unbegleitet nicht zugemutet werden kann. Geregelt wird dies in einem freiwilligen

Dienstplan. Über den Hausarzt wird der Patient angemeldet und bekommt innerhalb einer Woche einen Gesprächstermin. Außerdem melden zu Wochenbeginn alle Psychotherapeuten ihre freien Therapieplätze dem Diensthabenden. Auf diese Weise erhalten Patientinnen und Patienten in besonders dringenden Fällen einen schnellen Gesprächstermin für ihre Probleme, wobei der Diensthabende die Therapie weiterführen kann oder an einen geeigneten Kollegen mit freien Therapieplätzen weiterleitet bzw. die Therapieplatzsuche begleitet. Die Hausärzte werden dadurch in ihrer täglichen Arbeit entlastet und den Patienten wird schnell geholfen.

Durch wen und wie häufig wird das Angebot in Anspruch genommen?

Schuchardt: Durchschnittlich nehmen fünf bis sechs Patienten pro Woche die Tagesbereitschaft in Anspruch. Diese befinden sich meist in Krisensituationen, weisen z.B. eine psychische Dekompensation im Rahmen einer Überlastungsreaktion auf.

Würden Sie dieses Modell anderen Regionen zur Nachahmung empfehlen?

Schuchardt: In relativ gut mit Psychotherapeuten versorgten Gebieten ist es eindeutig zur Nachahmung empfohlen. Auch Marburg ist im Vergleich relativ gut versorgt. Trotzdem fehlt es an Therapieplätzen. Dies wird durch die Tagesbereitschaft nicht aufgehoben.

Da die lokale Zusammenarbeit ohne neue Vertragsmodelle und entsprechender Bürokratie auskommt, wird sie nur durch das persönliche Engagement der beteiligten Ärzte und Therapeuten möglich.

Interview: Maren Grikscheit



Foto: Willi Schuhmacher

Offener Brief

zum Thema „Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids“

an den Präsidenten der Landesärztekammer Hessen zum Editorial „Sterbemarkt?!“, Ausgabe 10/2014

Sehr geehrter Herr Kollege von Knoblauch zu Hatzbach,
Ihr Artikel im Hessischen Ärzteblatt 10/2014 (Editorial „Sterbemarkt?!“, Anm. d. Redaktion) enthält mehrere Aussagen, die dazu geeignet sind, in den Lesern eine falsche Vorstellung unseres Gesetzesentwurfs zum ärztlich assistierten Suizid, seiner Grundlagen und Motivationen hervorzu-rufen [1]. Daher erlauben wir uns folgende Richtigstellungen:

- 1) Es ist unrichtig, dass unser Entwurf ausschließlich vom Bestreben nach Rechtssicherheit geleitet sei. Tatsächlich stehen die Ziele der Suizidprävention, der Fürsorge durch ärztliche Beratungspflicht, der Vermeidung sozialen Drucks auf Betroffene und der **Vermeidung der Freigabe der Tötung auf Verlangen** gleichwertig neben dem Wunsch nach Rechtssicherheit und Respekt der Selbstbestimmung.
- 2) Dass Sie gegen unseren Gesetzesentwurf mit Daten aus den Niederlanden argumentieren, verzerrt eine unserer zentralen Argumentationen in ihr Gegenteil: Gerade weil die Entwicklung in den Niederlanden und Belgien besorgniserregend erscheint (darin stimmen wir mit Ihnen vollkommen überein), möchten wir durch unseren Vorschlag erreichen, dass eine vernünftige, eng begrenzte Regelung getroffen wird, welche die Gefahr „holländischer Verhältnisse“ für Deutschland vermeidet.
- 3) Die historische Entwicklung in den Niederlanden war mitnichten, wie von Ihnen behauptet wird, „von Beihilfe zum Suizid über Tötung auf Verlangen“. Wie empirisch nachgewiesen ist, war in den Niederlanden die Suizidbeihilfe von Anfang bis heute eine Randerscheinung. Die Verfügbarkeit der Tötung auf Verlangen droht die psychologische Hemmschwelle für die Sterbehilfe auf unverantwortbare Weise herabzusetzen, wie die rasant steigenden Zahlen in Holland und Belgien zeigen. Dies ist

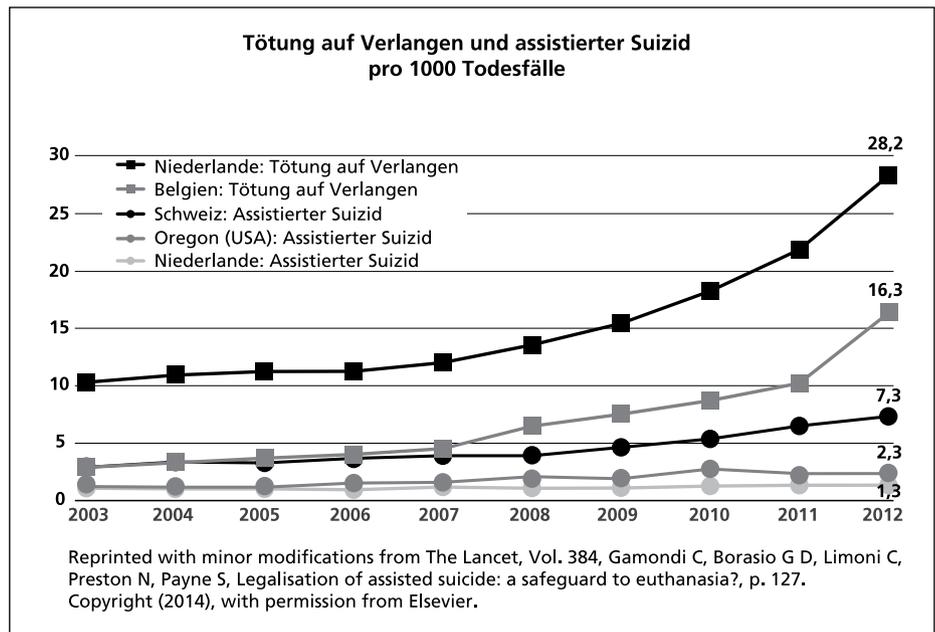


Abb.: Entwicklung von Tötung auf Verlangen und assistiertem Suizid (internationaler Vergleich). Aus: C. Gamondi, G.D. Borasio, C. Limoni, N. Preston, S. Payne: „Legalisation of assisted suicide: a safeguard to euthanasia?“, Lancet 2014, Seite 56

aber – genauso nachweislich – für den ärztlich assistierten Suizid, wie er unter anderem in Oregon (USA) praktiziert wird, nicht der Fall (siehe Abbildung) [2].

- 4) Ihre Vermengung von assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen verneint die wissenschaftlichen, medizinethischen und juristischen Erkenntnisse, welche die fundamentalen, normativen wie empirischen Unterschiede zwischen diesen Praktiken aufzeigen.

Wir möchten alle Kolleginnen und Kollegen herzlich dazu einladen, sich ein eigenes Bild über unseren Gesetzesvorschlag zu machen und die zugrundeliegenden Daten und Fakten selbst zu prüfen [3]. So kann aus unserer Sicht in dieser oft emotionalen und bisweilen ideologisch geführten Debatte wieder etwas Rationalität einkehren.

Gian Domenico Borasio, Ralf J. Jox,
Jochen Taupitz und Urban Wiesing

Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio ist Inhaber des Lehrstuhls für Palliativmedizin der Universität Lausanne und Lehrbeauftragter für Palliativmedizin der Technischen Universität München.

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Ralf J. Jox ist Akademischer Oberrat am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz ist Geschäftsführender Direktor des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim sowie stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Ethikrates.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing ist Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen sowie ehemaliger Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer.

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

Literatur zum Beitrag

Offener Brief

zum Thema „Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids“

an den Präsidenten der Landesärztekammer Hessen

(Hessisches Ärzteblatt 12/2014, Seite 701)

- [1] Borasio GD, Jox RJ, Taupitz J, Wiesing U: *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids*. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2014
- [2] Gamondi C, Borasio GD, Limoni C, Preston N, Payne S. *Legalisation of assisted suicide: a safeguard to euthanasia?* *Lancet* 2014;384:127.
- [3] Der Wortlaut der Gesetzentwurfes „Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben; Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids“ sowie eine Kurzzusammenfassung seiner Begründung sind online verfügbar unter: www.kohlhammer.de/wms/instances/kohportal/data/downloads/Presse/Pressemitteilung_Gesetzesvorschlag_assist_Suizid.pdf

Marburger strukturiertes Weiterbildungsprogramm für Chirurgeninnen und Chirurgen im „Common Trunk“

Alexander Damanakis¹, Dennis Josephs¹, Detlef Bartsch¹, Tina Stibane¹

Die Ausbildung junger Chirurgeninnen und Chirurgen ist eine Herausforderung

Die Ausbildung junger Ärzte ist ein für alle Beteiligten anstrengendes und herausforderndes Unterfangen. Für die auszubildenden Ärzte, weil sie selbst einschätzen müssen, zu welchem Zeitpunkt der Ausbildung sie welchem Assistenten wie viel Verantwortung zugestehen können ohne ihn zu unter-, aber vor allem ohne ihn zu überfordern. Für die jungen Kollegen, weil sie mit Erhalt der Approbation schlagartig eine Verantwortung übernehmen, der sie vorher nie ausgesetzt waren.

Ein Kooperationsprojekt der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie mit dem Dr. Reinfried Pohl-Zentrum für medizinische Lehre hat sich zum Ziel gesetzt, eine strukturierte Weiterbildung der jungen chirurgischen Kolleginnen und Kollegen im „Common Trunk“ anzubieten

Warum in die chirurgische Weiterbildung investieren?

Jungassistentinnen und Jungassistenten sind in der Chirurgie bereits zu Beginn ihrer Ausbildung mit einem komplexen Patientengut konfrontiert. Neben der chirurgisch behandelungspflichtigen Erkrankung verkomplizieren Komorbiditäten das Management der Patienten. Kardiovaskuläre Erkrankungen erfordern u.a. dezidierte Kenntnisse der Gerinnungstherapie, um das perioperative Risiko von Blutungen und kardialen Komplikationen adäquat einzuschätzen.

Gleichzeitig soll für chirurgische Assistenten schon von Beginn an die operative Tätigkeit im Fokus stehen. Die Zeit im OP kann am ehesten effektiv genutzt werden,

wenn grundlegende Operationstechniken (z.B. Anastomosen am Gastrointestinaltrakt) bereits unterrichtet und geübt wurden.

Bisher gibt es in Deutschland wenig strukturierte Programme in der Weiterbildung. Schon zu Beginn ihrer Spezialisierung müssen sich Ärztinnen und Ärzte ihre Kurse meist selbst auswählen und oft auch finanzieren. Dies führt dazu, dass ein großer Anteil der Berufsanfänger kaum (oder keine im Sinne der nötigen Weiterbildung zielführende) Kurse besucht. Das Angebot ist breit und eine Kontrolle der erworbenen Kompetenzen in aller Regel nicht vorgesehen. Die folgenden Faktoren lassen eine strukturierte Weiterbildung in der Chirurgie notwendig erscheinen:

- Die Anforderungen an die Patientensicherheit
- Der Nachwuchsmangel der chirurgischen Fächer
- Die Professionalisierung im Studium der Humanmedizin und die technischen Möglichkeiten, die realitätsnahe Lernprozesse ohne Patientengefährdung erlauben

Anforderungen an die Patientensicherheit

Die Chirurgie übernimmt eine besondere Verantwortung für die Patientensicherheit. Fokussierte Analysen haben ergeben, dass operative „adverse events“ (unerwünschte Ereignisse, AE) 48% aller AE's darstellen, bei ca. 2% aller hospitalisierten Patienten vorkommen und in 74% der Fälle vermeidbar sind (Brennan et al., 1991; Gawande et al., 1999; Leape et al., 1991; Leape et al., 1993). In Anbetracht der Zahlen des statistischen Bundesamts, nach denen jährlich in Deutschland rund 15 Millionen operative Eingriffe durchgeführt werden (Stand

2011), kann die Tragweite dieser Zahlen, auch wenn sie primär für die USA erhoben wurden, auch für die Chirurgie in Deutschland abgeschätzt werden (DESTATIS, 2012). Der Anfang 2014 veröffentlichte AOK Krankenhaus Report beschreibt, dass in Deutschland in einem Prozent der Krankenhaufälle Fehler vorkommen, davon bis 0,1% Fehler mit tödlichen Folgen, was 19.000 Todesfällen pro Jahr entspräche. Diese Zahlen sind nicht Chirurgie-spezifisch, unterstreichen aber erneut die Relevanz des Themas. Zu Recht erfährt das Thema Patientensicherheit damit auch in der Öffentlichkeit immer mehr Aufmerksamkeit, auch wenn nicht jede Berichterstattung objektiv ist. Ein strukturiertes Weiterbildungscurriculum für die Chirurgie ist eine der logischen Konsequenzen, die aus diesen Daten gezogen werden sollten, auch wenn diese Verbesserung nur ein kleiner Schritt in die richtige Richtung sein kann. Die Patientensicherheit ist ein Schlüsselkriterium bei der Konzeption der Kurse. Modernen Strategien zur Verbesserung der Patientensicherheit wird ein ganzer Kurstag gewidmet.

Nachwuchsmangel der chirurgischen Fächer

Die Chirurgie ist für viele der heutigen Absolventen nicht mehr ausreichend attraktiv. Auch wenn in Deutschland noch nie so viele Ärzte berufstätig waren wie heute, führt die allgemeine Arbeitszeitverkürzung und die Feminisierung der Medizin dazu, dass das Arbeitsvolumen auf mehr „Köpfe“ verteilt werden muss (Kopetsch, 2009). Offenbar werden jedoch schon während des Studiums zukünftige Ärztinnen und Ärzte von der Chirurgie abgeschreckt: Wollen 30% zu Anfang noch Chirurgen

¹ Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg

² Dr. Reinfried Pohl-Zentrum für medizinische Lehre, Marburg

werden, bleiben im praktischen Jahr noch 6% übrig (Ansorg, 2013). Die Aussicht auf eine strukturierte Weiterbildung zur Erleichterung des Berufsstarts, kann helfen, talentierten chirurgischen Nachwuchs zu gewinnen.

Die Professionalisierung im Studium der Humanmedizin

Die medizinischen Fakultäten bilden Studenten heute mit verschiedensten Methoden aus und prüfen auch entsprechend. Beispielsweise ist simulationsbasierter Unterricht an Simulatoren und Simulationspatienten in den letzten zehn Jahren ein fester Bestandteil des Medizinstudiums geworden. Das MCW überträgt diese modernen simulationsgestützten Unterrichtsmethoden auf die Weiterbildung und macht sie allen Assistentinnen und Assistenten im „Common Trunk“ zugänglich. Die Ressourcen für die teils aufwendigen Simulations-szenarien werden durch das Dr. Reinfried Pohl-Zentrum für medizinische Lehre in Abstimmung mit den Dozenten bereitgestellt.

Der Ansatz des Marburger Chirurgischen Weiterbildungscurriculums „MCW“

Der „Common Trunk“ (oder die „Basis-Chirurgie“) bezeichnet die ersten zwei Jahre in der chirurgischen Weiterbildung. Vorgesehen sind innerhalb dieser Zeit je ein halbes Jahr Ambulanz, Intensivstation, Stationsdienst und eine Wahlrotation. Das MCW setzt in dieser sensiblen Phase an und soll den Sprung von der Universität in die Weiterbildung zur Chirurgin und zum Chirurgen erleichtern.

Der auf zwei Jahre berufsbegleitend angelegte Kurs basiert auf zwei Teilen. Im ersten Jahr steht der „Stationsarzt“ im Vordergrund, im zweiten Jahr der „Operateur“.

Die Kurse werden von fachlich ausgewiesenen Dozentinnen und Dozenten aus den Bereichen der Chirurgie, der chirurgischen Intensivmedizin, der Radiologie, der Psychologie, des Wundmanagements und der Transfusionsmedizin und Hämostaseologie gehalten.

Abb. 1 und 2: Kursinhalte des ersten und zweiten Jahres im „MCW“

Jahr 1: Der Stationsarzt (Auszug)		
Thema	Unterrichtsform	Inhalte
OP Techniken I: Anastomosentechniken GI-Trakt	Vortrag und praktische Übung am Schweinedarm	<ul style="list-style-type: none"> Theoretische Einführung in die verschiedenen Nahttechniken am Darm Praktische Übungen am Tiermodell, zur Übung der Assistenz und der eigenen Durchführung
Wundmanagement	Vortrag	<ul style="list-style-type: none"> Theoretische Einführung in die verschiedenen Arten von Wunden und die Wundheilung Erläuterung der Indikationen für VAC Therapien, moderne Wundversorgung,
Klinische Probleme	Vortrag und praktische Übungen am Simulator (Human Patient Simulator®)	<ul style="list-style-type: none"> Therapieprinzipien bei Sepsis, Herzrhythmusstörungen, Nierenversagen und postoperativem Delir Simulationstraining in Teams an verschiedenen Patientenfällen (z.B. Dyspnoe bei postoperativer dekompensierter Herzinsuffizienz; Pneumothorax u.ä.)
Patientensicherheit	Vortrag und Fallbeispiele	<ul style="list-style-type: none"> Patientensicherheit in der Chirurgie Checklisten Analyse von relevanten Prozessen für die Patientensicherheit in der eigenen Institution
Perioperatives Gerinnungsmanagement	Vortrag und Fallbeispiele	<ul style="list-style-type: none"> Prinzipien der Antikoagulation und Antiaggregation Monitoring von Marcumar und NOAC's, sowie Bridging mit UFH und LMW Heparinen Transfusionen bei postoperativen Blutungen
Invasive Prozeduren	Praktische Übungen	<ul style="list-style-type: none"> Anlage von zentralvenösen Kathetern, Thoraxdrainagen, Pleura Caths am Modell
Sonographie I + II	Praktische Übungen	<ul style="list-style-type: none"> FAST Grundlagen des abdominalen Ultraschalls, häufige pathologische Befunde
Schwierige Kommunikationssituationen	Praktische Übungen mit Simulationspatienten	<ul style="list-style-type: none"> Aufklärung über Revisionseingriffe, Aufklärung über infauste Prognosen Angehörigengespräche

Jahr 2: Der Operateur (Auszug)		
Thema	Unterrichtsform	Inhalte
OP Techniken II: Laparoskopie	Simulatortraining (Virtual reality Laparoskopie Simulator), perfundierte Organe (POP Trainer)	<ul style="list-style-type: none"> Explorative Laparoskopie Laparoskopische Appendektomie Laparoskopische Cholezystektomie
OP Techniken IV: Anus praeter	Praktische Übungen am Schweinedarm, ggf. Kadaver	<ul style="list-style-type: none"> Operative Technik Colostoma, Ileostoma (einfach und doppelläufig Rückverlagerung) Management von Anus praetern (verschiedene Platten, Komplikationen, Indikationen für Revisionen)
OP Techniken V: Gefäßchirurgie	Praktische Übungen an Gefäßen von Schweinen	<ul style="list-style-type: none"> Gefäßanastomosen Grundprinzipien Amputationen
Sonographie III	Praktische Übungen	<ul style="list-style-type: none"> FKDS tiefe Beinvenen und Arterien
OP Techniken VI	Vortrag und praktische Übungen	<ul style="list-style-type: none"> Leistenhernien-Versorgung Rektoskopie und periproktitische Abszesse

Aktuelles

Die Kurse

Die Kurse finden in der Regel alle drei Monate jeweils an zwei Freitagen (15 bis 18 Uhr) und einem Samstag (9 bis 18 Uhr) statt. Für alle Assistentinnen und Assistenten der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Marburg sind die Kurse verpflichtend, aber kostenlos. Samstagstermine werden durch einen freien Tag in der Woche, den die Assistentinnen und Assistenten in Absprache mit den jeweiligen Stationsteams nehmen, ausgeglichen. Die Einbindung anderer chirurgischer Fächer des Universitätsklinikums Marburg ist gerade in Planung. Für externe Teilnehmer werden Kursgebühren von 500 € pro Jahr erhoben. Die Regelung der Finanzierung, sowie der Freistellung unterliegt den jeweiligen Kliniken. Die Einbindung von Assistentinnen und Assistenten aus Lehrkrankenhäusern des Universitätsklinikums Marburg ist ein Anliegen bei der Etablierung des MCW. Die thematischen Schwerpunkte orientieren sich an der Grundstruktur des zwei Jahre dauernden „common trunk“. Die

Festlegung der Kursthemen basiert auf dem Dialog mit Chirurginnen und Chirurgen, die in verschiedenen Stadien der Weiterbildung sind oder bereits die Facharztprüfung abgeschlossen haben.

Charakteristika des „Marburger Weiterbildungscurriculum Common Trunk“

- Rund zwanzig Kurse finden in Modulen über zwei Jahre verteilt, an Freitagnachmittagen und Samstagen statt.
- Alle Kurse sind stark praxisorientiert und binden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aktiv ein.
- Alle Module werden nach Lernerfolg, Akzeptanz durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, sowie den Effekten, die ihre Vorgesetzten und Ausbilder erkennen, evaluiert.
- Theoretische und praktische Prüfungen zu jedem Modul schließen sich an jedes Jahr an.
- Das Weiterbildungsprogramm ist in den Einzelkursen und für jeweils ein gesamtes Jahr offen für externe Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Perspektive

Die Etablierung einer strukturierten Weiterbildung ist ein komplexes Unterfangen. Die technischen Ressourcen bereitzustellen und fachlich sowie didaktisch kompetente Dozenten zu koordinieren stellt kleinere Kliniken vor große Herausforderungen. Auch die geringe Anzahl von „hauseigenen Teilnehmern“ stellt ein Problem dar. Daher könnte das Marburger chirurgische Weiterbildungscurriculum Modell stehen für strukturierte Weiterbildungskonzepte die vermehrt von Universitätskliniken für Assistentinnen und Assistenten aus assoziierten Krankenhäusern angeboten werden können.

Korrespondenzadresse:

*Tina Stibane, Dr. Reinfried Pohl-Zentrum für medizinische Lehre
Conradstraße 9, 35043 Marburg
E-Mail: stibane@staff.uni-marburg.de*

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

Bücher

„Klinik-Knigge“ für Berufseinsteiger

Kenntnisse in der Personalführung, im Konfliktmanagement sowie kommunikative Fähigkeiten im Umgang mit Kollegen, Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern – als Berufsanfänger im Krankenhaus wird man schnell in ein hierarchisch strukturiertes System mit vielen Erwartungen und Herausforderungen eingebunden. Diesem Themenkomplex widmen sich die Autoren Prof. Dr. med. Hubertus K. Kursawe, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, und Dr. Herbert Guggenheimer, Diplom-Sozialpädagoge und Coach, in ihrem Buch „Neu im Klinikalltag – wie junge Mediziner den Einstieg besser meistern“.

In acht Kapiteln wird besonderer Fokus auf potenzielle Schwierigkeiten beim Umgang mit Kollegen, Patienten & Co. gelegt und die Bedeutung einer gelungenen Zusammenarbeit betont. Thematisiert werden das Verhältnis von „Arzt und Pflegepersonal“, „Arzt und Kollegen“, „Arzt und Patienten“, „Arzt und Angehörige“, „Arzt und Therapeuten“ sowie „Arzt und Verwaltung“. Jedes dieser Kapitel beleuchtet zu Beginn kurz Allgemeines zu Problematik. So wird die mitunter schwierige Konstellation von ärztlichem Berufsanfänger und erfahrener Pflegekraft oder das sich in der Öffentlichkeit gewandelte Arztbild und die daraus resultierenden Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung beschrieben. Einen Großteil des Buches machen jedoch Fallbeschreibungen aus. Mit großer Sensibilität

und gestützt auf eigene Erfahrungen werden alltägliche Dilemmata und Konflikte eines jungen Stationsarztes dargestellt und kommentiert.

Den Autoren gelingt es, die unterschiedlichen Bedürfnisse und Beweggründe der verschiedenen Berufsgruppen und Charaktere im Krankenhaus aufzuzeigen. Daher wendet sich das Buch neben ärztlichen Berufsanfängern auch an Pflegepersonal, Therapeuten und medizinisch-technische Assistenten.

Maren Grikscheit

*Hubertus K. Kursawe, Herbert Guggenheimer
Neu im Klinikalltag – wie junge Mediziner den Einstieg besser meistern*

*Springer 2014, Softcover, 134 Seiten, 24,99 Euro
ISBN 978-3-642-44983-3*



Literatur zum Beitrag

Marburger strukturiertes Weiterbildungsprogramm für Chirurginnen und Chirurgen im „Common Trunk“

Alexander Damanakis, Dennis Josephs, Detlef Bartsch, Tina Stibane

(Hessisches Ärzteblatt 12/2014, Seite 702)

- Ansorg J., K.M., Vallböhrer D. (2013). Die BDC-Nachwuchskampagne „Nur Mut!“ – Eine Erfolgsgeschichte seit über 5 Jahren (Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.).
- Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N.M., Hebert, L., Localio, A.R., Lawthers, A.G., Newhouse, J.P., Weiler, P.C., and Hiatt, H.H. (1991). Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. *New England Journal of Medicine* 324, 370-376.
- DESTATIS (2012). Mehr Operationen und medizinische Prozeduren bei stationären Patienten im Jahr 2011, S. Bundesamt, ed., pp. Pressemitteilung Nr. 371 vom 3.10.2012.
- Gawande, A.A., Thomas, E.J., Zinner, M.J., and Brennan, T.A. (1999). The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery* 126, 66-75.
- Grantcharov, T.P., Kristiansen, V.B., Bendix, J., Bardram, L., Rosenberg, J., and Funch-Jensen, P. (2004). Randomized clinical trial of virtual reality simulation for laparoscopic skills training. *British Journal of Surgery* 91(2), 146-150.
- Kopetsch, T. (2009). Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen- ein Widerspruch, der keiner ist (Bundesärztekammer Abteilung für Statistik).
- Leape, L.L., Brennan, T.A., Laird, N., Lawthers, A.G., Localio, A.R., Barnes, B.A., Hebert, L., Newhouse, J.P., Weiler, P.C., and Hiatt, H. (1991). The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. *New England Journal of Medicine* 324, 377-384.
- Leape, L.L., Lawthers, A.G., Brennan, T.A., and Johnson, W.G. (1993). Preventing medical injury. *QRB Qual Rev Bull* 19, 144-149.

Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Freitag nachmittags und Samstag ganztags möglich!

Telefonische Informationen: Frau C. Ittner, Akademie, Tel.: 06032 782-223

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 710!

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mi., 10. Dez. 2014, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**
Mi., 28. Jan. 2015, 14:00 – 19:00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden
Teilnahmegebühr: € 110 (Akademiemitgl. € 99)
Max. Teilnehmerzahl: 25
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau B. Sebastian, BZÄK Wiesbaden, Tel.: 0611 977-4825, Fax: 0611 977-4841, E-Mail: barbara.sebastian@laekh.de

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.
Fr., 27. Feb. 2015, 13:00 Uhr – 21:00 Uhr **11 P**
Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechtheim
 Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen
Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiemitgl. € 162)
 zzgl. € 70 Schulungsmaterial
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie, Tel.: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

Erfahrungsaustausch und Wiederholungsseminar
 Für Ärzte, die bereits die Berechtigung zur Beratung erworben haben und erneuern wollen.
Sa., 07. Mär. 2015
Teilnahmegebühr: € 160 (Akademiemitgl. € 144)
Leitung: Dr. med. A. Goldacker, Hanau
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie, Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202, E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Moderatorentaining

Fr., 17. Apr. – 18. Apr. 2015 **20 P**
Leitung: Prof. Dr. rer. nat. H. Haid, Konstanz
Teilnahmegebühr: € 360 (Akademiemitgl. € 324)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören, Akademie, Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238, E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Risikomanagement

Die wichtigsten Tools eines funktionierenden Risikomanagements.
Sa., 13. Dez. 2014, 09:00 – 15:15 Uhr **8 P**
Leitung: Dr. med. Walter Merkle, Wiesbaden
Teilnahmegebühr: € 160 (Akademiemitgl. € 144)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie, Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Ist der Arzt von morgen ein Computer? Compliance in der Arzt-Patienten-Beziehung

Sa., 07. Mär. 2015, 09:30 – 16:00 Uhr **9 P**
Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 75 (Akademiemitgl. gebührenfrei)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören, Akademie, Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238, E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

23. Bad Nauheimer Symposium in der Klinischen Hämostaseologie

Gemeinschaftsveranstaltung der Fachgebiete, Angiologie-Hämostaseologie und Klinische Pharmakologie
Aktualisierte Gefäß-Leitlinien 2015
Konsequenzen im ärztlichen Alltag?
Samstag, 07. Mär. 2015, 09:00 – 15:00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Frankfurt a. M.
 Prof. Dr. med. Sebastian Harder, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 80 (Akademiemitgl. € 30)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Ittner, Akademie, Tel.: 06032 782-223, Fax: 069 97672-223, E-Mail: christina.ittner@laekh.de

EKG – Kurs mit praktischen Übungen

Fr., 08. Mai – Sa., 09. Mai 2015 **22 P**
Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 320 (Akademiemitgl. € 288)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören, Akademie, Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238, E-Mail: andrea.floeren@laekh.de





32. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Klinikums der J. W. Goethe Universität.

Mo., 23. Mär. – Fr., 27. Mär. 2015

Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt a.M.
Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer, Frankfurt a.M.
Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner, Frankfurt a.M.

Teilnahmegebühr: € 590 (Akademiemitgl. € 531)

Tagungsort: Frankfurt a. M., Universitätsklinikum Seminarraum Zi. 330, Haus 11, 3. Stock

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,
Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202
E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Wenn der Patient Ihnen Fehler vorwirft – Kommunikation und Verhalten in Schadenfällen

Sa., 18. Apr. 2015, 09:00 Uhr – 16:30 Uhr **10 P**

Leitung: Dr. med. Walter Merkle, Wiesbaden
P. Weidinger, Köln

Teilnahmegebühr: € 110 (Akademiemitgl. € 99)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören, Akademie,
Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin 2015

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

Mo., 20. Apr. – Sa., 25. Apr. 2015

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda
Teilnahmegebühr insg.: € 540 (Akademiemitgl. € 486)
Einzelbuchung pro Tag: € 150 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-227,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Sa., 13. Jun. – So., 14. Jun. 2015 **16 P**

Leitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 260 (Akademiemitgl. € 234)

Begrenzte Teilnehmerzahl!

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
E-Mail: renate.hessler@laekh.de

II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 710!

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Fr., 30. Jan. – So., 01. Feb. 2015	G1 – G3
Fr., 08. Mai – So., 10. Mai 2015	G4 – G6
Fr., 10. Jul. – So., 12. Jul. 2015	G7 – G9
Fr., 18. Sep. – So., 20. Sep. 2015	G10 – G12
Fr., 13. Nov. – So., 15. Nov. 2015	G13 – G15

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Sa., 06. Dez. – So., 07. Dez. 2014	GP
Sa., 28. Feb. – So., 01. Mär. 2015	GP
Sa., 28. Mär. – So., 29. Mär. 2015	GP
Sa., 19. Sep. – So., 20. Sep. 2015	GP
Sa., 12. Dez. – So., 13. Dez. 2015	GP

Leitung: Dr. med. W. Marić-Oehler, Bad Homburg
Teilnahmegebühr: auf Anfrage
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,
Tel.: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,
E-Mail: claudia.cordes@laekh.de
oder Frau A. Bauß, Deutsche Ärztesgesellschaft für Akupunktur e.V.
Tel.: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: bauss@daegfa.de

Geriatrische Grundversorgung

Block II:	Fr. 23. Jan. – So., 25. Jan. 2015	22 P
Leitung:	Dr. med. P. Groß, Darmstadt	
Block III:	Fr., 20. Feb. – Sa., 21. Feb. 2015	14 P
Leitung:	Prof. W. Vogel, Hofgeismar	
Teilnahmegebühr:	Block II € 330 (Akademiemitgl. € 297) Block III € 210 (Akademiemitgl. € 189)	

Max. Teilnehmerzahl: 30
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören, Akademie,
Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher /-beauftragter

Fr., 12. Jun. – Sa., 13. Jun. 2015 **16 P**
Leitung: Dr. med. M. Weippert-Kretschmer, Rostock
Teilnahmegebühr: € 340 (Akademiemitgl. € 306)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de



Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin
Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Kurs C Sa., 07. Feb. 2015 10 Std. 10 P

Psychosomatische Grundversorgung unter speziellen Gesichtspunkten der Allgemeinmedizin – Verbale Interventionstechniken, Entscheidungsfindung, Prävention, Hausbesuch, Multimorbidität und Priorisierung, Sterbebegleitung, Angehörigengespräche, professionelles Selbstverständnis

Leitung: Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg
Dr. med. R. Gerst, Baden-Baden

Kurs A Fr. 19. Jun. – Sa., 20. Jun. 2015 20 Std. 20 P

Psychosomatische Grundversorgung – Theorie: Kenntnisse in psychosomatischer Krankheitslehre, Anamnese, Befunderhebung, Diagnose und Klassifizierung, Abgrenzung psychischer Störungen von Neurosen und Psychosen, psychische Störungen

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Kelkheim

Kurs B Fr., 25. Sep. – Sa., 26. Sep. 2015 20 Std. 20 P

Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken: verbaler Inhalt und Körpersprache des Patienten/des Arztes, klientenzentriertes Gespräch, Techniken: Konfrontation, Interpretation, paradoxe Reaktion, Wahrnehmung des latenten Konfliktes

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Kelkheim

Teilnahmegebühr: 10 Std. € 150 (Akademiemitgl. € 135)
20 Std. € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Einführung in die Schlafmedizin – Qualifikation nach den BUB-Richtlinien

Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe nach den BUB-Richtlinien (anerkannt von der DGSM und der KV).

In Kooperation mit der Gesellschaft für Schlafmedizin Hessen e.V. (GSMH).

Fr., 29. Mai – So., 31. Mai 2015 30 P

Sa., 13. Jun. – So., 14. Jun. 2015

Leitung: Dr. med. J. Heitmann, Gießen
PD Dr. med. Dr. med. habil. T. O. Hirche, Wiesbaden
Prof. Dr. med. R. Schulz, Gießen

Teilnahmegebühr: € 590 (Akademiemitgl. € 531)

Max. Teilnehmerzahl: 32

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen (Theorie), Hofheim/Taunus, Interdisziplinäres Zentrum für Schlafmedizin (Praktikum)

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

„Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge“ ist im B1-Kurs als Blended-Learning-Veranstaltung und „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen“ im B2-Kurs integriert.

A1 Sa., 24. Jan. – Sa., 31. Jan. 2015

Die vorgeschaltete „Telelernphase“ für den Kurs G 20 bzw. den Kurs B1 beginnt zeitgleich mit dem A1-Kurs am 24. Jan. 2015

B1 Sa., 21. Mär. – Sa., 28. Mär. 2015

C1 Sa., 18. Apr. – Sa., 25. Apr. 2015

A2 Sa., 19. Sep. – Sa., 26. Sep. 2015

B2 Sa., 31. Okt. – Sa., 07. Nov. 2015

C2 Sa., 05. Dez. – Sa., 12. Dez. 2015

Leitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt a. M.

Teilnahmegebühr pro Kursteil: € 550 (Akademiemitgl. € 495)

Arbeitsmedizinische Vorsorge: Lärm (G20) (Kombination aus E-Learning und Präsenzlernen)

Arbeitsmedizinische Vorsorge: Lärm (G20) ist im B1-Kurs als Blended-Learning-Veranstaltung in die arbeitsmedizinische Weiterbildung zum Facharzt für Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin integriert.

Einführung in die

Telelernphase: Sa., 24. Jan. 2015

Telelernphase: 25. Jan. – 26. Mär. 2015

Präsenzphase: 27. Mär. – 28. Mär. 2015

mit abschließender Lernerfolgskontrolle

Leitung: Dr. rer. nat. J. Kießling, Gießen,

Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau J. Stein, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: 069 97672-283,

E-Mail: jessica.stein@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD) und dem Hessischen Hausärzteverband; zertifiziert als DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2.

Mi., 25. Mär. 2015, 15:30 – 20:00 Uhr 6 P

Teil 3: Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie

Teil 4: Insulintherapie für die Praxis

Leitung: Dr. med. Hans-Juergen Arndt, Nidda

Dr. oec. troph. Jutta Liersch, Gießen

Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Weitere Termine 2015: Teil 5 u. 6 24. Jun.,

Teil 1 u. 2 Mi., 23. Sep., Teil 3 u. 4 Mi., 25. Nov.



Krankenhaushygiene

Der Kurs richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die vor dem Hintergrund der hohen gesundheitlichen Bedeutung nosokomialer Infektionen, theoretische und praktische Kenntnisse zu deren Prävention erwerben wollen.

Es soll zuerst Modul I absolviert werden, das dem Hygienebeauftragten-Kurs entspricht. Die verbleibenden Module können in beliebiger Reihenfolge besucht werden.

Modul I: Mo., 23. Feb. – Fr., 27. Feb. 2015 in Gießen

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann

Modul II: Mo., 18. Mai – Do., 21. Mai 2015 in Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann

Modul III: Di., 14. Apr. – Fr., 17. Apr. 2015 in Frankfurt a. M.

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf, PD Dr. med. habil. C. Brandt

Modul IV: Mo., 07. Sep. – Do., 10. Sep. 2015 in Gießen

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann

Modul V: Di., 15. Sep. – Fr., 18. Sep. 2015 in Bad Nauheim

Leitung: PD Dr. med. C. Brandt, PD Dr. med. habil. Jahn-Mühl

Modul VI: Mo., 05. Okt – Do., 08. Okt. 2015 in Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann

Gesamtleitung: Dr. med. K.-H. Blum, Frankfurt a. M.

Teilnahmegebühr: Modul I: € 700 (Akademiemitgl. € 630)

Modul II – VI: je € 560 (Akademiemitgl. € 504)

Begrenzte Teilnehmerzahl!

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35 100/35 110). Es handelt sich um eine integrierte Veranstaltung.

Enthalten sind hierin die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken, 20 Stunden Theorie, d. h. insgesamt 80 Stunden. Die Balintgruppenarbeit (Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung) ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.

21. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Fr., 16. Jan. – So., 18. Jan. 2015 20 P

Fr., 20. Feb. – So., 22. Feb. 2015 20 P

Fr., 29. Mai – So., 31. Mai 2015 20 P

Fr., 10. Jul. – So., 12. Jul. 2015 20 P

Fr., 02. Okt. – So., 04. Okt. 2015 20 P

Fr., 27. Nov. – So., 29. Nov. 2015 20 P

Leitung: P. E. Frevert, Dr. med. Wolfgang Merkle, Frankfurt a. M.

Teilnahmegebühr: pro Block (20 h) € 330 (Akademiemitgl. € 297)

Max. Teilnehmerzahl: 40

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören, Akademie,

Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Ernährungsmedizin (100 Std.)

Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer **insg. 100 P**

Block 1 Mo., 02. Feb. – Sa., 07. Feb. 2015 incl. Teilprüfung

Block 2 Mo., 02. Mär. – Do., 05. Mär. 2015 incl. Endprüfung

Hospitation Mi., 11. Feb. und Fr., 13. Feb. 2015

Mi., 11. Mär. und Fr., 13. Mär. 2015

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. Stein, Frankfurt a. M.
Dr. med. K. Winckler, Frankfurt a. M.

Teilnahmegebühr: Block 1 € 960 (Akademiemitgl. € 864)

Block 2 € 640 (Akademiemitgl. € 576)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Frankfurt a. M., Krankenhaus Sachsenhausen

Frankfurt a. M., Praxis Dr. med. K. Winckler

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

Tel.: 06032 782-208, Fax: 069 97672-67208

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung

Kurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Mo., 02. Feb. – Fr., 06. Feb. 2015

Leitung: Dr. med. E. Wranze-Bielefeld, Dautphetal

Teilnahmegebühr: € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Seminar Leitender Notarzt

Sa., 18. Apr. – Di., 21. Apr. 2015

Leitung: D. Kann, N. Schmitz, Kassel

Teilnahmegebühr: € 740 (Akademiemitgl. € 666)

Tagungsort: Kassel, Feuerwehr

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD

Fr., 29. Mai – So., 31. Mai 2015

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

Teilnahmegebühr: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Tagungsort: Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Marburger Kompaktkurs

„Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“

In Kooperation mit dem Zentrum für Notfallmedizin am Universitätsklinikum Gießen/Marburg.

Kursteile A-D gemäß Richtlinien der BÄK (80 Std.)

Fr., 20. Feb. – Sa., 28. Mär. 2015

Leitung: PD Dr. med. C. Kill, Marburg

Teilnahmegebühr: € 770 inkl. Verpflegung

Tagungsort: Marburg, Universitätsklinikum Gießen/Marburg, Hörsaalgebäude 3, Conradstr.

Auskunft und Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen, Bildungszentrum, Postfach 1720, 35007 Marburg



Palliativmedizin

Basiskurs: **Di., 02. Dez. – Sa., 06. Dez. 2014** **40 P**
Leitung: Dr. med. U. Mäthrich, Bad Hersfeld
 Dr. med. K. Mattek, Hanau

Aufbaukurs Modul I **10. Mär. – 14. Mär. 2015**
Aufbaukurs Modul II **15. Jun. – 19. Jun. 2015**
Fallseminar Modul III auf Anfrage

Teilnahmegebühr: Basiskurs € 600 (Akademiemitgl. € 540)
 Aufbaukurs Modul I/II je € 630 (Akademiemitgl. € 567)
 Fallseminar Modul III € 740 (Akademiemitgl. € 666)

Max. Teilnehmerzahl: 24
Tagungsort: **Bad Nauheim**, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
 Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden:
 Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II
 (diese beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul III.

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,
 Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,
 E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Medizinische Begutachtung (64 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Modul I, Teil 1 **Fr., 20. Mär. – Sa., 21. Mär. 2015** **12 P**
Modul I, Teil 2 **Fr., 24. Apr. – Sa., 25. Apr. 2015** **12 P**
Modul I, Teil 3 **Fr., 08. Mai – Sa., 09. Mai 2015** **16 P**

Modul II u. III in Vorbereitung

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: Modul I, Teil 1 u. 2: je € 180 (Akademiemitgl. € 162)
 Modul I, Teil 3: € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Tagungsort: **Bad Nauheim**, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
 Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
 E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer.

Block A **Fr., 06. Mär. – Sa., 07. Mär. 2015** **20 P**
Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel
 Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf

Tagungsort: **Bad Nauheim**, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Block B **Fr., 06. Nov. – Sa., 07. Nov. 2015**
Block C **Fr., 04. Sep. – Sa., 05. Sep. 2015**
Block D **Fr., 19. Jun. – Sa., 20. Jun. 2015**

Teilnahmegebühr pro Block: € 260 (Akademiemitgl. € 234)
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
 Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Medizinische Rehabilitation

16-Stunden-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)

Mi., 15. Apr. 2015, 13:30 – 20:45 Uhr **21 P**
Leitung: Dr. med. W. Deetjen, Seelbach

Teilnahmegebühr: € 200 (Akademiemitgl. € 180)
Tagungsort: **Bad Nauheim**, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
 Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
 E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV
Grundkurs

Sa., 28. Mär. – So., 29. Mär. 2015
 Praktikum: 2 Auswahltermine auf Anfrage
Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 300 (Akademiemitgl. € 270)
Tagungsort: **Bad Nauheim**, Fortbildungszentrum LÄK Hessen
 (Theorie), Hochwaldkrankenhaus (Praktikum)

Kenntniskurs (theoretische und praktische Unterweisung)

Sa., 14. Feb. 2015
Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: gesamt € 140 (Akademiemitgl. € 126)
 Theoretische Unterweisung: € 100 (Akademiemitgl. € 90)
 Praktische Unterweisung: € 50 (Akademiemitglieder € 45)
Tagungsort: **Bad Nauheim**, Fortbildungszentrum LÄK Hessen

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde

Sa., 31. Jan. 2015 **8 P**
Tagungsort: **Bad Nauheim**, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Fr., 20. März 2015
Tagungsort: **Kassel**, Kongress Palais Kassel – Stadthalle
Sa., 28. Nov. 2015
Tagungsort: **Bad Nauheim**, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 130 (Akademiemitgl. € 117)

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Sa., 26. Sep. – So., 27. Sep. 2015
 Praktikum: 2 Auswahltermine für den praktischen Halbtage auf
 Anfrage, **jeweils 14:00 – 18:00 Uhr**
Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 300 (Akademiemitgl. € 270)
Tagungsort: **Bad Nauheim**, Fortbildungszentrum LÄK Hessen
 (Theorie), **Frankfurt a. M.**, Krankenhaus Nordwest (Praktikum)

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
 Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

Mit Wirkung vom 01.06.2012 müssen alle Teilnehmer zuerst die erforderlichen Grundkurse absolvieren um anschließend mit den Aufbaukursen abzuschließen. Von dieser Regelung ausgenommen bleibt aber die Reihenfolge innerhalb der Grund- und Aufbaukurse. Für die Teilnehmer, die vor dem Stichtag (01.06.2012) bereits mit einem Aufbaukurs begonnen haben, werden Übergangsbestimmungen eingeräumt, so dass diese, ausgenommen der neuen Regelung, die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ erwerben können.

AK II **Mi., 04. Feb. – Fr. 13. Feb. 2015**
GK I **Mi., 15. Apr. – Fr. 24. Apr. 2015**
GK II **Mi., 08. Jul. – Fr., 17. Jul. 2015**
AK I **Mi., 07. Okt. – Fr., 16. Okt. 2015**

Leitung: Ltd. Med. Dir. Dr. med. R. Diehl, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)
Tagungsort: **Bad Nauheim**, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,
 Tel.: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,
 E-Mail: claudia.cordes@laekh.de



Ultraschallkurse

Abdomen

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Dr. med. W. Schley

Grundkurs

Sa., 17. Jan. + So., 25. Jan. 2015 (Theorie) **40 P**
+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)

Aufbaukurs

Sa., 07. Mär. + So., 15. Mär. 2015 (Theorie) **40 P**
+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)

Abschlusskurs (Änderungen aufgrund Einführung eines neuen DEGUM-Kurssystems vorbehalten!)

Sa., 31. Okt. 2015 (Theorie) **29 P**
+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)

Tagungsorte: Theorie: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen; **Praktikum: Kliniken im Rhein-Main-Gebiet**

Gefäße

Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. J. Bönhof

Abschlusskurs (extrakranielle hirnersorgende Gefäße) **20 P**
Fr., 28. Nov. – Sa., 29. Nov. 2014 (Theorie + Praktikum)

Interdisziplinärer Grundkurs **29 P**

Do., 19. Feb. – Fr., 20. Feb. 2015 (Theorie)

Sa., 21. Feb. 2015 (Praktikum)

Aufbaukurs (periphere Gefäße) **25 P**

Do., 11. Jun. – Fr., 12. Jun. 2015 (Theorie)

Sa., 13. Jun. 2015 (Praktikum)

Abschlusskurs (periphere Gefäße) **20 P**

Fr., 27. Nov. – Sa., 28. Nov. 2015 (Theorie + Praktikum)

Tagungsorte: Theorie: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen; **Praktikum: Frankfurt a. M.**, Krankenhaus Nordwest

Teilnahmegebühr je Kurs: Grundkurs € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Aufbaukurs Abdomen € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Aufbaukurs Gefäße € 380 (Akademiemitgl. € 342)

Abschlusskurs € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Auskunft und Anmeldung: Frau J. Schwab, Akademie

Tel.: 06032 782-211, Fax: 069 97672-67211,

E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Curriculum Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)

Kursteil 1: Fr., 16. Jan. – Sa., 17. Jan. 2015

Kursteil 2: Fr., 30. Jan. – Sa., 31. Jan. 2015

Kursteil 3 / Wahlthema: Fr., 13. Feb. – Sa., 14. Feb. 2015

Kursteil 4: Fr., 27. Feb. – Sa., 28. Feb. 2015

Leitung: D. Paul, Frankfurt a.M.

Teilnahmegebühr pro Block: € 180 (Akademiemitgl. € 162)

Veranstaltungsort: Frankfurt a. M., Bürgerhospital (Kursteile 1-3)

Friedrichsdorf, salus klinik (Kursteil 4)

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

Tel.: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Verkehrsmedizinische Qualifikation

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Fr., 26. Jun. – Sa., 27. Jun. 2015 **16 P**

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.

Teilnahmegebühr: € 280 (Akademiemitgl. € 252)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar – Strukturierte curriculäre Fortbildung (32 Std.)

Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer **32 P**

Fr., 09. Okt. – Sa., 10. Okt. 2015

Fr., 13. Nov. – Sa., 14. Nov. 2015

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.

Teilnahmegebühr: € 520 (Akademiemitgl. € 468)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Bitte haben Sie Verständnis, dass wir uns kurzfristige Änderungen vorbehalten müssen.

Anmeldung: Eine verbindliche Anmeldung ist im Internet unter <https://portal.laekh.de> schnell und kostenfrei möglich. Gerne können Sie sich auch schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 782-0, Fax: 06032 782-220. Ihre unterschriebene Anmeldung gilt als verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Wenn wir Veranstaltungen kurzfristig absagen müssen, werden Sie von uns benachrichtigt. Bitte beachten Sie die AGBs und etwaige Teilnahmevoraussetzungen!

Kinderbetreuung für Kinder von drei bis acht Jahren freitags und samstags möglich! Telefonische Informationen: Frau C. Ittner, Akademie, Tel.: 06032 782-223.

Teilnahmegebühr: Gilt inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung (sofern nicht anders angegeben).

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Teilnahmegebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Der Jahresbeitrag der Akademie-Mitgliedschaft beträgt € 100. Während der Zeit der Weiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit € 50. Für Studenten der Medizin ist die Mitgliedschaft kostenfrei. Der Jahresbeitrag gilt unabhängig vom Eintrittstag für das laufende Kalenderjahr.

Weitere Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Tel.: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de





Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Auszubildende

Abrechnung: EBM (PVK 1)

Im Kurs werden die Lerninhalte in den Fächern „Abrechnung“ und „Formularwesen“ wiederholt und vertieft.

Termin: Sa., 13.12.2014, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Abrechnung: GOÄ / UV-GOÄ (PVK 2)

Im Kurs werden die Kernelemente der GOÄ und die Abrechnung von Arbeitsunfällen mit praktischen Beispielen wiederholt und vertieft.

Termin: Sa., 24.01.2015, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)

Der Kurs bietet den Teilnehmer/innen die Möglichkeit, die Prüfungssituation in den Räumen der Carl-Oelemann-Schule exemplarisch kennen zu lernen.

Termine: Fr., 30.01.2015, 09:30 – 17:45 Uhr oder

Sa., 31.01.2015, 09:30 – 17:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 5)

Im Kurs werden die Themen Laborkunde und EKG in vielen Übungen wiederholt und vertieft.

Termin: Sa., 07.02.2015, 09:15 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Günthert, Tel.: 06032 782-132, Fax: -180

Palliativversorgung für Medizinische Fachangestellte (120 Stunden)

Die Regelung zur „Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ bezieht die Medizinischen Fachangestellten verstärkt ein. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Palliativpatienten wird in Modulform angeboten. Nähere Informationen zum Gesamtlehrgang, einzelnen Modulen sowie Termine und Gebühren finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Homepage. Gerne senden wir Ihnen den Informationsflyer zu.

Termin: ab Fr., 15.01.2015

Information: Elvira Keller, Tel.: 06032 782-185, Fax: -180

Onkologie (120 Stunden)

Nach der „Onkologievereinbarung“ können bei der Behandlung von Onkologiepatienten in begründeten Fällen Medizinische Fachangestellte hinzugezogen werden. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Onkologiepatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen wird in Modulform angeboten. Nähere Informationen zum Gesamtlehrgang, einzelnen Modulen sowie Termine und Gebühren finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Homepage. Gerne senden wir Ihnen den Informationsflyer zu.

Beginn: ab Do., 29.01.2015

Information: Elvira Keller, Tel.: 06032 782-185, Fax: -180

Kardiologie (KAR 1)

Inhalte: 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. Nähere Informationen zum Gesamtlehrgang finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Homepage.

Termin: ab 30.01.2015

Teilnahmegebühr: € 1.180 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

Schwerpunkt Patientenbetreuung/Praxisorganisation

Teamwork in Stresssituationen (PAT 4)

Inhalte: Vermehrte Arbeitsbelastung im Praxisalltag führt oft zu Stresssituationen und kann das Arbeitsklima belasten. Teamgeist ist für den guten Praxisablauf ein wichtiger Erfolgsindikator. Die Fortbildung bietet den Raum, Lösungsansätze zur Förderung der Teamarbeit zu erarbeiten.

Termin: Mi., 11.03.2015, 09:30 – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Veranstaltungsort: Bezirksärztekammer Darmstadt

Patientensicherheit/Risikomanagement (PAT 9)

Inhalte: Erfüllung der neuen Anforderungen (4-2014) des G-BA zu: Risikomanagement, Fehlermanagement, Beschwerdemanagement, Inhalte und Instrumente eines Risikomanagementsystems, Schritte zur Einführung und Integration des Risikomanagements in einer Praxisorganisation, zielführendes Auditieren mit Aspekten des Risikomanagements

Termin: Interessentenliste,

freitags und samstags jeweils 09:30 Uhr – 17:00 Uhr (16 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 185

Qualitätsmanagement:

DIN-EN ISO Normenänderung 9001:2008 auf 9001:2015 (PAT 10)

Inhalte: Neue und geänderte Anforderungen, intern zu ändernde und anzupassende Inhalte, Aktualisierung des QM-Systems, Aktualisierung der QM-Handbuchdokumentation, Änderungen im Auditsystem, Schritte der Umstellung auf 9001:2015

Termin: Interessentenliste, samstags, 09:30 Uhr – 17:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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





Strahlenschutz gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 RöV (90 Stunden)

Inhalte theoretischer Teil: Anatomie und Röntgenanatomie, Röntgenaufnahmetechnik, spezieller Strahlenschutz, Dokumentationspflichten, Rechtsvorschriften, Richtlinien und Empfehlungen

Inhalte praktischer Teil: praktische Übungen zur Einstellung und Belichtung von Röntgenaufnahmen, praktische Übungen zur Qualitätssicherung, Demonstrationen

Termin: ab Fr., 06.02.2015

Teilnahmegebühr: € 950 zuzügl. € 50 Prüfungsgebühr

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

Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung (FAW 3)

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil folgende Module:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung und Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung
- Lern- und Arbeitsmethodik

Durch die Kombination von **300 Stunden Pflichtteil** und **120 Stunden medizinischen Wahlteil** hat der/die Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Bereich des Praxismanagements, wie auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin.

Als medizinischer Wahlteil werden u. a. Fortbildungskurse gemäß den Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Gerne übersenden wir Ihnen das Fortbildungsprogramm der Carl-Oelemann-Schule, in dem u.a. die Qualifizierungslehrgänge, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden, beschrieben sind.

Eine Tätigkeitsbeschreibung finden Sie auch unter:

www.fortbildung-mfa.de

Termin: ab 23.04.2015

Gebühr Pflichtteil: € 1.520

Prüfungsgebühren: € 200

Es besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einzelnen Modulen. Teilnahmegebühr auf Anfrage.

Information: Monika Kinscher, Tel.: 06032 782-187, Fax: -180

Nichtärztliche Praxisassistent/in

Die Fortbildung basiert auf dem Curriculum der Bundesärztekammer und entspricht der Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband, ärztlich angeordnete Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen in Abwesenheit des Vertragsarztes zu erbringen.

Wir beraten Sie gerne bei Ihrer Fortbildungsplanung zum/zur Praxisassistent/in und zu den Möglichkeiten der Anerkennung bereits absolvierter Fortbildungen!

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



Landesärztekammer Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

40 Jahre
Carl-Oelemann-Schule

2015



Fortbildungsprogramm

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: Bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich. Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 782-0, Fax: 06032 782-180, Homepage: www.carl-oelemann-schule.de

Veranstaltungsort: Soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen im Seminargebäude der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, statt.

Übernachtungsmöglichkeit: Im Gästehaus der LÄKH können wir Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an: Mirjana Redzic, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 782-140, Fax: 782-320, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de



Die Carl-Oelemann-Schule feiert ihren 40. Geburtstag!

Am 14. Dezember 1974 wurde die Carl-Oelemann-Schule gegründet

Der 24. Mai 1880 war Anna Kindhäusers letzter Tag in der Praxis ihres Bruders Dr. Michael Kindhäuser in Nierstein. Für ihre Hochzeit waren alle Vorbereitungen getroffen, ihre Umsiedlung nach Mainz entschieden. Und damit das Ende ihres kurzen Berufslebens. Bis dahin hatte sie ihren Bruder, einen in Nierstein niedergelassenen Landarzt, bei der Behandlung von Patienten unterstützt. Eine Ausbildung besaß sie nicht. So ähnlich sahen damals viele Lebenswege junger Frauen aus. Eine Berufsausbildung war für sie nicht vorgesehen. Heute, mehr als 100 Jahre später, in Deutschland undenkbar! Unterstützten früher angelegerte Kräfte den Arzt in seiner Praxis, sind es heute gut ausgebildete Fachkräfte. Bis dahin war es ein langer Weg.

Obwohl 1965 der zweijährige Ausbildungsberuf „Arzthelferin“ vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung als Lehrberuf anerkannt wurde, hielt sich die Bezeichnung „Sprechstundenhilfe“ lange Jahre.

Die hessischen Ärzte erkannten früh die Notwendigkeit, gut ausgebildete Fachkräfte an ihrer Seite zu haben. Bereits ab Mitte der 1950er Jahre veranstaltete die Landesärztekammer Hessen in Gießen Fortbildungen für Mitarbeiterinnen aus Arztpraxen. Der steigende Bedarf an fachlicher Fortbildung führte in den 1960er Jahren zu einem regelmäßigen Angebot von Samstagsfortbildungen in Bad Nauheim zunächst in den Räumlichkeiten einer Schule und im Kurhaus, später im neu errichteten Seminargebäude der Landesärztekammer Hessen.

Steigende Nachfrage führte zur Gründung

In den 1970er Jahren wuchs in der hessischen Ärzteschaft das Bedürfnis, ihren Mitarbeiterinnen eine institutionell geregelte Fortbildung in Bad Nauheim anzubieten.



Unterricht in der COS – einst

Diese zunehmende Nachfrage nach Qualifizierungsangeboten für Arzthelferinnen mündete am 14. Dezember 1974 in der Gründung der Carl-Oelemann-Schule und damit auch in die Entscheidung, ein eigenes Bildungs- und Internatsgebäude zu bauen. Das mit staatlichen Mitteln geförderte Gebäude wurde am 20. Oktober 1976 feierlich eröffnet.

Namensgeber der Schule war Dr. med. Carl Oelemann (1886-1960), Bad Nauheimer Badearzt, der mit seiner ärztlichen Tätigkeit die Berufs- und Gesellschaftspolitik aktiv mitgestaltet hat. Neben vielen anderen ehrenamtlichen Positionen hatte Oelemann von 1947 bis 1949 das Amt des Präsidenten der neu gegründeten Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern inne und war unter anderem Ehrenpräsident der Landesärztekammer Hessen sowie Ehrenbürger der Justus-Liebig-Universität Gießen.

Aufstiegsmöglichkeiten durch Qualifizierung

Professor Dr. med. Horst Joachim Rheindorf, Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen (1956-1987) hatte großen Anteil an dem Aufbau der Schule und prägte

ihre Bildungsarbeit als Vorsitzender in den Jahren 1974 bis 1987 maßgeblich. In seiner Rede anlässlich der Einweihung des Internates am 20. Oktober 1976 erinnerte Prof. Rheindorf an den Antrag in der Delegiertenversammlung von Dr. Gerhard Unger aus Gießen. Dieser wollte Arzthelferinnen Aufstiegsmöglichkeiten durch Qualifizierungskurse bieten und dachte dabei an eine „Diplomarzthelferin“. 1975 genehmigte der damalige Hessische Sozialminister Horst Schmidt die Weiterbildungsordnung für Arzthelferinnen. Die Aufstiegsfortbildung „Arztfachhelferin“ war geboren! Am 7. Mai 1977 erhielten die ersten 14 Arzt-Fachhelferinnen der Bundesrepublik Deutschland ihren „Brief“, der ihnen die erfolgreich absolvierte Aufstiegsfortbildung zur Arztfachhelferin bescheinigte.

Neben einer qualitativ hochwertigen Fortbildung richteten die hessischen Ärzte den Fokus auch auf eine fundierte Ausbildung der Arzthelferinnen. Zur Unterstützung der Ausbildung in den Praxen und zur Schaffung gleicher Prüfungs- und Berufschancen führte die Landesärztekammer Hessen am 21. November 1977 einwöchige Kurse zur Überbetrieblichen Ausbildung ein.

Mit Inkrafttreten einer neuen Ausbildungsverordnung zur Arzthelferin am 1. August 1986, die die Dauer der Ausbildung auf drei Jahre festlegte, wurde auch die Überbetriebliche Ausbildung angepasst. Die Auszubildenden kamen nun dreimal während ihrer Ausbildung nach Bad Nauheim. In den Wochen der Überbetrieblichen Ausbildung ermöglichte die Unterbringung im Internat der Carl-Oelemann-Schule intensives und konzentriertes Arbeiten.

Moderne Fachräume und zeitgemäßes Wohnen

Dem zunehmenden Bedarf an medizintechnisch auf dem neuesten Stand eingerichteten Fachräumen, die über die Überbetriebliche Ausbildung hinweg auch für Fortbildungszwecke genutzt werden konnten, wurde durch den Umzug in die Fachräume des Seminargebäudes im Jahr 2002 entsprochen. Eine grundlegende Modernisierung des Internates machte zeitgemäßes Wohnen möglich. Das Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule wurde am 19. Januar 2008 eröffnet. Beide Gebäude, Seminargebäude und Gästehaus, konnten durch Fördermittel des Bundes und des Landes gebaut werden.

Mit der Fachraumausstattung im Seminargebäude war die Basis für zukunftsweisende Entscheidungen der Carl-Oelemann-Schule und ihrer Gremien zur Aus- und

Fortbildung geschaffen worden. Für Lehrplanänderungen, die die zum 1. August 2006 in Kraft getretene neue Ausbildungsverordnung zur/zum Medizinischen Fachangestellten erforderlich machten, zeigte sich die Carl-Oelemann-Schule gut gerüstet.

Handlungs- und problemorientierte Vermittlung von Lerninhalten kennzeichnen den zeitgemäßen Unterricht an der Carl-Oelemann-Schule. Auf Wunsch der Delegiertenversammlung wurden Wahltage eingeführt, die zu mehr Flexibilität in der Überbetrieblichen Ausbildung beigetragen haben.

Seit der Neuordnung des Ausbildungsberufes „Medizinische Fachangestellte“ werden die Fachräume der Carl-Oelemann-Schule für die Durchführung des praktischen Teils der Abschlussprüfung genutzt. Die nach der neuen Ausbildungsverordnung im praktischen Teil der Prüfung geforderte Simulation, Demonstration und Präsentation praxisbezogener Arbeitsabläufe ist durch die moderne medizintechnische Ausstattung der Fachräume gewährleistet und bietet gute und gleiche Prüfungsbedingungen.

Die Medizinischen Fachangestellten beim „Lebenslangen Lernen“ zu begleiten, ihnen fachlich fundiertes für den Praxisalltag

erforderliches Wissen zu vermitteln, das sie befähigt, selbständig und kritisch das Erlernte in ihrer Arbeitsumgebung umzusetzen, ist bis heute das Anliegen der Carl-Oelemann-Schule. Für die Schule bedeutet dies, nicht beim Erreichten stehen zu bleiben, sich stetig weiterzuentwickeln und am „Puls der Zeit“ zu bleiben. Darüber hinaus verpflichten Entwicklungen im Gesundheitswesen die Carl-Oelemann-Schule zu stetigen Anpassungen im Bildungsbereich.

Attraktives Aus- und Fortbildungsangebot

Neben der Aufstiegsfortbildung entwickelt die Carl-Oelemann-Schule gemeinsam mit dem Vorstand der Schule jährlich ein attraktives Fortbildungsangebot. Zusätzlich zur Bildungsarbeit vor Ort arbeitet die Carl-Oelemann-Schule in der Bundesärztekammer an der Entwicklung qualitätsgesicherter Musterfortbildungen mit und bietet einen Großteil als Qualifizierungslehrgang in Bad Nauheim an.

Die richtungsweisende Idee einer Aufstiegsfortbildung für Arzthelferinnen, 1974 in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen geboren und mit den ersten Lehrgängen zur Arztfachhelferin umgesetzt, wurde im Jahr 2000 von der Bundesärztekammer aufgegriffen und in einer bundeseinheitlichen Aufstiegsfortbildung geregelt. Die Aufstiegsfortbildung erfuhr im Laufe der Jahre zahlreiche Anpassungen. Im Jahr 2009 startete sie in der Carl-Oelemann-Schule mit neuen Lerninhalten unter der Bezeichnung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“. Neben ihren satzungsgemäßen Aufgaben der Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten und der Durchführung der praktischen Abschlussprüfung stellt die Carl-Oelemann-Schule seit April 1988 der Landestierärztekammer Räumlichkeiten für die Überbetriebliche Ausbildung von Tiermedizinischen Fachangestellten zur Verfügung. Für die Bezirksärztekammer Rheinhessen führt sie seit 2013



Foto: Sylvia Happel

Unterricht in der COS – heute

einen speziell konzipierten Lehrgang zur Überbetrieblichen Ausbildung durch.

Lernen – interaktiv und im Modul- und Bausteinsystem

Mit der Teilnahme der Carl-Oelemann-Schule an dem Förderprojekt „LearnART“ der Bundesärztekammer und des Institutes für Berufs-, Wirtschafts- und Sozialpädagogik (IBW) im Jahr 2005 startete die Carl-Oelemann-Schule ins Zeitalter der digitalen Wissensvermittlung. Ausgewählte Lerninhalte werden in tutoriell begleiteten e-Learning-Phasen vermittelt. Die Teilnehmer/innen können selbstbestimmt von zu Hause aus am Computer interaktiv lernen. Das im Jahr 2007 eingeführte bedarfsorientierte Modul- und Bausteinsystem bietet den Teilnehmer/innen mehr Flexibilität, Effizienz und Kostenersparnis. So kann für bereits absolvierte Bausteine, die Bestandteil unterschiedlicher Fortbildungen sind, eine gegenseitige Anerkennung ausgesprochen werden.

Im Rahmen einer Studie zur Delegierbarkeit ärztlicher Tätigkeiten beteiligte sich die Carl-Oelemann-Schule im Jahr 2009 als Projektpartner des Wissenschaftlichen Institutes der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) mit dem Lehrgang „Ambulante Versorgung älterer Menschen“.

Qualitätsmanagement und DIN-Zertifizierung

Heute können die Medizinischen Fachangestellten in der Carl-Oelemann-Schule zwischen rund 62 Anpassungsfortbildungen, 12 Qualifizierungslehrgängen sowie der Aufstiegsfortbildung „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ wählen. Im Vergleich dazu wurden in den Jahren 1965 bis 1969 insgesamt sechs Fortbildungen in Bad Nauheim angeboten! Um dieser Entwicklung in Zeiten steigenden Kostendrucks personell und strukturell folgen zu können, führte die Carl-Oelemann-Schule 2009 zur Einsparung von Ressourcen ein Qualitätsmanagementsystem ein. Die mit dem Qualitätsmanage-

Meilensteine in der Geschichte Carl-Oelemann-Schule

14. Dezember 1974:	Gründung der Carl-Oelemann-Schule
20. Oktober 1976:	Einweihung des Gebäudes der Carl-Oelemann-Schule mit Unterrichtsräumen, Verwaltungsräumen und Internat
7. Mai 1977:	Die ersten Arztfachhelferinnen schließen ihre Aufstiegsfortbildung ab und erhalten den „Arztfachhelferinnen-Brief“
21. November 1977:	Beginn der einwöchigen Lehrgänge zur Überbetrieblichen Ausbildung
1. August 1986:	Die Überbetriebliche Ausbildung wird aufgrund der neuen Ausbildungsverordnung neu konzipiert und in drei Lehrgängen vermittelt.
30. August 2002:	Einweihung des neu errichteten Seminargebäudes
1. August 2006:	Neuordnung des Ausbildungsberufes zum/zur „Medizinischen Fachangestellten“
ab 2006:	Neue Lehrplankonzeptionen für die Überbetriebliche Ausbildung mit Wahltagangeboten
ab 2007:	Modularisierung von Qualifizierungskursen
19. Januar 2008:	Einweihung des Gästehauses der Carl-Oelemann-Schule
2009:	Aufstiegsfortbildung „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ ersetzt die „Arztfachhelferinnen“
1. März 2011:	Die Carl-Oelemann-Schule wird nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.
14. Dezember 2014:	Die Carl-Oelemann-Schule wird 40 Jahre alt

ment einhergehende Überprüfung, Veränderung und Verschlankeung von Verwaltungsstrukturen ermöglicht überprüfbares effizientes Arbeiten und bei Bedarf rechtzeitiges Gegensteuern verbesserungsbedürftiger Abläufe. Im März 2011 wurde die Schule nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.

In seiner konstituierenden Sitzung am 19. Februar 2014 hat der Vorstand der Carl-Oelemann-Schule Ziele für die nächsten Jahre erarbeitet. Die Aus- und Fortbildung qualifizierter Mitarbeiter/innen für Praxen und Kliniken soll auch in Zukunft durch eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung von Fortbildungslehrgängen gewährleistet werden. Durch Überarbeitung von Lernmedien im Bildungsbereich und konzeptionelle Anpassungen hin zum erfahrungsorientierten Lernen soll eine weitere Modernisierung des Lernens erfolgen. Das bestehende Bausteinsystem, das den Teilnehmern Zeit und Kosten einspart, hat sich bewährt und soll beibehalten werden. Beim Blick in die Zukunft liegt der Fokus des Vorstandes auf dem Erhalt und Aus-

bau von Qualität und Aktualität der Bildung und schließt immer die Bedürfnisse von Praxis und Klinik ein.

Fortbildungstag „Wissen und Handeln“ zum 40. Geburtstag

Am 14. Dezember feiert die Carl-Oelemann-Schule ihren 40. Geburtstag. Dieses Ereignis möchten die Gremien der Schule mit einem Fortbildungstag am 18. April 2015 denen widmen, für die diese Schule errichtet wurde: den Auszubildenden zur Medizinischen Fachangestellten, den Arzthelferinnen, Medizinischen Fachangestellten, Arztfachhelferinnen und Fachwirtinnen. Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Vorsitzende der Carl-Oelemann-Schule hat den Tag unter das Motto „Wissen und Handeln“ gestellt. Zu diesem spannenden Fortbildungstag sind alle Interessierten herzlich eingeladen. Das Programm wird auf der Homepage der Carl-Oelemann-Schule veröffentlicht und mit dem Jahresfortbildungsprogramm für 2015 verschickt.

Gabriele Brüderle-Müller
Assistentin der Schulleitung COS

Innovative Instrumente zur Vorbereitung und Auswahl von Studieninteressierten aus Nicht-EU-Ländern

Propädeutikum und fachspezifischer Studierfähigkeitstest für Medizin (und Zahnmedizin) an der Goethe-Universität

Frank Seibert-Alves

Gut 10.000 Studierende beginnen jedes Jahr ihr Studium der Medizin in Deutschland. Früher acht Prozent und seit 2010 fünf Prozent dieser Studienanfängerinnen und -anfänger kommen im Rahmen der Nicht-EU-Ausländerquote aus Ländern außerhalb der EU und haben ihre Hochschulzugangsberechtigung auch dort erworben. Die Frankfurter Studienplätze in dieser Quote konnten in der Vergangenheit – nicht zuletzt wegen der fortschreitenden Erweiterung der EU und der inzwischen am Fachbereich Medizin jährlich nur noch einmal stattfindenden Aufnahme neuer Studierender – immer schwerer besetzt werden. Regelmäßig mussten vier bis fünf Nachrückverfahren durchgeführt werden.

So bekamen viele ausländische Studierende erst sehr spät eine Zulassung. Oft konnten sie erst nach Beginn der Vorlesungszeit ihr Studium aufnehmen. Schlimmstenfalls waren bei scheinpflichtigen Veranstaltungen die Fehlzeiten bereits überschritten. Außerdem wurde die fachliche Qualität der in der Nicht-EU-Ausländerquote zugelassenen Studierenden mit jedem weiteren Nachrückverfahren tendenziell eher schlechter. Vielfach wäre schon vor Studienbeginn zu erkennen gewesen, dass mit den vorhandenen sprachlichen und/oder naturwissenschaftlichen Vorkenntnissen kein erfolgreiches Medizinstudium möglich ist. Dies war, wie auch eine sehr späte Zulassung, sehr unfair gegenüber den ausländischen Studierenden. Außerdem wurden kostspielige Studienplätze (über 155.000 Euro / Studierenden in Hessen) mit letztendlich absehbar nicht erfolgreich Studierenden fehlbesetzt.

Eine Vorbereitung auf das Studium ist notwendig

Dass ausländische Studierende oft Schwierigkeiten haben, erfolgreich Medizin zu studieren, ist seit vielen Jahren bekannt. Daher werden bereits seit Ende der 1970er Jahre am Frankfurter Fachbereich Medizin studienbegleitende Tutoriate während der ersten Semester des Studiums unter der Leitung von Studierenden höherer Semester durchgeführt. Diese sehr sinnvollen Tutoriate können jedoch die teilweise sehr unzureichende Vorbereitung auf das Medizinstudium nicht kompensieren.

Zur systematischen und optimalen Vorbereitung auf das Medizin- bzw. Zahnmedizinstudium hat die Goethe-Uni daher ein Propädeutikum eingeführt. Dies soll nicht etwa den Zugang zum Studium erschweren, sondern durch eine möglichst frühe Förderung eine erfolgreiche Teilnahme am Medizinstudium ab dem ersten Tag ermöglichen.

Auf Anregung des Verfassers wurde in enger Zusammenarbeit des Fachbereichs Medizin (insbesondere Prof. Dr. Frank Nürnberger) und des Internationalen Studienzentrums unter der Leitung von Dr. Matheus Wollert im Jahre 2008 erstmals probeweise ein spezieller Vorbereitungskurs für ausländische Studierende mit einer Kleinstgruppe von sechs Studieninteressierten durchgeführt. Nach Erstellung einer speziellen Satzung für die Zulassung von ausländischen Studierenden haben wir 2009 ein erstes richtiges Pilotprojekt des Propädeutikums mit ca. 15 Teilnehmenden durchgeführt. An dessen Ende

wurde erstmals ein speziell entwickelter fachspezifischer Studierfähigkeitstest (SFT) erprobt.

Propädeutikumsplätze sehr begehrt

Zunächst wurde ein Drittel der Studienplätze in der Nicht-EU-Ausländerquote aufgrund des SFT vergeben. Eine Überarbeitung der Auswahlsetzung für das Jahr 2010 führte den SFT für alle Bewerberinnen und Bewerber in der Nicht-EU-Ausländerquote als verbindlich ein. Das Ergebnis des SFT geht nun mit 49 Prozent und die Note der Hochschulzugangsberechtigung mit 51 Prozent in die Erstellung der Zulassungsrangliste der Bewerberinnen und Bewerber ein. Inzwischen sind die zurzeit 38 Plätze im Propädeutikum so begehrt, dass ein Aufnahmetest vorgeschaltet wurde.

Das Propädeutikum beginnt jeweils Anfang März, umfasst 17 Wochen und schließt mit dem SFT ab. Der Unterricht in Chemie und Physik wird von Fachlehrern des Internationalen Studienzentrums erteilt, der Terminologie-Unterricht und der vom Verfasser durchgeführte Biologie-Unterricht am Fachbereich Medizin. Insgesamt werden zurzeit acht Stunden Physik, sechs Stunden Chemie, sieben Stunden Biologie und sieben Stunden medizinische Terminologie pro Woche unterrichtet. Zusätzlich sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu viert in Lerngruppen eingeteilt. Für die Betreuung dieser Lerngruppen stehen zurzeit zwei Mentorinnen und ein Mentor zur Verfügung, die selbst am Propädeutikum teilgenommen hatten und nun erfolgreich Medizin oder Zahnmedizin

studieren. Weiterhin versuchen wir, eine möglichst frühzeitige Integration der ausländischen Studierenden am Fachbereich zu erreichen, u. a. durch Unterricht am Campus Niederrad, gemeinsamen Besuch der Mensa, des Lernstudios und Führungen durch die Fachbereichsbibliothek.

Der Ablauf des Propädeutikums soll am Beispiel des Biologieunterrichts verdeutlicht werden: Dieser umfasst nur den Teilbereich der Biologie, der im vorklinischen Studium benötigt wird, d. h. insbesondere die Themengebiete Zytologie, Genetik und Mikrobiologie. Hauptanliegen ist die Vermittlung der grundlegenden medizinrelevanten biologischen Kenntnisse. Der Unterricht wird überwiegend in der Gesamtgruppe durchgeführt. Einzelne Elemente, insbesondere die Rechnungen in der Genetik, finden in Kleingruppen statt. Durch eigenständiges Bearbeiten von Aufgaben wird das Gelernte vertieft. Eine Präsentation der Ergebnisse mit anschließender Diskussion hat sich als sehr sinnvoll auch im Hinblick auf das Sprechen vor der Gruppe bewährt.

Der fachspezifische SFT besteht aus jeweils einstündigen schriftlichen Prüfungen in Biologie, Chemie und Physik, deren Teilergebnisse jeweils doppelt gewichtet werden und einer halbstündigen einfachgewichteten schriftlichen Prüfung in medizinischer Terminologie. Eine Teilnahme am Test ist auch ohne Besuch des Propädeutikums möglich.

Testergebnis korreliert mit ersten Studienergebnissen

Im Lauf von sieben Jahren haben wir Propädeutikum und SFT kontinuierlich fortentwickelt und mit einer Ausnahme den intendierten Zustand erreicht. Die Note der Hochschulzugangsberechtigung, die bisher mit 51% bei der Erstellung der Zulassungsrangliste berücksichtigt werden muss, hat sich nicht als sinnvoll erwiesen, um einen guten Studienerfolg vorherzusagen. Das Ziel, die am besten geeigneten Studieninteressierten auszuwählen, kann daher mit der jetzigen Auswahlsetzung noch nicht erreicht werden. Außerdem ist es schwer vermittelbar, dass nach einem einheitlichen Test für alle nicht einfach die Testbesten ausgewählt werden, sondern eine nicht vergleichbare, irgendwo in der Welt erworbene „Heimatnote“ eine entscheidende Rolle spielt. Eine erste Evaluation des SFT zeigte eine deutliche Korrelation mit den Ergebnissen der ersten Prüfungen am Fachbereich. Bei einer Überarbeitung der Zulassungssatzung werden wir daher erneut versuchen, eine höhere Gewichtung des SFT zu erreichen.

Propädeutikum verbessert Studienvoraussetzungen erheblich

Die ausländischen Studieninteressierten, die das Propädeutikum durchlaufen haben, kennen sich am Fachbereich Medizin und am Campus Niederrad schon vor Studienbeginn sehr gut aus und haben eine Bindung zum Fachbereich aufgebaut. Die Studieren-

den, die gut im SFT abgeschnitten haben, sind viel besser als früher auf die ersten Veranstaltungen des vorklinischen Studiums vorbereitet und haben eine gute Chance, bei kontinuierlicher weiterer Mitarbeit, erfolgreich Medizin zu studieren. Die Studienplatzannahmequote beträgt in der Nicht-EU-Ausländerquote, sicherlich auch durch die erreichte Bindung, inzwischen meist 100 Prozent.

Völlig unstrittig dürfte sein, dass die Absolventinnen und Absolventen des Propädeutikums sowohl im fachsprachlichen Bereich als auch in Bezug auf die naturwissenschaftlichen Kenntnisse ganz erhebliche Verbesserungen aufweisen. Der längerfristige Erfolg im Studium kann jedoch erst durch eine weitere Beobachtung des Prüfungserfolgs, der Abbrecherquote und der durchschnittlichen Studienzeit wirklich quantifiziert werden. Dieser Aufgabe wird sich das Dekanat in den nächsten Jahren annehmen. Im Juli 2014 haben 92 Bewerberinnen und Bewerber für ein Medizinstudium am SFT teilgenommen. Von ihnen erhielten 18 eine Studienzulassung zum Wintersemester 2014/2015.

Frank Seibert-Alves, BMedSci (London)

Johann Wolfgang Goethe-Universität

Dekanat des Fachbereichs Medizin

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt a. M.

E-Mail: Frank.

Seibert-Alves@kgu.de

Delegierter der LÄKH



Foto: Marburger Bund Hessen

Die vertrauliche Geburt

Am 1. Mai diesen Jahres ist das neue Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung zur vertraulichen Geburt in Kraft getreten. Schwangere in Not erhalten damit die Möglichkeit, ihr Kind sicher – und auf Wunsch vertraulich – in einer Klinik oder bei einer Hebamme auf die Welt zu bringen. Betroffene Frauen sollen während und nach der Schwangerschaft von den rund 1600 Schwangerschaftsberatungsstellen in Deutschland begleitet werden. Mit dieser Regelung soll auch verhindert werden, dass verzweifelte Schwangere ihr Kind heimlich gebären und möglicher-

weise sogar aussetzen oder töten. Darüber informiert die vom Bundesministerium für Familie herausgegebene Broschüre „Die vertrauliche Geburt“. Bestellungen: Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 481009, 18132 Rostock; oder per E-Mail: publikationen@bundesregierung.de. Die Website www.geburt-vertraulich.de informiert zudem schwangere Frauen über die Hilfsangebote, neu auch als anonyme Online-Beratung. Praxisorientierte Infomaterialien stehen im Internet unter www.bmfsfj.de zur Verfügung.

„Der Hausarzt der Zukunft ist eine Frau“

hr-Podiumsdiskussion zum Abschluss des Funkkollegs Gesundheit

Billig passe nicht gut zu Gesundheit, stellte Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach auf der Abschlussveranstaltung zum Funkkolleg Gesundheit mit dem Titel „Besser und billiger – so kurieren wir unser Gesundheitssystem“ im Hessischen Rundfunk fest. Jeder Euro müsse größtmöglichen Nutzen im System bringen, sagte der Vorsitzende des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der neben dem Hessischen Minister für Soziales und Integration Stefan Grüttner (CDU) und Dr. med. Michael Hammes, privatärztlich tätiger Facharzt für Neurologie und Arzt für Chinesische Medizin, an der von hr-Redakteurin Regina Oehler moderierten öffentlichen Podiumsdiskussion teilnahm. Gerlach attestierte dem Gesundheitswesen ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Während es etwa im Rhein-Main-Gebiet eine hohe Dichte von Kliniken gebe, fehlten in ländlichen Gebieten Hausärzte und Pflegekräfte.

Doppelstrukturen vermeiden

Die finanziellen Mittel in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssten zielgerichtet für Ärzte und andere Leistungserbringer eingesetzt werden, unterstrich Grüttner. Dabei gelte es, Doppelstrukturen im Gesundheitswesen zu vermeiden. So müsse nicht jedes Krankenhaus alle Leistungen anbieten. Die Angebotspalette hessischer Kliniken gehöre auf den Prüfstand; Kooperationen könnten durch Klinik-Verbünde möglich werden. Eine große Herausforderung sah auch Grüttner im niedergelassenen Bereich.

Man müsse früh anfangen, den beruflichen Nachwuchs für die hausärztliche Tätigkeit zu gewinnen. So sei es dringend notwendig, die universitäre Ausbildung praxisnäher zu gestalten und die Arbeitsbedingungen besser zu strukturieren, um den Beruf des Allgemeinmediziners attraktiver zu machen. Gerlach zeigte sich davon überzeugt, dass die klassische Einzelpraxis

auf dem Land keine Option mehr für die junge Ärztegeneration sei. Eine Lösung könne in lokalen Gesundheitszentren liegen, in denen Ärzte und andere Angehörige medizinischer Fachberufe im Angestelltenverhältnis arbeiten. Dies komme vor allem auch Frauen entgegen, die schon jetzt rund 65 Prozent der angehenden Ärzteschaft ausmachten: „Der Hausarzt der Zukunft ist eine Frau“, so Gerlach.

Neuordnung der Bedarfsplanung

Grüttner bezeichnete die Fördermaßnahmen im Rahmen des Hessischen Paktes für gesundheitliche Versorgung als wesentliche Schritte in die richtige Richtung. Dabei hob er besonders die Neuordnung der Bedarfsplanung in kleinere Planungsgebiete, aber auch die Verknüpfung ambulanter Versorgung mit Praxisassistenten und Pflegekräften hervor.

Bei aller Strukturdebatte dürften die ärztliche Kunst und die individuelle Behandlung von Patienten nicht ins Hintertreffen geraten, forderte Hammes. „Meine Patienten kommen als Selbstzahler: Sie sehen, wofür was abgerechnet wird.“ Die Rechnung schaffe Transparenz und sei als Instrument auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung denkbar. „Ich brauche als Arzt in erster Linie ganz viel Freiheit, um gestalten zu können“, betonte Hammes. Wie können Patienten zu einem verbesserten Gesundheitswesen beitragen? Gerlach schlug ein „unabhängiges Institut für Gesundheitswissen“ vor, das Ärzten und Patienten einen Überblick über den aktuellen Stand medizinischer Forschung biete. „Es wäre vielleicht angezeigt, dass Patienten auch ihr eigenes Anspruchsverhalten kritisch hinterfragen“, empfahl Sozialminister Grüttner.

Die Malteser Migranten Medizin Frankfurt sucht

einen Arzt (m/w) auf ehrenamtlicher Basis

(rund 10 Stunden/Monat)

Aufgaben:

- Durchführung der Sprechstunde inkl. Vor- und Nachbereitung immer montags von 10.00 bis 14.00 Uhr
- Zusammenarbeit im Team von Ärzten, Krankenschwester und einer Assistentin

Profil:

- Allgemeinärztliche und internistische Qualifikation von Vorteil
- Englische Sprachkenntnisse wünschenswert

Rufen Sie uns an:

Malteser Hilfsdienst e.V. Frankfurt, Nikole Trinkaus, Tel.: 069 942105-0
E-Mail: info@malteser-frankfurt.de

Katja Möhrle

Bad Nauheimer Gespräch:

Verständnis für junge Ärztinnen und Ärzte wecken

„Landarzt gesucht!“ – Dieser Titel ist in den Medien vielfach zu hören und zu lesen. Doch das Problem des ärztlichen Nachwuchses hört nicht an der Grenze zur Stadt auf. In Frankfurt, insbesondere in sozialen Brennpunkten, fehlten knapp 30 Hausärzte, in 76 Prozent der Krankenhäuser gebe es unbesetzte Stellen, berichtete Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, 1. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Förderkreises Bad Nauheimer Gespräche e.V. Wie man diesen Missständen entgegen treten könne, war Thema des Abends.

Hohe Motivation zu Studienbeginn

Der Schlüssel zum Erfolg liege beim ärztlichen Nachwuchs. „Wir müssen Verständnis dafür wecken, was in den jungen Kolleginnen und Kollegen vorgeht“, so Nina Walter, Stellvertretende Ärztliche Geschäftsführerin der Landesärztekammer Hessen (LÄKH). Schon seit einigen Jahren widme sich die LÄKH mit verschiedenen Projekten (Absolventen-, Studierendenbefragung¹, Weiterbildungsregister² und Einsteigerseminar in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung³) dieser Zielgruppe. So werden beispielsweise seit 2009 in Zusammenarbeit mit dem Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) alle Absolventinnen und Absolventen der drei hessischen medizinischen Fakultäten zu ihren Motiven, Erfahrungen und Plänen befragt. Die Ergebnisse zeigen u.a., so Walter weiter, dass die angehenden Ärztinnen und Ärzten zu Beginn ihres Studiums hoch motiviert seien und viele von ihnen auch die Selbstständigkeit anstrebten. Erst mit der Zeit ginge dies verloren. „Das Thema Ärztemangel ist zwar vermeintlich abge-

griffen, aber dennoch brennend und wird uns auch noch weiter beschäftigen“, machte Walter deutlich.

Der Ärztemangel sei ein Nachfolgeproblem, bekräftigte Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter, Vorsitzender der Vertreterversammlung



Den ärztlichen Nachwuchs im Blick

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH). „In zehn Jahren werden 2000 Hausärzte ihre Tätigkeit beenden. Pro Jahr müssten wir entsprechend 200 Hausärzte ausbilden, tatsächlich sind es nur 100.“ Zusätzlich würde der Aufkauf von Arztpraxen in überversorgten Gebieten, wie es der Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vorsehe, die Problematik verschärfen, da 164 Hausarztpraxen und ein Sechstel der Fachärzte wegfallen würden. „Die entscheidende Frage ist nicht, wie viele Ärztinnen und Ärzte wir haben, sondern wie viele Arbeitsstunden zur Verfügung stehen“, fügte Dr. med. Susanne Johna, Vorsitzende des Marburger Bundes Hessen und Präsidiumsmitglied der LÄKH, hinzu. Eine Verminderung des Ärztemangels könne u.a. durch eine Erhöhung der Studienplätze erreicht werden. Sie nannte es ein Paradoxon, dass viel mehr junge Menschen Medizin studieren möchten, aber die entsprechenden Kapazitäten fehlten.

Mehr Studienplätze, Nachwuchsförderung und gemeinsames Handeln

Den Vorträgen folgte eine angeregte Diskussion. Die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin sei ein gutes Beispiel für die Anbindung an die hessischen Universitäten, um in Zukunft mehr Hausärztinnen und -ärzte auszubilden, wie die Vize-Präsidenten der LÄKH Monika Buchalik erläuterte: „Diese wunderbare Zusammenarbeit von LÄKH, KVH und den allgemeinmedizinischen Instituten in Frankfurt und Marburg gibt es in keinem anderen Bundesland.“ Aber auch Zeit, um weiterbilden zu können, sei erforderlich. Dies betreffe z.B. das Erlösthema, so Johna. Da Fachärzte im Krankenhaus Fälle generieren müssten, bleibe nicht mehr genügend Zeit für die Weiterbildung der jungen Kolleginnen und Kollegen.

Erhöhung der Studienplatzzahl, Nachwuchsförderung und gemeinsames Handeln vor Ort – das sind nach Meinung der Referenten die wichtigen Stichworte für die Zukunft. Aber was lässt sich jetzt tun? „Wir benötigen zwölf Jahre bis wir fertige Fachärzte haben. Das heißt, auch mit der Zunahme von Studienplätzen kann die Lücke heute nicht gefüllt werden“, gab Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der LÄKH, zu bedenken. Die Gesellschaft müsse die Bedingungen dafür schaffen, damit eine Niederlassung in strukturschwachen Gebieten attraktiver werde: „Wenn alle anderen die Region verlassen, warum sollen Ärzte das Licht anlassen? Durch Praxisschließungen in Ballungsgebieten locken wir niemanden aufs Land.“

Maren Grikscheit

¹ Siehe auch Hessisches Ärzteblatt 10/2014, S. 587ff.

² Siehe auch Hessisches Ärzteblatt 5/2014, S. 256ff. und 11/2014, S. 625ff.

³ Siehe www.laekh.de/aerzte/fortbildung/seminarangebot-der-akademie/index.html

40. Kongress der European Underwater & Baromedical Society in Wiesbaden

Tauchunfälle, Rauchgasvergiftungen, Gasbrand, arterielle Gasembolie, Problemwunden beim diabetischen Fußsyndrom, Knochennekrosen, Tinnitus / Hörsturz, – die Hyperbare Sauerstoff Therapie (HBO) kann bei einer Vielzahl an Erkrankungen hilfreich sein. Ihren Ursprung hatte sie jedoch in der „Tauchmedizin“.

Seit 2004 als Druckkammerzentren Rhein Main Taunus GmbH gegründet, behandelt die in Wiesbaden ansässige Druckkammer Patienten, welche einer HBO bedürfen. Mit der Kooperation der Asklepios Paulinenklinik Wiesbaden wurde 2012 das Zentrum für hyperbare Notfall- und Intensivmedizin gegründet. Hier werden Patienten aus einem Umkreis von 250 km intensivmedizinisch 24 Stunden an sieben Tagen die Woche behandelt.

Daher war der Entschluss, den 40. Kongress der European Underwater & Baromedical Society (EUBS) nach Wiesbaden zu vergeben, auch nur folgerichtig, um die wachsende Bedeutung der HBO in der Medizin heraus zu stellen.

Wie alles begann

Um 1870 wurde bei Unterwasserarbeiten an Brücken festgestellt, dass Arbeiter nach längerem Aufenthalt und anschließendem Wiederaufstieg mit Gliederschmerzen, Schwindel und Kopfschmerz kämpften. Dieser Erkrankung wurde nach ihrem Entstehungsort benannt – der Caisson. Schnell entdeckte man, dass eine erneute Druckexposition die Symptome vermindert, was zur Erkenntnis des Überdruckprinzips führte. Im Laufe der Jahre erforschte man die

Zusammenhänge von Überdruck, Atemgasen und Tauchzeiten und wie dort auftretende Gasblasen zu Erkrankungen führen können. Gleichzeitig entdeckte man auch die Therapielösung: Die Hyperbarmedizin. Diese funktioniert rund 150 Jahre später immer noch nach demselben simplen Mechanismus. Unter Überdruck atmet der Patient medizinisch reinen Sauerstoff ein, welcher die Gasblasen verkleinert und die Zellen wieder mit Sauerstoff versorgt.



Druckkammerbehandlung mit Patienten

Foto: Michael Kemmerer

Schon 1905 begann der schottische Physiologe Scott Haldane (1860–1936) mit der Erforschung dieser Zusammenhänge und mit der Gründung der European Underwater and Baromedical Society (EUBS) 1964 trafen sich jährlich Forscher aus Europa und aller Welt um neuste Erkenntnisse und Forschungsergebnisse auszutauschen und die weitere Forschung zu koordinieren.

Zunehmende Bedeutung der Tauchmedizin

Auch die 40. Jahrestagung in Wiesbaden vom 24. bis 27. September 2014 in den Räumlichkeiten der Casinogesellschaft hatte ihren Fokus auf der Tauchmedizin. Mit über 300 Teilnehmern aus allen Kontinenten war diese mehr ein internationaler denn ein europäischer Kongress und zugleich der größte, welcher jemals stattgefunden hat. Auch die Zusammensetzung

der Teilnehmer aus Tauchern, Pflegekräften oder Professoren spiegelt die Entwicklung des Tauchsports vom Rand- hin zum Massensport wieder und verdeutlicht zugleich die zunehmende Bedeutung der Tauchmedizin.

Neben einem vielseitigen wissenschaftlichen Programm wurde auch ein Rahmenprogramm mit lokalem Bezug angeboten. Dabei wurde auch die über 100-jährige Geschichte der HBO in Wiesbaden erwähnt. Die Tour durch den Rheingau und der Galaabend im Schloss Biebrich leisteten ihr Übriges.

Einer der wissenschaftlichen Höhepunkte war der Vortrag von Professor Neil Hampson zum Thema der Kohlenmonoxid-Intoxikation. Für die Hyperbarmedizin bildeten dieser und die Publikation von Professor Stephen Thom auch die wenigen Ausnahmen von der sonst im Fokus stehenden Tauchmedizin.

Themen waren unter anderem die generelle Forschung, Gasblasenbildung in unterschiedlichen Tauchtiefen, Apnoetauchen, sowie eine „Special Session“ für Intensivmedizin in Druckkammern durch einen Industrieausteller. Die einzelnen Vorträge waren in der Fachzeitschrift Caisson als Book of Abstracts vom September 2014 nachzulesen.

Abschließend hatte die Jahrestagung der GTÜM dann passend ein Diskussionsforum zur „Leitlinie Tauchunfall“ und eine „Checkliste Tauchtauglichkeit“ auf der Agenda.

Peter Freitag

*Leitung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Druckkammerzentren*

Rhein-Main-Taunus GmbH

Schiersteiner Str. 42, 65187 Wiesbaden

Tel.: 0611 84727170

E-Mail: p.Freitag@hbo-rmt.de

Im Internet: www.hbo-rmt.de

Zum 1. Oktober 2014 hat die Internistin und Geriaterin **Petra Wagner** (Foto) als erste Chefärztin an den Main-Taunus-Kliniken die Leitung der Geriatrischen Klinik übernommen. Sie ist Nachfolgerin von **Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus-Peter Reetz**, der nach 25-jähriger Tätigkeit in der



© Kliniken des Main-Taunus-Kreises

Inneren Medizin und Geriatrie am Krankenhaus Hofheim in den Ruhestand tritt. Petra Wagner (46) ist bereits seit Juni als leitende Oberärztin der Geriatrie an den Kliniken tätig und baut ein Interdisziplinäres Sturz-Zentrum am Krankenhaus Bad Soden auf. Künftig leitet sie die Geriatrische Klinik an beiden Standorten. Zuvor war sie als leitende Oberärztin an der Asklepios Paulinen Klinik in Wiesbaden tätig. Als Fachärztin für Innere Medizin erwarb Petra Wagner die Zusatzbezeichnungen Klinische Geriatrie, Physikalische Therapie und Balneologie, Palliativmedizin und Notfallmedizin.

Der Ärztliche Direktor der Dill-Kliniken, Dillenburg, **Dr. med. Roger Agne**, sowie auch der Ärztliche Direktor des Klinikums Wetzlar-Braunfels, **PD Dr. med. Erich Lotterer**, sind in ihren Ämtern bestätigt worden. Stellvertreter am Standort Dillenburg ist Dr. med. Ralph Ruwoldt, Leiter der Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin.



Dr. med. Roger Agne

© Lahn-Dill-Kliniken GmbH

Am Klinikum Wetzlar-Braunfels wurde **Prof. Dr. med. Klaus Rauber**, Chefarzt der Diagnostischen und



PD Dr. med. Erich Lotterer

© Lahn-Dill-Kliniken GmbH

Interventionellen Radiologie, als Stellvertreter benannt. Die Ärztlichen Direktoren und ihre Stellvertreter sind für die Dauer von zwei Jahren gewählt.

(Quelle: Das Krankenhaus 6/2014)

Prof. Dr. med. Thomas Klingebiel (Foto), Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Frankfurt, ist einer der beiden Preisträger des Robert Pflieger-



Foto: privat

Forschungspreises 2014, dotiert mit 50.000 Euro. Zusammen mit **Prof. Dr. med. Rupert Handgretinger** (Kinderklinik der Universität Tübingen) erhält Klingebiel die Auszeichnung für die gemeinsamen Forschungen zur Immuntherapie pädiatrischer Krebserkrankungen und für die Entwicklung der haploidenten Stammzell-Transplantation bei Leukämien und malignen Lymphomen im Kindesalter. Die haploidente Stammzell-Transplantation ermöglicht es bei der akuten lymphoblastischen Leukämie (etwa 4,4 von 100.000 Kindern erkranken daran), dass auch die Eltern als Spender infrage kommen.

Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie (DGPRÄC) wählten die Klinik von Chefarzt **Prof. Dr. med. Henrik Menke** am Sana Klinikum Offenbach zur besten Weiterbildungsstätte Deutschlands im Jahr 2014 auf dem Gebiet der Plastischen, Ästhetischen und Handchirurgie. Die Auszeichnung wurde im Rahmen des diesjährigen Internationalen Jahreskongresses des DGPRÄC verliehen.

Prof. Dr. med. Volker Seifert (63), Ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie des Universitätsklinikums Frankfurt/M, wurde für die Amtsperiode

2014 bis 2016 zum neuen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. gewählt.

Dr. med. Joachim Wolf (Foto) ist neuer Chefarzt der Diagnostischen und Interventionellen Radiologie am Frankfurter Bürgerhospital.



© Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital gemeinnützige GmbH

Er tritt die Nachfolge von **Dr. med. Riccarda Hornstein** an. Wolf arbeitet seit 2012 als leitender Oberarzt der Radiologie und Abteilungsleiter des Teilbereichs Kernspintomographie am Bürgerhospital. Zuvor hatte der gebürtige Wormser am Universitätsklinikum Gießen seine Facharztausbildung absolviert und dort als Oberarzt gearbeitet, neben weiteren beruflichen Stationen. (Quelle: Frankfurter Neue Presse, 5.8.2014)

Prof. Dr. med. Matthias Kieslich, Leiter des Schwerpunktbereiches Neuropädiatrie, Neurometabolik und Prävention der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums



© Universitätsklinikum Frankfurt

Frankfurt, wurde als Vizepräsident der Gesellschaft für Neuropädiatrie im Amt bestätigt. Die Gesellschaft für Neuropädiatrie ist die deutschsprachige Fachgesellschaft der Kinder- und Jugendneurologie mit über 800 Mitgliedern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Der Vizepräsident ist gleichzeitig Sekretär für Deutschland. Seit dem Jahr 2003 gehört Kieslich dem erweiterten Vorstand der Gesellschaft an. Seit 2007 bekleidet er das Amt des Vizepräsidenten.

Einsendungen für die Rubrik bitte an:
isolde.asbeck@laekh.de

Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang

Literaturvorschläge

Ein Meister der Erinnerung, von den Kritikern gelobt, doch dem deutschen Publikum bis zur Verleihung des Literaturnobelpreises 2014 noch wenig vertraut: Patrick Modiano, 1945 geboren, ist eine Neu- oder Wiederentdeckung für alle Leser, die nicht nur die Obsession des französischen Autors für Paris teilen, sondern sich zugleich in seinen kunstvoll geschriebenen Romanen in die Vergangenheit entführen lassen wollen.

Verschlungene Sätze, wechselnde Zeiten, Orte und Identitäten. In seinem im Paris des Nationalsozialismus angesiedeltem Romandebüt „**La Place de l’Etoile**“ (1968) spielt Modiano – Sohn eines jüdischen Geschäftsmannes und einer flämischen Schauspielerin – mit jüdischen und antisemitischen Klischees. Raphael Schlemilovitch, Held und Ich-Erzähler, lässt in seiner fingierten Autobiographie die Lebensentwürfe der Juden im besetzten Frankreich Revue passieren.

Patrick Modiano: La Place de l’Etoile. Roman. Hanser Verlag



Die zerstörerische Kraft der Zeit, der auch die Jugend zum Opfer fällt, ist Gegenstand von Modianos heiter-melancholischem Roman „**Im Café der verlorenen**

Jugend“. Auf den Spuren einer geheimnisvollen jungen Frau wandern drei Ich-Erzähler – Ehemann, Detektiv und

Geliebter – in den 1960er Jahren durch die Straßen von Paris. Leidenschaft und Sehnsucht säumen ihre Wege.

Patrick Modiano: Im Café der verlorenen Jugend. Roman. Hanser Verlag

Gerade noch schien die kultivierte Welt begüterter Mittelstandspaare in Ordnung zu sein, da droht der dünne Firnis der Zivilisation auch schon zu zerreißen. So etwa, wenn das Ehepaar Toscano im Supermarkt über einen Käse derart in Rage gerät, dass die Beziehung zu wanken droht. Die zunächst wie aneinander gereiht anmutenden Geschichten in Yasmina Rezas Roman „**Glücklich die Glücklichen**“ sind tatsächlich inhaltlich miteinander verwoben. In ständigem Perspektivenwechsel offenbaren sich in dem mitreißend geschriebenen Buch der Französin Wut und Aggressionen, vereitelte Glückserwartungen aber auch Humor hinter den bürgerlichen Fassaden.

Yasmina Reza: Glücklich die Glücklichen. Roman. Hanser Verlag

„Ich habe mit diesem Buch versucht, einen literarischen Unterhaltungsroman zu schreiben, etwa in der Art einer britischen „Comedy Of Manners“, in der die Familienmitglieder aneinander geraten und den Sinn des Lebens in Frage stellen“, wird der finnische Autor Philip Teir zitiert. In seinem Roman „**Winterkrieg**“ erzählt er vom Alltag eines Ehepaars und seiner beiden erwachsenen Töchter, der auf den Moment des Umbruchs in der Familie zusteuert.

Philip Teir: Winterkrieg. Blessing Verlag

(moeh)

Noch mehr zum Lesen

Ross ist Musikkritiker des „New Yorker“. Über Wien, Berlin, Paris, USA und Russland führt die brillante und sachkundige Reise, mit der er die Strömungen in der Musik im 20. Jahrhundert beschreibt. Musik und historische Ereignisse werden in Beziehung gesetzt und erklärt. Faszinierend.

Alex Ross: The Rest is Noise, das 20. JH hören. Piper Verlag

Der Vorsommer des Ersten Weltkrieges. Eine Blütezeit von Musik, Literatur und Kunst. Ein atemberaubendes Buch über ein Schlüsseljahr, welches bis heute unsere Gegenwart mitbestimmt.

Florian Illies: 1913, der Sommer des Jahrhunderts. S. Fischer

Nach „Die Jahre der Entscheidungen“ 2002 und „Die Jahre der Erkenntnis“ 2008, vervollständigte Stach die Trilogie der Kafka Biographie. Faktenreich und gut lesbar. Ein Werk dieser Art fehlte noch zum Leben des überragenden Autors aus Prag. Faszinierende Bücher zum Lesen und Verschenken.

Reiner Stach Kafka, die frühen Jahre, S. Fischer Verlag 2014

(drex)

Für Kinder

1945 erschien „**Mumins lange Reise**“ in deutscher Sprache: Beginn einer langen Reihe von Werken rund um den kleinen Mumin-Troll, seine Familie und Freunde, die noch heute Kinder

durch Fantasie, Witz und Mitgefühl in ihren Bann ziehen. Illustriert wurden die Bücher von der finnlandschwedischen Autorin, Zeichnerin und Malerin Tove Jansson selbst: In „**Sturm im Mumintal**“ wird das Mumintal von einer Sturmflut überschwemmt, doch die Mumins und ihre Freunde können sich in ein schwimmendes Theater retten. Ein märchenhaftes Lesevergnügen!
Tove Jansson: Sturm im Mumintal, Arena Verlag

(moeh)

kannte Künstler des 16. Jahrhunderts wie Giulio Romano, Sebastiano del Piombo oder Taddeo Zuccari: Noch bis zum 11. Januar 2015 zeigt das Frankfurter Städelmuseum eine repräsentative Auswahl ihrer Werke aus seinen eigenen Beständen. In der Ausstellung „**Raffael bis Tizian. Italienische Zeichnungen aus dem Städel Museum**“ geben rund 90 Zeichnungen einen Einblick in die Vielfalt einer Epoche. (Im Internet unter www.staedelmuseum.de)

(moeh)

Ausstellungen

Ein Archäologe, der ein 5000 Jahre altes Samenkorn findet, jubelt. Die Größe einer Siedlung lässt sich anhand alter Feuerstellen bestimmen. Wie wurde Nahrung zubereitet? Was kann man aus Scherben folgern? Aus Pfeilspitzen und Steinwerkzeugen? Welche Waffen dienten der Jagd, welche der Verteidigung?

„**Vom Objekt zur Kulturgeschichte. Wie Archäologen arbeiten**“ ist der Titel der wunderbaren Ausstellung für Neugierige und ganze Familien, die das Institut für Archäologische Wissenschaften der Goethe Universität in Frankfurt bis 31. März 2015 im IG Farben-Haus (7. Stock), Grüneburgplatz 1 zeigt. Geöffnet ist die Ausstellung am letzten Sonntag im Monat von 11 bis 13 Uhr, sowie dienstags von 15 bis 18 Uhr. (Informationen im Internet unter <http://sammlungen.uni-frankfurt.de/ausstellungen>)

(drex)

Michelangelo, Raffael, Correggio oder Tizian, aber auch anonyme Meister des 15. Jahrhunderts und weniger be-

Musikempfehlungen und Entdeckungen auf CD

Philippe Jaroussky, Vivaldi Pietà – Sacred Works for Alto. Der Herausragende Counter-Tenor legt ein neues Album vor. Ausdrucksstärke, Gefühl, Reinheit der Stimme – ein Vergnügen!

HR Sinfonieorchester, Franz & Richard Strauss, Hornkonzerte mit dem Solo Hornisten des HR Orchesters.

Cecilia Bartoli, „**St Petersburg**“: In Archiven herausgegebenes Material aus der Blütezeit der Oper im 18. Jahrhundert. Kaum Gehörtes, aber unbedingt Hörenswertes meist unbekannter Komponisten.



(drex)

Oper, Konzert und Schauspiel

Ist das, was wir sehen Wirklichkeit, oder nur Ausdruck von Gefühlen? Verbirgt sich hinter dem finsternen und bitterkalten Wald, in dem sich Hänsel und Gretel verirren und von der Hexe gefangen genommen werden, nicht tatsächlich ein Seelendickicht? In der Oper Frankfurt wird am 6., 10., 22., 25. und 28. Dezember 2014 sowie am 2. Januar 2015 Engelbert Humperdincks Märchenspiel „**Hänsel und Gretel**“ aufgeführt.

(Informationen im Internet unter <http://www.oper-frankfurt.de>)

Der Prinz von Homburg, ein junger General in der Armee seines Ziehvaters, des Großen Kurfürsten, ist nach einem langen Feldzug erschöpft. Er schlafwandelt und bindet sich dabei einen Lorbeerkranz: So beginnt das Drama „**Prinz Friedrich von Homburg**“ von Heinrich von Kleist, das 1821 in Wien uraufgeführt wurde. Im Staatstheater Darmstadt steht das Stück am 6., 13. 19., 25. und 28. Dezember in den Kammerspielen auf dem Programm.

Eine vorweihnachtliche Einstimmung verspricht das „**Weihnachtskonzert**“ am 7. Dezember um 18 Uhr im Großen Haus des Staatstheaters mit Werken von Vivaldi, Saint-Saëns und Händel. (Informationen im Internet unter <http://www.staatstheater-darmstadt.de>)

(moeh)

Verbunden mit unseren – subjektiven – Kulturtipps wünschen wir Ihnen ein frohes, gesundes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch ins neue Jahr.

Dr. med. Siegmund Drexler
Katja Möhrle

„Verschlafen“ Sie nicht die ersten Anzeichen einer Parkinson-Erkrankung!

REM-Schlaf-Verhaltensstörung

Martina Krenzer, Trägerin des Promotionspreises der Landesärztekammer Hessen 2013

Die REM-Schlaf-Verhaltensstörung (rapid eye movement sleep behavior disorder, RBD) ist eine Schlafstörung, die im Wesentlichen durch das lebhaftes Ausagieren von Träumen im REM-Schlaf (Traumschlaf) gekennzeichnet ist. Zum ersten Mal wurde sie 1986 beschrieben; nach ihrem Entdecker ist sie auch als „Schenck-Syndrom“ bekannt [11]. Man geht davon aus, dass weniger als 0,5 Prozent der älteren Bevölkerung hiervon betroffen sind [8]. Es ist jedoch von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, weil den Betroffenen selbst oft die Symptome nicht bewusst sind oder sie zum Beispiel aus Scham keinen Arzt aufsuchen. Typischerweise sind es die Partner, die unter den unabsichtlichen, aber teilweise sehr aggressiven Verhaltensweisen während der Nacht leiden – in Form von Schlafmangel oder sogar körperlichen Verletzungen. Letztere können aber auch die Patienten selbst betreffen. Die gute Nachricht ist: Mit Clonazepam oder Melatonin können gute Erfolge erzielt werden [1]; in vielen Fällen genügt auch die kritische Überprüfung der aktuellen Medikation, da vor allem Antidepressiva eine RBD auslösen oder zu deren Verschlechterung beitragen können.

RBD als derzeit spezifischster Prädiktor für neurodegenerative Erkrankungen vom alpha-Synukleinopathie-Typ

Neben Geruchsempfindungsstörungen (Hyposmie), Obstipation und Depression zählt RBD zu den Symptomen neurodegenerativer Erkrankungen (der Parkinson-Erkrankung), die bereits im sogenannten prämotorischen Stadium, das heißt vor der eigentlichen Krankheit, auftreten. Während sich Obstipation, Riechstörungen und depres-

sive Störungen aufgrund ihrer Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung nur bedingt zur Vorhersage des späteren Auftretens einer neurodegenerativen Erkrankung eignen, ist RBD höchst spezifisch: Über 80 Prozent der Betroffenen entwickeln innerhalb von zehn bis 20 Jahren eine Parkinson-Erkrankung, Demenz mit Lewy-Körpern oder Multisystematrophie [4, 10]. Diese Patienten sind somit diejenigen, die in Zukunft von neuroprotektiven Therapien profitieren könnten, beziehungsweise für deren Studien in Frage kommen.

Ursachen der RBD

Die genauen Mechanismen, die einer RBD zugrunde liegen, sind noch nicht vollständig geklärt. Obwohl die RBD vor allem neurodegenerativen Erkrankungen vom Typ der alpha-Synukleinopathien vorausgeht und man dazu passend Lewy-Körper im Hirnstamm der Betroffenen gefunden hat, ist dieser Zusammenhang noch nicht eindeutig gesichert.

Unser Ansatz bestand daher darin, zunächst zu klären, wie es zur Atonie, das heißt der physiologischen Bewegungslosigkeit, im REM-Schlaf bei Gesunden kommt. Bereits in den 1960-Jahren wurde am Modell der Katze festgestellt, dass der REM-Schlaf und die damit verbundene Atonie über den Pons im Hirnstamm reguliert werde, was in weiteren Studien auf den sogenannten peri-Locus-coeruleus alpha eingegrenzt werden konnte [5, 9].

REM-Schlaf und Atonie im Mausmodell

Zunächst bestand die Aufgabe darin, das Äquivalent zum peri-Locus-coeruleus alpha in der Maus zu identifizieren. Zwar gibt es

hierfür sehr gute Atlanten, allerdings ist gerade der Hirnstamm der Maus in mancherlei Hinsicht noch ein „weißer Fleck auf der Landkarte“, was Eigenarbeit erforderte. Nachdem der sogenannte sublaterodorsale Nucleus identifiziert war, ging es an die eigentliche Arbeit.

Vorherige Studien am Rattenmodell, unter anderem durch meinen Betreuer, Professor MD PhD Jun Lu, ergaben Hinweise darauf, dass die motorischen Entäußerungen durch den Neurotransmitter Glutamat reguliert werden [2, 7]. Um dies genauer zu überprüfen, haben wir uns eines sogenannten Cre-lox-Modells bedient. Vereinfacht gesagt bedeutet dies, dass die DNA unserer Versuchstiere eine künstlich geschaffene Angriffsstelle für ein Enzym aufweist. Diese Angriffsstelle umgibt einen Teil des Gens, das für den vesikulären Glutamattransporter (Typ 2) kodiert. Injiziert man nun das passende Enzym über einen viralen Vektor, wird nur an der Injektionsstelle das entsprechende Protein, also der Glutamattransporter, nicht mehr synthetisiert. Diese Methode hat zwei wesentliche Vorteile: Ohne künstliches Hinzufügen des viralen Vektors als „Enzymträger“ verhalten sich die Tiere vollkommen normal und zeigen – weil das Gen intakt bleibt – keine Einschränkungen. Injiziert man jedoch den Vektor, wird nur an dieser Stelle im Gehirn der Glutamattransporter nicht mehr gebildet, sodass Glutamat nicht mehr in Vesikel verpackt und dementsprechend nicht mehr ausgeschüttet werden kann. Dies hat, vor allem gegenüber pharmakologischen Verfahren, den Vorteil, dass sowohl eine lokale als auch eine sehr spezifische Wirkung erzielt werden kann. Dies erlaubt in vielerlei Hinsicht präzisere Aussagen [6].

Schlaflabor für Mäuse

Die Mäuse, bei denen auf diese Weise die Ausschüttung von Glutamat im „REM-Schlaf-Regulationszentrum“ behindert wurde, erhielten nun eine polysomnographische Messung. Vom Prinzip her entspricht diese der Untersuchung beim Menschen: Nach einer Eingewöhnungszeit werden über 48 Stunden Hirnströme und Muskelaktivität registriert sowie die Bewegungen des Tiers über eine Kamera kontinuierlich aufgezeichnet. Hier zeigte sich Erstaunliches: Im REM-Schlaf kommt es immer wieder zu Muskelzuckungen, und häufig konnten wir auch wesentlich komplexeres Verhalten beobachten, wie zum Beispiel Sprünge oder einfache Formen der Fortbewegung. Weiterhin konnten wir zeigen, dass diese Mäuse insgesamt weniger Zeit im REM-Schlaf verbringen. Wir gehen daher davon aus, dass die Ausschüttung von Glutamat im sublaterodorsalen Nucleus entscheidend ist für die Aufrechterhaltung der Atonie und des REM-Schlafs selbst. In weiteren Schritten gelang es uns, durch sogenannte Tracinguntersuchungen einen neuronalen Pfad genauer zu charakterisieren, über den die Atonie im REM-Schlaf und die kortikale Aktivierung während dieses Schlafstadiums vermittelt werden.

Ausblick

Im Rahmen meiner Promotion habe ich am Mausmodell zeigen können, welche Strukturen und Mechanismen bei der RBD höchstwahrscheinlich betroffen sind. Die Befunde decken sich weitgehend mit jenen, die an anderen Spezies erhoben worden. Als Ärztin ist es mir besonders wichtig, dass die Ergebnisse langfristig den betroffenen Patienten nutzen. Bildgebende Studien sowie erste post-mortem-Studien zeigen, genau diese Region beim Menschen mit RBD (hier als „Coeruleus-Subcoeruleus-Komplex“ bezeichnet) auch degenerativ verändert ist [3, 4, 12, 13]. Im Rahmen von Studien arbeiten wir und andere Gruppen an Verfahren, mit denen diese Veränderungen beim noch weitestgehend beschwerdefreien Patienten erfasst werden können. Mittelfristiges Ziel ist es, genau diesen Patienten möglichst früh eine neuroprotektive Therapie anbieten zu können, um so im Idealfall die Progression zur manifesten neurodegenerativen Erkrankung zu verhindern.

Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei meinem Doktorvater, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang H. Oertel (Philipps-Universität Marburg)

und meinem Betreuer, Professor MD PhD Jun Lu (Harvard University, Boston, USA), bedanken, die mir die Arbeit an diesem spannenden Thema ermöglicht und mich weit über das übliche Maß hinaus unterstützt haben. Durch sie wurde meine Begeisterung für die neurowissenschaftliche Forschung geweckt und gefördert. Finanzielle Unterstützung für diese Arbeit erhielt ich durch die Studienstiftung des deutschen Volkes und den Boehringer-Ingelheim Fonds. Mein großer Dank gilt der Landesärztekammer Hessen, die mich mit dem Promotionspreis 2013 ausgezeichnet hat. Ich fühle mich geehrt und bin durch den Preis zusätzlich motiviert worden, mich der Forschung zu widmen.



Foto: Christel Müller

Korrespondenz- adresse:

Dr. med.

Martina Krenzer

E-Mail: krenzer@

med.uni-marburg.de

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

Herbert-Lewin-Preis: Forschungspreis zur Rolle der Ärzteschaft in der Zeit des Nationalsozialismus

Ausschreibung

Das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung schreiben nunmehr zum fünften Mal einen Preis für wissenschaftliche Arbeiten zu dem Thema „Aufarbeitung der Geschichte der Ärztinnen und Ärzte in der Zeit des Nationalsozialismus“ aus. Mit dem **Herbert-Lewin-Preis** sollen Arbeiten ausgezeichnet werden, die sich mit der Rolle der Ärzteschaft während der Zeit des Nationalsozialismus auseinandersetzen. Die Bundeszahnärztekammer wird zukünftig ebenfalls die Auslobung des Preises unterstützen.

Teilnehmerkreis

An der Ausschreibung können teilnehmen:

- Zahn-/Ärztinnen und Zahn-/Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Einzelpersonen
- Kooperationen oder Gemeinschaften von Zahn-/Ärztinnen und Zahn-/Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Studierende der Zahn- oder Humanmedizin
- an zahn- und humanmedizinischen Fakultäten oder medizinhistorischen Instituten tätige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler

Jeder Teilnehmer und jede Arbeitsgruppe kann sich mit je einer Arbeit bewerben.

Unterlagen

Die Arbeiten müssen in deutscher Sprache verfasst sein. Sie können sowohl in Papierform (in sechsfacher Ausfertigung) als auch in elektronischer Form abgegeben werden. Es werden nur Arbeiten berücksichtigt, die ab dem 1. Januar 2010 erstellt oder veröffentlicht wurden. Bereits bei vorangegangenen Ausschreibungen dieses Preises eingereichte Arbeiten können nicht erneut berücksichtigt werden. Alle abgegebenen Unterlagen und Arbeiten bleiben bei der Bundesärztekammer und werden nicht zurückgegeben.

Bewerbungsanschrift:

Bundesärztekammer, Hauptgeschäftsführung, Elke Böthin M.A.
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, E-Mail: elke.boethin@baek.de

Einsendeschluss: 18. Juni 2015

Literatur zum Beitrag

„Verschlafen“ Sie nicht die ersten Anzeichen einer Parkinson-Erkrankung!

REM-Schlaf-Verhaltensstörung

Martina Krenzer

(Hessisches Ärzteblatt 12/2014, Seite 724)

1. Aurora RN, Zak RS, Maganti RK, Auerbach SH, Casey KR, Chowdhuri S, Karippot A, Ramar K, Kristo DA, Morgenthaler TI (2010) Best practice guide for the treatment of REM sleep behavior disorder (RBD). *J Clin Sleep Med* 6:85–95
2. Boissard R, Gervasoni D, Schmidt MH, Barbagli B, Fort P, Luppi PH (2002) The rat pontomedullary network responsible for paradoxical sleep onset and maintenance: a combined microinjection and functional neuroanatomical study. *Eur J Neurosci* 16:1959–1973
3. Garcia-Lorenzo D, Longo-Dos Santos C, Ewarczyk C, Leu-Semenescu S, Gallea C, Quattrocchi G, Pita Lobo P, Poupon C, Benali H, Arnulf I, Vidailhet M, Lehericy S (2013) The coeruleus/subcoeruleus complex in rapid eye movement sleep behaviour disorders in Parkinson's disease. *Brain* 136:2120–2129
4. Iranzo A, Tolosa E, Gelpi E, Molinuevo JL, Valldeoriola F, Serradell M, Sanchez-Valle R, Vilaseca I, Lomena F, Vilas D, Llado A, Gaig C, Santamaria J (2013) Neurodegenerative disease status and post-mortem pathology in idiopathic rapid-eye-movement sleep behaviour disorder: an observational cohort study. *Lancet Neurol* 12:443–453
5. Jouviet M, Michel F (1959) [Electromyographic correlations of sleep in the chronic decorticate & mesencephalic cat]. *C R Seances Soc Biol Fil* 153:422–425
6. Krenzer M, Anaclet C, Vetrivelan R, Wang N, Vong L, Lowell BB, Fuller PM, Lu J (2011) Brainstem and spinal cord circuitry regulating REM sleep and muscle atonia. *PLoS One* 6:e24998
7. Lu J, Sherman D, Devor M, Saper CB (2006) A putative flip-flop switch for control of REM sleep. *Nature* 441:589–594
8. Ohayon MM, Schenck CH (2010) Violent behavior during sleep: prevalence, comorbidity and consequences. *Sleep Med* 11:941–946
9. Sakai K, Sastre JP, Salvert D, Touret M, Tohyama M, Jouviet M (1979) Tegmentoreticular projections with special reference to the muscular atonia during paradoxical sleep in the cat: an HRP study. *Brain Res* 176:233–254
10. Schenck CH, Boeve BF, Mahowald MW (2013) Delayed emergence of a parkinsonian disorder or dementia in 81% of older men initially diagnosed with idiopathic rapid eye movement sleep behavior disorder: a 16-year update on a previously reported series. *Sleep Med* 14:744–748
11. Schenck CH, Bundlie SR, Ettinger MG, Mahowald MW (1986) Chronic behavioral disorders of human REM sleep: a new category of parasomnia. *Sleep* 9:293–308
12. Scherfler C, Frauscher B, Schocke M, Iranzo A, Gschliesser V, Seppi K, Santamaria J, Tolosa E, Hogl B, Poewe W (2011) White and gray matter abnormalities in idiopathic rapid eye movement sleep behavior disorder: a diffusion-tensor imaging and voxel-based morphometry study. *Ann Neurol* 69:400–407
13. Unger MM, Belke M, Menzler K, Heverhagen JT, Keil B, Stiasny-Kolster K, Rosenow F, Diederich NJ, Mayer G, Moller JC, Oertel WH, Knake S (2010) Diffusion tensor imaging in idiopathic REM sleep behavior disorder reveals microstructural changes in the brainstem, substantia nigra, olfactory region, and other brain regions. *Sleep* 33:767–773

Medizinische Bedeutung der Gradierbauten

Vortrag anlässlich der Bad Nauheimer Gradierbautage 2014



Foto: Magistrat der Stadt Bad Nauheim

In Bad Nauheim gibt es insgesamt fünf Gradierbauten. Das Foto zeigt Gradierbau IV an der Schwalheimer Straße

In Deutschland leben drei bis fünf Millionen Menschen mit einer chronisch-obstruktiven Bronchitis, die sich durch Husten und Auswurf und im späteren Krankheitsverlauf mit Dyspnoe äußert und ein durch inhalative Noxen wie Rauchen, trockene Luft, aber auch klimatische Faktoren prodigentes Bild zeigt. Die Diagnose erfolgt im primärärztlichen Bereich mittels Arzt-Patienten-Gespräch, Untersuchung und Lungenfunktionsprüfung. Eine leitliniengerechte Therapie erfolgt durch die stadienabhängig Bronchialerweiterung, entzündungshemmende Präparate, Sauerstoff sowie Antibiotika bei bakteriellen Infektionen.

Beim Asthma bronchiale handelt es sich um eine entzündliche Erkrankung der Lunge mit anfallsweise auftretender Atemnot durch ein gesteigertes Reagieren der Bron-

chien, von der in unserer Bevölkerung fünf bis zehn Prozent der Menschen betroffen sind. Es ist eine allergische oder nichtallergische Entstehung möglich. Auch hier erfolgt die hausärztliche Abklärung und Diagnosenstellung mittels Arzt-Patienten-Gespräch, Untersuchung und Lungenfunktionsprüfung. Die Therapieoptionen reichen abhängig vom Schweregrad von der Bedarfstherapie mit rasch wirksamen bronchialerweiternden Medikamenten, über inhalative Cortisonpräparate bis langwirksamen bronchialerweiternden Medikamenten und systemischer Therapie.

Bei beiden Krankheitsbildern kommen als unterstützende Behandlungen Physiotherapie mit Atemtherapie, Patientenschulung und die Klimabehandlung, insbeson-

Da nicht allen betroffenen Patienten ein Klimawechsel ins Hochgebirge oder an die Meeresküsten möglich oder verträglich ist, kommt den Gradierwerken eine besondere Bedeutung zur Förderung der Gesundheit zu. Bei den Gradierwerken handelte es sich ursprünglich um Anlagen zur Salzgewinnung. Der Salzgehalt wird durch das Hindurchlaufen des Wassers über Reisig konzentriert und mögliche Verunreinigungen gefiltert. Hierdurch entsteht eine der Seeluft ähnliche salzhaltige Luft. Aus diesem Grund finden sich die Gradierbauten in Kurorten zur Gesundheitsförderung und zu Kurzwecken.

Analog zur Seeluft sind positive Aspekte bei Atemwegserkrankungen zu erheben. Durch die Befeuchtung der Atemwege

dere im Nordsee- oder Hochgebirgsklima, in Frage. Bei der klimatologischen Behandlung spielt das Reizklima mit der Distanzierung von Allergenen und der hierdurch erhöhten Luftreinheit, die Ausschaltung möglicher beruflicher Faktoren und auch die mögliche psychische Beeinflussung eine besondere Rolle.

Das Seeklima zeichnet sich durch erhöhte Luftreinheit mit einer hohen Abkühlgröße mit niedrigen Lufttemperaturen und Wind sowie die Aerosole des Meerwassers aus.

wird die Abtrocknung dieser während der Atmung verringert. Es kommt zur Sekretlösung mit reinigender Wirkung durch einen osmotischen Reiz mit Lockerung des Schleimes. Es entsteht ein entzündungshemmender und abschwellender Effekt und die Prävention gegen Erkältungskrankheiten spielt in diesem Kontext eine Rolle. Außerdem ist ein möglicher psychischer tonisierender Effekt zu diskutieren. Die Sole ist als klassisches Naturheilverfahren zu werten, weil diese als die Verwendung „echter“ oder naturbelassener

Wirkfaktoren wie Licht, Luft, Wasser, Pflanzen, sowie klimatischer Verfahren definiert ist.

Die Nutzung der Gradierbauten stellt zusammenfassend in der primärärztlichen Versorgung ein wertvolles unterstützendes naturheilkundliches Verfahren dar, das sich im Falle räumlicher Nähe durch seine nahe Verfügbarkeit für den Patienten auszeichnet sowie eine kostengünstige und barrierefreie Möglichkeit der Gesundheitsbildung bietet, die mit anderen physikalischen Maßnahmen kombinierbar ist und sich

durch den Vorteil des Wegfall möglicher unerwünschter Effekte des Reizklimas, wie zum Beispiel das der Nordsee hervorhebt.



**Korrespondenz-
adresse:**

Dr. med.

Alexander H. Jakob

Frankfurter Straße 111

61231 Bad Nauheim

E-Mail:

drjakob@gmx.de

Bescheid wissen über Prostatakrebs

Ärzte aus Marburg und Münster haben eine Computer-gestützte Entscheidungshilfe zur Früherkennung von Prostatakrebs entwickelt, teilte die Philipps-Universität Marburg mit. Allgemeinmediziner der Universität haben hierfür ein Computerprogramm erstellt, das derzeit in hausärztlichen Praxen der Region Marburg erprobt wird. Die Deutsche Krebshilfe fördert das Vorhaben mit insgesamt über zwei Millionen Euro; davon fließen 420.000 Euro an die Philipps-Universität.

Ziel des Projektes ist, die Datenlage und die Informationsmöglichkeiten zum viel diskutierten PSA-Test zu verbessern. Dabei handelt es sich um einen Bluttest zur Früherkennung von Prostatakrebs (PSA: prostataspezifisches Antigen). „Die Sterblichkeit am Prostatakarzinom kann durch den PSA-Test zwar gesenkt werden“, erläuterte der Allgemeinmediziner Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff von der Philipps-Universität, der das Marburger Teilprojekt leitet: „Es werden dadurch aber auch Tumore diagnostiziert, deren Nichtentdeckung und Nichtbehandlung den betroffenen Männern nicht geschadet hätten.“

Wie der Hochschullehrer darlegt, reicht der PSA-Test alleine nicht zur Diagnose;

ist der PSA-Wert erhöht, müsse unter anderem mit einer Gewebentnahme aus der Prostata weiter abgeklärt werden, ob eine bösartige Erkrankung vorliegt oder nicht. Die Behandlung habe häufig belastende Nebenwirkungen.

Die computergestützte Entscheidungshilfe der Marburger Allgemeinmediziner dient dazu, Männer umfassend über den PSA-Test und seine Konsequenzen zu informieren. Das Programm orientiert sich an „arriba“, einer Beratungs-Software zur Vermeidung von Herzinfarkten und Schlaganfällen. „Das persönliche Risiko und die Wirkung von Maßnahmen wie Medikamenteneinnahme oder Verhaltensänderungen werden mit anschaulichen Grafiken so dargestellt, dass die Patienten sich eine eigene Meinung bilden können“, sagt Donner-Banzhoff. „Arzt und Patient können damit gemeinsam eine Entscheidung treffen.“ Die Beratung sei ergebnisoffen, betont der Mediziner: Es gehe nicht darum, Männer zu einer bestimmten Maßnahme zu überreden.

Derzeit wird die neue Beratungs-Software zum PSA-Test in hausärztlichen Praxen der Region Marburg erprobt. Männer in der Altersgruppe von 55 bis 69 Jahren

können damit eine gut fundierte Entscheidung treffen, ob sie den Test durchführen lassen oder nicht. Die Beratungen werden teilweise mit der neuen Software, teilweise in herkömmlicher Weise durchgeführt. Um beide Vorgehensweisen vergleichen zu können, sollen die Patienten eine Einschätzung dazu abgeben, wie zufrieden sie mit der Beratung sind. In einer späteren Projektphase sollen 3000 Patienten in 100 Praxen der Region Münster beraten und um Rückmeldung gebeten werden. An dem Gesamtvorhaben beteiligen sich neben der Klinik für Urologie der Universität Münster und der Marburger Allgemeinmedizin auch Epidemiologen, Statistiker, Labormediziner und verschiedene ärztliche Organisationen.

Johannes Scholten

Pressestelle Philipps-Universität Marburg

Weitere Informationen:

Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff

Abteilung für Allgemeinmedizin

Präventive und Rehabilitative Medizin

Tel.: 06421 28-65119

E-Mail: Norbert@staff.uni-marburg.de

Hinweis auf knöchernerne und dentogingivale Begleitverletzungen

Zum CME-Beitrag
„Plastisch-chirurgische Prinzipien in der Akutversorgung von Bissverletzungen im Gesicht“

von Dominik K. Boliglowa, Thomas Pierson, Andreas Gröger, Henrik Menke im Hessischen Ärzteblatt 10/2014

Die Notwendigkeit der plastisch-chirurgischen Expertise ist ausdrücklich zu unterstreichen. Allerdings beschränkt sich der Beitrag hier ausschließlich auf Hundebissverletzungen, die nur einen Teil aller Bissverletzungen ausmachen. Es fehlt bei allen gezeigten Kasuistiken allerdings der Hin-

weis auf knöchernerne und dentogingivale Begleitverletzungen, die zumindest im Fall der 17-jährigen Patientin angenommen werden mussten. Daher gehören solche Verletzungen aus meiner Sicht zunächst in die Hände eines erfahrenen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen.

*Dr.med. Dr.med. dent. Martin Trinder
M.B.CH.B. (Univ. Pretoria/RSA),
M.Sc. Implantologie (Donau-Univ./Krems)
Facharzt für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie, Notfallmedizin
Hainer Weg 24
60599 Frankfurt a.M.*

Antwort:

Wir bedanken uns für den Hinweis von Herrn Kollegen Trinder auch auf knöchernerne oder dentogingivale Begleitverletzungen im Rahmen von Bissverletzungen des Gesichtes. Die eigenen Erfahrungen, auch anhand der hier vorgestellten Fälle stehen in Übereinstimmung zu den Ergebnissen der Literatur. Demnach sind die genannten Folgen einer Bissverletzung im Gesichtsbereich extrem selten und kamen im eigenen Krankengut nicht vor.

Ein amerikanische retrospektive Studie an über 1200 Kindern mit Bissverletzungen im Gesicht zeigte, dass nur bei 1,4 % Gesichtsfrakturen vorhanden waren. Auch in anderen Literaturhinweisen ist die Inzidenz der Ereignisse in ähnlicher Weise sehr niedrig.

Selbstverständlich muss im Rahmen derartiger Bissverletzungen im Gesichtsbereich auf mögliche knöchernerne oder dentogingivale Begleitverletzungen geachtet werden und gegebenenfalls eine MKG-Versorgung erfolgen. Dies ist auch im Sana Klinikum Offenbach gewährleistet.

*Prof. Dr. med. Henrik Menke
Chefarzt, Klinik für Plastische,
Ästhetische und Handchirurgie
Zentrum für Schwerbrandverletzte
Sana Klinikum Offenbach*

Prof. Dr. med. Henrik Menke
Chefarzt, Klinik für Plastische,
Ästhetische und Handchirurgie
Zentrum für Schwerbrandverletzte
Sana Klinikum Offenbach



Soziale Hilfe in der vernetzen Welt Kinderhilfe-grenzenlos e.V.

Im Februar 2010 hatte die Ärztin Angelika Schultze aus Fulda im Hessischen Ärzteblatt über ihren humanitären Einsatz für die „Müllbergkinder in Manila“ berichtet. Mittlerweile ist aus ihrem Engagement ein gemeinnütziger Verein entstanden: Die „Kinderhilfe-grenzenlos e.V.“, gegründet im Januar 2012. Getreu des Leitspruchs

von Albert Schweitzer „Ehrfurcht vor dem Leben“ setzen sich derzeit drei Mediziner, eine Bankkauffrau, eine Konstrukteurin und zwei Studenten für benachteiligte Kinder aus Ländern der so genannten Dritten Welt ein und bitten dafür um Unterstützung.

Auf der Homepage www.kinderhilfe-grenzenlos.de wird ein Ausschnitt des vielfältigen Engagements vorgestellt. Im Oktober 2014 war ein Arzt

erneut für die Kinder in Manila im Einsatz, ein anderer Kinderarzt arbeitete in Afrika/Malawi. Der diesjährige Hilfsgüter-Medikamenten-Transport für die behinderten Kinder der Mutter-Teresa-Schwwestern in Manila sowie für die Taifun-Opfer auf Southern-Leyte (Philippinen) sei gerade auf dem Weg, teilt Angelika Schultze mit. „2015 wollen wir uns der hiesigen Flüchtlingsproblematik annehmen. Unser Hauptanliegen ist aber, Patenschaften zwischen Krankenhäusern, Schulen oder Kindergärten zu vermitteln.“ (asb)

Wer die „Kinderhilfe-grenzenlos“ unterstützen möchte, auch durch aktive Mitarbeit, kann direkt Kontakt aufnehmen
Dr. med. Angelika Schultze, Telefon (0661) 95250 900
E-Mail: kinderhilfe-grenzenlos@t-online.de

Spendenkonto:
Sparkasse Fulda, IBAN: DE 58 5305 0180 0000 006633, BIC: HELADEF1FDS

Modernes Bauwerk für Uni-Klinik Frankfurt

Am Universitätsklinikum Frankfurt erfolgte Mitte Oktober die Übergabe der sanierten Sockelgeschosse von Haus 23 (Haupthaus). Damit ist der erste der beiden Bauabschnitte „Krankenversorgung“ erfolgreich beendet. Mit einem Volumen von rund 356,5 Millionen Euro handelt es sich um eines der größten Bauprojekte des Landes Hessen im Hochschulbereich. Die Finanzierung erfolgte aus Mitteln des Hochschulinvestitionsprogramms Heureka. Direkt angeschlossen an das modernisierte Haupthaus wird die bauliche Konzentration hin zum Campuszentrum nun im zweiten Bauabschnitt fortgesetzt. (Quelle: *Pressestelle Universitätsklinikum Frankfurt*)

Hausärzte auf dem Land: Existenzgründungen im Aufwind

Der Anteil der Existenzgründungen von Hausärzten in ländlichen Regionen hat sich innerhalb von zwei Jahren annähernd verdoppelt. Dennoch bleibt die Versorgungssituation auf dem Land angespannt. Das geht aus einer Existenzgründungsanalyse für Hausärzte hervor – erarbeitet von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) gemeinsam mit dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI). Auch der Anteil der Hausärzte, die sich in einer Einzelpraxis niederlassen, steige demnach kontinuierlich an. 2012/2013 habe sich mehr als jeder zehnte Hausarzt (11,5 Prozent) in einer Region mit weniger als 5000 Einwohnern niedergelassen. Damit hat sich der Wert laut Studie seit 2010/2011 nahezu verdoppelt. Dessen ungeachtet bleibe die Versorgungssituation in ländlichen Regionen problematisch, hieß es. Nach wie vor ließen sich insgesamt zu wenige Hausärzte nieder. So liege ihr Anteil

unter den Existenzgründern bei 26,6 Prozent, unter den Vertragsärzten jedoch bei 44,2 Prozent. (Quelle: *Deutsche Apotheker- und Ärztebank*, Link zur Studie: <https://www.apobank.de/ueber-uns/presse/pressemitteilungen/141021.html>)

Eine Million Euro für neues Forschungskolleg in der Krebsmedizin

Die Else-Kröner-Fresenius-Stiftung fördert das Frankfurter Forschungskolleg „Zielgerichtete Therapiestrategien in der Onkologie (Targeted Therapies): von den molekularen Grundlagen zur klinischen Anwendung“ am Universitären Centrum für Tumorerkrankungen (UCT). Damit sollen junge Ärztinnen und Ärzte in der Krebsforschung besonders unterstützt werden. Ziel des Forschungskollegs ist es, innovative Krebstherapien zu entwickeln, die Schlüssel-eigenschaften maligner Tumoren adressieren. Das Fördervolumen beträgt maximal eine Million Euro für drei Jahre. (Quelle: *Wissen wird Gesundheit, das Magazin des Universitätsklinikums Frankfurt 2/2014*)

Tipps für Ärzte auf der Datenautobahn

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat die Handreichung „Ärzte und soziale Medien“ veröffentlicht. In zehn Fallbeispielen werden mögliche Probleme und Lösungen praxisnah aufgezeigt. Wie anonymisiere ich Informationen so, dass die ärztliche Schweigepflicht gewahrt bleibt? Was muss ich in Bezug auf Datenschutz und Datensicherheit beachten? Wo verläuft die Grenze zwischen allgemeiner Gesundheitsaussage und unerlaubter Fernbehandlung? Sowohl auf der Homepage der BÄK (Link: [\[zialen_medien.pdf\]\(http://www.baek.de/downloads/aerzte_in_sozialen_medien.pdf\)\) als auch über die Internet-Seiten der Landesärztekammer Hessen ist die Broschüre abrufbar \(Link: <http://www.laekh.de/index-b-776-8692.html>\).](http://www.baek.de/downloads/aerzte_in_so-</p></div><div data-bbox=)

Bürgerinstitut Frankfurt mit Springer Medizin CharityAward ausgezeichnet

Zum sechsten Mal hat Springer Medizin mit dem CharityAward ehrenamtliches Engagement im Gesundheitswesen in Deutschland ausgezeichnet. Das Bürgerinstitut Frankfurt e.V. belegte mit seinem HILDA-Mobil Platz 3. Mittels einer mobilen Beratungsstelle begleiten Ehrenamtliche Demenzzranke und deren Angehörige, die in abgelegenen Stadtteilen Frankfurts leben. Platz 1 erreichte eine Kölner Arbeitsgemeinschaft für ihre mobile Arztpraxis für Wohnungslose. Auf Platz 2 kam das Diakoniehilfswerk Hamburg mit seinem Projekt AnDOCKen für Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus. Alle drei Preisträger erhielten je nach Platzierung einen Barscheck und ein Medienpaket von Sponsoren, außerdem eine maßgeschneiderte mediale Unterstützung für gezielte Öffentlichkeitsarbeit.

Neue Filmreihe: Organspende im Klinikalltag

Eine neue Filmreihe „Organspende – Engagement und Profession“, herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, erklärt Schritt für Schritt den Organspende- und Transplantationsprozess. Im geschützten Login-Bereich für Transplantationsbeauftragte stehen die DVDs unter <http://www.organspende-info.de/login> zum Download bereit. Die sieben-teilige Dokumentation richtet sich an Transplantationsbeauftragte, Ärzte, Ärztinnen und Pflegekräfte in Kliniken. (asb)

Gesundheitsbildung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

70 Ärztinnen der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF) bieten deutschlandweit jedes Jahr in über 7000 Ärztinneninformationsstunden ca. 115.000 Schülerinnen und Schülern – davon in Hessen ca. 450 mit 7500 TeilnehmerInnen – sach- und altersgerechte Gesundheitsbildung mit dem Schwerpunkt sexuelle Gesundheit. Unter dem Motto, den eigenen Körper mit seinen Fähigkeiten und Bedürfnissen kennen, schätzen und schützen lernen, gehen die Ärztinnen in Schulen und beantworten dort die aktuellen Fragen der SchülerInnen.

Thematische Schwerpunkte der ÄGGF Veranstaltungen sind u.a.:

- körperliche und seelische Veränderungen in der Adoleszenz, Körperakzeptanz
- Fruchtbarkeit, Zeugung, Schwangerschaft und Geburt, Empfängnisverhütung
- Jugendliche Sexualität, selbstbestimmte Sexualität und sexuelle Orientierungen
- Alkohol- und Nikotinkonsum, besonders auch Folgen für das Ungeborene (FASD)
- Jugendgesundheitsuntersuchungen J1 und J2, Impfungen (z.B. Hepatitis B, Mumps, HPV)
- Sexuell übertragbare Infektionen

Typische Fragen der SchülerInnen sind zum Beispiel: „Was passiert eigentlich in der Pubertät?“, „Kann man schon beim ersten Mal schwanger werden?“ oder „Was passiert beim Frauenarzt?“

Der Schwerpunkt der sozialkompensatorischen und für die Schulen möglichst kostenfreien ÄGGF-Arbeit liegt in Förder-, Haupt- und Gesamtschulen, um besonders die Jugendlichen zu erreichen, die nicht von sich aus die Angebote unseres Gesundheitswesens wahrnehmen. Zur Aufrechterhaltung des aktuellen Engagements benötigt die gemeinnützige ÄGGF weitere Förderer und Spenden. Unter www.aeggf.de erfahren Sie mehr über das Engagement und wie Sie unterstützen können.

Dr. med. Heike Kramer

Vorstand Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF)

Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V.

Bank für Sozialwirtschaft

Bankleitzahl 25120510

Spendenkonto 00 4433 2211

IBAN DE13 2512 0510 0044 3322 11

DE42 3701 0050 0165 9585 06



Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten

Telefonsprechstunde mit Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Sie haben Vorschläge, Lob oder Kritik? Wie kann sich die Landesärztekammer noch besser für Sie und Ihre Anliegen engagieren? Die „Telefonsprechstunde“ bietet Ihnen die Möglichkeit, direkt mit Kammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach Kontakt aufzunehmen.

Der Präsident der Landesärztekammer wird an folgenden Terminen, jeweils von 19 bis 20 Uhr, unter der Telefonnummer (069) 97672-777 für Sie erreichbar sein:

- Dienstag, 2. Dezember 2014
- Dienstag, 13. Januar 2015
- Dienstag, 3. Februar 2015
- Dienstag, 3. März 2015

© Wolfgang Willmat

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Sabine Schinke, Pohlheim, am 26. Januar 2015.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Sigrid Webster, Rodgau, am 27. Januar 2015.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Rainer Meysing, Edermünde, am 13. Januar 2015.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Wir gratulieren den Kolleginnen und Kollegen zu ihrem Geburtstag und wünschen ihnen für das kommende Lebensjahr alles Gute.

Wir gedenken der Verstorbenen

Med.Dir. a. D. Dr. med. Peter Abshagen, Haina
* 28.1.1919 † 24.1.2014

Norbert Arold, Göttingen
* 28.4.1956 † 17.9.2014

Dr. med. Resa Askari-Motlagh, Dipperz
* 21.9.1936 † 26.3.2014

Dr. med. Harald Bethke, Kassel
* 25.5.1917 † 30.5.2014

Professor Dr. med. Dr. sc.med. Hermann Buhl, Dresden
* 31.10.1935 † 22.3.2014

Professor Dr. med. Rolf Heinecker, Kassel
* 26.3.1922 † 3.9.2014

Dr. med. Klaus Klempel, Wettenberg
* 22.4.1938 † 9.9.2014

Obermedizinalrätin i.R. Dr. med. Dieten Kührt, Bad Nauheim
* 15.9.1926 † 15.8.2013

Dr. med. Henning Löhr, Rüsselsheim
* 19.7.1942 † 24.9.2014

Dr. med. Walter Rusche, Frankfurt
* 11.10.1934 † 15.9.2014

Dr. med. Huschang Sadighi, Hofheim
* 8.2.1938 † 4.10.2014

Prof. Dr. med. Hans Gerd Schiefer, Biebertal
* 17.12.1935 † 11.10.2014

Dr. med. Ali-Akbar Schirmohammadi, Breidenbach
* 22.4.1935 † 7.2.2014

Kai-Peter Schmitz, Wiesbaden
* 30.10.1966 † 18.9.2014

Dr. med. Lars Endrik Sievert, Mossautal
* 17.6.1958 † 24.9.2014

Ehrungen MFA / Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum **zehn- und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:**

Beate Romeis, tätig bei Dr. med. M. Freiherr von Rosen, Gersfeld;

Jana Nehring, tätig bei Dr. med. J. Hempel, Dr. med. M. Hempel, Dr. med. M. Hempel, Dr. med. M. Hempel und Dr. med. U. Hempel, Wiesbaden;

Daniela Schröder, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. M. Sianidou und E. Bredow, vormals Praxis Dres. med. R. und W. Stumpf, Borken;

Esther Beisheim, seit 17 Jahren tätig bei Dr. med. M. Sianidou und E. Bredow, vormals Praxis Dres. med. R. und W. Stumpf, Borken;

Marion Kleinmann, seit 12 Jahren tätig bei Dr. med. M. Sianidou und E. Bredow, vormals Praxis Dres. med. R. und W. Stumpf, Borken;

Marion Scheld, seit 24 Jahren tätig bei Dr. med. J. Hempel, Dr. med. M. Hempel, Dr. med. M. Hempel, Dr. med. M. Hempel und Dr. med. U. Hempel, Wiesbaden;

Stefanie Schmidt, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. J. Hempel, Dr. med. M. Hempel, Dr. med. M. Hempel, Dr. med. M. Hempel und Dr. med. U. Hempel, Wiesbaden;

Maria Saraniti-Pirello, seit 14 Jahren tätig bei Dr. med. J. Hempel, Dr. med. M. Hempel, Dr. med. M. Hempel, Dr. med. M. Hempel und Dr. med. U. Hempel, Wiesbaden.

Zum **25- und mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir:

Heidi Erb, tätig bei Dr. med. D. Pohlmann und B. Koll, Fulda;

Tanja Engelmann, tätig bei Dr. med. J. Hempel, Dr. med. M. Hempel, Dr. med. M. Hempel, Dr. med. M. Hempel und Dr. med. U. Hempel, Wiesbaden;

Maria Rueda, seit 37 Jahren tätig bei Dr. med. J. Hempel, Dr. med. M. Hempel, Dr. med. M. Hempel, Dr. med. M. Hempel und Dr. med. U. Hempel, Wiesbaden;

Patricia Karp, seit 37 Jahren tätig bei Dr. med. J. Hempel, Dr. med. M. Hempel, Dr. med. M. Hempel, Dr. med. M. Hempel und Dr. med. U. Hempel, Wiesbaden;

Martina Günther, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. M. Köberich und Dr. med. V. Köberich, vormals Praxis Dr. med. M. Köberich, vormals Praxis Dr. med. W. Köberich, Frankfurt;

und zum **40-jährigen Berufsjubiläum:**

Gabriele Dornbusch, tätig bei Dr. med. B. Bechstein und

Dr. med. F. Freise, Offenbach, vormals in verschiedenen Praxen.

Wir gratulieren der Helferin zum **25-jährigen Berufsjubiläum:**

Maria Dörfler, tätig bei Dr. med. W. Weiler, Offenbach.

Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen „**Ergebnisse der externen Qualitätssicherung in der stationären Versorgung ambulant erworbener Pneumonien in Hessen 2012**“ in der Juli-Ausgabe 2014, Seite 384 ff.

Frage 1	4	Frage 6	4
Frage 2	3	Frage 7	4
Frage 3	2	Frage 8	4
Frage 4	4	Frage 9	2
Frage 5	2	Frage 10	4

Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen zum CME-Beitrag „**Das Complex regional pain syndrom (CRPS, Morbus Sudeck)**“ in der September-Ausgabe 2014, Seite 499 ff:

Frage 1	1	Frage 6	3
Frage 2	3	Frage 7	1
Frage 3	4	Frage 8	1
Frage 4	1	Frage 9	2
Frage 5	2	Frage 10	2

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und werden hiermit für ungültig erklärt:

Arztausweis-Nr. 060034686 ausgestellt am 5.8.2014 für Irina Benninger, Heusenstamm

Arztausweis-Nr. 060016038 ausgestellt am 9.3.2010 für Dr. med. Juliane Blazek, Aßlar

Arztausweis-Nr. 060028249 ausgestellt am 19.12.2012 für Dr. med. Nguyen Göls, Offenbach

Arztausweis-Nr. 060015577 ausgestellt am 1.2.2010 für Anneliese Horz, Braunfels

Arztausweis-Nr. 060032166 ausgestellt am 15.1.2014 für Dr. med. Christoph Kacker, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060034469 ausgestellt am 22.7.2014 für Olga Krez, Erzhausen

Arztausweis-Nr. 060024160 ausgestellt am 17.1.2012 für Dr. med. Christoph Lehnhardt, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060030799 ausgestellt am 14.8.2013 für Prof. Dr. med. Gottfried Lemperele, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060022242 ausgestellt am 14.9.2011 für Jörg Lüders-Heckmann, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060031632 ausgestellt am 13.11.2013 für Dr. med. univ. Friedrich Meissner, Ober-Flörsheim

Arztausweis-Nr. 060015043 ausgestellt am 21.12.2009 für Dr. med. Walter Müller, Oestrich-Winkel

Arztausweis-Nr. 060019506 ausgestellt am 6.1.2011 für Fraidoon Nazemi, Rodgau

Arztausweis-Nr. 060032788 ausgestellt am 3.3.2014 für Dr. med. dent. Annegret Neraal, Marburg

Arztausweis-Nr. 060021150 ausgestellt am 10.6.2011 für Dr. med. Jochen Peter, Mainz-Kostheim

Arztausweis-Nr. 060028907 ausgestellt am 13.2.2013 für Susanne Schmidt, Wetzlar

Arztausweis-Nr. 060032095 ausgestellt am 9.1.2014 für Christina Stabik-Huland, Eltville

Arztausweis-Nr. 060017558 ausgestellt am 20.7.2010 für Dr. med. Christina Wiesenbach, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060031043 ausgestellt am 9.9.2013 für Asli Yilmaz-Dükel, Rüsselsheim

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e.V.

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

Sonntag, 30. November 2014, 11 Uhr

in der

**Landes Zahnärztekammer Hessen
Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt am Main**

eine

AUTORENLESUNG – Matinee –



Barbara Salesch

Ich liebe die Anfänge! Von der Lust auf Veränderung

(S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt a. M. 2014)
Erschienen bei FISCHER Krüger

Juristin, Fernsehrichterin, Künstlerin – das sind die drei Leben der Autorin. Mit Offenheit und viel Humor schildert sie ihr erstes Leben als Staatsanwältin und als Vorsitzende Richterin am Landgericht Hamburg. Ein Schwerpunkt ihrer Aufgaben war die Rauschgiftkriminalität. Die Juristin hatte Sport und Kriminologie studiert.

Das zweite Leben startete sie 1999 bei SAT.1, zunächst mit echten, zivilrechtlichen Streitfällen. Es folgte von 2000 bis 2012 die Gerichtsserie mit gestellten Verhandlungen.

In ihrer Freizeit sammelte sie Kunst, malte und arbeitete als Bildhauerin. Diese Leidenschaft wurde der Inhalt ihres dritten Lebens, das sie mit einem Kunststudium in Bad Reichenhall und eigenen Werken in ihrer Galerie ausfüllt. Ein umgebautes Feuerwehrauto dient zum Transport der großräumigen Werke.

Mitreißend und überzeugend erzählt Barbara Salesch, warum Veränderungen uns weiterbringen und unser Leben bereichern, und dass es für Veränderungen nie zu spät ist.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt a. M.
Tel.: 069 766350, Fax: 069 766350
www.bad-nauheimer-gespraech.de
E-Mail: info@bad-nauheimer-gespraech.de



Werden auch Sie zum Helfer.

„Es ist schön zu erfahren, dass man den Menschen als Arzt direkt und effektiv helfen kann.“

Oliver Ostermeyer

German Doctors e.V.
Löbestr. 1a | 53173 Bonn
Telefon +49 (0)228 387597-0
info@german-doctors.de
www.german-doctors.de

Spendenkonto
IBAN
DE12 5206 0410 0004 8888 80
BIC
GENODEF1EK1



Aufstiegsfortbildung Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung

Prüfungstermine 2015

Teilprüfung	Anmeldeschluss
12.02.2015	22.01.2015
09.04.2015	19.03.2015
10.09.2015	20.08.2015
Abschlussprüfungen	
26.03.2015 – 28.03.2015	05.03.2015
03.09.2015 – 05.09.2015	13.08.2015
12.11.2015 – 14.11.2015	22.10.2015

Wichtig: Änderung im Ausschreibungsverfahren

Ab 1. Juli 2014 hat sich das Ausschreibungsverfahren für die freien Arzt- und Psychotherapeutenplätze geändert. Sie finden diese nicht mehr im Hessischen Ärzteblatt, sondern ausschließlich auf der Homepage der KV Hessen unter www.kvhessen.de



Die redaktionellen Artikel und ärztlichen Rubrikanzeigen finden Sie ca. 1 Woche vor Erscheinen des Heftes auch im Internet unter www.aerzteblatt-hessen.de!

Bücher

Überleben ist nicht genug

von Reinhard Brunkhorst



Leben ist ein fragiles Gebilde, für viele Menschen ein oftmals schwieriger Balanceakt zwischen Gesundheit und Krankheit. Die wichtigsten, aber natürlich nicht alleinigen Begleiter und Helfer, Krankheiten zu überwinden, sind Ärzte. Sie müssen sich zwischen der täglichen Routine einen immer neuen und persönlichen Blick auf den Patienten und seine Angehörigen bewahren, denn „Überleben ist nicht genug“.

So hat der Internist und Nephrologe Prof. Dr. med. Reinhard Brunkhorst sein Buch übertitelt, in dem er in zwölf Geschichten nachspürt, was das Vertrauen zwischen Arzt und Patient ausmacht – mit dem Ziel, die Krankheit zu besiegen, aber manchmal auch angesichts des Scheiterns. Der Klinikdirektor aus Hannover nimmt feinsinnig und humorvoll die Eigenheiten seiner Protagonisten in den Blick. Bei seinen Gradwanderungen zwischen Leben und Tod auf der Intensivstation erzählt er beispielweise von einem älteren Ehepaar, bei dem sich medizinisch und ethisch die Frage nach einer Lebendnieren-Transplantation stellt.

Nie überheblich sondern partnerschaftlich beschreibt Brunkhorst (Jahrgang 1953) außerdem Schwächen seiner Mitmenschen wie Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Er betont die Teamarbeit zwischen Ärzten, Pflegekräften und Patienten in seiner spannenden Geschichte über die Bekämpfung der EHEC-Epidemie im Jahr 2011.

Eher als Randbemerkungen fallen auch kritische Seitenhiebe auf das deutsche Gesundheitssystem, das Ärzte zunehmend in ein Korsett aus wirtschaftlichen Gewinnen zwingt. Wichtigen Themen am Lebensende wie Sterbebegleitung und Patientenverfügung begegnet er ebenfalls mit seinen literarisch kunstvollen und zugleich unterhaltsamen Erzählungen.

Isolde Asbeck

Reinhard Brunkhorst:
Überleben ist nicht genug
atp Verlag 2013,
Hardcover, 242 Seiten
ISBN 978-3-943064-05-6, 19,80 Euro

Diagnose Mord

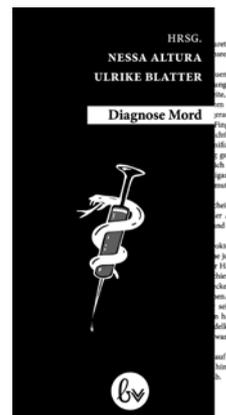
In 18 Kurzgeschichten wird gemordet bis der Arzt kommt. Die Herausgeberinnen Nessa Altura und Dr. med. Ulrike Blatter versammeln in ihrem Buch Krimierzählungen unterschiedlicher Autorinnen und Autoren. Im Fokus stehen (versuchte) Mordfälle, die sich aus den verschiedensten Beweggründen heraus ereignet haben und immer im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen stehen. So ist der Arzt mal der Kriminelle, der seine Patienten schamlos ausnutzt und dabei auch den Tod in Kauf nimmt, oder das Opfer, weil die Behandlung nicht den Vorstellungen entsprechend verlaufen ist.

Im Anschluss der Erzählungen trifft Krimi dann auf Wirklichkeit: Die u.a. als Gerichtsmedizinerin tätige Ulrike Blatter kommentiert die Erzählungen mit ärztlichem Blick und Sachverstand und stellt auf diese Weise – oft mit einem Hauch von Ironie – den Bezug zur Realität her. Die Geschichten orientieren sich teils an tatsächlichen Fällen, teils sind sie frei erfunden.

Wer sich auf zumeist kurzweilige Art und Weise über die Abgründe der menschlichen Psyche gepaart mit medizinisch-gesellschaftlichen Hintergrundinformationen unterhalten lassen möchte, dem sei dieses Buch empfohlen.

Maren Grikscheit

Nessa Altura & Ulrike Blatter (Hrsg.)
Diagnose Mord, Buchvolk Verlag 2014,
300 Seiten, ISBN 9783944581019, 12,90 Euro



Buchtipps: 25 Jahre Mauerfall 2014

Peter Wensierski: **Die verbotene Reise – Eine abenteuerliche Flucht**

1987 wagen zwei junge Ostberliner eine Reise in das für DDR-Bürger eigentlich unerreichbare China – über Russland und die Mongolei. Von Ulan Bator aus versuchen sie nach Peking zu gelangen, wo sie in der westdeutschen Botschaft Pässe bekommen können. Nach 10.000 Kilometern stehen sie vor einer schweren Entscheidung. (asb)

Deutsche Verlags-Anstalt DVA 2014, ISBN 978-3-421-04615-4, 19,99 Euro