

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 10 | 2015
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 76. Jahrgang



Antibiotikaeinsatz:
„So wenig wie möglich, so viel wie nötig“

Zu Besuch in Neustadt
Präsident der LÄKH besucht
Erstaufnahmeeinrichtung
für Flüchtlinge

Fortbildung
Alles Cipro? Unkomplizierte
Harnwegsinfektionen werden
heute anders behandelt

Im Gespräch
Prof. Dr. med. Ulrich Finke
spricht zum Thema Ethik
im klinischen Alltag



Dankeschön für Ihre ärztliche Hilfsbereitschaft

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mittlerweile haben sich hessenweit rund 300 Kolleginnen und Kollegen gemeldet, um ihre Unterstützung bei der ärztlichen Versorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen für Flüchtlinge anzubieten. Ihnen allen gilt mein herzlicher Dank ebenso wie den vielen Bürgerinnen und Bürgern, die sich in örtlichen Hilfsinitiativen engagieren. Auch darunter sind Ärztinnen und Ärzte. Weitere hilfswillige Kolleginnen und Kollegen sind ebenfalls immer willkommen und wenden sich bitte gerne per E-Mail an die unten genannten Ansprechpartner in der Gießener Erstaufnahmeeinrichtung oder im Regierungspräsidium Gießen.

Bitte haben Sie Verständnis, wenn Sie nicht umgehend eine Antwort erhalten, steht doch die Landesverwaltung angesichts der immer noch steigenden Zugangszahlen vor einer gewaltigen administrativen Herausforderung, die sich auch darin äußert, dass jede Woche weitere Standorte eröffnet werden müssen.

Im vorliegenden Heft werden verschiedene Aspekte zum Themenbereich Antibiotika mit besonderem Augenmerk auf die Resistenzentwicklung beleuchtet – einen Prozess, den wir genau beobachten und mit gebotener Sorgfalt möglichst verhindern müssen. Hier zeigt sich im Gespräch zum Beispiel mit besorgten Eltern, wie wichtig eine gute ärztliche Kommunikation ist. Dazu finden Sie Beispiele aus der kinderärztlichen Praxis (Seite 544 ff). Wie schön wäre es da, wenn die allseits bekannte Bürokratie in Klinik und Praxis auf das notwendige Maß zugunsten freier Zeiten für ärztliche Gespräche reduziert werden könnte.

Bei der Präsentation des Berichts „Mehr Zeit für Behandlung“, den das Statistische Bundesamt im Auftrag des Nationalen Normenkontrollrats erstellt hat, sagte dessen Präsident Roderich Egeler, bezogen auf eine Praxis sei eine Halbtagskraft allein mit der Erfüllung der Informationspflichten beschäftigt.

Auch wenn der Bericht einige Unschärfen enthalten mag, wie der GKV-Spitzenverband kritisierte, verdeutlicht er doch, dass die gefühlten Bürokratielasten in den Praxen der Realität entsprechen. Jetzt bleibt zu hoffen, dass Krankenkassen und Kassenärztliche

Vereinigungen die im Bericht identifizierten Handlungsempfehlungen rasch und natürlich möglichst unbürokratisch umsetzen.

Dass gerade die Krankenkassen gerne auch einmal doch eher unbürokratisch handeln, wenn es um die eigene Werbung geht, gerne als Präventionsunterstützung verbrämt, lässt sich immer wieder beobachten. So berichtete die Frankfurter Allgemeine Zeitung am 6. August 2015: „Wer einen elektronischen Fitnessmesser und Datenspeicher wie eine Apple Watch kauft, bekommt als Mitglied der AOK Nordost bis zu 50 Euro Zuschuss. Fallen Gebühren für E-Health-Apps an, gibt es dafür vom „persönlichen AOK-Gesundheitskonto“ 20 Euro im Jahr.“ Weitere Kassen werden wahrscheinlich nachziehen. Aber sind Ihnen Untersuchungen bekannt, die den gesundheitlichen Nutzen einer Apple Watch belegen? Der bloße Besitz dürfte dafür nicht ausreichen. Dafür berichtete aerzteblatt.de am 25. August 2015, dass sowohl die Fachgesellschaft als auch der Berufsverband der Hals-, Nasen-, Ohrenärzte eine negative Wertung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen deutlich kritisieren. Letzterer hatte im Juli bekannt gegeben, für die systemische Gabe von Glukokortikoiden bei Hörsturz, eine Selbstzahlerleistung (IGeL), gebe es keine Hinweise auf einen Nutzen. Dabei ließ der MDK jedoch die seit 2014 gültige Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften außer Acht, die den individuellen Einsatz einer systemischen intravenösen Hochdosis-Glukokortikoidtherapie bei bestimmten Patienten rechtfertigt.

Auf der anderen Seite aber finanzieren viele Gesetzliche Krankenkassen freiwillig Leistungen wie zum Beispiel professionelle Zahnreinigungen, für die der MDK ebenfalls noch keinen eindeutigen Nutzen erkennt, oder osteopathische Behandlungen, die im IGeL-Monitor gar nicht erst erwähnt werden. Zu Recht kritisierte die Medizinjournalistin Martina Lenzen-Schulte diese Praxis in der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung: „Nicht eine einzige Arznei würde derart ungeprüft zugelassen, aber die Kaufmännische Krankenkasse scheute sich nicht, Osteopathie in ihr Bonusprogramm aufzunehmen.“

Hier wird mit zweierlei Maß gemessen. Die Krankenkassen sind gefordert, ihre Marketingstrategien zu überdenken. Wie wäre es, diese Gelder dem deutschen Cochrane-Zentrum zur Verfügung zu stellen? Dort arbeiten derzeit nur zwölf Wissenschaftler, einige davon sogar in Teilzeit.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Ansprechpartner für Flüchtlingshilfe

Ärztinnen und Ärzten, die sich in der Flüchtlingshilfe engagieren wollen, können sich per E-Mail an die hessische Erstaufnahmeeinrichtung Gießen wenden:

heae.poststelllegi@heae-giessen.hessen.de

oder an das Regierungspräsidium Gießen:

heike.sauer@rpgi.hessen.de. Bitte rechnen Sie mit einer vier- bis sechswöchigen Bearbeitungszeit.



Foto: Ludger Büttering

Schwerpunktthema Antibiotika

Wann ist der Einsatz von Antibiotika sinnvoll, und wie kann dem Problem von multiresistenten Erregern begegnet werden? In fünf Beiträgen wird diesen Fragen aus unterschiedlichen Blickwinkeln nachgegangen – unter anderem aus der kinder- und jugendärztlichen Praxis und aus tiermedizinischer Perspektive.

544 ff.



Foto: Katja Möhnle

Ärztinnen und Ärzte helfen Flüchtlingen

Täglich gibt es neue Entwicklungen: Der Zustrom der Flüchtlinge erfordert von allen Helfern große Flexibilität. Der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, hat eine ehemalige Kaserne in Neustadt besucht, eine Außenstelle des Gießener Erstaufnahmелagers.

542

Editorial: Dankeschön für Ihre ärztliche Hilfsbereitschaft 539

Fortbildung:

Off-Label Use – mehr als ein Alltagsproblem 562
 Unterversorgung am Beispiel der Cluster-Kopfschmerzen 576
 7. Fachtagung „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen“ 584

Ärztekammer: Die Transplantationsbeauftragten hessischer Entnahmekrankenhäuser 566

Aus anderen Ärztekammern: Die Landestierärztekammer Hessen stellt sich vor 556

Parlando:

Blühende Bilder und explodierende Kunstwerke 564
 Im Dienst von Hof und Reformation – Lucas Cranach der Ältere (1472–1533) 565

Bekanntmachungen

■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** 592
 ■ **Medizinische Fachangestellte** 587

Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 568

Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 574

Ansichten und Einsichten: Quo vadis – Facharzt für Chirurgie? 585



Foto: Alexander Rath - fotolia.com

Unkomplizierte Harnwegsinfektionen

Alles Cipro? Zunehmende Probleme mit Resistenzentwicklungen haben zu neuen Empfehlungen der Therapie unkomplizierter Harnwegsinfektionen geführt. War früher die Kurzzeittherapie mit Ciprofloxacin oder Cotrimoxazol für ein bis drei Tage Standard, so wird dies jetzt differenzierter gesehen.

558



Foto: Isolda Asbeck

Im Gespräch

Seit langem leitet Prof. Dr. med. Ulrich Finke den Arbeitskreis „Ethik in der Medizin“ des Bistums Limburg, der jährlich einen Ärztetag im Frankfurter Haus am Dom organisiert. Hier stehen immer aktuelle ethische Fragen in der Medizin im Vordergrund. Im Interview spricht Finke zum Thema Ethik im klinischen Alltag.

582

Junge Ärztinnen und Ärzte

Allgemeinmedizinische Weiterbildung der Kompetenzzentren Allgemeinmedizin: Thema: „Kopfschmerzen“ 579

Das Bündnis JUNGE ÄRZTE stellt sich vor: Gemeinsam für bessere Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen 580

Recht: Aus der Gutachter- und Schlichtungsstelle – Perianale Blutung 586

Gesundheitspolitik: Landarzt jetzt – im Landarztnetz! 588

Ärztlicher Berufsalltag: Das medicum Facharztzentrum Wiesbaden 589

Personalien 590

Nachrichten 591

Impressum 595

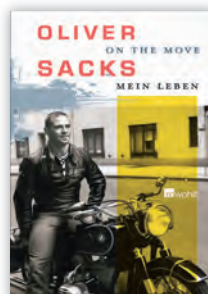
Bücher



Klinische Osteologie – Entstehung, Diagnostik, Prävention und Therapie aller Knochenerkrankungen

Reiner Bartl

S. 567



On the Move – Mein Leben

Oliver Sacks

S. 567

„Wir müssen ständig auf neue Entwicklungen reagieren“

Ärzttekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach besucht Außenstelle der Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge in Neustadt

Mitte August. Flirrende Hitze liegt über der Ernst-Moritz-Arndt-Kaserne in Neustadt. Gruppen von Erwachsenen stehen vor den Hauseingängen oder unter den Bäumen in den Grünanlagen. Kinder spielen auf den Wegen. Sicherheitspersonal streift durch das weitläufige Gelände. Ende Januar 2015 hatte das Land Hessen entschieden, in der Kaserne eine Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge einzurichten, die erst Mitte September bezogen werden sollte. Doch der steigende Zustrom an Flüchtlingen hat die ursprünglichen Pläne obsolet werden lassen. „Noch sind die Bauarbeiten nicht abgeschlossen, aber schon seit Anfang Juni werden Flüchtlinge hierhergebracht. Über 700 Menschen unterschiedlicher Nationalitäten leben heute hier“, berichtet Antje Müller von der Hessischen Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge in Gießen (HEAE). Die Höchstbelegung der Außenstelle in Neustadt ist auf 800 Bewohner festgesetzt. Gemeinsam mit Dominik Zutz, dem Leiter der Außenstelle, führt Müller den hessischen Ärztekammerpräsidenten Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach bei seinem Besuch am 13. August 2015 durch die Einrichtung.

Aus Haus Nr. 12 dringt Baulärm nach draußen; es riecht nach Farbe. In den kahlen Räumlichkeiten soll das medizinische Zentrum eröffnet werden. Die Arbeiten sind in vollem Gange; auch eine Röntgenstation wird eingerichtet. Ab September sollen hier drei Honorärärzte mit ärztlichem Hilfspersonal tätig sein. „Solange sich das Zentrum noch in Aufbau befindet, haben wir allerdings vor Ort keine medizinische Versorgung“, sagt Zutz. „Wir sind daher auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst angewiesen. Außerdem unterstützt uns das Deutsche Rote Kreuz.“ Dass die Lage in Neustadt auf Außenstehende einigermaßen entspannt wirkt, liegt an dem im Verhältnis zu der Bewohnerzahl weitläufigen Areal. „Erst wenn das Bundesamt für Migration hier



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (Mitte) mit Antje Müller und Dominik Zutz

seine Außenstelle eingerichtet hat, ist auch Neustadt eine zentrale Anlaufstelle“, erklärt Zutz.

Ärztliche Versorgung hinkt hinterher

Anders die Situation in der Erstaufnahmeeinrichtung in Gießen, die der Präsident der Landesärztekammer Hessen wenige Tage zuvor besucht hatte. Dort arbeiteten Anfang August zwei festangestellte Ärzte und 22 Honorärärzte mit medizinischem Hilfspersonal. Täglich werden rund 150 Flüchtlinge erstuntersucht. Anfang September befanden sich bereits 5.000 Hilfesuchende in Gießen. „Niemand konnte auf diese Flüchtlingszahlen vorbereitet sein“, unterstreicht von Knoblauch zu Hatzbach. Es sei daher nachvollziehbar, dass die ärztliche Versorgung, insbesondere die Erstaufnahmeuntersuchungen, hinterherhinken müsse, weil neben dem bisher nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung stehenden ärztlichen Personal und medizinischen Assistenzpersonal für jede Untersuchung Übersetzer der unterschiedlichen Sprachen erforderlich sind: „Wir benötigen dringend mehr Kolleginnen und Kolle-

gen, die in der Flüchtlingshilfe mitarbeiten wollen und fordern das Land Hessen zu einem unbürokratischen Verfahren bei Einstellung und Organisation auf.“

Jeder Asylbewerber erhält eine Erstuntersuchung. Diese umfasst eine Anamnese mit Erhebung des Impfstatus. Des Weiteren erfolgen eine körperliche Untersuchung und im Bedarfsfall eine Blutentnahme. Die Ergebnisse sind zu dokumentieren und Maßnahmen festzulegen, falls die Erkrankungen ansteckend sind. Zum Abschluss einer Tuberkulose muss bei jedem Flüchtling eine Röntgenuntersuchung durchgeführt werden.

Aufruf der Landesärztekammer Hessen

Um die zuständigen Behörden bei ihrer Suche nach ärztlichem Personal zu unterstützen, hatte die Landesärztekammer am 12. August 2015 gemeinsam mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration mit einem öffentlichen Aufruf Ärztinnen und Ärzte für die Erstuntersuchung an dem Standort Gießen der HEAE mit den Außenstellen in Büdingen, Neustadt oder Ro-



tenburg gesucht. „Dies gilt auch für die Weiterbetreuung und Weiterbehandlung der Flüchtlinge in allen hessischen Kommunen“, so der Ärztekammerpräsident. Rund 300 hessische Ärztinnen und Ärzte haben sich bis zum 16. September 2015 gemeldet, um freiwillig zu helfen.

„Neben der Feststellung, Dokumentation und Behandlung bestehender gesundheitlicher Probleme ist eine frühzeitige Vervollständigung des Impfschutzes notwendig. Diese sollte möglichst unbürokratisch und ohne Verzögerung durch Kostenzuweisungsdiskussionen erfolgen“, betont von Knoblauch zu Hatzbach. Dass jede Form der Unterstützung – stundenweise, in Teilzeit oder für eine Übergangszeit – in allen Aufnahmestellen willkommen und nötig sei, bestätigen Müller und Zutz. „Die Prognosen zu den Zahlen der Flüchtlinge haben sich überholt. Wir müssen ständig auf neue Entwicklungen reagieren“, sagt Müller. „Das betrifft selbstverständlich auch die dringend erforderliche ärztliche Versorgung.“

Viele Mitarbeiter kommen aus dem Kreis Marburg-Biedenkopf

Baustellenfahrzeuge parken vor den sieben Unterkunftsgebäuden, von denen drei bereits renoviert sind und eines provisorisch fertiggestellt ist. „Wir beschäftigen ortsansässige Betriebe, die damit



Gelände der Erstaufnahmeeinrichtung in Neustadt mit Blick in die Kinderbetreuung, die 150 bis 200 Kinder regelmäßig besuchen

auch von der Einrichtung profitieren“, erzählt Müller. Ein großes Küchengebäude ist längst in Betrieb; hier, in der Waschküche oder etwa beim Straßenfegen arbeiten Flüchtlinge mit. Dass die vier bewohnten Häuser dicht belegt sind, führt, wie Zutz einräumt, gelegentlich zu Konflikten der Bewohner untereinander. Um die Belegungsdichte zu entspannen, werde mit Hochdruck an der Fertigstellung der übrigen Gebäude gearbeitet. Mit welcher Einsatzbereitschaft sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Regierungspräsidiums Gießen und der HEAE bei der Flücht-

lingsbetreuung engagieren, wird bei dem Besuch in Neustadt deutlich. „Viele Mitarbeiter kommen aus dem Kreis Marburg-Biedenkopf“, sagt Zutz: „Das ist wichtig, um ein positives Klima und gegenseitiges Verständnis zu schaffen.“

Dass die Zahl der nach Hessen kommenden Flüchtlinge immer wieder nach oben korrigiert werden muss, haben die letzten Wochen gezeigt. Damit verändert sich auch die Situation in den Aufnahmeeinrichtungen kontinuierlich.

Katja Möhrle

Ärztliche Hilfe für Flüchtlinge / Resolution der Delegiertenversammlung

In einer gemeinsamen Presseerklärung mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration hat die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) am 12. August Ärztinnen und Ärzte dazu aufgerufen, sich in der medizinischen Hilfe für Flüchtlinge zu engagieren (siehe Hessisches Ärzteblatt 09/2015). Seither ha-

ben sich rund 300 Ärztinnen und Ärzte beim Regierungspräsidium Gießen gemeldet (Kontakt siehe Infokasten im Editorial). Ein großartiger Einsatz, der dringend gebraucht wird: Mit Stand vom 11. September 2015 zählte die Hessische Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge in Gießen und Außenstellen 14.540 Men-

schen. Täglich kommen weitere Asylsuchende hinzu.

Am 16. September 2015 hat die Delegiertenversammlung der LÄKH eine Resolution für eine bessere medizinische Versorgung von Flüchtlingen beschlossen. Mehr dazu erfahren Sie im nächsten Heft oder online unter www.laekh.de.

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 bie-

tet Ihnen die Möglichkeit, direkt mit Kammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach Kontakt aufzunehmen. Der Präsident der Landesärztekammer Hessen wird an folgenden Terminen von

19 bis 20 Uhr unter der Telefonnummer 069 97672-777 für Sie erreichbar sein:

- **Dienstag, 6. Oktober 2015**
- **Dienstag, 3. November 2015**
- **Dienstag, 1. Dezember 2015**

Antibiotika-Therapie bei Kindern in kinder- und jugendärztlichen Praxen

VNR 2760602015098660001

Markus A. Rose, Judith Jochim

Freitagvormittag in der Kinderarztpraxis. Ein fünfjähriges Mädchen mit Pyelonephritis bekommt ein Antibiotikum verschrieben. Die differenziert-skeptische Mutter sorgt sich um die Darmflora und fragt nach homöopathischen Alternativen. Abends im kinderärztlichen Notdienst. Ein fieberndes dreijähriges Kind mit klarem Bild einer viralen Infektion der Atemwege wird untersucht, und der Kinderarzt verabschiedet die Eltern mit symptomatischen Empfehlungen. Da baut sich der Vater drohend-fordernd auf: „Warum, verdammt, bekommt mein Kind kein Antibiotikum?“

Von der Klinik in die Praxis

Tatsächlich erhielten in Deutschland im Jahr 2009 im Durchschnitt fast 40 Prozent aller Kinder und Jugendlichen ein Antibiotikum, bei den Drei- bis Sechsjährigen über 50 Prozent. Während in manchen Gegenden nicht einmal 20 Prozent der Kinder Antibiotika erhalten, sind es in anderen fast drei Mal so viele. Im Vergleich mit vielen anderen europäischen Ländern werden in Deutschland relativ wenig Antibiotika verordnet – allerdings immer noch zu viel. Damit steigt auch die Gefahr, dass sie durch Resistenzbildung keine Wirkung mehr zeigen, wenn sie wirklich notwendig sind.

Der unbedachte und häufig unnötige Einsatz von Antibiotika kann nicht nur nachteilige Folgen für den individuell behandelten Patienten, sondern auch für unser Gesundheitssystem haben. Angesichts der aktuellen Explosion von Medikamentenkosten, des Auftretens multiresistenter Erreger (MRE) sowie unerwünschter Nebenwirkungen nicht indizierter Therapien können Antibiotic-Stewardship (ABS)-Programme hier korrigieren.

In den Jahren 1983–2002 nahm die Zahl der neu von der US-amerikanischen Zulas-

sungsbehörde FDA lizenzierten Antiinfektiva um mehr als 50 Prozent ab, und nur vier neue Substanzklassen sind in den vergangenen 40 Jahren auf den Markt gekommen [Cooper 2011]. Gleichzeitig beobachten wir zunehmend MRE gegen die in der Praxis häufigsten Antibiotikagruppen, so dass einige Fachleute bereits vor dem „postantibiotischen Zeitalter“ warnen [Cohen 1992, Spellberg 2004]. Derartige ABS-Programme unterstützen die rationale antibiotische Verordnungspraxis und sollen sicherstellen, dass die heutzutage verfügbaren Substanzen auch noch in Zukunft effektiv eingesetzt werden können.

antibiotische Deeskalationsstrategien im Sinn eines gezielten antiinfektiven Vorgehens bzw. Absetzens einer empirischen Therapie bei dokumentierter Unwirksamkeit oder nicht bestätigter Infektion. Weiterhin werden eine adäquate Substanzwahl, die korrekte Dosierung sowie die optimale Therapiedauer einer antibiotischen Therapie unterstützt. Die aktuelle Literatur belegt den Nutzen von ABS in der pädiatrischen stationären Medizin als Kostenreduktion durch den Rückgang der Antibiotikaverordnungstage pro Patient und den Einsatz preiswerterer Alternativpräparate [Herigon 2010, Hersh 2009, Newland 2010, Patel 2012].

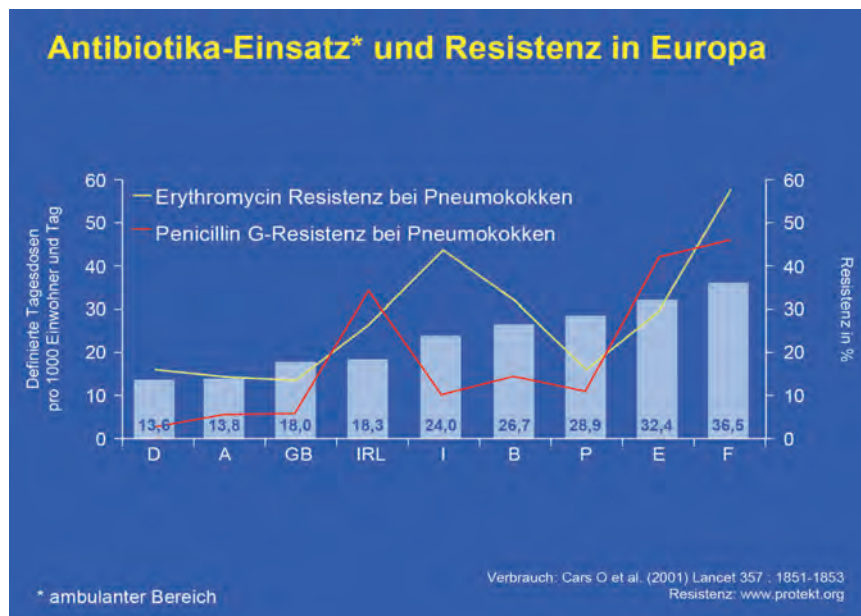


Abb. 1: Zusammenhang von Antibiotikaverbrauch und Resistenzbildung

In großen Kinderkliniken gibt es gemäß den Empfehlungen der Fachgesellschaften zunehmend pädiatrische Infektiologen und Anti-Infektiva-Visiten in Zusammenarbeit mit den Fachapothekern und Mikrobiologen. Diese Experten gestalten rationale empirische Therapien, aber auch

In Deutschland wurde kürzlich an elf pädiatrischen Zentren das „Paed IC Projekt“ initiiert zur Implementierung von Standards für die Diagnose und Therapie von Infektionen sowie die Umsetzung krankenhaushygienischer Präventionsmaßnahmen [Simon 2013].

Indikationen zur Antibiotika-Therapie der AOM

- schwere Otitis media
 - Fieber $\geq 39^{\circ}\text{C}$ in den letzten 24 Stunden
 - starke Otalgie
 - deutlich reduziertes Allgemeinbefinden
- Kinder in den ersten 2 Lebensjahren mit beidseitiger AOM
- AOM mit Otorrhoe
- Kinder im Alter von 0–5 Monaten
- Kinder im Alter von 6–23 Monaten mit sicherer Diagnose (3 Kriterien)
 - bei gesicherter Nachuntersuchung auch abwartende Entscheidung zur Antibiotikagabe indiziert
- Kinder mit Risikofaktor, u.a. Immundefizienz, schwere Grundkrankheiten, Influenza, Rezidiv sowie Antibiotika-Therapie innerhalb der letzten 30 Tage, Paukenröhrchen, kraniofaziale Fehlbildungen

Quelle: DGPI Handbuch 2013

Stewardship vor allem dort von höchster Bedeutung, wo die meisten Antibiotika verordnet und eingesetzt werden: In der (kinder-) bzw. hausärztlichen Praxis.

Beispiel ambulant erworbene Pneumonie:

Ein siebenjähriges Mädchen wird mit krampfartigen Bauchschmerzen in der Notaufnahme vorgestellt. Der aufmerksame Dienstarzt bemerkt das diskrete Nasenflügeln als Zeichen erschwerter Atemarbeit. Das Röntgenbild der Lunge zeigt eine basale Pneumonie, das Blutbild 30.000 Leukozyten/dl mit Linksverschiebung, das CrP ist 100 mg/l. Bei dem nicht gegen Pneumokokken geimpften Kind (Eltern Impfskeptiker) wird eine orale Amoxicillin-Therapie über sieben Tage veranlasst, worunter klinische Besserung eintritt.

Kinder- und Jugendärzte verordnen weniger Antibiotika

Gerade aufgrund vermehrten Auftretens von Antibiotikaresistenzen ist eine genaue Abwägung der Verschreibung von Antibiotika wichtig. Eine groß angelegte Studie der Kölner Universität von 2010 zeigt, dass Kinder- und Jugendärzte in Zweifelsfällen weniger Antibiotika verordnen als andere Facharztgruppen. Bei allen Krankheiten, die nicht aufgrund klarer Indikationen a priori ein Antibiotikum erforderten, waren Pädiater signifikant zurückhaltender. Wo eine Diagnose dagegen den Einsatz eines Antibiotikums erforderlich

Tab. 1: Akute Otitis media (AOM) und Antibiotikaeinsatz

Ein entsprechendes Pilotprojekt am von Haunerschen Kinderspital München konnte eine Kosteneinsparung von über 80.000 Euro pro Quartal und einen insgesamt deutlichen Rückgang im Gesamtverbrauch an Antiinfektiva erreichen unter signifikanter Reduktion von Breitspektrumantibiotika [Hübner 2013]. Da sich unter dem ABS-Programm sogar die durchschnittliche Liegedauer (Surrogatmarker für Behandlungserfolg) absenken ließ, gibt es auch keine negativen Begleiterscheinungen im Sinne verminderter klinischer Versorgungsqualität. Hinzu kommt, dass die nun vermehrt eingesetzten (Acyl)-Aminopenicilline günstigere Profile hinsichtlich der Selektion von MRE wie Extended Spectrum Betalactamase-Bildnern (ESBL) und Clostridium difficile haben. Es gibt schon Hinweise, dass sich durch ABS-Maßnahmen auch in der Pädiatrie Antibiotikaresistenzraten reduzieren lassen [Calil 2001].

Weiterbildungsmaßnahmen sind von entscheidender Bedeutung für die Akzeptanz eines ABS-Programmes und können das Ordnungsverhalten nachhaltig verändern. Die interdisziplinäre Entwicklung von Leitlinien und klinischen Strategien ist ein sehr effektives Instrument, um den Verbrauch von Antiinfektiva zu lenken,

wobei die Einbindung aller Teildisziplinen entscheidend für die breite Akzeptanz dieser Empfehlungen ist – zum Beispiel Nephrologie bei Harnwegsinfektionen (siehe dazu auch Artikel „Alles Cipro? ...“ Seite 558), Pneumologie bei Bronchitis und Pneumonie.

Auch wenn im niedergelassenen Versorgungsalltag antibiotische Reservesubstanzen wie Glykopeptide, Linezolid oder Carbapeneme keine nennenswerte Rolle spielen, sind doch die Prinzipien der Antibiotic

macht, griffen auch Kinder- und Jugendärzte zum Rezeptblock. Das Wissen, dass viele Infekte primär durch Viren verursacht werden, bei denen die Gabe eines Antibiotikums nutzlos und eher schädlich ist, ist unter Ärzten ein Allgemeinplatz. Aber gerade bei jungen Kindern abzuwägen, wann bei einer Harnwegsinfektion, Mittelohrentzündung oder Atemwegsinfektion der Einsatz von Antibiotika nicht angebracht ist, erfordert solide pädiatrische Erfahrung, da viele Erkrankungen andere altersspezifische Verläufe haben als bei Erwachsenen.

Auch die 2012 vorgestellte Bertelsmann-Studie zur Antibiotika-Verordnung für Kinder bestätigte: Pädiater verordnen relativ weniger Antibiotika als andere Fachgruppen. Leitliniengerechte Behandlung und pädiatrische Kompetenz sind hierbei der Schlüssel zu weniger Antibiotikaeinsatz bei Kindern. Auch kennen die Kinderärzte ihre Patienten oft von Geburt an und können Beschwerden noch besser einschätzen als andere Kollegengruppen, zu denen die Kinder nur in Ausnahmefällen gehen, und die sie dann aufgrund des hohen Drucks, viele Patienten in kurzer Zeit zu behandeln, eher mit einem Antibiotikum versorgen. So raten beispielsweise Kinder- und Jugendärzte den Eltern, die sie für verantwortungsbewusst halten, bei einer Mittelohrentzündung jenseits des Säuglingsalters zuzuwarten, die Schmerzen vorzugsweise mit Analgetika zu lindern und bewährte Hausmittel anzuwenden.

Beispiel akute Otitis media: Ein zweijähriges „erkältetes“ Mädchen beklagt Kopf- und Bauchschmerzen. Die hausärztliche klinische Untersuchung zeigt bei verlegter Nasenatmung einen geröteten Rachenring, die Trommelfelle sind links eingezogen mit serösem Erguss, rechts gerötet, Abdomen unauffällig. Nach Information der Eltern und Sicherstellung eines verantwortungsbewussten Umfeldes wird das Kind unter abschwellenden Nasentropfen und Analgetika heimgeschickt. Die naturheilkundlich orientierten Eltern applizieren zusätzlich ein „Zwiebelsäckchen“. Bei der Kontrolle am folgenden Tag geht es deutlich besser, so dass auf eine Antibiotikatherapie verzichtet werden kann.

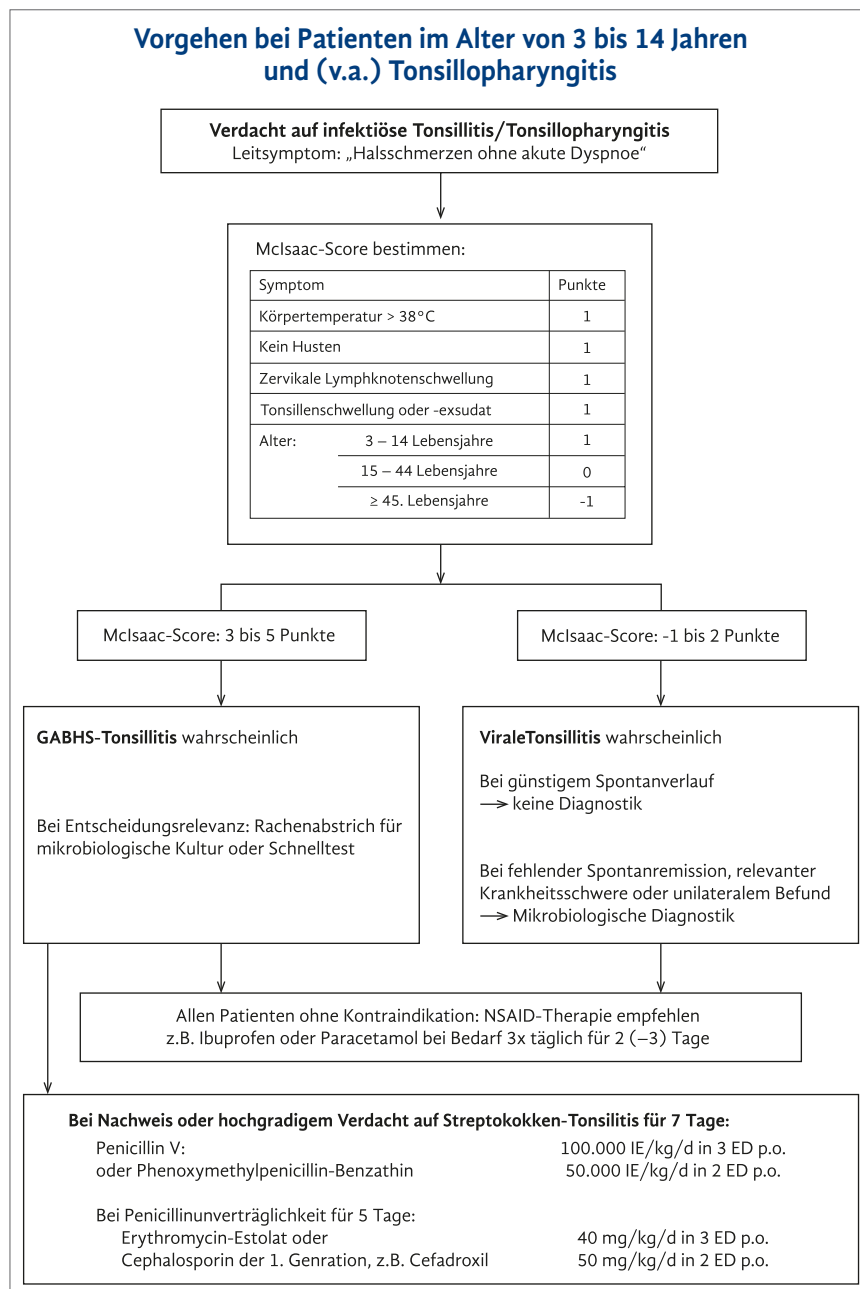


Abb. 2 (in Anlehnung an die DEGAM-Leitlinie und das DGPI-Handbuch 2013)

Nicht zu unterschätzen ist der Zusammenhang zwischen Schutzimpfungen und Antibiotikaeinsatz. Durchimmunisierte Populationen brauchen nicht nur insgesamt weniger Antibiotika, sondern die Erfolgsgeschichte des Pneumokokken-Impfprogrammes bei jungen Kindern hat eindrucksvoll belegt, dass neben rückläufigen Inzidenzen von Mittelohrentzündungen und Pneumonien auch die Zahl antibiotikaresistenter Pneumokokken zurückging, da die in den Konjugatimpfstoffen enthaltenen Serotypen

gleichzeitig die häufigsten Träger von Antibiotikaresistenzen waren.

Der Einsatz von Antibiotika bei Erkältungen ist nicht nur häufig unwirksam, sondern potentiell mit unerwünschten Nebenwirkungen behaftet. Auch Selbstmedikationspräparate wie Antitussiva, Sekretolytika etc. sind nicht nur von fraglichem Nutzen, sondern in internationalen Registern der häufigste Grund, dass Kinder wegen unerwünschter, teils schwerwiegender Nebenwirkungen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen.

Ein weiteres Präventions- und damit Antibiotika-Einsparpotential haben zahlreiche andere Wirkstoffgruppen, die hier kurz erwähnt werden. Eine aktuelle nordamerikanische Übersichtsarbeit aus dem hausärztlichen Bereich beschreibt immunmodulatorische Ansätze zur Erkältungsprävention bei Kindern für probiotische Nahrungsergänzungen, Zinksulfat, nasale NaCl 0,9 % Spülungen, Vitamin C und Echinacea- sowie Propolis-Präparate [Fashner 2012]. Therapeutisch können in diesem Zusammenhang ätherische Einreibungen auf Kampfer, Eukalyptus und Menthol-Basis (cave: Schleimhaut- und Atemwegsreizung vor allem bei jungen Kindern), Zinksulfat, Buchweizenhonig sowie Pelargonienwurzel-Extrakte (cave: allergische Sensibilisierung) erwogen werden [Fashner 2012]. Auch für Bakterien-Lysate wie OM-85 BV ist mittlerweile eine Erkältungsprävention belegt [Schaad 2010]. Eltern sollten immer wieder daran erinnert werden, dass häusliche Tabakrauchexposition eindeutig u.a. Otitis media, Pneumonie begünstigt – eine weitere einfache Methode, Antibiotika zu vermeiden.

Nun wenden sich Eltern von Kindern, die bei „grippalen Infekten“ unter Schnupfen, Husten, Kopf- und Gliederschmerzen mit Fieber leiden, oft an ihren Arzt und erwarten ein Antibiotikum. „Dennoch sollten Eltern nicht gleich zu Antibiotika greifen“, warnt der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ: „Eltern geben ihren Kindern manchmal auf eigene Faust Antibiotika oder sie setzen ihren Arzt unter Druck, diese zu verschreiben. Die Gefahr, die dabei besteht: Kinder entwickeln schon früh Resistenzen. Wenn sie wirklich einmal Antibiotika brauchen, wirken diese möglicherweise nicht mehr. Kinder- und Jugendärzte raten daher, grippale Infekte zunächst mit den ‚klassischen‘ Methoden zu behandeln: Bettruhe, gegebenenfalls Analgetika, Wadenwickel, Tee und heiße Hühnerbrühe. Damit klingt in den meisten Fällen die Krankheit schnell ab. Bei hartnäckigen Verläufen oder Verschlechterung sollten die Kinder ärztlich wiedervorgestellt werden, um Risiken zu erkennen und rechtzeitig zu reagieren. Zum Herbst sollten Kinder gegen Influenza geimpft werden, vor allem chronisch kranke.“



Abb. 3: Antibiotic Stewardship in der Praxis

Bisher gibt es kaum praxistaugliche Schnelltests, um bakterielle und virale Infektionen sicher zu unterscheiden. Ängstliche Eltern bestehen daher oft „vorsichtshalber“ auf einem Antibiotikum für ihr Kind. Auch Eltern aus bildungsfernen Umgebungen oder mit Migrationshintergrund verlangen häufiger nach Antibiotika. Hier müssen alle Ärzte noch sorgfältiger als bisher beraten und aufklären.

Beispiel „chronisch-rezidivierende Streptokokken-Tonsillitis“: Ein dreijähriger Bub wird wegen „therapierefraktärer Angina“ vorgestellt. Beim Hausarzt sei der Streptokokken-Schnelltest positiv gewesen;

das Kind hat Kopf- und Halsweh, hustet, Körpertemperatur 37,8°C. Nach dem von den Fachgesellschaften empfohlenen Algorithmus ist eine virale Tonsillopharyngitis wahrscheinlich; der Rachenabstrich im Krankenhaus ergibt eine Influenza und unter symptomatischen Maßnahmen gesundet das Kind. Der Streptokokken-Nachweis ist als Kolonisierung ohne Krankheitswert zu deuten.

Eine aktuelle Untersuchung mehrerer renommierter US-amerikanischer Kinderinfektiologen zeigt, dass Eltern allgemein eine angemessene Einschätzung für Situationen haben, wo Antibiotika notwendig sind (z.B. behandlungspflichtige Streptokokken-Angina), aber sich oftmals damit schwertun, die Unnötigkeit eines Antibiotikaeinsatzes nachzuvollziehen [Vaz et al. 2015]. So glaubte rund die Hälfte der befragten Eltern, eitrig-grüner Schnupfen bei ihren Kindern müsse antibiotisch behandelt werden. Auch wurde häufig angenommen, dass – ähnlich wie beim Erwachsenen – eine Bronchitis ein Antibiotikum erfordere. Andererseits führen stattgehabte Kampagnen zum kritischen Antibiotikaeinsatz mittlerweile dazu, dass manche Eltern der – auch indizierten – Antibiotika-Anwendung prinzipiell kritisch bis ablehnend gegenüber stehen.

Ein junges Alter der Eltern, Zugehörigkeit zu gesellschaftlichen Randgruppen und niedriger Bildungsstand waren in der nordamerikanischen Untersuchung mit

Multiple Choice-Fragen:

Antibiotika-Therapie bei Kindern in kinder- und jugendärztlichen Praxen

VNR 2760602015098660001

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche der Aussagen zu Antibiotic Stewardship Programmen trifft nicht zu ?

- 1) Sie vermindern Antibiotika-Resistenzen
- 2) Sie sind kosteneffizient
- 3) Sie verringern die durchschnittliche Krankenhausverweildauer
- 4) Sie sind irrelevant für die haus- und kinderärztliche Versorgung
- 5) Sie helfen, die Umsetzung krankenhaushygienischer Präventionsmaßnahmen zu verbessern

2. Ein 2 Jahre altes Mädchen mit Schnupfen und Fieber wird Ihnen vorgestellt, weil in der Schule des großen Bruders Scharlach umgehe. Das Kind zeigt sich in gutem Allgemeinzustand und wirkt wenig beeinträchtigt. Die Mutter ist besorgt, dass ihre zweijährige Tochter an Scharlach erkrankt sein könnte. Welches Vorgehen halten Sie für zutreffend?

- 1) Sie überweisen das Kind zum niedergelassenen HNO Arzt
- 2) Sie behandeln nach einem aufklärenden Gespräch mit der Mutter symptomatisch unter klinischer Verlaufskontrolle
- 3) Sie verordnen ein Cephalosporin oral für 5 Tage
- 4) Sie weisen das Kind in die nächste Kinderklinik ein
- 5) Sie verordnen Penicillin oral an alle Familienmitglieder für insgesamt 10 Tage

3. Wie viel Prozent der Drei- bis Sechsjährigen erhielten in Deutschland 2009 ein Antibiotikum?

- 1) Weniger als 10%
- 2) 20%
- 3) 30%
- 4) Mehr als 50%
- 5) Mehr als 80%

4. Welche Aussage trifft nicht zu? Der Mc Isaac Score ...

- 1) ist in allen Altersgruppen anwendbar
- 2) wird nur bei der stationären Versorgung eingesetzt
- 3) hilft, unnötige Kosten zu reduzieren
- 4) schätzt die Wahrscheinlichkeit einer A-Streptokokken-Tonsillopharyngitis
- 5) ist einfach durchführbar

5. Welche der Antworten trifft zu: Wie viele neue antibiotische Substanzklassen sind in den letzten 40 Jahren auf den Markt gekommen?

- 1) keine
- 2) 4
- 3) 8
- 4) 15
- 5) 30

6. Ein zwölfjähriger Junge stellt sich mit akuten Halsschmerzen, Husten und Durchfall vor. Fieber besteht nicht. Welche Diagnose ist am wahrscheinlichsten?

- 1) Asthma bronchiale
- 2) Scharlach
- 3) Allergische Reaktion
- 4) Virusinfektion
- 5) Streptokokken Tonsillitis

7. Welche der Aussagen trifft zu: Das elterliche Wissen über Antibiotika bei Kindern

- 1) spielt keine Rolle bei ärztlichem Verschreibungsverhalten
- 2) steigt mit sinkendem Alter der Eltern
- 3) kann durch Aufklärungskampagnen verbessert werden
- 4) ist unabhängig vom Bildungsstand
- 5) braucht bei Arzt- Patient-Gespräch nicht berücksichtigt zu werden

8. Welche der Aussagen trifft zu: Eine begonnene antibiotische Therapie sollte bei nicht bestätigter Infektion

- 1) mindestens 5 Tage betragen
- 2) so lange fortgesetzt werden, bis sich der Patient geheilt fühlt
- 3) abgesetzt werden
- 4) so lange fortgesetzt werden, bis die angebrochene Packung aufgebraucht ist
- 5) 10 Tage betragen

9. Welche der Aussagen trifft zu: Unreflektierter Einsatz von Antibiotika

- 1) stärkt die ärztliche Kompetenz
- 2) senkt Kosten
- 3) erhöht die Gefahr von Resistenzentwicklung
- 4) spielt im niedergelassenen Bereich keine Rolle
- 5) hat keine Nachteile für den einzelnen Patienten

10. Welche der Aussagen trifft zu: Eine akute Otitis media

- 1) muss immer antibiotisch behandelt werden
- 2) ist in den meisten Fällen bakterieller Genese
- 3) braucht bei Immunkompetenz jenseits des Säuglingsalters nicht zwingend Antibiotika
- 4) muss nie antibiotisch behandelt werden
- 5) braucht bei einem drei Monate alten Säugling nicht antibiotisch behandelt zu werden

Literatur zum Artikel:

Antibiotika-Therapie bei Kindern in kinder- und jugendärztlichen Praxen

von Prof. Dr. med. Markus A. Rose (M.P.H.) und Judith Jochim

Schaad U. OM-85 BV, an immunstimulant in paediatric recurrent respiratory infections. *W J Pediatr* 2010.

Fashner et al. Treatment of the common cold in children and adults. *Am Fam Physician* 2012

Vaz LE, Kleinman KP, Lakoma MD, Dutta-Linn MM, Nahill C, Hellinger J, Finkelstein JA. Prevalence of Parental Misconceptions About Antibiotic Use. *Pediatrics* 2015;136; 221–31

Huebner J, Rack-Hoch AL, Pecar A, Schmid I, Klein C, Borde JP. Pilotprojekt einer pädiatrischen Antibiotic-Stewardship-Initiative am Dr. von Haunerschen Kinderspital – neue Wege der pädiatrischen Infektiologie. *Klin Padiatr* 2013; 225: 223–229

Calil R, Marba S T, Von Nowakowski A et al. Reduction in colonization and nosocomial infection by multiresistant bacteria in a neonatal unit after institution of educational measures and restriction in the use of cephalosporins. *Am J Infect Control* 2001; 29: 133 – 138

Cohen ML. Epidemiology of drug resistance: implications for a postantimicrobial era. *Science* 1992; 257: 1050 – 1055

Cooper MA, Shlaes D. Fix the antibiotics pipeline. *Nature* 2011; 472: 32

Herigon J C, Hersh AL, Gerber JS et al. Antibiotic management of *S. aureus* infections in US children's hospitals, 1999–2008. *Pediatrics* 2010; 125 : e1294 – e1300

Hersh A L, Beekmann S E, Polgreen P M et al. Antimicrobial stewardship programs in pediatrics. *Infect Control Hospit Epidemiol* 2009; 30 : 1211 – 1217

Newland J G, Hersh A L. Purpose and design of antimicrobial stewardship programs in pediatrics. *Pediatr Infect Dis J* 2010; 29 : 862 – 863

Patel S J, Saiman L. Principles and strategies of antimicrobial stewardship in the neonatal intensive care unit. *Semin Perinatol* 2012; 36 : 431 – 436

Simon A, Kaiser P, Berner R et al. The Paed IC project – Antibiotic stewardship and hospital hygiene to prevent infection with resistant pathogens. *Klin Padiatr* 2013; 225 : 93 – 95

Spellberg B, Powers J H, Brass E P et al. Trends in antimicrobial drug development: implications for the future. *Clin Infect Dis* 2004; 38 : 1279 – 1286

„Wann muss ich mir Sorgen machen?“ Ein Projekt der Kinder- und Jugendärzte für Eltern

Atemwegsinfektionen bei Kindern zählen zu den häufigsten Gründen für einen Besuch beim Kinder- und Jugendarzt und für die Verschreibung von Antibiotika im Kindesalter – wovon wahrscheinlich mehr als 25 Prozent unnötig sind [1]. Ein Fünftel der Eltern besuchen die Praxis mit ihren Kindern mindestens ein weiteres Mal wegen dieser Infekte. Dahinter steckt oft Unsicherheit in Bezug auf den natürlichen Verlauf der Erkrankungen und die Sorge, man könnte Warnzeichen für eine schwere Infektion nicht rechtzeitig erkennen.

Ratgeber für Eltern

Hier setzt der Ratgeber „Wann muss ich mir Sorgen machen“ an, der von Kinder- und Jugendärzten koordiniert von Prof. Dr. med. Arne Simon vom Universitätsklinikum Homburg nach einer Vorlage aus Großbritannien¹ entwickelt wurde. Diese Initiative wird von der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, dem Bundesverband der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte (bvjk e.V.), der Initiative „Hygiene-Tipps für Kids“ des Instituts für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der Universität Bonn sowie von zahlreichen weiteren Kooperationspartnern unterstützt. In Hessen sind dies das MRE-Netz Rhein-Main und der Landesverband der Kinder- und Jugendärzte Hessen.

Die freundlich und übersichtlich gestaltete 32-seitige Broschüre beschreibt leicht verständlich die wichtigsten Atemwegsinfektionen bei Kindern, Fieber, Fieberkrämpfe, Husten, Krupp-Husten, Halsschmerzen, Ohrenschmerzen, Schnupfen und Erkältung. Für alle diese Symptome wird dargelegt „Was können Sie tun?“ und „Wann sollten Sie zum Arzt gehen?“ Eine Symptom-Checkbox im Ampelsystem – grün: abwarten; gelb: beobachten und abwarten; rot: zum Arzt – gibt den Eltern einfach ver-

ständliche Ratschläge. Allgemeine Pflegehinweise für das kranke Kind zu Hause und Hygiene-Tipps zur Vermeidung von Ansteckungen ergänzen das Informationsangebot. Außerdem werden Warnzeichen für einen komplizierten Verlauf beschrieben, die eine unmittelbare Konsultation (ggf. im Notdienst) erforderlich machen. Basisinformationen zu einem sinnvollen Einsatz von Antibiotika (bzw. Verzicht auf Antibiotika bei virusbedingten Infekten) runden den Ratgeber ab.

Unnötige Arztbesuche vermeiden, Antibiotikaverbrauch reduzieren

Hiermit werden verschiedene Ziele verfolgt: Die Eltern sollen sicherer werden in der Beurteilung ihrer Kinder und genauer wissen, wann sie ihr Kind mit Symptomen einer Atemwegsinfektion elektiv oder dringend dem Arzt vorstellen sollen. Dies soll sie jedoch auch befähigen, die Symptome ihres Kindes abwartend zu beobachten und zu lindern, wenn diese nicht so gravierend sind. So können vor allem Zweitbesuche beim Kinder- und Jugendarzt wegen der gleichen Atemwegsinfektion vermieden werden. Die aktive Integration der Broschüre in den Austausch zwischen Eltern und Kinderärzten kann den nicht indizierten Einsatz von Antibiotika reduzieren und damit auch den Selektionsdruck auf resistente Erreger vermindern. Dies zeigte jedenfalls eine Untersuchung aus Wales, wo ein vergleichbarer interaktiver Ratgeber entwickelt und erfolgreich eingesetzt wurde. Besonders wichtig war offensichtlich der direkte Austausch zwischen Eltern und Kinderärzten während der Konsultation über die Inhalte des Ratgebers. Im Follow-up zeigten sich die meisten Eltern sehr zufrieden, auch weil ihre Erwartungen an die Konsultation und ihre Sorgen vom Kinderarzt erfragt und ernst genommen wurden.

Darüber hinaus wurde eine signifikante Reduktion von Zweitbesuchen und des Antibiotikaeinsatzes (um 26 Prozent) nachgewiesen [2].

Interessierte Kinder- und Jugendärzte gesucht

Auf dieser Grundlage wurde der oben beschriebene Ratgeber entwickelt. Die Broschüre „Wann muss ich mir Sorgen machen?“ kann voraussichtlich ab Herbst 2015 beim mhp-Verlag und wahrscheinlich auch über die Webseiten des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. bestellt werden. Derzeit erwägt der Landesverband der Kinder- und Jugendärzte Hessen gemeinsam mit dem MRE-Netz Rhein-Main, diese Broschüren interessierten Kinder- und Jugendärzten im Rhein-Main-Gebiet im Rahmen einer Studie kostenlos zur Verfügung zu stellen. Interessierte Ärzte werden gebeten, sich entweder beim MRE-Netz Rhein-Main oder beim Landesverband der Kinder- und Jugendärzte zu melden.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

MRE-Netz Rhein-Main

Homepage: www.mre-rhein-main.de

E-Mail:

mre-rhein-main@stadt-frankfurt.de

Dr. med. Lutz Müller

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Landesverband Hessen

Prof. Dr. med. Arne Simon

Klinik für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

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

¹ <http://www.whenshouldiworry.com/>

Literatur zum Artikel:

„Wann muss ich mir Sorgen machen?“ Ein Projekt der Kinder- und Jugendärzte für Eltern

von Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Dr. med. Lutz Müller, Prof. Dr. med. Arne Simon

1. Francis NA, Butler CC, Hood K, Simpson S, Wood F, Nuttall J.: Effect of using an interactive booklet about childhood respiratory tract infections in primary care consultations on reconsulting and antibiotic prescribing: a cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2009 Jul 29;339:b2885.
doi: 10.1136/bmj.b2885.
2. Francis NA, Phillips R, Wood F, Hood K, Simpson S, Butler CC: Parents' and clinicians' views of an interactive booklet about respiratory tract infections in children: a qualitative process evaluation of the EQUIP randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2013 Dec 1;14:182.
doi: 10.1186/1471-2296-14-182.

„Weniger ist mehr – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen“

Ein Kooperationsprojekt zur Vorbeugung von Antibiotikaresistenzen in Hessen

Die Entdeckung der Antibiotika vor nun bald 100 Jahren war ein Segen für die Menschheit. Antibiotika haben vielen Menschen das Leben gerettet. Die mit dem Antibiotikaeinsatz nahezu parallel einhergehende Zunahme der antibiotikaresistenten Erreger droht jedoch, diese Erfolge zunichte zu machen. Antibiotikaresistente Erreger werden von der Weltgesundheitsorganisation und der Europäischen Gesundheitsbehörde als eine der größten Bedrohungen des Gesundheitswesens eingestuft. Bei weiterer Zunahme antibiotikaresistenter Erreger, insbesondere im gramnegativen Bereich (multiresistente gramnegative Erreger MRGN) und beim Fehlen neuer Antibiotika wird eine „postantibiotische Ära“ eine nicht unrealistische Perspektive.

Antibiotikaverbrauchsichte in Deutschland relativ niedrig

Um die Wirkung dieser für die Behandlung von Infektionen so wertvollen Antibiotika zu erhalten und der Entstehung weiterer Antibiotikaresistenzen vorzubeugen, müssen Antibiotika verantwortungsvoll und zurückhaltend eingesetzt werden. Im europäischen Vergleich liegt die Antibiotikaverbrauchsichte (daily defined doses DDD/1000 Versicherte) in ambulanten Arztpraxen in Deutschland im unteren Drittel und damit vergleichsweise gut (GERMAP 2012, Seite 11 ff). Allerdings werden dabei in Deutschland sehr häufig Breitband-Antibiotika eingesetzt, die wegen ihres Resistenzdrucks im Hinblick auf die Entstehung multiresistenter Erreger ungünstig eingestuft werden. Während in Deutschland der Antibiotikaverbrauch in den vergangenen Jahren nur geringfügig zugenommen hat und Amoxicillin nach wie vor die mit Abstand am meisten verordnete Substanz ist, ist der Anteil der Reserveantibiotika in jüngerer Zeit deutlich angestiegen – insbesondere Fluorchinolone und Oralcephalosporine.



„Weniger ist mehr – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen“ Plakat und Vorderseite des Patientenflyers für Erwachsene

Untersuchungen haben gezeigt, dass gerade bei Atemwegsinfektionen sehr häufig Antibiotika und zunehmend auch Reserveantibiotika verschrieben werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass hier ein enormes „Sparpotenzial“ existiert, denn die meisten Atemwegsinfektionen sind viral verursacht und die wenigsten bakteriell verursachten bedürfen einer antibiotischen Behandlung mit einem Reserveantibiotikum.

Aktion: Weniger ist mehr! Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen

Im Herbst 2015 wird in Hessen das Projekt „Weniger ist mehr – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen“ starten. Grundlage ist die „Antibiotika-Therapie-Optimierungsstudie (ATHOS)“¹, die im Rahmen des Deutschen Zentrums für Infektionsforschung unter Federführung des Nationalen Referenzzentrums für Krankenhaushygiene im Jahr 2014 in Berlin durchgeführt worden war. Die Materialien wurden stark überarbeitet, gekürzt

und „handlicher“ gestaltet. Dieses Projekt richtet sich insbesondere an Patienten: Es informiert über Atemwegsinfektionen, deren Auslöser und Behandlungsmöglichkeiten. Es wird gezeigt, dass 80 Prozent der Atemwegsinfektionen durch Viren verursacht sind und dass diese viral bedingten Infektionen nicht mit Antibiotika behandelt werden können. Den Patienten wird dargelegt, was sie selbst tun können, um ihre Erkältungsbeschwerden zu lindern („Hausmittel“).

Kooperationspartner des vom MRE-Netz Rhein-Main für Hessen initiierten Projekts sind die Landesärztekammer Hessen (LÄKH), die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH), die Landesarbeitsgemeinschaft der MRE-Netzwerke Hessen und die drei anderen MRE-Netzwerke in Hessen, der Berufsverband der Hausärzte Hessen, der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Hessen und der Berufsverband der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte in Hessen.

Alle Hausärzte, hausärztlich tätigen Internisten, Kinder- und Jugendärzte sowie Hals-Nasen-Ohren-Ärzte in Hessen sind zur Teilnahme und Unterstützung aufgerufen. Ihnen werden kostenlos Plakate für die Praxis und Patienten-Informationsflyer zur Verfügung gestellt.

Darüber hinaus plant das MRE-Netz Rhein-Main in Zusammenarbeit mit LÄKH und der KVH weitere Fortbildungen für Ärzte zum „Antibiotic Stewardship“ (siehe Programm der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung). Weitere Informationen: www.mre-rhein-main.de.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

MRE-Netz Rhein-Main

E-Mail: ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de

¹ Athos / NRZ für Krankenhaushygiene: Antibiotika – weniger ist mehr. Neue Wege zur Reduktion von Antibiotikaverordnungen bei Atemwegserkrankungen. Internet: <http://www.nrz-hygiene.de/athos/>

Aktuelles Thema Antibiotikaresistenzen:

Das MRE-Netz Rhein-Main blickt auf fünf Jahre erfolgreiche Arbeit zurück

Das MRE-Netz Rhein-Main, ein Zusammenschluss von neun Stadt- und Landkreisen in der Rhein-Main-Region, hat am 12. Juni 2015 mit einem Festakt und einem anschließenden Fachsymposium sein fünfjähriges Bestehen gefeiert.

Stefan Grüttner, hessischer Minister für Soziales und Integration, lobte in seinem Grußwort die Arbeit des MRE-Netzes Rhein-Main. Er betonte die Bedeutung der Aufklärungsarbeit der insgesamt vier MRE-Netzwerke in Hessen und ihre wichtige Rolle in der Prävention der Entstehung und Ausbreitung der multiresistenten Erreger (MRE). Aus diesem Grund werde er deren finanzielle Unterstützung aufrechterhalten.

Dem immer wieder zu hörenden Argument, Prävention verursache zu hohe Kosten, trat Grüttner entschieden entgegen: Die Kosten für die Behandlung von Patienten mit multiresistenten Erregern seien deutlich höher als die Ausgaben für deren Prävention. Er sieht die Politik in der Pflicht, sachgerechte Rahmenbedingungen zu schaffen und forderte in diesem Zusammenhang auch die bundesweite Meldepflicht für Erreger mit Carbapenemresistenz. Grüttner verwies dabei auf die Vorreiterrolle Hessens und die guten Erfahrungen, die mit dieser Meldepflicht in Hessen seit Ende 2011 gemacht wurden. Insgesamt forderte er einen offensiven Umgang mit und eine weltweite Strategie gegen MRE.

Erfolg der Netzwerke in der Infektions- und Resistenzprävention

Als weiterer Festredner konnte Prof. Dr. med. Alexander Friedrich, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene der Universität Groningen, Holland, gewonnen werden. Er hatte vor mehr als zehn Jahren das MRSA-Netz in Münster gegründet und damit den Startschuss für alle regionalen Netzwerke in Deutschland gegeben. In seinem Beitrag „MRE-Netz-



Der hessische Gesundheitsminister Stefan Grüttner mit der Netzwerk-Vorsitzenden Prof. Dr. med. Ursel Heudorf und Festredner Prof. Dr. med. Alexander Friedrich (von links)

werke in Deutschland und darüber hinaus – eine Erfolgsgeschichte“ gab er einen sehr persönlichen Rück- und Ausblick. Als das Thema MRSA als Problem aufkam und offensichtlich war, dass MRSA an der deutsch-niederländischen Grenze nur in Deutschland ein Problem war, nicht aber in Holland – obwohl die Grenze für die Bevölkerung offen ist und viele im jeweils anderen Land einkaufen und Freunde besuchen, war ihm klar: „MRSA werden ganz offensichtlich nicht durch soziale Kontakte in Ketten übertragen, sie werden nur übertragbar, wenn viele pflegerische und medizinische Kontakte in Gesundheitseinrichtungen stattfinden.“ Seine weiteren Untersuchungen zeigten: „Krankenhäuser in einer Region sind eigentlich ein Krankenhaus. Wenn nur einer im Cluster sich nicht an die Spielregeln hält, neutralisiert er den Aufwand der ganzen anderen. Da können Sie noch so viel Geld ausgeben: Krankenhäuser sind in einem Boot, sie können nur gemeinsam, vernetzt erfolgreich sein.“

„Die Gesellschaft fragt uns: Könnt Ihr Infektionen verhindern? Und wenn Ihr es nicht könnt, könnt Ihr es zumindest noch behandelbar halten. Darum geht es: Infektionsprävention und Resistenzprävention.“ Zur Infektionsprävention, insbeson-

dere bei MRSA, muss zunächst die Grunderkrankung, zum Beispiel die chronische Wunde behandelt werden, um das „Sanierungsfenster“, die Zeit, in der eine MRSA-Sanierung erfolgreich durchgeführt werden kann, zu öffnen. Darüber hinaus müssen strikte Behandlungsindikationen festgelegt und eine gute Händehygiene beachtet werden. „Für eine gute Händehygiene braucht es vor allem ausreichend Hände“, also genug Personal. Unabdingbar für eine Prävention der Resistenzen ist eine Reduktion des Einsatzes von Antibiotika (nicht nur in der Humanmedizin) und das Erkennen von MRE-Trägern, das heißt „eine präventive Mikrobiologie und ein angemessenes Screening“.

Friedrich betonte, dass beide Ziele – Infektions- und Resistenzprävention – nach seiner Erfahrung am besten im Rahmen einer regionalen Netzbildung erreicht werden können. Es erfüllt ihn mit Stolz, dass sich die Idee der Netzwerke „infektiös verbreitet“ hat, und inzwischen über 100 Netzwerke beim Robert Koch-Institut „gelistet“ sind, darunter auch einige Leuchtturm-Netzwerke. Dazu rechnet er auch das MRE-Netz Rhein-Main („ein echter Hub“), nicht zuletzt auch wegen dessen Forschungstätigkeit.

MRE-Netz Rhein-Main: Siegelverleihung und weitere Projekte

Abschließend gab die Vorsitzende des MRE-Netz Rhein-Main, Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, einen Rück- und Ausblick: „Als wir im Juni 2010 das MRE-Netz Rhein-Main gründeten, war nicht absehbar, dass das Problem der Antibiotikaresistenz im Jahr 2015 eine so große öffentliche Aufmerksamkeit erhält.“ Im Frühjahr 2015 hatte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe sein „Zehn-Punkte-Programm zur Bekämpfung der Antibiotikaresistenzen in Deutschland“ auf den Weg gebracht. Im Mai und Juni 2015 stand das Thema Antibiotikaresistenzen auf der Tagesordnung der Weltgesundheitsorganisation und des G7-Gipfels.

Seit seiner Gründung hat das Netzwerk intensiv auf Information gesetzt. Die Internetseite (www.mre-rhein-main.de) wurde über 52.000-mal genutzt, das Informationstelefon (069 212 48884) wurde etwa 2.000-mal zu Rate gezogen. In mehr als 350 Fortbildungen wurden über 5.500 Mitarbeiter aus der ambulanten und stationären Pflege geschult, aber auch Ärzte aus Klinik und Praxis. Diese Aktivitäten waren auch durch eine Anschubfinanzierung der Pitzer-Stiftung und die Förderung des Bundesgesundheitsministeriums

und des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration möglich.

Darüber hinaus hat das Netzwerk viele Untersuchungen zum Vorkommen von antibiotikaresistenten Erregern durchgeführt – nicht nur zu MRSA, sondern seit Beginn auch zu den multiresistenten gramnegativen Erregern MRGN: bei Patienten der ambulanten Dialyse, bei Altenpflegeheimbewohnern, bei Patienten in der ambulanten Pflege und bei Patienten in Rehabilitationskliniken. Untersucht wurden mehr als 7.500 Menschen in 80 Einrichtungen. „Ich kenne keine Region, in der so umfangreiche Daten zur MRE-Häufigkeit im außer-akut-klinischen Bereich vorliegen wie in unserer Rhein-Main-Region“, betont Heudorf. „Die Daten sind wichtig, um Patienten und Fachleuten das Ausmaß der Problematik in der Region bewusst und erlebbar zu machen und damit die Umsetzung der erforderlichen Hygienemaßnahmen zu erleichtern. Denn Hygiene wirkt immer – auch bei Keimen, die gegen Antibiotika resistent sind. Diese wirksame Waffe haben wir. Wir müssen sie nutzen.“ Alle Ergebnisse werden publiziert und sind einsehbar unter www.mre-rhein-main.de/Publikationen.

Im Rahmen der Feierstunde wurde 75 Einrichtungen, die seit mindestens zwei Jah-

ren im Netzwerk Mitglied sind, die festgelegten Anforderungen erfüllen und die sich im Kampf gegen multiresistente Erreger engagieren, das Siegel des Netzwerks verliehen. Die Namen der Einrichtungen, die Qualitätsvoraussetzungen sowie viele weiteren Informationen zu multiresistenten Erregern können eingesehen werden unter www.mre-rhein-main.de.

Das Netzwerk wird in Zukunft auch das Thema des richtigen, zurückhaltenden Einsatzes von Antibiotika intensiver angehen. „Antibiotika sind kostbar. Wir müssen sie sorgsam einsetzen“, unterstreicht Heudorf. Allzu oft werden unnötigerweise Antibiotika bei Virus-Infekten eingesetzt. Deswegen wird das Netzwerk ein vom Nationalen Referenzzentrum für Krankenhaushygiene in Berlin entwickeltes Projekt zum sachgerechten Antibiotika-Einsatz in modifizierter Form übernehmen und mit dem Slogan „Weniger ist mehr – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen“ in Zusammenarbeit mit vielen Akteuren hessenweit einführen (siehe S. 550).

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

MRE-Netz Rhein-Main

www.mre-rhein-main.de

E-Mail: [mre-rhein-main](mailto:mre-rhein-main@stadt-frankfurt.de)

[@stadt-frankfurt.de](mailto:mre-rhein-main@stadt-frankfurt.de)

E-Mail: ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de

Hessischer Internistentag am 6./7. November 2015 in Frankfurt

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

im Herbst entfaltet sich meist ein bunter Strauß an Fortbildungsmöglichkeiten. Hier gilt es auszuwählen.

Am 6./7. November 2015 bietet Ihnen der 48. Hessische Internistentag in Frankfurt/Main eine breit gefächerte Möglichkeit zur Fortbildung nahezu im gesamten Bereich der Inneren Medizin und auch in wesentlichen Teilen der Allgemeinmedizin an.

Bereits am Freitag, 6. November, wird es handfest. Zum einen mit Workshops von 14 bis 18 Uhr zur Echokardiographie, zur Duplexsonographie und Oberbauchsonographie (im Agaplesion Bethanien Krankenhaus). Um 20 Uhr beginnt der berufspolitische Abend des BDI in Kooperation mit der KV Hessen in deren

Räumlichkeiten (Georg-Voigt-Straße 15) zum Thema „Bedarfsplanung – eine Illusion?“ Die Bedarfsplanung wird uns noch viel beschäftigen und Ihre Meinungsbildung ist uns hierzu besonders wichtig.

Der Uni-Campus Westend bietet am Samstag, 7. November, gute Voraussetzungen für einen intensiven Gedankenaustausch. Immer wieder bedeutsam sind die Schwerpunkte Kardiologie mit den Themen Herzinsuffizienz, Prävention und Gerinnungshemmung sowie Gastroenterologie mit dem Thema Colitis assoziierte Dysplasien. Im Lunchsymposium wird über Aktuelles aus der Forschung referiert. Onkologie, Geriatrie und Endokrinologie/Diabetologie runden den Nachmittag ab.

Von besonderem Interesse dürfte ab 16.30 Uhr die Reihe „Seltene Erkrankun-

gen“ unter dem Vorsitz von Prof. Dr. med. Jürgen Schäfer (Marburg) und Anne Kandler (Fulda) sein.

Die Vertreterinnen und Vertreter des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) freuen sich sehr, Sie in Frankfurt begrüßen zu können. Einzelheiten zum Programm siehe im Internet unter: www.hessischer-internistentag.de.

Einen interessanten und inhaltsreichen Hessischen Internistentag 2015 mit Kursen, Fortbildung und berufspolitischen Akzenten wünschen Ihnen Ihre

Dr. med. Wolf Andreas Fach

Dr. med. Gottfried von Knoblauch

zu Hatzbach

Dr. med. Wolfgang Drossard

Prof. Dr. med. Klaus Fassbinder

Dr. med. Hansjörg Werner

Antibiotikaeinsatz und Resistenzentwicklung beim Nutztier

Jürgen Harlizius, Melanie Kausch



Foto: Ludger Blütering

Intramuskuläre Injektion bei einem Ferkel

Der Einsatz von Antibiotika in der Tierhaltung wird immer wieder kontrovers diskutiert. Es ist unbestritten, dass bei akuten bakteriellen Infektionen die antibakterielle Therapie auch bei erkrankten Tieren in der Regel das Mittel der Wahl ist. Hier sind Tierärzte und Landwirte allein aus Tierenschutzgründen verpflichtet, eine möglichst schnelle Heilung anzustreben.

In den vergangenen Jahren hat es in der Landwirtschaft enorme Anstrengungen gegeben, um die Hygiene in der Tierhaltung zu verbessern. Inzwischen gibt es Stallsysteme, die vor jeder Neubelegung komplett gereinigt und desinfiziert werden, um den Erregerdruck zu senken. In vielen Betrieben sind Hygieneschleusen mit Kleiderwechsel, teilweise sogar mit Einduschen, vorgeschrieben. Umfangreiche Prophylaxeprogramme, die sich vor allen Dingen auf den Einsatz von Vakzinen stützen, wurden eingeführt. So ist bereits in den vergangenen Jahren der Antibiotikaeinsatz in der Nutztierpraxis deutlich reduziert worden. So konnte gegenüber 2011 der veterinärmedizinische Einsatz um ca. 468 Tonnen, d.h. bereits ca. 27 Prozent reduziert werden (Tabelle 1, [1]).

Der prophylaktische Einsatz von Antibiotika und auch der Einsatz als Masthilfsmittel sind schon seit vielen Jahren verboten.

In jüngster Zeit gab es immer wieder Schlagzeilen von erhöhten Nachweisen von Methicillin resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) oder von *Escherichia coli* mit erweiterten Resistenzspektrum (Extended Spectrum Betalaktamase; ESBL) bei landwirtschaftlichen Nutztieren oder auf Lebensmitteln. Das dadurch suggerierte negative Image von tierischen Lebensmitteln wird durch scheinbar immer wieder auftretende Rückstände von Antibiotika in Lebensmitteln verstärkt. Tabelle 2 zeigt, dass im nationalen Rückstands-Kontroll-Plan positive Befunde eher eine Ausnahme statt die Regel sind, wobei u.a. auch auf Umweltgifte und Schwermetalle untersucht wird [2].

Arzneimittelrechtliche Grundlagen

Der Einsatz von Arzneimitteln beim Tier wird durch das Arzneimittelgesetz (AMG) sowie einer Vielzahl weiterer Verordnungen geregelt. Die Verschreibung eines

Arzneimittels ist an das „Behandlungsprinzip“ gekoppelt. Dies bedeutet, dass in der Regel eine Behandlung mit einem Arzneimittel erst erfolgen darf, wenn vorab eine klinische Untersuchung des Tieres oder der Gruppe vorausgegangen ist. Dies ist nahezu einzigartig in Europa. Verschreibungspflichtige Arzneimittel kann der Tierhalter nur über seinen Tierarzt oder ein vom ihm ausgestelltes Rezept in einer Apotheke beziehen. Fast alle Arzneimittel für lebensmittelliefernde Tiere sind mittlerweile verschreibungspflichtig. Es werden Wartezeiten festgelegt, dies bedeutet, dass in dieser Zeit von dem behandelten Tier kein Lebensmittel gewonnen werden darf. Die Wartezeit wird im Zulassungsverfahren der Arzneimittel nach Rückstandsuntersuchungen mit erhöhten Dosierungen und mit Sicherheitszuschlägen festgelegt.

Der Tierhalter darf Arzneimittel nach Anweisung durch den Tierarzt auch selber anwenden. Die Anwendung beim lebensmittelliefernden Tier muss penibel dokumentiert werden. Zum einen füllt der Tierarzt einen Anwendungs- und Abgabebegleit aus, in dem folgende Punkte festgehalten werden: Anzahl, Art und Identität der Tiere, Arzneimittelbezeichnung, Wartezeit, Anwendungsdatum, Anwendungsmenge, Chargennummer, Abgabedatum, Diagnose, Dosierung pro Tier und Tag, Art der Anwendung, Zeitpunkt der Anwendung und Abgabemenge. Zum anderen muss der Tierhalter dann zusätzlich noch ein Behandlungsbuch führen, in dem steht, wann und wo welche Tiere mit welchem Medikament von wem behandelt wurden. Eine Arzneimittelabgabe auf Vorrat ist nicht erlaubt.

Zusätzlich müssen nach der 16. AMG Novelle (2014) Betriebe, die Geflügel, Rinder oder Schweine oberhalb einer Mindestgröße mästen, den gesamten Antibiotikaverbrauch in einer staatlichen Datenbank erfassen (www.hi-tier.de). Anhand der Verschreibungen, der Bestätigung der Anwendung sowie der gehaltenen

nen Tiere wird die individuelle betriebliche Therapiehäufigkeit festgelegt. Das Viertel der Betriebe mit dem höchsten Verbrauch muss einen schriftlichen Maßnahmenplan zur Reduzierung des Antibiotikaeinsatzes vorlegen. Bei keiner deutlichen Verbesserung über mehrere Beobachtungshalbjahre kann letztlich sogar ein Ruhen der Tierhaltung angeordnet werden.

Neben den rechtlichen Vorgaben existieren Leitlinien, Leitfäden und Empfehlungen zum sorgfältigen Einsatz von Antibiotika.

Resistenzentwicklung

In Deutschland stehen zur Therapie von bakteriellen Infektionskrankheiten Antibiotika aus 20 Wirkstoffgruppen zu Verfügung, davon sind acht Gruppen allein der Humanmedizin vorbehalten [3]. Das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) ermittelt im Rahmen des nationalen Resistenzmonitorings (GERM-Vet) seit 2001 (Grundlage §77 Abs. 3 AMG) das Resistenzverhalten wichtiger tierpathogener Bakterien von erkrankten Tieren [3]. Jedes Jahr wird ein

Stichprobenplan erstellt, der sich an Ergebnissen der vorherigen Jahre sowie an aktuellen Fragestellungen orientiert. Die Auswahl der getesteten Antibiotika orientiert sich an veterinär- und humanmedizinischen Therapieansätzen. Ein Großteil der in der Tiermedizin eingesetzten Antibiotika dient der Behandlung von Atemwegsinfektionen und Infektionen des Gastrointestinaltraktes. Hauptsaison für Atemwegsinfektionen sind die Übergangsjahreszeiten Herbst und Frühling. Die Ursachen sind häufig multifaktoriell. Unter den bakteriellen Erregern sind nicht

Tab. 1: Vergleich der Wirkstoffklassen nach Abgabemengen 2011 bis 2014

Wirkstoffklasse	Abgeg. Menge (t) 2011	Abgeg. Menge (t) 2012	Abgeg. Menge (t) 2013	Abgeg. Menge (t) 2014	Differenz (t) 2011 zu 2014
Aminoglykoside	47	40	39	38	-9
Cephalosp., 1.Gen.	2,0	2,0	2,0	2,1	+0,1
Cephalosp., 3. Gen.	2,1	2,5	2,3	2,3	+0,2
Cephalosp., 4. Gen.	1,5	1,5	1,5	1,4	-0,1
Fluorchinolone	8,2	10,4	12,1	12,3	+4,1
Folsäureantagonisten	30	26	24	19	-11
Fusidinsäure*					
Ionophore*	-	-			
Lincosamide*	17	15	17	15	-2
Makrolide	173	145	126	109	-64
Nitrofurane*					
Nitroimidazole*					
Penicilline	528	501	473	450	-78
Phenicole	6,1	5,7	5,2	5,3	-0,8
Pleuromutiline	14	18	15	13	-1
Polypeptid-Antibiotika	127	124	125	107	-20
Sulfonamide	185	162	152	121	-64
Tetracycline	564	566	454	342	-222
Summe**	1.706	1.619	1.452	1.238	-468

* Wahrung des Geschäfts- und Betriebsgeheimnisses, Daten dürfen nicht veröffentlicht werden, da es in der Regel nur einen Zulassungsinhaber gibt (nach § 6 IFG und § 9 Abs. 1 (3) UIG)

** mögliche Abweichungen sind rundungsbedingt

Quelle: Antibiotikaabgabe in der Tiermedizin sinkt weiter. Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, Berlin (28.07.2015) [1]

selten auch normale Besiedler von Schleimhäuten anzutreffen, die erst in Stresssituationen die Krankheitssymptome auslösen oder verstärken. Die Resistenzsituation stellt sich für die meisten Erreger von Atemwegsinfektionen (*Pasteurella multocida*, *Mannheimia haemolytica*) günstig dar. In Bezug auf *Pasteurella multocida* Infektionen konnten beim Schwein bei den therapeutisch bedeutenden Wirkstoffen Resistenzraten von unter 5 Prozent mit Ausnahme vom Tetracyclin (18 Prozent) festgestellt werden.

Lediglich bei Infektionen mit *Bordetella bronchiseptica* beim Schwein muss mit erhöhten MHK-Werten bei β -Laktamantibiotika (32 mg/L) und potenzierten Sulfonamiden (8–16 mg/L) gerechnet werden [4]. Beim Rind verhält es sich ähnlich, hier wurden Resistenzraten bei *Pasteurella multocida* von max. 5 Prozent erreicht und beim Tetracyclin konnte sogar ein Rückgang von 12,5 Prozent (2011) auf 5 Prozent (2012) verzeichnet werden. Noch günstiger verhält es sich mit dem Wirkstoff Enrofloxacin (2012), hier konnten weder bei Kalb noch beim Rind resis-

tente Isolate detektiert werden. Das Resistenzniveau bei *Mannheimia haemolytica* von Rindern ist insgesamt niedrig.

Die Resistenzsituation für pathogene Bakterien aus Magen-Darm-Infektionen, insbesondere *E. coli*, stellt sich wesentlich ungünstiger da. So weisen Isolate vom Kalb als auch vom Schwein hohe Resistenzraten gegenüber einer Vielzahl von Wirkstoffen auf. Insbesondere beim Kalb sind hohe MHK-Werte gegenüber Cephalosporinen der 3. und 4. Generation (>64 mg/L) sowie gegenüber Fluorchinolonen (16 mg/L) zu verzeichnen [4].

2013 haben wir in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen untersucht, wie oft MRSA und ESBL-bildende Erreger in Schweinebetrieben vorkommen. Hierzu wurden aus 47 Praxisbetrieben je zwölf Gülle- und Staubproben im Labor untersucht. Insgesamt wurden 1120 Proben untersucht. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: Von allen 282 auf ESBL-bildende Erreger untersuchten Gülleproben waren 83 (29 Prozent) positiv für ESBL-bildende *E. coli*. Und von allen 280 auf MRSA untersuch-

ten Gülleproben waren 81 bzw. 29 Prozent positiv.

Bei den 282 auf ESBL-bildende Erreger getesteten Staubproben waren 29 (10 Prozent) positiv für ESBL-bildende *E. coli* und 3 (1 Prozent) für ESBL-bildende *K. pneumoniae*. Von allen auf MRSA untersuchten Staubproben (n=282) zeigten 71 (25 Prozent) ein positives Ergebnis.

Insgesamt wurde MRSA in 77 Prozent der untersuchten Betriebe nachgewiesen. ESBL-bildende Erreger fanden sich in 55 Prozent der Betriebe. In 43 Prozent der untersuchten Betriebe waren beide Erregergruppen gemeinsam nachweisbar.

Bezüglich ESBL liegt der Fokus auf den *E. coli*-Isolaten. Die Studie zeigt, dass 98 Prozent der *E. coli*-Isolate positiv für nur ein ESBL-Gen sind. Größte Bedeutung hat dabei mit einem Anteil von 43 Prozent das Enzym CTX-M-1.

In der Humanmedizin hat hingegen das Enzym CTX-M-15 die größte Bedeutung. Die in Schweinebetrieben gefundenen ESBL-produzierenden *E. coli* unterscheiden sich somit genetisch von den Erregern, die im Humanbereich die meisten Probleme bereiten.

Tab. 2: Nationaler Rückstandskontrollplan: Übersicht über positive Rückstandsbefunde im Zeitraum 2010 bis 2012, verteilt auf die einzelnen Tierarten

Tierart / Erzeugnis	2011 Anzahl			2012 Anzahl			2013 Anzahl		
	Proben	Positive Befunde	in %	Proben	Positive Befunde	in %	Proben	Positive Befunde	in %
Rinder	14.651	74	0,51	14.994	57	0,38	14.900	141	0,95
Schweine	29.114	162	0,56	30.513	149	0,49	29.789	146	0,49
Schafe	566	8	1,41	600	8	1,33	575	10	1,74
Pferde	119	7	5,88	160	6	3,75	225	8	3,56
Kaninchen	36	-	-	33	-	-	25	-	-
Wild	232	45	19,40	213	29	13,62	204	43	21,08
Geflügel	8.366	6	0,07	9.076	2	0,02	8.530	8	0,09
Aquakulturen	550	2	0,36	585	5	0,85	539	4	0,74
Milch	1.837	1	0,05	1.902	3	0,16	1.933	3	0,16
Eier	673	6	0,89	709	5	0,71	753	5	0,66
Honig	181	5	2,67	213	4	1,88	206	-	-

Quelle: Jahresbericht zum Nationalen Rückstandskontrollplan (NRKP) 2013 [2]

Literatur zum Artikel:

Resistenzentwicklung und Antibiotikaeinsatz bei Nutztieren

von Dr. Jürgen Harlitzius und Dr. Melanie Kausch

1. Antibiotikaabgabe in der Tiermedizin sinkt weiter. Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, Berlin. 28.07.2015 www.bvl.bund.de
2. Jahresbericht zum Nationalen Rückstandskontrollplan (NRKP) 2013, www.bvl.bund.de
3. GERM-Vet, www.bvl.bund.de
4. Bostedt H, Fehlhaber K, Wieler L H: Fakten und (Vor) Urteile, Antibiotikaeinsatz und Resistenzentwicklung in der Human- und Veterinärmedizin. Deutsches Tierärzteblatt 2014; 11: 1552
5. Brase K, Nienhoff H, Löbert S, Harlitzius J: MRSA sachlich aufarbeiten Schweinezucht und Schweinemast 4/2014

Ähnlich ist die Situation bei MRSA. Die im Stall gefundenen Keime gehören fast ausnahmslos zum Stamm CC398, der zwar auch in Krankenhäusern auftritt. Die genauere Bestimmung zeigt jedoch Unterschiede zwischen den Krankenhaus- und Stallkeimen auf. So gehören knapp 57 Prozent der Stall-MRSA zum Subtyp t011 und weitere 30 Prozent zum Subtyp t034 [5]. So besteht zwar bei direktem und intensivem Kontakt zu den Schweinen ein höheres Besiedlungsrisiko, aber die in Schweineställen gefundenen MRSA-Typen unterscheiden sich deutlich von den Erregern, die für den Großteil der schwer zu behandelnden Infektionen im Krankenhaus verantwortlich sind. Ein erhöhtes Besiedlungsrisiko für Menschen in der Umgebung von Tierställen oder durch kontami-

nierte Lebensmittel ist bis heute nicht nachgewiesen worden.

Schlussfolgerung

In Deutschland ist der veterinärmedizinische Einsatz von Antibiotika streng gesetzlich reglementiert. Trotz intensiver Prophylaxemaßnahmen ist aber auch bei landwirtschaftlichen Nutztieren mit bakteriellen Infektionskrankheiten der Antibiotikaeinsatz notwendig. Eine Resistenzentwicklung kann somit nicht verhindert werden. Für den Antibiotikaeinsatz muss nach wie vor der Leitsatz: „So wenig wie möglich, so viel wie nötig!“ gelten. Die Verringerung der Resistenzentwicklung muss unter Beachtung von Tier- und Verbraucherschutz im Blickfeld

bleiben und nicht vordergründig die alleinige Mengenreduktion oder sogar das Verbot der Antibiotikatherapie für Tiere. Zur Verbesserung der Resistenzlage in der Human- wie auch der Veterinärmedizin ist ein gemeinsames und vernetztes Vorgehen im Sinne der „One-Health-Strategie“ notwendig.

Dr. Jürgen Harlizius

Dr. Melanie Kausch

Tiergesundheitsdienste
Landwirtschaftskammer NRW
Bad Sassendorf

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

Aus anderen Ärztekammern

Die Landestierärztekammer Hessen stellt sich vor



Die Delegierten der Landestierärztekammer Hessen mit Präsident Dr. Ingo Stammberger (vorne links) und Vizepräsidentin Prof. Dr. Sabine Tacke (vorne Mitte)

In Hessen gibt es derzeit etwa 3000 Tierärztinnen und Tierärzte, die in selbstständiger Praxis, in Hochschulen, Industrie, Forschungsinstituten, Behörden, Ministerien oder im öffentlichen Dienst tätig sind. Der tierärztliche Beruf gehört zu den Heilberufen. Und wer ihn ausübt, ist damit automatisch Pflichtmitglied in der Landestierärztekammer Hessen (LTK Hessen) – die, wie auch die Landesärztekammer

Hessen, eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist.

Das Bild des Tierarztes und der Tierärztin ist in der Öffentlichkeit durch zahlreiche, nicht immer realitätsnahe Fernsehserien geprägt und zeigt vor allem die Tätigkeit in der Kleintierpraxis oder in besonderen Berufsfeldern wie zum Beispiel im Zoo. Kern tierärztlicher Tätigkeit bleibt die Hilfe an den Tieren. Dabei darf nicht überse-

hen werden, dass sich das Berufsbild des Tierarztes wesentlich verändert und erheblich erweitert hat. Der tierärztliche Beruf hat in den vergangenen Jahrzehnten massive strukturelle Veränderungen erfahren wie kaum ein anderer. Tierärzte waren – mit Ausnahme in den größeren Städten – in der Großtierpraxis tätig. Wirtschaftliche Zwänge ließen die kleinbäuerlichen landwirtschaftlichen Betriebe in Hessen erbarmungslos sterben. Sie sind inzwischen Geschichte. Es gibt Dörfer, in denen heute keine Milchkuh mehr steht. Gleichzeitig nahm die Kleintierhaltung und damit die Nachfrage nach Kleintierpraktikern sprunghaft zu. Und sprunghaft änderte sich auch das Geschlechterverhältnis der Tierärzte: Gab es zu Beginn der 1950er-Jahre nur ganz vereinzelt tätige Tierärztinnen, so kehrt sich das Verhältnis völlig um. In den Hörsälen der tierärztlichen Fakultäten sitzen bereits seit langem mehr als 90 Prozent Frauen.

Doch Tierärzte/innen tragen in hohem Maß auch Verantwortung für die Gesundheit des Menschen. Denn zu ihren Aufgaben gehört es nicht nur, Leiden und Krankheiten der Tiere zu verhüten, zu lindern und zu heilen. Es ist ebenso eine tierärztli-

che Aufgabe, den Menschen vor Gefahren und Schäden durch vom Tier übertragbare Krankheiten oder durch Lebensmittel und Erzeugnisse tierischer Herkunft zu schützen. Tierärztinnen und Tierärzte dienen daher dem Allgemeinwohl und erfüllen eine öffentliche Aufgabe.

Die Ausübung dieser tierärztlichen Berufspflichten zum Wohl der Verbraucher und der Patienten wird von der LTK Hessen überwacht. Zu deren Aufgaben, die im Hessischen Heilberufsgesetz geregelt sind, gehört auch die Aufsicht über Fort- und Weiterbildung der hessischen Tierärztinnen und Tierärzte, die Abnahme von Fachtierarztprüfungen und die Qualitätssicherung tierärztlicher Tätigkeit. Eine starke tierärztliche Selbstverwaltung ist Ausdruck gelebter Demokratie. Nicht der Staat, sondern die Tierärzteschaft selbst übernimmt ihre eigene Verwaltung, bietet Beratung, Information und Hilfe. Durch Förderung der beruflichen Weiterbildung der Kammerangehö-

rigen hilft sie mit, die Qualität im Veterinärwesen zu sichern und betreut auch die Ausbildungsverhältnisse der Tiermedizinischen Fachangestellten.

Die Kammerangehörigen wählen alle fünf Jahre ihre Delegierten. Die Delegierten-Versammlung entspricht einem Parlament. Sie erstellt unter anderem Satzungen und Ordnungen (zum Beispiel die Berufsordnung und die Weiterbildungsordnung), benennt die Mitglieder der Ausschüsse (unter anderem für Tierschutz, für Verbraucherschutz sowie für Arznei- und Futtermittelrecht) und die Mitglieder für die Berufsgerichte.

Außerdem wählen die Delegierten den Vorstand der LTK Hessen, der aus Präsident/in, Vizepräsident/in und mindestens drei Beisitzer/innen besteht. Die Delegiertenversammlung tritt zweimal jährlich zusammen. Die Sitzungen sind öffentlich für Kammerangehörige. Derzeitiger Präsident ist Dr. Ingo Stammberger, Vizepräsidentin ist Prof. Dr. Sabine Tacke.

Im Rahmen der überregionalen Ausbildung von Tiermedizinischen Fachangestellten an der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim arbeitet die LTK Hessen mit der Landesärztekammer Hessen zusammen. Im Bündnis heilen&helfen haben sich alle hessischen Heilberufskörperschaften zusammengefunden. Ziel des Bündnisses, bestehend aus Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, Psychologische Psychotherapeuten und Tierärzten, ist es, die Anliegen der Heilberufe und ihrer Patienten stärker in die gesellschaftliche Diskussion einzubringen und mit einer Stimme diesen Anliegen auch gegenüber der Politik Gehör zu verschaffen.

Informationen im Internet:
www.ltk-hessen.de

Marion Selig

Mitglied im Vorstand der LTK Hessen
E-Mail: info@ltk-hessen.de

Alles Cipro? Unkomplizierte Harnwegsinfektionen werden heute anders behandelt

Michael Zieschang, Siegbert Walter

Zunehmende Probleme mit Resistenzentwicklungen haben zu neuen Empfehlungen [1–11] zur Therapie unkomplizierter Harnwegsinfektionen geführt. Die Zeiten, in denen sehr häufig mit Ciprofloxacin behandelt wurde und nur die Therapiedauer unterschiedlich war, sind endgültig vorbei.

Definition der unkomplizierten Harnwegsinfektion

In der ursprünglichen Definition unkomplizierter Harnwegsinfektionen (HWI) waren nur prämenopausale gesunde Frauen ohne Schwangerschaft, ohne urologische Anomalien, Nierenfunktionsstörungen oder Begleiterkrankungen eingeschlossen [6]. In Europa hat sich in jüngster Zeit eine praxisorientierte erweiterte Bestimmung des Begriffes durchgesetzt, die zusätzlich auch gesunde schwangere Frauen, Frauen in der Postmenopause, jüngere Männer und Patienten mit Diabetes und stabiler Stoffwechsellage einbezieht [12]. Unkomplizierte HWI werden weiter unterteilt in untere (Zystitis; ZY) und obere HWI (Pyelonephritis; PY). Symptome der unteren HWI sind Dysurie, imperativer Harndrang, Pollakisurie, Schmerzen oberhalb der Symphyse. 95 % aller Patientinnen mit einer HWI haben mindestens eines dieser Symptome. Patienten mit oberer HWI klagen über Flankenschmerzen, klopfschmerzhaftes Nierenlager und/oder Temperatur $> 38^{\circ}\text{C}$, Übelkeit, Erbrechen. Diese Einteilung nach Symptomen lässt zwar keine zwingenden Rückschlüsse auf die Lokalisation der Infektion zu, ist aber dennoch wichtig für die Auswahl der Antibiotika-Wirkstoffgruppe.

Bei Frauen muss differenzialdiagnostisch an eine Urethritis, eine Vaginitis, eine Salpingitis oder eine Adnexitis gedacht werden. Bei Männern spielt vor allen Dingen die Prostatitis als Differenzialdiagnose eine Rolle.



Diagnostik beim Harnwegsinfekt

Häufigkeit und Risikofaktoren der „unkomplizierten HWI“

Junge Frauen im Teenager-Alter erleiden 0,7 HWI pro Jahr mit einem Rezidivrisiko von 25 % innerhalb von sechs Monaten. Postmenopausale Frauen bekommen nur noch 0,07 HWI pro Jahr. Risikofaktoren für HWI sind Geschlechtsverkehr, die Verwendung von Spermiziden, ein vorangegangener Harnwegsinfekt, ein neuer Sexualpartner im vergangenen Jahr und weibliche Verwandte 1. Grades mit HWI.

Asymptomatische Bakteriurie

Bei unteren HWI ist von der symptomatischen Infektion eine asymptomatische Bakteriurie abzugrenzen, die nur in zwei Ausnahmefällen einer antibiotischen Behandlung bedarf:

1. Bei Schwangeren, da in bis zu 30 % der Fälle eine Pyelonephritis folgt und dieses Risiko um 77 % gesenkt werden kann. Am Ende des ersten Trimenons wird daher regelhaft ein Urinscreening durchgeführt. Eine asymptomatische Bakteriurie gilt dann als gesichert, wenn in zwei aufeinanderfolgenden

Urinproben derselbe Keim mit der Zahl von mindestens 10^5 gefunden wird.

2. Vor urologischen, schleimhautschädigenden Eingriffen: Keinesfalls sollten postmenopausale Frauen mit asymptomatischer Bakteriurie, also nur aufgrund von Urinbefunden, antibiotisch behandelt werden [13].

Diagnostik

Urinstreifentest: Der Nachweis von Leukozyten oder Nitrit hat eine hohe Sensitivität, erlaubt aber keinen Ausschluss bei negativem Ergebnis und ergibt auch nur gemeinsam mit Symptomen die Diagnose eines HWI.

Urinkultur: Nimmt man die signifikante Bakteriurie (also 10^5 Keime) als Grenze [14; 15], werden 30–50 % der Zystitiden übersehen. In 75–95 % wachsen *E. coli*. Enterokokken und Streptokokken sind oft eine Kontamination, der Nachweis von drei und mehr bakteriellen Spezies immer.

Eintauchnährböden: Koloniezahlen $< 10^4$ sind mit 24-stündiger Inkubation nicht sicher nachweisbar.

Urinmikroskopie: Ausschluss eines HWI möglich bei fehlendem Nachweis von

Bakterien und Leukozyten, ist aber zeitaufwendig.

Als Erreger sind in 70–80 % der Urinproben *E. coli* nachweisbar; der Nachweis von anderen Enterobakterien wie *Proteus* spp. oder *Klebsiella* spp., von Staphylokokken und anderen Erregern inklusive Hefepilzen liegt im einstelligen Prozentbereich und unterscheidet sich kaum zwischen Zystitis und Pyelonephritis bei unkomplizierten HWI [1–3].

Bei einer Zystitis ist neben der Anamnese und körperlichen Untersuchung eine weitere Diagnostik nicht zwingend notwendig, beim Rezidiv sind jedoch zumindest ein Urinstreifentest und eine Urinkultur obligat und bei einer Pyelonephritis sollte zusätzlich eine Sonografie durchgeführt werden.

Therapie der unkomplizierten HWI

Untere HWI (Zystitis)

War früher die Kurzzeittherapie mit Ciprofloxacin oder Cotrimoxazol für ein bis drei Tage Standard, so wird dies jetzt unter zunehmenden Resistenzentwicklungen differenzierter gesehen.

30–50 % aller unteren HWI heilen spontan innerhalb einer Woche aus, nur in 2 % der Fälle ist ein Aufsteigen der Erreger und somit eine Pyelonephritis zu befürchten. Daher sieht die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) in den ersten Tagen ein abwartendes Verhalten mit Steigerung der Trinkmenge als eine Option [16]. Dagegen spricht jedoch die rasche Linderung der oft stark belastenden Symptome bei adäquater antibiotischer Therapie.

Antibiotika, gegen die Erreger in mehr als 20 % der Fälle resistent sind, sollten bis auf Weiteres nicht zur kalkulierten Antibiotikatherapie der Zystitis eingesetzt werden: Somit scheiden Amoxicillin und Cotrimoxazol (TMP/SMX) bzw. Trimethoprim (TMP) aus. Unter Kenntnis der aktuellen, lokalen Resistenzlage wäre laut DEGAM noch die Gabe von Trimethoprim möglich. In eigenen Untersuchungen zur Versorgungsforschung geht die DEGAM von einer deutlich geringeren Resistenzrate gegen TMP aus und empfiehlt es daher noch mit zur Erstlinientherapie auch oh-

Tab. 1: Therapie der unkomplizierten unteren Harnwegsinfektionen

Fosfomycin	3 g oral einmalig
Pivmecillinam (in Deutschland nicht erhältlich)	2 x 400 mg für 3 Tage
Alternativ:	
Nitrofurantoin RT	2 x 100 mg für 5 Tage (nur Frauen)
Fluorchinolone	(für 3 Tage, bevorzugt Norfloxacin)
Norfloxacin	2 x 400 mg
Ciprofloxacin	2 x 250 mg
Ciprofloxacin RT	1 x 500 mg
Levofloxacin	1 x 250 mg
Ofloxacin	2 x 200 mg
Cephalosporine (Gruppe 2/3 für 3 Tage)	
Cefuroxim	2 x 200 mg
Cefpodoxim	2 x 100 mg
Cefixim	2 x 200 mg
Ceftibuten	1 x 400 mg
Trimethoprim (TMP)	2 x 200 mg für 5 Tage
Cotrimoxazol (TMP/SMX)	2 x 160/800 mg für 3 Tage

ne vorherige Testung. Gyrasehemmer und Cephalosporine sind wegen der rasch zunehmenden Resistenzen für obere und komplizierte HWI reserviert.

Somit kommen auch ältere Antibiotika wieder zum Einsatz: Nitrofurantoin 2 x 100 mg für fünf Tage oder einmalig Fosfomycin-Trometamol 3 g. Sollten Cotrimoxazol oder besser noch Trimethoprim eine Option sein, wird die Therapie mit 2 x 160/800 mg bzw. 2 x 200 mg für drei Tage empfohlen.

Dabei muss bedacht werden, dass Nitrofurantoin eine klare Zulassungsbeschränkung besitzt: Es darf nur eingesetzt werden, wenn effektivere und risikoärmere Antibiotika nicht einsetzbar sind. Außerdem darf es in Deutschland nur oberhalb einer glomerulären Filtrationsrate (GFR) von 60 ml/min verordnet werden. Das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) erlaubt die Gabe bis zu ei-

ner GFR von 45 ml/min und bei multiresistenten Erregern für drei bis sieben Tage auch bei einer GFR bis 30 ml/min. Auch sollten zudem vor der Verordnung von Nitrofurantoin die Nieren- und Leberfunktion des Patienten überprüft werden, da bei Störungen dieser Funktionen mit erheblichen Nebenwirkungen zu rechnen ist.

Ein weiteres Risiko bei der Gabe von Nitrofurantoin ist das Auftreten interstitieller Pneumonien oder Lungenfibrosen. Somit bleibt eigentlich nur Fosfomycin-Trometamol zur Ersttherapie dieser Indikation (unkomplizierte Zystitis) übrig, dieses ist aber gelegentlich wegen gastrointestinaler Nebenwirkungen schlecht verträglich. Unterhalb einer GFR von 20 ml/min darf es laut Fachinformation nicht mehr eingesetzt werden. Nitrofurantoin und Fosfomycin-Trometamol sind auch weitgehend wirkungslos bei systemischen Infektionen, dass heißt bei oberen HWI oder bei Män-

nen (Prostatitis s.u.) sollten diese nicht angewendet werden.

Nitroxolin wird ebenfalls zur Zeit einer kritischen Überprüfung unterzogen, ob es auch zur Erstlinientherapie gegeben werden kann [17]. Leider muss es aber dreimal täglich verabreicht werden.

Als Alternative werden Cephalosporine der zweiten (z.B. Cefuroxim) oder dritten Generation (z.B. Cefpodoxim, Cefixim, Ceftibuten) oral [18], insbesondere bei einem Rezidiv innerhalb von ein bis zwei Wochen, oder Gyrasehemmer empfohlen. Bei einem Rezidiv dieser HWI (innerhalb von sechs Monaten) sollten andere Erstempfehlungen gelten.

Obere HWI (Pyelonephritis)

Für die Therapie der leichten und/oder moderaten Verlaufsform unkomplizierter oberer HWI werden Ciprofloxacin oder Levofloxacin für sieben bis zehn Tage oder als zweite Wahl und klinisch gleicher Wirksamkeit Cefpodoxim oder Ceftibuten für zehn Tage empfohlen. Auch hier kann bei ausgetestetem Erreger eine Behandlung mit Cotrimoxazol oder Amoxicillin/Clavulansäure erwogen werden, dann jedoch über 14 Tage.

Bei der schweren Verlaufsform sollten ebenfalls Ciprofloxacin oder Levofloxacin an erster Stelle eingesetzt werden, an zweiter Stelle gefolgt von Cephalosporinen der dritten Generation Betalactamase-Inhibitor-Kombinationen, Aminoglykoside oder Carbapeneme allerdings zunächst parenteral für sieben bis 14 Tage appliziert werden. Gutes Ansprechen, bekannte, empfindliche Erreger vorausgesetzt, kann bei möglicher Sequenztherapie auf orale Applikation umgestellt werden.

Besondere Indikationen

Rezidivierende HWI

Rezidivierende Harnwegsinfektionen liegen bei mehr als zwei symptomatischen Infektionen pro Halbjahr oder mehr als drei symptomatischen Infektionen pro Jahr vor [6; 19]. Als vorbeugend wirksame Verhaltensregeln gelten (ohne mögliche Wertung) die folgenden Maßnahmen:

- regelmäßig viel trinken (zum Beispiel zwei bis drei Liter pro Tag),
- Analhygiene,
- Vermeidung übertriebener Genitalhygiene,

Tab. 2: Therapie der akuten unkomplizierten Pyelonephritis (leichte bis moderate Verlaufsform)

Ciprofloxacin	2 x 500 mg für 7–10 Tage
Levofloxacin	1 x 500 mg für 7–10 Tage oder 1 x 750 mg für 5 Tage
Alternativ (2. Wahl):	
Cefpodoxim	2 x 400 mg für 10 Tage
Ceftibuten	1 x 400 mg für 10 Tage
(TMP/SMX)	2 x 160/800 mg für 14 Tage)
Amoxicillin/Clavulansäure	2 x 875/125 mg für 14 Tage) oder (3 x 500/125 mg für 14 Tage)

Quelle: nach AWMF, S-3 Leitlinie Harnwegsinfektionen [1]

Tab. 3: Therapie der akuten, unkomplizierten Pyelonephritis (schwere Verlaufsform)

Ciprofloxacin	2 x 400 mg i.v.
Levofloxacin	1 x 500 mg i.v. / 1 x 750 mg i.v.
Alternativ (2. Wahl):	
Cefepim	2 x 1–2 g
Cefatzidim	3 x 1–2 g
Ceftriaxon	1 x 1–2 g
Cefotaxim	3 x 2 g
Pip/Tazo	3 x 4,5 g
Amikacin, Gentamicin, Carbapeneme	

Quelle: nach AWMF, S-3 Leitlinie Harnwegsinfektionen [1]

Tab. 4: Antibiotische Prophylaxe

Postkoital:	
Cotrimoxazol (TMP/SMX)	80/400 mg
Trimethoprim (TMP)	100 mg
Nitrofurantoin	50–100 mg
Cephalexin	250 mg
Minimalprophylaxe (zur Nacht) für 6 Monate	
Cotrimoxazol (TMP/SMX)	40/200 mg (auch 3 x /Woche)
Trimethoprim (TMP)	100 mg
Nitrofurantoin	50–100 mg
Cephalexin	125–250 mg
Fosfomycin	3g alle 10 Tage

Quelle: nach Naber KG. et. al.: Surveillance study in Europe and Brazil... [2]

- sexuelle Enthaltsamkeit,
- Miktion nach Koitus,
- Vermeidung von Spermiziden,
- eventuell Einsatz topischer Östrogene postmenopausal.

Durch Studien belegt ist eine antibiotische Minimalprophylaxe. Sie soll maximal über sechs Monate mit der abendlichen Gabe von Cotrimoxazol, Trimethoprim, Nitrofurantoin oder Cephalexin durchgeführt werden. Auch hierbei sollte Nitrofurantoin nur dann gegeben werden, wenn risikoärmere Antibiotika nicht einsetzbar sind, sowie keinesfalls über einen längeren Zeitraum (maximal sechs Monate). Fosfomycin-Trometamol einmal alle zehn Tage ist zwar auch in dieser Indikation untersucht, sollte aber zum Schutz vor Resistenz nach unserer Ansicht der Therapie vorbehalten bleiben.

Die fallweise Selbstbehandlung und die postkoitale Gabe eines Antibiotikums bei gesichertem Zusammenhang mit einer HWI stellen mögliche Alternativen dar.

Schwangere

Mittel der Wahl sind Cephalosporine der Gruppe 2 oder 3. Oft verwendet wird auch Fosfomycin-Trometamol. Dies ist zwar laut Fachinformation bei strenger Indikationsstellung möglich, Untersuchungen in dieser Indikation liegen aber nicht vor.

Leserbefragung 2015: Ihre Meinung ist uns wichtig!

Seit dem Relaunch im Januar 2015 mit frischem Layout und komplett in Farbe präsentiert sich das Hessische Ärzteblatt im neuen Gewand. Die direkten Rückmeldungen unserer Leserinnen und Leser bestätigen: Das neue Erscheinungsbild kommt an. Auch weiterhin möchten wir das Hessische Ärzteblatt kontinuierlich Ihren Wünschen und Bedürfnissen anpassen. Bitte nehmen Sie sich deshalb Zeit,

den in diesem Heft beigegefügtten Fragebogen auszufüllen und uns per Post, Fax oder eingescannt bis zum 30. Oktober 2015 zurückzusenden. Die Fragebögen werden anonym ausgewertet, Details dazu finden Sie auf dem Fragebogen selbst. (E-Mail: isolde.asbeck@laekh.de)

Vielen Dank für Ihre Hilfe,
Ihre Redaktion

Männer

Bis auf wenige Ausnahmen muss man hier eine komplizierte HWI annehmen, insbesondere bei Fieber > 38°C ist in über 90 % der Fälle die Prostata beteiligt. Abweichend zur sonstigen Therapie unkomplizierter HWI werden aus diesem Grunde Fluorchinolone für sieben bis zehn Tage empfohlen.

Fazit

Fosfomycin-Trometamol als Einmalgabe ist 2015 bis auf weiteres Mittel der ersten Wahl bei der unkomplizierten Harnwegsinfektion der Frau. Kann dies nicht gegeben werden, wird Nitrofurantoin für fünf Tage unter den angeführten Kautelen empfohlen. Ciprofloxacin und Cefpodoxim sollten in dieser In-

dikation nur als Alternative zum Einsatz kommen.

Nachdruck aus: Arzneiverordnung in der Praxis Band 42, vorab online, 16. Juli 2015

Dr. med. Michael Zieschang

Facharzt für Innere Medizin –
Nephrologie
E-Mail: mzieschang@me.com

Dr. med. Siegbert Walter

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

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

Literatur zum Artikel:

Alles Cipro? Unkomplizierte Harnwegsinfektionen werden heute anders behandelt

von Michael Zieschang und Siegbert Walter

- [1] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): S-3 Leitlinie Harnwegsinfektionen: Epidemiologie, Diagnostik, Therapie und Management unkomplizierter bakterieller ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei erwachsenen Patienten: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/043-044.html>. AWMF-Register-Nr. 043/034; Stand: Juni 2010. Zuletzt geprüft: 13. Juli 2015.
- [2] Naber KG, Schito G, Botto H et al.: Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and Antimicrobial Resistance Epidemiology in Females with Cystitis (ARESC): implications for empiric therapy. *Eur Urol* 2008; 54: 1164–1175.
- [3] Wagenlehner FME, Wagenlehner C, Savov o et al.: Klinik und Epidemiologie der unkomplizierten Zystitis bei Frauen. *Urologe* 2010; 49: 253–261.
- [4] Wagenlehner FME, Vahlensieck W, Watermann D, Weidner W, Naber KG. Unkomplizierte Harnwegsinfektion – Leitlinienkonforme Behandlung. *Aktuel Urol* 2011; 42(1): 33–37.
- [5] Hecker MT, Fox CJ, Son AH et al. Effect of a stewardship intervention on adherence to uncomplicated cystitis and pyelonephritis guidelines in an emergency department setting. *PLoS One* 2014; 9: e87899.
- [6] Hooton TM: Clinical practice. Uncomplicated urinary tract infection. *N Engl J med* 2012; 366: 1028–1037
- [7] Hooton, TM, Bradley SF, Cardenas DD et al.: Diagnosis, prevention and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2010; 50:625–663.
- [8] Nicolle, LE: Catheter associated urinary tract infections. *Antimicrob Resist Infect Control* 2014; 3:23.
- [9] Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Rationale Antibiotikatherapie bei Harnwegsinfektionen. *Dtsch Arztebl* 2012; 109: Beilage „Wirkstoff aktuell“ 2/2012, Ergänzung: 13. August 2014.
- [10] Bodman KF, Grabein B, Expertenkommission der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. (PEG): Empfehlung zur kalkulierten parenteralen Initialtherapie bakterieller Erkrankungen bei Erwachsenen. Update 2010. *Chemother J* 2010; 19: 179–255.
- [11] Grabe M, Bartoletti R, Bjerklund-Johansen TE: Guidelines on urological infections: http://uroweb.org/wp-content/uploads/19-Urological-infections_LR.pdf. European Association of Urology, 2014. Zuletzt geprüft: 13. Juli 2015.
- [12] Johansen TE, Botto H, Cek M et al.: Critical review of current definitions of urinary tract infections and proposal of an EAU/ESIU classification system. *Int J Antimicrob Agents*. 2011; 38 (Suppl): 64–70.
- [13] Moody, L, Juthani-Mehta M.: Urinary tract infections in older women: a clinical review. *JAMA* 2014; 311: 844–854.
- [14] Hooton TM, Roberts PL, Cox ME, Stapleton AE: Voided midstream urine culture and acute cystitis in premenopausal women. *N Engl J Med* 2013; 369: 1883–1891.
- [15] Donnenberg, MS: Uncomplicated cystitis – not so simple. *N Engl J Med* 2013; 369: 1959–1960.
- [16] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): Brennen beim Wasserlassen. DEGAM-Leitlinie Nr. 1. Düsseldorf: Omikron Publishing; 2009.
- [17] Naber KG, Niggemann H, Stein G: Review of the literature and individual patients' data meta-analysis on efficacy and tolerance of nitroxoline in the treatment of uncomplicated urinary tract infections. *BMC Infect Dis* 2014; 14: 628.
- [18] Scholz H, Naber KG, Expertenkommission der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. (PEG): Einteilung der Oralcephalosporine. *Chemotherapie Journal* 1999; 8: 227–229.
- [19] Recurrent uncomplicated cystitis in women: allowing patients to self-initiate antibiotic therapy. *Prescrire Int* 2014, 23: 47–49.

Off-Label Use – mehr als ein Alltagsproblem

Definition

Off-Label Use (OLU): Nutzung von zugelassenen Arzneimitteln außerhalb des in der Zulassung beantragten und von den nationalen oder europäischen Zulassungsbehörden geprüften und genehmigten Gebrauchs, das heißt außerhalb des Anwendungsgebietes oder nicht bestimmungsgemäße Anwendungen, zum Beispiel Dosierungen, Applikationsformen, Behandlungsdauer. Abzugrenzen ist vom Off-Label Use der Unlicensed Use und der Compassionate Use, auf die hier nicht eingegangen werden soll (Einzelheiten siehe Janzen und Ludwig 2012).

Problemlage

In der Regel wird beim OLU das zugelassene Anwendungsgebiet verlassen, z.B. weil eine Zulassungserweiterung nicht betrieben wurde. Die ärztliche Indikation für den OLU kann sich z.B. aus dem medizinischen Standard ergeben, der einen OLU in bestimmten Konstellationen empfiehlt. Ein weiterer Grund ergibt sich daraus, dass der Bestandsmarkt oder auch „Altsubstanzen“ keiner kontinuierlichen Anpassung unterliegen. Diese wurden früher durch die Aufbereitungskommissionen angeregt und/oder wurden im Rahmen von Nachzulassungen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bearbeitet. Die Zulassungen neuerer Wirkstoffe / Arzneimittel werden in der Regel über die European Medicine Agency (EMA) abgewickelt und durchlaufen in Deutschland zusätzlich das Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG)-Verfahren. Dabei wird frühzeitig der Zusatznutzen im Vergleich mit einer „zweckmäßigen Vergleichstherapie“ (besser: „optimierte Standard-Therapie“) bewertet. Die Zulassungsschritte beim BfArM und der EMA sowie die Dossiers des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind öffentlich zugänglich. Die zugelassenen Anwendungsgebiete sind bei den Neuzulassungen an die Studienendpunkte angepasst. So wurde z.B. Natalizumab 2006 für

die Anwendungsgebiete „hoch aktive, schubförmig verlaufende Multiple Sklerose als Monotherapie“ bzw. „Eskalationstherapie bei Multipler Sklerose“ (1) zugelassen, die Altsubstanz Azathioprin für die „schubförmige Multiple Sklerose“ (2). Darüber hinaus können bei seltenen Erkrankungen (SE; rare diseases: < 2–5 /100.000) auch durch einen designierten orphan drug status für spezifische Behandlungsziele innerhalb einer SE zugelassen werden (z.B. Zulassung nur für therapierefraktäre Fälle). Aus diesen Darlegungen folgt, dass der OLU eine oft unvermeidliche Alltagserscheinung geworden ist.

Die Häufigkeit des „zulassungsüberschreitenden Gebrauchs“ ist nicht bekannt, obwohl die Möglichkeit einer systematischen Erfassung nach §§ 303a ff SGB V besteht. Leider liegen auch keine öffentlich zugänglichen Daten zu den vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) antragsgemäß zu beurteilten Wirkstoffen zur Anwendung im OLU vor.

Im Ergebnis muss von einem großen Anteil eines „tolerierten OLU“ im Behandlungsalltag ausgegangen werden, nicht zuletzt deswegen, weil viele Patienten individuelle Konstellationen aufweisen, die weder durch die Zulassungsstudien, Zulassungserweiterungen oder Versorgungsstudien abgesichert sind oder abgesichert werden können, so dass sie „singulären Fällen“ gleichzustellen wären (Janzen und Ludwig 2012). Die so zustande gekommenen Anwendungen von Wirkstoffen im OLU sind als individuelle Heilversuche einzustufen und unterliegen besonderen Anforderungen (keine Therapiealternativen, umfassende Aufklärung, Sicherungsaufklärung, Selbstbestimmungsaufklärung, schriftliches Einverständnis, umfassende Dokumentation (engmaschig, persönlich)). In der Regel allerdings sollten die Basisvoraussetzungen, d.h. schwerwiegende Erkrankung, keine für das Behandlungsziel zugelassene Therapie und positive Nutzen-Risiko-Abwägung, eingehalten werden. In Sonderfällen wie unerforschten Krankheiten, singulären Fällen oder auch unmittelbar lebensbedrohlichen Erkrankungen sind andere Anforderungen an das Evidenzniveau zu stellen (Clemens 2011, Francke et al. 2011).

Das ideale Instrument nach der Zulassung eines Medikaments für die Anpassung der Anwendungsgebiete an die klinische Expertise ist die Zulassungserweiterung, die jedoch nur von den Herstellern betrieben werden kann. Diese sollte zeitnah erfolgen, wenn der Hersteller in Kenntnis eines erheblichen OLU ist, auch wenn durch § 84 Arzneimittelgesetz (AMG) die Haftung geregelt ist. Es ist problematisch, wenn sich der Umsatz im OLU erheblich stärker entwickelt als im zugelassenen Anwendungsgebiet (historisches Beispiel: Gabapentin: ursprünglich als add-on-Therapie bei Epilepsie zugelassen später Hauptumsatz mit der Anwendung bei „neuropathischem Schmerz“ im OLU (Steinman et al., 2006)).

Bewertungsverfahren für den Off-Label-Use

Um den Einsatz von Wirkstoffen, die im OLU angewandt werden, rechtlich zu gestalten, wurde gemäß § 35c Abs.1 SGB V ein geordnetes Verfahren zur Bewertung eines OLU bei bestimmten Konstellationen eingeführt. Seit 2002 bestehen am BfArM unabhängige Expertengruppen (derzeit: Onkologie / Innere Medizin / Neurologie-Psychiatrie), die durch Aufträge vom G-BA oder Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu solchen Bewertungen aufgefordert werden. Vorschläge zur Beauftragung der Expertengruppen mit der Bewertung eines zugelassenen Arzneimittels in einer Off-Label-Indikation sind grundsätzlich über die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Spitzenverband der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die nach der Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Organisationen (z.B. Selbsthilfegruppen) bei der Geschäftsstelle des G-BA einzureichen. Das BMG kann Aufträge direkt einbringen. Durch die Geschäftsstelle Kommissionen (GSK) am BfArM werden die erforderlichen Voraussetzungen und Unterstützungen gesichert, Werkverträge mit den von den Expertengruppen bestellten externen Experten abgeschlossen und die Organisation des Verfahrens garantiert. Die Prozeduren folgen einem Methodenpapier, das

mit dem BMG und dem G-BA abgestimmt ist. Die von den Expertengruppen abgegebenen Bewertungen sind als Gutachten zu verstehen und geben in der Regel eine positive oder negative Empfehlung an den G-BA ab. Dieser beschließt nach Prüfung die Aufnahme in die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)/ Anlage V „Verordnungsfähigkeit von zugelassenen Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten“. Bei einem positiven Beschluss wird der Wirkstoff in Teil A der Anlage V aufgenommen und kann zu Lasten der GKV und ohne vorherige Beantragung entsprechend der beschlossenen Anwendungsvorgaben verordnet werden. Als solche ist sie kein Auslöser einer Regressprüfung (Clemens 2011). Die jeweiligen Hersteller werden in einem Stellungnahme-Verfahren vom G-BA aufgefordert, diesem OLU-Einsatz zuzustimmen oder abzulehnen, so dass unter Umständen nicht alle Hersteller einen solchen OLU mittragen. Die Formulierungen im Beschluss des G-BA, insbesondere die Kriterien für die auszuwählenden Patientengruppe und des Behandlungszieles gehen über die Fachinformation hinaus und sind maßgeblich für die Aufklärung des Patienten. Leider gibt es keine schnell verfügbare Liste aller G-BA Beschlüsse zum OLU, jedoch sind sie, ebenso wie die vorlaufenden, umfassenden Bewertungen der Expertengruppen über die Homepage des BfArM unter dem Punkt Arzneimittel / Zugelassene Arzneimittel / Expertengruppen Off-Label zu finden.

Aktuelles Beispiel: In der Langzeittherapie einer generalisierten Myasthenia gravis ist

die Immunsuppression durch Azathioprin eine der tragenden Säulen der Standard-Therapie. Besteht eine primäre Unverträglichkeit (Idiosynkrasie) von Azathioprin oder schwerwiegende unerwünschte Arzneimittelnebenwirkung (UAW) (zum Beispiel wesentliche Lymphopenie, cutane Malignome) oder kann trotz adäquater Dosierung die begleitende Steroiddosis nicht unter die Cushingschwelle gesenkt werden ohne Progressionssymptome (Therapieresistenz), kann eine Umstellung auf Mycophenolat Mofetil eingeleitet werden ohne vorherige Zustimmung der GKV.

Ausblick

Die ärztliche Behandlung kann derzeit ohne einen OLU nicht auskommen und wird durch die beschriebenen Verfahren besser abgesichert, die Therapieentscheidungen so beschleunigt. Allerdings gilt auch für diesen „AM-RL-zugestimmten OLU“, dass die ausführliche Patienteninformation und persönliche Dokumentation vorausgesetzt werden müssen. Patient und Arzt werden so enger miteinander „verbunden“ und sollten kooperativ darauf hinwirken, dass die Nutzung der Antragsverfahren nicht im Alltag „versandet“. Das Verfahren ist allerdings auch keine „weiche“ Zulassungserweiterung, da sie bei neuen Erkenntnissen revidiert oder modifiziert werden muss – auch das ist im Verfahren verankert. Im Behandlungsalltag scheinen die Beschlüsse des G-BA zu wenig wahrgenommen zu werden, und es wäre zu wünschen, dass alle „Player“ zu einer ge-

meinsamen Blickrichtung in diesem Problemfeld kommen würden und nach besseren Lösungen strebten.



**Prof. Dr. med.
Rudolf Wilhelm
Christian Janzen**
Ordentliches
Mitglied
der Arzneimittel-
kommission
E-Mail:
info@rwcjanzen.de

Zum Autor:

Prof. Dr. med. Rudolf Wilhelm Christian Janzen ist Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin, Mitglied des Ärztlichen Beirats der Deutschen Myasthenie Gesellschaft sowie Vorsitzender der Expertengruppe Off-Label (Neurologie/Psychiatrie) des BfArM. Er ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, stellvertretendes Mitglied im Lenkungsausschuss der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) und Gutachter für den Fachbereich Neurologie der Landesärztekammer Hessen (Quelle: AkdÄ 2014).

Die Literaturhinweise sowie eine Arzneimittelliste der Off-Label Expertengruppe Neurologie/Psychiatrie des BfArM finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Abkürzungsverzeichnis

AMNOG	Arzneimittelneuordnungsgesetz von 2011
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinie
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Col	Conflict of Interest
EMA	European Medicine Agency

G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IVIG	intravenöse Immunglobuline
MDK	medizinischer Dienst der Krankenkassen
OLU	Off-Label-Use
SE	seltene Erkrankungen
SGB	Sozialgesetzbuch

Literatur zum Artikel:

Off-Label Use – mehr als ein Alltagsproblem

von Prof. Dr. med. Rudolf Wilhelm Christian Janzen

Janzen RWC, Ludwig WD: Off-Label-Therapie: aktuelle Probleme aus Sicht der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Z Rheumatol 2012;71:108–118

Steinman MA, Bero LA, Chren MM, Landefeld CS: Narrative review: the promotion of gabapentin: an analysis of internal industry documents. Ann Intern Med 2006, 145:284–293

Clemens T: Zulässigkeit vom Arzneiverordnungen und Kostenregresse gegen Ärzte – Off-Label-Use und Unlicensed Use. GesR 2011, 397–409

Francke R, Hart D: Off label use. Arzneimittelrechtliche, haftungsrechtliche, berufsrechtliche und sozialrechtliche Fragen. SGB 2003, 50:653–664

(1) Natalizumab ist für die krankheitsmodifizierende Monotherapie von hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS) bei folgenden Patientengruppen indiziert:

- Erwachsene Patienten ab 18 Jahren mit hoher Krankheitsaktivität trotz Behandlung mit einem Interferon beta oder Glatirameracetat, definiert als Patienten, die nicht auf einen vollständigen und angemessenen (normalerweise mindestens ein Jahr dauernden) Zyklus einer Interferon beta- oder Glatirameracetat-Therapie angesprochen haben. Bei den Patienten sollte es während der Therapie im vorangegangenen Jahr zu mindestens einem Schub gekommen sein und sie sollten mindestens

Arzneimittelliste mit abgegebenen Bewertungen der Off-Label Expertengruppe Neurologie/Psychiatrie des BfArM Stand 2015	
Valproinsäure	Migräneprophylaxe
Amantadin	Fatigue bei Multiple Sklerose (MS)
Gabapentin	Spastik bei MS
Intravenöse Immunglobuline (IVIG)	MS
IVIG	multifokale motorische Neuropathie
IVIG	Myasthenia gravis
IVIG	Polymyositis
IVIG	Dermatomyositis
Verapamil	Prophylaxe bei Cluster-Kopfschmerz
Mycophenotal Mofetil	Myasthenia gravis
ClostridiumbotulinumToxin A	spasmodische Dysphonie
Lamotrigin	bei neuropathischem Schmerz
Venlafaxin	bei neuropathischem Schmerz

tens 9 T2-hyperintense Läsionen in der kranialen Magnetresonanztomographie (MRT) oder mindestens 1 Gadolinium-anreichernde Läsion aufweisen. Ein „Non-Responder“ ist zu definieren als ein Patient mit einer im Vergleich zum Vorjahr unveränderten oder vermehrten Schubrate oder anhaltend schweren Schüben.

oder

- Erwachsene Patienten ab 18 Jahren mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose, definiert durch 2 oder mehr Schü-

be mit Behinderungsprogression in einem Jahr, und mit 1 oder mehr Gadolinium-anreichernden Läsionen in der MRT des Gehirns oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer kürzlich durchgeführten MRT.

(2) Azathioprin ist angezeigt bei schubförmiger Multipler Sklerose, wenn eine immunmodulatorische Therapie angezeigt und eine Therapie mit Beta-Interferonen nicht möglich ist, oder unter einer bisherigen Therapie mit Azathioprin ein stabiler Verlauf erreicht wurde.



Foto: Frank Möllenberg

Sandra Kranich *Modul 15/1*, 2015 © Sandra Kranich, Courtesy PPC Philipp Pflug Contemporary/Galerie Sabine Knust, Maximilian Verlag

Blühende Bilder und explodierende Kunstwerke

Die Künstler Sandra Kranich und Jörn Vanhöfen stellen in den Rüsselsheimer Opelvillen aus

Dieser Kunst-Herbst wird spannend. Während vergilbende Plakate an den Litfaßsäulen noch für die eine oder andere Ausstellung werben, die schon zu Ende gegangen ist, kündigt sich Sehenswertes in den Museen an. Der „Dialog der Meisterwerke“ etwa ab 7. Oktober im Frankfurter Städel, Daniel Richters „Hello, I love you“ ab 9. Oktober in der Schirn Kunsthalle in Frankfurt oder – ein besonderer Augenschmaus – „Schmidt-Rottluff. Bild und Selbstbild“ ab 2. Oktober im Museum Wiesbaden, um nur einige Beispiele zu nennen. Wer so lange nicht warten möchte, kann schon jetzt landauf, landab unter interessanten Schauen wählen.

Eine davon ist die Doppelausstellung von Sandra Kranich und Jörn Vanhöfen, die noch bis zum 25. Oktober in den Opelvillen in Rüsselsheim darauf wartet, entdeckt zu werden. Was das künstlerische Schaffen beider Künstler verbindet, ist das Thema Vergänglichkeit. Von düsterer, oft deprimierender Schönheit sind die Bilder des 1961 in Dinslaken geborenen Fotografen Vanhöfen. Sie bilden soziale und ökologische Umwälzungen in verschiedenen Gegenden der Welt ab und dokumentieren Spuren, die der Mensch in der Landschaft hinterlässt: Verwüstung und Zerstörung. Verlassene Wohnsiedlungen, Brücken, die im Nichts enden und Berge alter Reifen sind die stummen Zeugen des Verfalls. Nur vordergründig erscheinen Vanhöfens Bilder stimmungsvoll; auf den zweiten

Blick folgt die Ernüchterung. So mutet die in pastellige Farben des Sonnenaufgangs getauchte Aufnahme eines Schiffes in der Brandung romantisch und erschreckend zugleich an. Das fehlende Heck erzählt von einer Katastrophe, der Rost des gestrandeten Kahns von unabwendbarem Niedergang. Vanhöfens Schau trägt den Titel „Loop“; als Beitrag zu der Foto-Triennale „Ray 2015“ richtet der Künstler sein Augenmerk auf das Rhein-Main-Gebiet: In Rüsselsheim entsteht die zweiteilige ortsbezogene Arbeit „In jener Erinnerung blühen die Bilder“.

Impulsiv, zerstörerisch und kreativ: So lässt sich der künstlerische Impetus von Sandra Kranich beschreiben. Ihre wichtigsten Gestaltungsmittel sind Licht und Feuer. Kein

Wunder: Kranich, die an der Hochschule für Gestaltung Offenbach und an der Frankfurter Städelschule studiert hat, ist „staatlich anerkannte Pyrotechnikerin für Großfeuerwerke“ und entwickelt diese aus ihren Zeichnungen heraus. Durch das Abbrennen entzündlicher Stoffe durchlaufen ihre Werke unterschiedliche Metamorphosen. Sie betrachte das pyrotechnische Material als eine andere Form des Zeichnens, mit dem sie Zeichnungen konstruieren könne, die nur für kurze Zeit sichtbar werden, so Kranich. „Da die Zeichnungen räumlich werden, kommt beim Aufbau ein skulpturaler Charakter hinzu.“

Blickfang ihrer mit dem Titel „Dynamic Memory“ überschriebenen Ausstellung sind fünf geometrische Messingskulptu-



© Jörn Vanhöfen / Courtesy Galerie Kuckei + Kuckei, Berlin

Jörn Vanhöfen *Spanien # 33*, 2003

ren, die die 1971 geborene Frankfurter Künstlerin als Teil des Schaffensprozesses förmlich explodieren ließ. Nicht live in den Opelvillen, sondern vorab in einem Steinbruch. Wie bizarre Objekte aus einer Goldschmiedewerkstatt ruhen die Skulpturen in den Ausstellungsräumen auf weißen

Sockeln. Für Kranich ist der Moment spannend, „wo die Zerstörung in etwas Produktives übergeht“. Drei koffergroße Metallblöcke gehören zu den Überresten eines funkensprühenden Feuerwerks in Zürich, bei dem Kranich eine Skulptur aus 10.000 goldenen Metalldosen in die Luft

gejagt hatte, um sie anschließend zu den Blöcken pressen zu lassen: aus dem Feuer geborene Kunstwerke des Zufalls. Informationen im Internet unter: www.opelvillen.de

Katja Möhrle

Im Dienst von Hof und Reformation

Lucas Cranach der Ältere (1472–1533): Ausstellung im Schloss Wilhelmshöhe

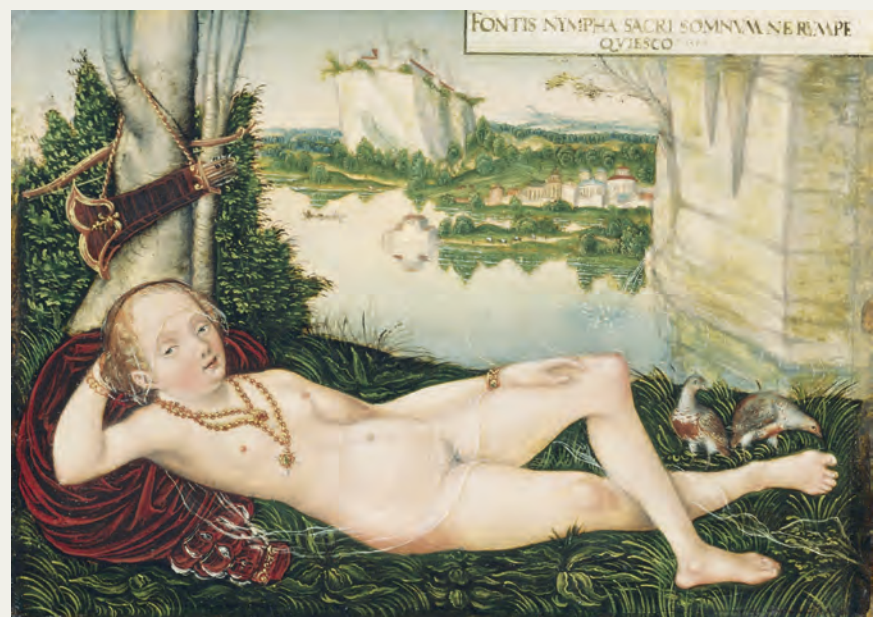
In Kooperation mit der Stiftung Schloss Friedenstein Gotha rückt jetzt in Kassel einer der bedeutendsten und produktivsten Künstler der Renaissance in den Fokus: Lucas Cranach der Ältere (1472–1533). Der im fränkischen Kronach geborene Malersohn wird 1505 von Kurfürst Friedrich dem Weisen als Hofmaler der sächsischen Kurfürsten nach Wittenberg berufen, eine Position, die er mit kurzer Unterbrechung bis an sein Lebensende innehält.

Neben den repräsentativen Bildern, die sächsische Residenzen schmückten, engagierte sich der mit Martin Luther eng befreundete Künstler für die Ziele der Reformation. So illustrierte er zahlreiche polemische und theologische Schriften des Protestantismus und schuf dafür eine eigene Bildsprache.

Die Ausstellung im Schloss Wilhelmshöhe in Kassel läuft noch bis zum 29. November 2015. Informationen und Bilder finden sich im Internet unter: www.cranach-in-kassel.de

Dr. med. Peter Zürner

Zwei Werke von Lucas Cranach d. Ä.: „Ruhende Quellnymphe“ (rechts), vermutlich nach 1550 (Museumslandschaft Hessen Kassel, Gemäldegalerie Alte Meister), und „Papstesel und Mönchskalb“ aus dem Jahr 1523 (Göttingen, Niedersächsische Staats- und Universitätsbibliothek)





Die Transplantationsbeauftragten hessischer Entnahmekrankenhäuser

Transplantationsbeauftragte übernehmen nach Transplantationsgesetz (TPG) und dem Hessischen Ausführungsgesetz des TPG (HAGTPG) in ihrer jeweiligen Einrichtung wichtige Aufgaben hinsichtlich des Bereichs Organspende. Sie sind Ansprechpartner für Mitarbeiter der Intensivstationen und erstellen Handlungsanweisungen und organisieren Fortbildungsveranstaltungen. Mit Angehörigen potenzieller Spender führen sie orientierende Gespräche und begleiten sie im Trauerprozess. Sie überprüfen die Pflichterfüllung des jeweiligen Entnahmekrankenhauses, dokumentieren die Todesfälle auf Intensivstationen und koordinieren zusammen mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) die Abläufe im Falle einer Organentnahme.

Nach dem HAGTPG müssen als Voraussetzung der Bestellung zum Transplantationsbeauftragten eine geeignete Facharztqualifikation und ausreichend Erfahrung im Gebiet der Intensivmedizin vorliegen. Außerdem muss eine 40-stündige Fortbildung gemäß Curriculum „Organ-spende“ der Bundesärztekammer nachgewiesen werden.

Die Liste der Aufgaben eines Transplantationsbeauftragten und die bestehenden Qualifikationsvoraussetzungen verdeutlichen, auf welchem hohen Niveau diese arbeiten und mit welchen vielfältigen Anforderungen sie sich konfrontiert sehen. Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) möchten die Transplantationsbeauftragten der jeweiligen Entnahmekrankenhäuser in Hessen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben bestmöglich unterstützen. Zu diesem Zweck findet am **31. Oktober 2015** eine Informationsveranstaltung für Transplantationsbeauftragte statt, zu welcher wir auf diesem Weg nochmals herzlich einladen möchten. Es werden interessante Fachvorträge zu hören sein und Workshops angeboten,

in welchen für Neulinge auf Aufgaben und gesetzliche Grundlagen eingegangen wird, erfahrene Beauftragte sich aber auch austauschen und kennenlernen können. Die Veranstaltung soll den Transplantationsbeauftragten auch zur Vernetzung untereinander dienen, um Erfahrungen austauschen und auf längere Frist ein Netzwerk aufbauen zu können. Ferner richtet sich diese Veranstaltung an alle Ärzte, die am Thema Organ-spende interessiert sind.

Ministerium und Landesärztekammer hoffen, dass ein regelmäßiger Austausch zwischen den Transplantationsbeauftragten auch dazu beiträgt, aktiv die zukünftige

Entwicklung des Transplantationswesens in Hessen mitzugestalten.

Wenn Sie an der Veranstaltung „Treffen der Transplantationsbeauftragten“ teilnehmen möchten, melden Sie sich bitte bis zum 15.10.2015 an (siehe Kasten).

Bei weiteren Fragen steht Ihnen die Stabsstelle Qualitätssicherung der LÄKH sowie Dr. med. Martha von Westerholt aus dem HMSI per Fon: 0611 817-3555 oder E-Mail: Organspende@hsm.hessen.de gerne zur Verfügung.

Landesärztekammer Hessen
Stabsstelle Qualitätssicherung
E-Mail: qs@laekh.de

Treffen der Transplantationsbeauftragten am 31. Oktober 2015 von 9 bis 15 Uhr

Ort: Universitätsklinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main
Paul-Ehrlich-Hörsaal (Haus 22), Theodor-Stern-Kai 7

Programm:

9:00–9:15 Grußwort

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident LÄKH

9:15–9:30 Begrüßung und Organisatorisches

Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein
Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Goethe-Universität

9:30–10:00 Einführung: Gesetzliche Grundlagen

Dr. med. Martha von Westerholt, HMSI

10:00–10:45 Vernetzung der Transplantationsbeauftragten:

Beispiel aus Nordrhein-Westfalen

Dr. med. Gero Frings, Chefarzt der Klinik für Anästhesie & Operative Intensivmedizin, St. Bernhard-Hospital, Kamp-Lintfort

11:15–11:45 Aufgaben der LÄKH, Befragungsprojekt

Nina Walter, Stv. Ärztliche Geschäftsführung LÄKH, Leiterin Stabsstelle Qualitätssicherung

11:45–12:30 DSO: Rolle & Aufgaben

Dr. med. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der DSO

13:30–15:00 Workshops

1. Für „Anfänger“: Grundlagen der Organspende
2. Für TxBs aus Entnahmekrankenhäusern
3. Erfahrungsaustausch der TxBs der Zentren

(mit 6 Fortbildungspunkten zertifiziert)

Kontakt und Anmeldung:

Landesärztekammer Hessen
E-Mail: qs@laekh.de
Fon: 069 97672-195 (Felicia Knauer)



Reiner Bartl:
**Klinische Osteologie –
 Entstehung, Diagnostik,
 Prävention und Therapie aller
 Knochenkrankungen**

Georg Thieme Verlag Stuttgart 2014,
 360 Seiten, 442 Abbildungen,
 ISBN: 9783131701619 (gebunden)
 99,99 Euro, auch als E-Book

Ein anspruchsvoller Titel, von dem viel erwartet werden muss. Im Vorwort spricht der Autor Prof. Dr. med. Reiner Bartl von 210 „form- und funktionsgerechten Einzelknochen“, die mit zehn Kilo folglich 15 Prozent des Körpergewichts das weitaus größte „Organ“ darstellen. Daraus folgert er eine eigene Facharztanerkennung „Klinische Osteologie“ und fordert, unser interdisziplinäres Denken zu vertiefen. Vom Urmeer bis heute wird die Organentwicklung und -funktion beschrieben und die 210 Knochen in der Einleitung auf 220 korrigiert. Ein kleiner Fehler, aber leider in ähnlicher Weise noch häufig anzutreffen. Das darf nicht stören, denn das Buch ist logisch aufgebaut und wird lerntechnisch durch Zusammenfassungen vertieft, was gut gefällt.

Pathologisch anatomische Einteilung ist die logische Weiterführung mit anschließenden diagnostischen Möglichkeiten, dies führt konsequenterweise zur Therapie. Die hier platzierten Info-

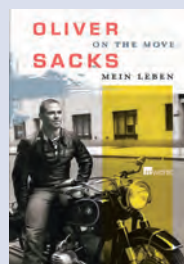
Spalten als lerntechnische Vertiefungen sind gut. Zu kritisieren ist, dass Bartl leider zu oft „kann“-Empfehlungen gibt und nicht Leitfäden nach dem Motto „so behandeln wir“. Schade ist auch, dass in einem aktuellen Werk Medikamente empfohlen werden, die längst vom Markt genommen wurden (z.B. Tetrazepam).

Trotzdem zeigen die therapeutischen Aussichten positive Aspekte, besonders unter funktionellen Betrachtungen für die Jugend, ein größerer „Peak Bone Mass“ (Maximalwert der Knochenmineraldichte des Menschen) im Regelkreis Muskel-Knochen, „mehr Muskelquerschnittsfläche entspricht mehr Knochenquerschnittsfläche“. Hier wird der Dynamik und damit der Prävention gezollt, was nach meiner Meinung ein wenig zu kurz kommt. Ansonsten ist das therapeutische Kapitel umfassend.

In Kapitel VII werden die Funktionsbeziehungen der Knochenorgane zu anderen „Körper-Organ komplexen“ in ihren Interaktionen diskutiert, somit rücken die Co-Autoren in den Vordergrund, die jeweils aus ihrem Gesichtswinkel die Osteologie interpretieren. Dies führt leider zu Wiederholungen. Schade, zumal vieles lexikonmäßig aufgeführt wird.

Zum Schluss folgt ein Kapitel Tumor – Medikament – Strahlen in Beziehung zum Knochen. „Bone is everybody's business“, frühzeitig vorbeugen, richtig diagnostizieren, erfolgreich behandeln, übergreifende Zusammenhänge erkennen und verstehen: Klinische Osteologie.

Dr. med. Jürgen Glatzel



**Zwei Leben
 für die Medizin**

**Oliver Sacks und Henry
 Marsh** erobern mit unterschiedlichen Werken, aber mit vielen Gemeinsamkeiten die Bestsellerlisten



Zwei Ärzte, beide gebürtige Briten und ausgezeichnet mit dem Order of the British Empire, standen dieses Jahr zeitweise gleichzeitig auf der „Spiegel“-Bestsellerliste: der Neurologe Oliver Sacks mit seiner Autobiografie „On the Move. Mein Leben“ und der Neurochirurg Henry Marsh mit seinen Memoiren „Um Leben und Tod“. Sacks ist jetzt am 30. August 2015 im Alter von 82 Jahren gestorben, mit großer Anteilnahme in allen Feuilletons.

Geboren am 9. Juli 1933 in London, zog es Sacks in die USA, seit 1965 lebte er in New York. „Der Literat unter den Medizinern“, so die New York Times, reiht „On the Move“ in rund ein Dutzend Werke aus eigener Feder ein, am bekanntesten „Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte“ oder „Migräne“. Immerfort schreibend, lässt er seine Leser bizarre Fälle aus seiner ärztlichen Praxis erleben. Damit setzt er die Syndromanalyse durch genaue Betrachtung des Patienten fort, die der russische Neuropsychologe Alexander R. Lurija (1902–1977) geprägt hat. Weltbekannt wurde Sacks mit Forschungen zur Schlafkrankheit und der Wirkung von Dopamin (L-Dopa). „Awakenings – Zeit des Erwachens“ wurde mit Robin Williams und Robert De Niro verfilmt.

Aus einer Arztfamilie mit jüdischen Wurzeln stammend, hat Sacks auch jenseits der Medizin ein intensives Leben geführt – als Gewichtheber, Motorradfreak und mit Drogenexzessen, die seinen Freund zerstörten und ihn fast. Im Februar gab der Professor an der New York School of Medicine bekannt, dass er nach einer Melanom-Entfernung im Auge an Lebermetastasen leidet: „Ich stehe im Angesicht des Sterbens.“ Seine letzte Fallgeschichte dokumentiert das eigene Verlöschen.

Dem Tod ins Auge blickt Henry Marsh (Jahrgang 1950) als Spezialist für die Entfernung von Hirntumoren täglich. Er zählt zu den besten Neurochirurgen Großbritanniens. In 25 Kapiteln reflektiert er medizinische und lebensphilosophische Details, die er nach Krebsformationen benannt hat (wie „Oligodendrogliom“). Er scheut sich nicht, von eigenen Fehlern zu sprechen, die Patienten im schlimmsten Fall das Leben kosteten. Dafür erntete er auch Kritik von seiner Zunft. Operieren oder Nicht-Operieren – das ist, so Marsh, immer eine Gratwanderung zwischen chirurgischem Ehrgeiz, Hoffnung und Schicksal. Sein Leben wurden ebenfalls in zwei Dokumentarfilmen festgehalten, denn mit seiner Stiftung operiert er häufig in der Ukraine Menschen, die sonst ohne ärztliche Hilfe blieben. Dies und noch viel mehr – Marsh sollte auf jeden Fall weiterschreiben. Von Oliver Sacks bleiben 600 (!) Notizbücher aus dem Nachlass und 13 Bücher laden zum (neu) Entdecken ein. Eine letzte Story siehe: www.newyorker.com/magazine/2015/09/14/filter-fish.

Isolde Asbeck

Oliver Sacks: On the Move. Mein Leben. Rowohlt 2015, € 24,95

Henry Marsh: Um Leben und Tod. Deutsche Verlagsanstalt 2015, € 19,99



Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Freitags und samstags ganztags möglich!

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

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Übergewicht und seine Folgen chirurgisch heilen und plastisch-chirurgisch therapieren

Fr., 13. Nov. 2015, 14:00 – 18:00 Uhr **4 P**
Leitung: PD Dr. med. U. Rieger, Frankfurt
Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiestgl. kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,
E-Mail: katja.baumann@laekh.de

7. Fachtagung palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen

In Kooperation mit der Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbegleitung und Angehörigenbetreuung, dem Hospiz- und Palliativverband e. V. und dem Fachverband SAPV Hessen e.V.

Mi., 11. Nov. 2015, 09:30 – 16:00 Uhr **5 P**
Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth, Bad Nauheim
Teilnahmegebühr: € 30
Auskunft/Anmeldung: S. Pfaff, Fon: 06032 782-222,
E-Mail: stephanie.pfaff@laekh.de

Organspende

Qualifikationskurs nach Hessischem Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz (HAGTPG) für erfahrene Transplantationsbeauftragte

Di., 13. Okt. 2015, 09:30 – 17:30 Uhr **10 P**
Leitung: Prof. Dr. med. M. Bechstein, Frankfurt
PD Dr. med. A. P. Barreiros, Marburg
Teilnahmegebühr: € 150 (Akademiestgl. € 135)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher

Gem. Hess. Hygieneverordnung (HHyVO nach § 10 Abs. 2).
Mi., 04. – Do., 05. Nov. 2015 **16 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen
Teilnahmegebühr: 2 Tage € 240 (Akademiestgl. € 216),
1 Tag € 140 (Akademiestgl. € 126)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Wirksamkeit der Antibiotika erhalten – die Antibiotikaresistenzstrategie

Sa., 14. Nov. 2015, 14:00 – 18:30 Uhr
Leitung: PD. Dr. med. U. Heudorf, Gießen
Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiestgl. kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: C. Cordes, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Nervenarzt und Sozialrichter im kritischen Dialog

Mi., 14. Okt. 2015, 16:00 – 19:30 **4 P**
Leitung: Prof. Dr. med. F.-L. Welter, Fritzlar
Dr. jur. G. Offczors, Darmstadt
Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiestgl. € 45)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage

Sa., 31. Okt. – So., 01. Nov. 2015

Sa.: 09:00 Uhr **Was der Radiologe und der Allgemeinmediziner voneinander wissen sollten**
Leitung: Prof. Dr. med. M. Düx, Frankfurt **5 P**
Dr. med. G. Vetter, Frankfurt

Sa.: 14:00 Uhr **Ethische Fragen im medizinischen Alltag** **7 P**
Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth, Bad Nauheim
Dr. phil. B. Wolf-Braun, Frankfurt

So.: 09:00 Uhr **Interdisziplinäre Behandlung von Tumorerkrankungen**
Leitung: PD Dr. med. Exner, Frankfurt
So.: 14:00 Uhr **Medizin, Migration und kulturelle Kompetenz: Perspektiven für Klinik und Praxis**
Leitung: PD Dr. med. Knipper, Gießen

Teilnahmegebühr: je Veranstaltung € 50 (Akademiestgl. kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,
E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Ultraschall

Farb- und Spektral-Doppler-Sonographie im Abdomen
Sa. 17. Okt. 2015, 10:00 – 19:00 Uhr **5 P**
Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiemitgl. € 162)
Ort: **Groß-Umstadt**
Abdomen Abschlusskurs
Sa., 31. Okt. 2015 (Theorie) **29 P**
 und zwei Termine Praktikum (jew. 5 Std.)
Teilnahmegebühr: € 320 (Akademiemitgl. € 288)
Ort Praktikum: **Frankfurt, Kliniken Rhein-Main-Gebiet**

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
 Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Gefäße Abschlusskurs (periphere Gefäße) **20 P**
Fr., 27. – Sa., 28. Nov. 2015 (Theorie + Praktikum)
Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Frankfurt
 Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
Teilnahmegebühr: € 320 (Akademiemitgl. € 288)
Ort Praktikum: **Frankfurt, Krankenhaus Nordwest**

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Kenntniskurs (theoretische und praktische Unterweisung)
Sa., 10. Okt. 2015 **insg. 8 P**
Teilnahmegebühr: **gesamt € 140 (Akademiemitgl. € 126)**
 Theoretische Unterweisung: € 100 (Akademiemitgl. € 90)
 Praktische Unterweisung: € 50 (Akademiemitglieder € 45)

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde
Sa., 28. Nov. 2015 **8 P**
Teilnahmegebühr: € 130 (Akademiemitgl. € 117)

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Medizinische Begutachtung

Modul II: **Sa., 17. Okt. 2015**
Modul III: **Fr., 13. – Sa. 14. Nov. 2015**
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
Teilnahmegebühr: Modul II € 120 (Akademiemitgl. € 108)
 Modul III € 240 (Akademiemitgl. € 216)
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
 E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Hämotherapie

8. Erfahrungsaustausch Qualitätsbeauftragte Hämotherapie
Fr., 09. Okt. 2015, 10:00 – 13:00 Uhr **4 P**
Leitung: N. Walter, Frankfurt
Ort: **Frankfurt, Landesärztekammer**
Teilnahmegebühr: € 45

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter
Do., 12. – Fr., 13. Nov. 2015 **16 P**
Leitung: PD Dr. med. Y. Schmitt, Darmstadt
Ort: **Darmstadt, Marienhospital**
Teilnahmegebühr: € 340 (Akademiemitgl. € 306)
Max. Teilnehmerzahl: 30

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

Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar

Fr., 09. Okt. – Sa., 10. Okt. 2015 +
Fr., 13. Nov. – Sa., 14. Nov. 2015 **insg. 32 P**
Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt
Teilnahmegebühr: € 520 (Akademiemitgl. € 468)

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

Arbeitsmed. Vorsorge: Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen Bedingungen

Fr., 06. – Sa. 07. Nov. 2015, 09:00 – 16:15 Uhr **16 P**
Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt
 Dr. med. R. Snethlage, Wiesbaden
Teilnahmegebühr: € 280 (Akademiemitgl. € 252)

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

Rheumatologie

In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim
Mi., 04. Nov. 2015, 15:00 – 19:00 Uhr **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim
Ort: **Bad Nauheim, Kerckhoff-REHA-Zentrum**
Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)
Max. Teilnehmerzahl: 40

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

Qualifikation Tabakentwöhnung

Blended Learning Veranstaltung insg. 20 P
Fr., 09. Okt. 2015 (1. Präsenzphase)
Sa., 10. Okt. - Mi., 04. Dez. 2015 (Telelernphase)
Sa., 05. Dez. 2015 (2. Präsenzphase mit Lernerfolgskontrolle)
Teilnahmegebühr: € 240 (Akademiemitgl. € 216)
Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208,
 E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD) und dem Hessischen Hausärzterverband; zertifiziert als DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2 und KHK.
Mi., 25. Nov. 2015, 15:30 – 20:00 Uhr 6 P
Teil 3: Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie
Teil 4: Insulintherapie in der Praxis
Leitung: Dr. med. D. Winter, Bad Nauheim
 Dr. med. B. Fischer, Gießen
Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mi., 14. Okt. 2015, 14:00 – 19:00 Uhr 6 P
Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden
Teilnahmegebühr: € 110 (Akademiemitgl. € 99)
Max. Teilnehmerzahl: 25
Auskunft/Anmeldung: B. Sebastian, Fon: 0611 977-4825,
 E-Mail: barbara.sebastian@laekh.de

Notfallmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) 29 P
Fr., 06. – So., 08. Nov. 2015
Leitung: M. Leimbeck, Braunfels
 Dr. med. R. Merbs, Friedberg
Teilnahmegebühr: € 400 (Akademiemitgl. € 360)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Impfkurs

Sa., 14. Nov. 2015, 09:00 – 17:30 Uhr 11 P
Leitung: Dr. med. P. Neumann, Frankfurt
Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiemitgl. € 162)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Fachgebundene genetische Beratung

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung im Kontext vorgeburtlicher Risikoabklärung 8 P
Sa., 31. Okt. 2015
Sa., 16. Apr. 2016
Leitung: Prof. Dr. Dr. h.c. H.-R. Tinneberg, Gießen
Teilnahmegebühr: € 70 (Akademiemitgl. € 60, außerhalb Hessen tätige Ärzte € 80)
Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung für Kardiologen
Sa., 30. Apr. 2016
Leitung: Prof. Dr. med. Dr. med. habil. J. Ehrlich, Wiesbaden
Teilnahmegebühr: auf Anfrage
 Wissenskontrolle zum Nachweis der **Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung** für zahlreiche Fachgebiete; Anfragen bitte an uns!
Sa., 13. Feb. / Sa., 19. Mär. / Sa., 23. Apr. 2016
Teilnahmegebühr: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Geriatrische Grundversorgung

Block I: Fr., 27. – So., 29. Nov. 2015 24 P
Leitung: PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt
Teilnahmegebühr: € 360 (Akademiemitgl. € 324)
Block II: Fr., 22. – So., 24. Jan. 2016 22 P
Leitung: Dr. med. Patricia Groß, Darmstadt
Teilnahmegebühr: € 330 (Akademiemitgl. € 297)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Lungen- und Bronchialheilkunde, Pathologie und Allgemeinmedizin

In Kooperation mit dem Frankfurter Arbeitskreis Pneumologie, Allergologie (FAPA) e. V. und dem Nordwestkrankenhaus Frankfurt
Interdisziplinäres Forum Frankfurt 2015: Was gibt es Neues in der Pneumologie 2015? 10 P
Sa., 10. Okt. 2015, 09:00 – 13:00 Uhr
Leitung: Dr. med. P. Kardos, Frankfurt
Teilnahmegebühr: kostenfrei
Ort: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Arbeits- und Betriebsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.
Die Blöcke werden als Blended-Learning-Kurse angeboten, ihnen geht eine Telearnphase voraus.

Die arbeitsmedizinische Vorsorge „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen“ in den Kursblock B2 integriert und „Lärm“ ist in den Kursblock B1.

B2: Sa., 31. Okt. – Sa., 07. Nov. 2015 **60 P**

C2: Beginn der Telearnphase: Fr., 06. Nov. 2015
C2: Präsenzphase: Sa., 05. – Fr., 11. Dez. 2015 **insg. 60 P**

A1: Beginn der Telearnphase: Fr., 18. Dez. 2015
A1: Präsenzphase: Sa., 23. Jan. – Fr. 29. Jan. 2016

B1: Beginn der Telearnphase: Sa., 30. Jan. 2016
B1: Präsenzphase: Sa., 27. Feb. – Sa., 05. Mär. 2016

C1: Beginn der Telearnphase: Fr., 18. Mär. 2016
C1: Präsenzphase: Sa., 23. Apr. – Fr., 29. Apr. 2016

A2: Beginn der Telearnphase: Fr., 05. Aug. 2016
A2: Präsenzphase: Sa., 03. Sep. – Fr., 09. Sep. 2016

B2: Beginn der Telearnphase: Fr., 14. Okt. 2016
B2: Präsenzphase: Sa., 12. Nov. – Fr., 19. Nov. 2016

C2: Beginn der Telearnphase: Fr., 04. Nov. 2016
C2: Präsenzphase: Sa., 13. Dez. – Fr., 09. Dez. 2015

Teilnahmegebühr: je Kurs: € 550 (Akademiemitgl. € 495)
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,
E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Repetitorium Frauenheilkunde

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

Do., 05. – So., 08. Nov. 2015

Gesamtleitung: Prof. Dr. med.
Dr. med. h.c. H.-R. Tinneberg, Gießen

Teilnahmegebühr ges.: € 480 (Akademiemitgl. € 432)

Teilnahmegebühr/Tag: € 150 (Akademiemitgl. € 135)

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 16. – Sa., 21. Nov. 2015 **insg. 63 P**

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

Teilnahmegebühr ges.: € 540 (Akademiemitgl. € 486)

Teilnahmegebühr/Tag: € 150 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Einsteigerseminar

Bereitschaftsdienst im Krankenhaus: Zielorientiertes ärztliches Handeln bei notfallmedizinischen Krankheitsbildern, rechtliche Rahmenbedingungen und organisatorische Fallstricke

Mi., 18. Nov. 2015, 09:00 – 17:30 Uhr **11 P**

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
Prof. Dr. med. K. Mayer, Gießen
Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen, Frankfurt

Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiemitgl. € 162)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Krankenhaushygiene

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

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen

Teilnahmegebühr: € 560 (Akademiemitgl. € 504)

Modul I: Mo., 29. Feb., – Fr., 04. Mär. 2016

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen

Teilnahmegebühr: € 700 (Akademiemitgl. € 630)

Ort: **Gießen**, Universitätsklinikum

Modul II: Mo., 30. Mai – 02. Jun. 2016

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen

Teilnahmegebühr: € 560 (Akademiemitgl. € 504)

Modul III: Di., 12. – Fr., 15. Apr. 2016

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

Teilnahmegebühr: € 560 (Akademiemitgl. € 504)

Ort: **Frankfurt**, Universitätsklinikum

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

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

Palliativmedizin

Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden:
Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II
(diese beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul III.

Fallseminar Modul III: Mo., 23. – Fr., 27. Nov. 2015 **40 P**

Leitung: Dr. med. B. O. Maier, Wiesbaden

Teilnahmegebühr: € 740 (Akademiemitgl. € 666)

Basiskurs: Di., 01. – Sa., 05. Dez. 2015 **40 P**

Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau

Teilnahmegebühr: € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Aufbaukurs Modul I: Di., 15. – Sa., 19. Mär. 2016 **40 P**

Leitung: C. Riffel, Darmstadt
Dr. med. E. Lohmann, Friedberg

Teilnahmegebühr: € 630 (Akademiemitgl. € 567)

Aufbaukurs Modul II: Mo., 27. Jun. – Fr., 01. Jul. 2016 **40 P**

Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel

Teilnahmegebühr: € 630 (Akademiemitgl. € 567)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

Der Kurs besteht aus Präsenzphasen und Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative/Heimarbeit zu erbringen ist.

Block I: Di., 16. – Sa., 20. Feb. 2016

Block II a: Do., 21. – Sa., 23. Apr. 2016

Projektarbeit/Heimarbeit: 24 Stunden

Block II b: Mi., 22. – Sa., 25. Jun. 2016

Block III a: Mi., 21. – Sa., 24. Sep. 2016

Telelernphase: 25. Sep. – 15. Nov. 2016

Block III b: Mi., 16. – Sa., 19. Nov. 2016

Leitung: N. Walter, Frankfurt

Teilnahmegebühren: Block I: € 990 (Akademiemitgl. € 891)

Block II a, Block II b: je Block € 750 (Akademiemitgl. € 675)

Block III a, Block III b: je Block € 750
(Akademiemitgl. € 675 €)

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

Sozialmedizin

AK I: Mi., 07. – Fr., 16. Okt. 2015

80 P

AK II: Mi., 03. – Fr., 12. Feb. 2016

GK I: Mi., 13. – Fr., 22. Apr. 2016

GK II: Mi., 06. – 15. Jul. 2016

Gesamtleitung: Ltd. Med. Dir. Dr. med. R. Diehl,
Frankfurt

Teilnahmegebühr: pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)

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

Suchtmedizinische Grundversorgung

Kursteil 1: Fr., 15. – Sa., 16. Jan. 2016

Ort: Frankfurt, Bürgerhospital

Kursteil 2: Fr., 29. – Sa., 30. Jan. 2016

Ort: Frankfurt, Bürgerhospital

Kursteil 3 /Wahlthema: Fr., 12. – Sa., 13. Feb. 2016

Ort: Frankfurt, Bürgerhospital

Kursteil 4: Fr., 26. – Sa., 27. Feb. 2016

Ort: Friedrichsdorf, Salus Klinik

Leitung: D. Paul, Frankfurt

Teilnahmegebühr: je Kursteil € 180
(Akademiemitgl. € 162)

Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Block B: Fr., 06. – Sa., 07. Nov. 2015

20 P

Leitung: PD Dr. med. M. Gehling Kassel
Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Ort: Kassel, Klinikum

Teilnahmegebühr: € 260 (Akademiemitgl. € 234)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Akademie,
Fon: 06032 782-227
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Fr., 13. – So., 15. Nov. 2015 **G13 – G15**

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Sa., 12. – So., 13. Dez. 2015 **GP**

Leitung: H. Luxenburger, München
Teilnahmegebühr: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: C. Cordes, Fon: 06032 782-287,
 E-Mail: claudia.cordes@laekh.de **oder**
 A. Bauß, DÄGfA, Fon: 089 71005-11,
 E-Mail: bauss@daegfa.de

Psychosomatische Grundversorgung

22. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35100/35110). Es handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung. Enthalten sind 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.

Fr., 15. – So., 17. Jan. 2016 **20 P**
 Fr., 26. – So., 28. Feb. 2016 **20 P**
 Fr., 22. – So., 25. Mai 2016 **20 P**
 Fr., 08. – So., 10. Jul. 2016 **20 P**
 Fr., 09. – So., 11. Sep. 2016 **20 P**
 Fr., 04. – So., 06. Nov. 2016 **20 P**

Leitung: P. E. Frevert, Frankfurt
 Dr. med. Wolfgang Merkle, Frankfurt
Teilnahmegebühren: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.flören@laekh.de

Notfallmedizin

Marburger Kompaktkurs (Zusatzbezeichnung Notfallmedizin)

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

Fr., 02. – Sa., 10. Okt. 2015

Leitung: PD Dr. med. C. Kill, Marburg
Ort: **Marburg**, Universitätsklinikum
Auskunft/Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen,
 Fon: 06421 950-220
 E-Mail: info@bzmh.de

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs C: Sa., 06. Feb. 2016 (10 Std.) **10 P**

Psychosom. Grundversorgung unter speziellen Gesichtspunkten der Allgemeinmedizin – Verbale Interventionstechniken

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

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Kurs A: Fr., 17. – Sa., 18. Jun. 2016 (20 Std.) **20 P**

Psychosomatische Grundversorgung – Theorie

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Kelkheim
Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
 E-Mail: joanna.jerusalemr@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, Fon: 06032 782-200, 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!

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

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

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

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

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte 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. Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de.



Nichtärztliche/r Praxisassistent/in (NÄPA)

Die Fortbildung zur/zum NÄPA basiert auf dem Curriculum der Bundesärztekammer. Vor dem Hintergrund des Ärztemangels, der sich insbesondere in den ländlichen Regionen Hessens weiter verschärfen wird, können NÄPA wichtige Aufgaben in der hausärztlichen Versorgung übernehmen. Sie führen nach Delegation des Arztes Hausbesuche, bei denen der direkte Arztkontakt nicht medizinisch indiziert ist, durch. Sie übernehmen unter anderem die Steuerung und Überwachung der Patienten innerhalb strukturierter Behandlungsprogramme sowie Medikamentenkontrolle und Maßnahmen im Rahmen der Prävention. Die Carl-Oelemann-Schule bietet die Lehrgänge an verschiedenen Standorten in Hessen an. **Flyer mit Terminen sind auf unserer Homepage (www.carl-oelemann-schule.de) eingestellt.** Gerne übersenden wir Ihnen auf Anfrage einen Informationsflyer zur Fortbildung. Ihre Fragen beantworten wir gerne per E-Mail: verwaltung.cos@laekh.de

Für MFA-Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr

Auch 2016 finden wieder die Fortbildungen „Flops – vermeiden“ für Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr statt. Der Flyer zur Fortbildung steht zum „Download“ auf der Homepage der Carl-Oelemann-Schule für Sie bereit.

Themen des 5-stündigen Workshops im Überblick:

Der erste Eindruck macht's! Der richtige Gruß! Das berufliche Outfit – richtig ausgewählt! Sauber und ordentlich, ist doch klar! Profi werden bedeutet Lob und Kritik aussprechen und annehmen!

Termin: Kurs Azubi 1: Fr., 19.02.2016, 11:00 – 16:00 Uhr

Information: Renate Treyse, Fon: 06032 782-174, Fax -180

Gebühr: € 70,00

Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Auszubildende zur Vorbereitung auf die Winterprüfung!

Abrechnung: EBM (PVK 1)

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

Termin: Sa., 12.12.2015, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Medizinische Fachkunde (PVK 4)

Im Kurs werden prüfungsrelevante Themenbereiche besprochen und mit Hilfe aktiver Übungen wiederholt.

Sa., 28.11.2015 und Sa., 05.12.2015, jeweils 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 130

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.

Der Termin ist vorrangig für Teilnehmer/innen, die ihre praktische Abschlussprüfung im Frühjahr 2016 absolvieren.

Fr., 29.01.2016, 09:30 – 17:45 Uhr oder

Sa., 30.01.2016, 09:30 – 17:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Renate Treyse, Fon: 06032-782, 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: Sa., 31.10.2015, 09:30 – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Kultursensible Kompetenz für Gesundheitsberufe in der Arztpraxis und stationären Versorgung (PAT 13)

Inhalte: Wenn Menschen aus verschiedenen Kulturen im Gesundheitswesen aufeinander treffen, können unterschiedliche Wertvorstellungen, Verhaltensweisen und Erwartungen zu Missverständnissen und Konflikten führen. Mitarbeiter/innen in den Gesundheitsberufen werden in dieser Fortbildung gezielt auf diese Situation vorbereitet und entwickeln individuelle kultursensible Lösungsstrategien in der Arztpraxis und stationären Versorgung.

Termin: Interessentenliste, Sa., 10:00 – 17:30 Uhr

Gebühr: € 95

Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Aufbaukurs Englisch für Gesundheitsberufe (PAT 8)

Inhalte: Redemittel und grammatische Strukturen aus dem Einsteigerkurs „Englisch für Gesundheitsberufe“ (PAT 7) werden aufgegriffen, gefestigt und ausgebaut. Hierbei stehen mündliche Kommunikation, Hörverstehen, Leseverstehen und Wort-schatzarbeit im Vordergrund.

Termin: Sa., 07.11.2015, 10:00 – 14:45 Uhr und

Sa., 21.11.2015, 10:00 – 14:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 140

Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

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

Inhalte: Was bedeutet die neue DIN ISO 9001:2015 für Arztpraxen, die ihr Qualitätsmanagementsystem nach den bisherigen Vorgaben der DIN ISO 9001:2008 ausgerichtet haben? In der Veranstaltung werden die wesentlichen Änderungen vorgestellt und konkrete Arbeitsschritte zur Umstellung im internen Praxissystem erarbeitet.

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



Gebühr: € 95

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

Telefongespräche mit schwierigen Patienten (PAT 11)

Inhalte: Anhand von Fallbeispielen wird das Verhalten am Telefon trainiert. Im Mittelpunkt der Übungen steht die Zufriedenheit der Patienten und des Praxisteam durch stressfreies, patientenorientiertes Telefonieren.

Termin: Sa., 14.11.2015, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Onkologie

Aufbaufortbildung „Psychoonkologie“ (ONK Z1)

Die Inhalte orientieren sich an der im Januar 2014 veröffentlichten S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“.

Termin: Do., 26.11.2015 bis Sa., 28.11.2015, 24 Stunden

Teilnahmegebühr: € 280

Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax -180

Strahlenschutzkurse

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

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

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

Termin: ab Fr., 06.02.2016

Gebühr: € 950 zuzügl. € 50 Prüfungsgebühr

Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz in der Medizin für OP-Personal (STR OP)

Inhalte: Der Lehrgang vermittelt die in der Röntgenverordnung geforderten Kenntnisse im Strahlenschutz. Die Fortbildung umfasst 20 Stunden und ist für Teilnehmer/innen geeignet, die unmittelbar unter Aufsicht und Verantwortung des fachkundigen Arztes, im Rahmen einer Operation oder Intervention, die Röntgeneinrichtung bedienen.

Termin: Interessentenliste, 20 Stunden

Gebühr: € 315 inkl. Lernerfolgskontrolle

Aktualisierungskurs nach § 18a Abs. 2 und 3 RöV (MED 1)

Ziel der Veranstaltung ist die Aktualisierung der Fachkunde und erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz gem. § 18a RöV. Zielgruppe sind Medizinische Fachangestellte, Arzthelfer/innen und Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, MTA, MTRA und MTLA.

Termin: Sa., 17.10.2015, 08:30 – 17:00 Uhr

Teilnahmegebühr: 95 €

Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz nach § 18a RöV (MED 2)

Der vorliegende Sonderkurs richtet sich an alle, die die Frist zur Aktualisierung versäumt haben und damit die Fachkunde oder die Kenntnisse im Strahlenschutz derzeit nicht mehr nachweisen können.

Termin: Fr., 16.10.2015, 08:30 – 16:00 Uhr und

Sa., 17.10.2015, 08:30 – 17:00 Uhr

Teilnahmegebühr: 245 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung (FAW 1)

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die Module:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung und Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von 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 als auch in Patientenkoordination und Medizin. Als medizinischer Wahlteil werden unter anderem Fortbildungskurse gemäß den Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Im Programm der Carl-Oelemann-Schule (kann angefordert werden) sind u.a. die Qualifizierungslehrgänge, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden, beschrieben. Siehe auch im Internet www.fortbildung-mfa.de.

Termin: ab 21.01.2016

Teilnahmegebühr Pflichtteil: € 1.520

Prüfungsgebühren: € 200

Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage.

Information: Monika Kinscher, Fon: 06032 782-187, Fax: -180

Allgemeine Hinweise

Anmeldung: Bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich.

Carl-Oelemann-Schule (COS) | Carl-Oelemann-Weg 5

61231 Bad Nauheim | Fon: 06032 782-0 | Fax: 06032 782-180

Website: www.carl-oelemann-schule.de

Veranstaltungsort: (soweit nicht anders angegeben)

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen

61231 Bad Nauheim | Carl-Oelemann-Weg 5

Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:

Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule

Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-140 | Fax: 06032 782-320

E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

Unterversorgung am Beispiel der Cluster-Kopfschmerzen

Konservative und operative Therapieverfahren

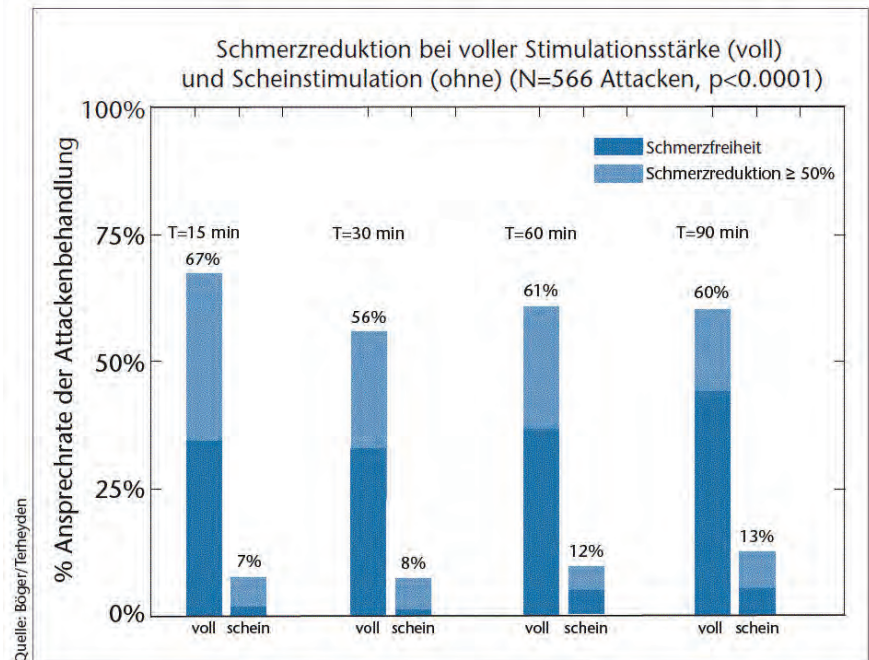
Andreas Böger

Primärer Kopfschmerz

Es lassen sich nach der Klassifikation der International Headache Society (IHS) primäre und sekundäre Kopfschmerzen unterscheiden. Primäre Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten Erkrankungen mit einer starken Beeinträchtigung der Lebensqualität. Die Gesamtprevalenz von Kopfschmerzkrankungen in der Bevölkerung liegt bei 46 Prozent. Den größten Anteil stellt dabei die Migräne mit einer Prävalenz von ca. 11 Prozent dar [1].

Eine Untersuchung im Auftrag des Robert-Koch-Instituts [2] kam zu dem Schluss, dass allein die Kosten für die Behandlung, Rehabilitation und vorzeitiger Berentung aufgrund von Kopfschmerzen ca. 2,6 Mrd. Euro pro Jahr betragen. Als chronisch werden Kopfschmerzen entsprechend der Definition der IHS erst dann bezeichnet, wenn über mindestens drei Monate an mehr als 15 Tagen pro Monat Kopfschmerzen auftreten. Das bedeutet, dass an jedem zweiten Tag eine starke Beeinträchtigung der Patienten auftritt, die zumindest die Lebensqualität stark einschränkt und die zu einer verminderten Leistungsfähigkeit im privaten und beruflichen Alltag führt. Unabhängig von dieser Definition handelt es sich bei primären Kopfschmerzen in der Regel um chronische Erkrankungen, da die Kopfschmerzattacken die meisten Betroffenen in wechselnder Häufigkeit über viele Jahre begleiten.

Chronifiziert ein Kopfschmerz, verdreifachen sich die Kosten etwa, wie an Daten aus Kanada und den USA für die Migräne gezeigt werden konnte [2]. Potentiell beeinflussbare Chronifizierungsfaktoren wie Übergewicht und psychische Komorbidität sollten daher unbedingt gezielt therapeutisch beeinflusst werden, um die Kopfschmerzchronifizierung zu verhindern und damit auch Therapiekosten einzugrenzen. Gleichzeitig ist festzustellen, dass Betroffene kaum Zugang zu einer auf Kopfschmerz



Grafik 1: Effekt der Stimulation auf die Cluster-Attacken: Voll (Volle Stimulation), Schein (Scheinstimulation), nach Schoenen J. et al. [12]

spezialisierten Einrichtung mit multidisziplinärem Konzept haben, dass Patientenkarrieren unnötig lang werden und dass überflüssige und ungeeignete Diagnostik sowie Behandlungen erfolgen [3, 4]. Die Versorgung von Kopfschmerzpatienten erfolgt in der Breite im ambulanten Sektor. Primärer Ansprechpartner für den Patienten ist der Hausarzt. Soweit die Krankheitssituation es erfordert, werden weitere fachärztliche Spezialisten wie Neurologen und Schmerzmediziner konsultiert. Eine systematische Zuweisung von schwierigen oder therapieresistenten Kopfschmerzkrankungen in tertiäre Zentren ist aktuell weitgehend dem Zufall überlassen. Dabei besteht die Herausforderung für den Patienten darin, den auf Kopfschmerz bzw. Migräne spezialisierten Facharzt zu identifizieren. Kopfschmerzpatienten sind im derzeitigen Gesundheitssystem in der Regel unversorgt. Die Kenntnis über Kopf-

schmerzen insgesamt, insbesondere auch über die Mechanismen der Chronifizierung sowie über seltene Kopfschmerzarten, ist unter Ärzten bisher nur limitiert vorhanden. Die ambulante Versorgung von Kopfschmerzpatienten funktioniert auch deshalb nicht, weil die Termine von den Fachärzten nur sehr weit gesteckt werden („kommen Sie nächstes Quartal wieder“). Daher erreichen viele Patienten durch eine falsche oder undifferenzierte Medikamenteneinnahme nicht nur keine Verbesserung, sondern erleiden im Gegenteil sogar zusätzliche Komplikationen. Ein Beispiel ist die gastrointestinale Blutung durch fortgesetzten Schmerzmittelübergebrauch, der gleichzeitig einen der wichtigsten Chronifizierungsfaktoren darstellt, was von Ärzten kaum berücksichtigt wird und den Patienten meist nicht bekannt ist. Ein anderes Beispiel ist der chronische Kopfschmerz bei Medikamenten-

übergebrauch, der iatrogen auftritt oder durch „over-the-counter (OTC)“-Präparate begünstigt wird.

Cluster-Kopfschmerz als nicht so seltener primärer Kopfschmerz

Cluster-Kopfschmerzen sind seltener als Migräne. Die 12-Monatsprävalenz des Clusterkopfschmerzes wird in der epidemiologischen Studie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) mit 0,15 Prozent angegeben [4], woraus sich für Hessen etwa 9.000 Betroffene errechnen lassen. Der Cluster-Kopfschmerz ist der häufigste trigeminoautonome Kopfschmerz (TAK), zu dem auch das sehr seltene SUNCT-Syndrom („Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache with Conjunctival injection and Tearing“) und die Paroxysmale Hemicranie gerechnet werden.

Für die TAK sind anfallsweise extrem starke einseitige Kopf- bzw. Gesichtsschmerzen mit autonomen Begleitsymptomen charakteristisch. Es kommt regelhaft zur ipsilateralen Lakrimation, konjunktivaler Injektion, Rhinorrhoe oder -kongestion, und einem Horner-Syndrom (Ptosis, Miosis, Enophthalmus). Typisch – und ein wichtiger differentialdiagnostischer Unterschied zur Migräne – ist eine ausgeprägte psychomotorische Unruhe: Die Patienten laufen umher, bewegen sich rhythmisch oder krabbeln sogar „auf allen vieren“ auf dem Boden. Die Cluster-Attacken dauern meist bis ca. 45 Minuten, während SUNCT und PH deutlich kürzer sind [5].

Pathophysiologie

Pathogenese und -physiologie des Cluster-Kopfschmerzes und der anderen TAK sind nach wie vor unklar. Offenbar besteht eine übergeordnete zentrale Dysregulation, bei der der posteriore Hypothalamus die Hauptrolle spielt; er ist vermutlich vor allem für die Initiierung der Attacken verantwortlich. Dies könnte die zirkadiane und zirkunale Rhythmik der Cluster-Episoden erklären. Unterhalten wird der Schmerz wird aber durch Aktivierung parasympathischer und trigeminaler Kerngebiete [6, 7]. Die ursprüngliche neurovaskuläre Theorie eines inflammatorischen Prozesses am Sinus cavernosus konnte durch bildgebende Verfahren und

Therapie der Cluster-Kopfschmerzen	
Akuttherapie	
Mittel der 1. Wahl	• Inhalation von Sauerstoff • Sumatriptan 6 mg s.c. • Zolmitriptan 5–10 mg nasal (contralateral)
Akuttherapie	
Mittel der 2. Wahl	• Instillation von Lidocain-Nasenspray (ipsilateral) • Bei langen Attacken: Sumatriptan nasal oder Zolmitriptan 5 mg p.o.
Prophylaxe	
Mittel der 1. Wahl	• Verapamil bis maximal 960 mg unter EKG-Kontrolle • Prednisolon 1mg/kg KG, ausschleichend über 7–10 Tage
Prophylaxe	
Mittel der 2. Wahl	• Lithium nach Spiegel • Topiramat 100–200 mg
Andere therapeutische Optionen und Einzelfallbeschreibungen	• Methysergid 8–12 mg (internationale Apotheke) • Valproinsäure • Dihydroergotamin i.v. über Perfusor • 2 mg Ergotamin (oral, Suppositorien) zur Nacht • Pizotifen 3 x 0,73 mg • Triptane mit langer Halbwertszeit (HWZ) abends: Frovatriptan oder Naratriptan bei Patienten mit ausschließlich nächtlichen Attacken • Capsaicin-Salbe (0,5%) topisch in das zum Schmerz ipsilaterale Nasenloch • Ganglionäre lokale Opioidanalgesie (GLOA) des ipsilateralen Ganglion sphenopalatinum

Tabelle 1: nach der AWMF-Leitlinie Clusterkopfschmerz und trigeminoautonome Kopfschmerzen [10]

Hormonuntersuchungen nicht bestätigt werden. Dem Ganglion sphenopalatinum (SPG) wird dabei u.a. die Rolle des Generators trigeminoautonomer Phänomene wie Lakrimation, Rhinorrhoe und konjunktivale Injektion zugeschrieben [8, 9].

Episodischer und chronischer Cluster-Kopfschmerz

Bei Cluster-Kopfschmerzen ist der Begriff „chronisch“ anders als zum Beispiel bei Migräne und Spannungskopfschmerz: Wenn Cluster-Kopfschmerzen über mindestens ein Jahr bestehen oder wenn die Pausen zwischen den Cluster-Episoden kürzer als vier Wochen sind, spricht man von einem chronischen, sonst von einem episodischen Cluster-Kopfschmerz. Problema-

tisch ist die noch immer lange Latenz bis zur korrekten Diagnosestellung, die durchschnittlich in Deutschland noch immer sieben Jahre beträgt.

Konservative Therapieempfehlung

Einmal diagnostiziert, können die meisten Patienten mit Sauerstoff und nasal oder subcutan applizierten Triptanen gut behandelt werden, wobei beim Sauerstoff auf ausreichende Flussgeschwindigkeit und eine adäquate Gesichtsmaske zu achten ist [10]. Während der Episoden ist eine medikamentöse Prophylaxe mit Verapamil in ausreichend hoher Dosis oft suffizient, nicht selten müssen 720mg/d gegeben werden; als 2. Wahl stehen Topiramat und Lithium zur Verfügung (Tabelle 1).

Operative Verfahren

Bei etwa zehn bis 15 Prozent aller Patienten mit Cluster-Kopfschmerzen ist der Erfolg der konservativen Therapie unbefriedigend; sei es, weil ein chronischer Cluster-Kopfschmerz vorliegt, bei dem die medikamentöse Prophylaxe nicht wirkt, nicht vertragen wird oder kontraindiziert ist; sei es, weil die Attackenkupierung mit Sauerstoff und Triptanen nicht funktio-



Abb. 1: Lage des Mikrostimulators in der 3d-Rekonstruktion (Quelle: Prof. Dr. Terheyden, RKH)

niert [10]. Für diese Patienten kommen neuromodulatorische Verfahren infrage. Die tiefe Hirnstimulation (deep brain stimulation, DBS) ist wegen einer sehr hohen Komplikationsrate wieder verlassen worden. Die Nervus-occipitalis-Stimulation (occipital nerve stimulation, ONS) hat aus dem gleichen Grund die Zulassung verloren. Nichtinvasive Verfahren wie die transcutane Vagusnervstimulation (tVNS, gammacore) haben sich bislang trotz vielversprechender Studienergebnisse noch nicht durchsetzen können.

Vergleichsweise gute Ergebnisse wurden hingegen mit der Stimulation des Ganglion sphenopalatinum (SPG) erzielt. Die Indikation muss von einem Neurologen überprüft werden, der auf Diagnostik und Therapie von Cluster-Kopfschmerzen spezialisiert ist. In Deutschland existieren vier SPG-Implantationseinrichtungen, unter anderem führt das Kopfschmerzszentrum Nordhessen die Implantation durch.

Der mund-kiefer-gesichtschirurgische Eingriff erfolgt nach vorheriger 3-D-Rekonstruktion des Schädels stationär in na-

saler Intubationsnarkose unter Durchleuchtungskontrolle. Der Mikrostimulator wird am seitlichen Oberkiefer über einen Zahnfleischrandschnitt eingesetzt (Abb. 1 und 2). Zehn Tage postoperativ werden die Nähte entfernt. Ein störungsfreier klinischer Heilungsverlauf zeigt sich vor allem an einer ungestörten Mundöffnung. Entzündliche Infiltrate beziehungsweise Wundinfektionen sind aufgrund des intraoralen Zugangswegs möglich und wer-



Abb 2: Operationssitus (Quelle: Implantat-Hersteller Autonomic Technologies Inc.)

den lokal desinfizierend und gegebenenfalls antibiotisch behandelt.

Postoperative Weiterbehandlung

Nach sechs Wochen wird der Stimulator erstmals aktiviert und in Zusammenarbeit mit der Herstellerfirma programmiert, damit ein optimales Stimulationsergebnis erzielt wird. Dabei sind häufige – ggf. auch außerplanmäßige – Kontakte mit hohem Betreuungsbedarf des Patienten einzukalkulieren. Die übliche Medikation läuft dabei zunächst weiter und kann dann im Erfolgsfall sukzessive reduziert werden.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass etwa zwei Drittel der Patienten von der Stimulation zur Attackenkupierung profitiert ([12], Grafik 1). Bei einem Teil der Patienten reduziert sich zusätzlich auch die Attackenfrequenz, was noch nicht vollständig verstanden wird. Zur Zeit sind die Patientenzahlen noch zu klein, insbesondere auch zu den Langzeitergebnissen. Immerhin handelt es sich offenbar um eine Methode, die wenig Nebenwirkungen und wenig Komplikationen hervorruft.

Fazit

Patienten mit chronischen Kopfschmerzen sind oft unter- und fehlversorgt. Eine hohe Inanspruchnahme von Nicht-Kopfschmerzspezialisten und Notaufnahmen ist eher die Regel als die Ausnahme. Die Kenntnisse über Cluster-Kopfschmerzen in der Ärzteschaft sind verbesserungswürdig. Daher ist wünschenswert, dass bei Cluster-Kopfschmerzen zumindest einmalig ein spezialisiertes Kopfschmerzszentrum hinzugezogen wird.

Bei Patienten mit Cluster-Kopfschmerz, der konservativ nicht ausreichend beherrschbar ist, ist die SPG-Stimulation eine vielversprechende Methode der Therapieoptimierung. Die Indikationsstellung und Durchführung erfordert eine enge Zusammenarbeit von auf Cluster-Kopfschmerz spezialisiertem Neurologe einerseits und erfahrenem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen andererseits. Weder das konservative noch das operative Vorgehen sind banal. Auch die Nachbetreuung ist obligat in einem spezialisierten Kopfschmerzszentrum zu leisten. Die ersten Ergebnisse sind vielversprechend, bedürfen aber noch der Bestätigung in einer größeren Kohorte. Insbesondere die Langzeitdaten werden interessant sein. Bewährt hat sich das Kasseler Modell eines partnerschaftlich von Neurologe und MKG-Chirurg geleiteten Kopfschmerzszentrums. Nicht nur im Falle der SPG-Stimulation, sondern auch bei Migräne und Craniomandibulärer Dysfunktion ergeben sich hier zahlreiche Synergien durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Dr. med. Andreas Böger

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie,
Notfallmedizin, Manuelle Medizin,
Spezielle Schmerztherapie;
Chefarzt der Klinik für Schmerzmedizin
Ärztlicher Leiter MVZ
Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel (RKH);
Regionalleiter der Deutschen Gesellschaft
für Schmerztherapie (DGS)
E-Mail: Boeger@rkh-kassel.de

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

Literatur zum Artikel:

Unterversorgung am Beispiel der Cluster-Kopfschmerz

Konservative und operative Therapieverfahren

von Andreas Böger

1. Stovner Lj, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, Steiner T, Zwart JA (2007): The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*; 27(3):193–210.
2. Diener W, Burchert H. (2003): Chronische Schmerzen: Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 7. Berlin
3. Stokes M, Becker WJ, Lipton RB, Sullivan SD, Wilcox TK, Wells L, Manack A, Proskorovsky I, Gladstone J, Buse DC, Varon SF, Goadsby PJ, Blumenfeld AM (2011): Cost of health care among patients with chronic and episodic migraine in Canada and the USA: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *Headache* 2011;51:1058–77
4. Gaul C, van Doorn C, Webering N, Dlugaj M, Katsarava Z, Diener HC, Fritsche G (2011) Clinical outcome of a headache specific multidisciplinary treatment program and adherence to treatment recommendations in a tertiary headache center. An observational study. *J Headache Pain* 12:475–83
5. Evers S, Fischera M, May A, Berger K (2007): Prevalence of cluster headache in Germany: results of the epidemiological DMKG study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 78: 1289–90.
6. May A, Bahra A, Büchel C, Frackowiak RS, Goadsby PJ (1998): Hypothalamic activation in cluster headache attacks. *Lancet*; 352:275–8.
7. May A (2005): Cluster headache: pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet*; 366: 843–55.
8. Goadsby PJ (2002): Pathophysiology of cluster headache: a trigeminal autonomic cephalgia. *Lancet Neurol*;1(4):251–7.
9. Eller M, Goadsby PJ (2014): Trigeminal autonomic cephalalgias. *Oral Dis.* 2. doi: 10.1111/odi.12263. [Epub ahead of print]
10. Internet-Link: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-036l_S1_Clusterkopfschmerz_trigeminoautonome_Kopfschmerzen_2015-06.pdf
11. Jürgens TP, Schoenen J, Rostgaard J, Hillerup S, Láinez MJ, Assaf AT, May A, Jensen RH (2014): Stimulation of the sphenopalatine ganglion in intractable cluster headache: Expert consensus on patient selection and standards of care. *Cephalalgia* 34(13):1100–10
12. Schoenen J, Jensen RH, Lantéri-Minet M, Láinez MJ, Gaul C, Goodman AM, Caparso A, May A (2013): Stimulation of the sphenopalatine ganglion for cluster headache treatment. *Pathway CH-1: A randomized sham-controlled-study. Cephalalgia* 33(10):816–30



Allgemeinmedizinische Weiterbildung der Kompetenzzentren Allgemeinmedizin in Hessen

Thema: Kopfschmerzen

Ein Weiterbildungstag Kopfschmerz in der Migräne Klinik in Königstein hat jüngst rund 20 Interessierten Gelegenheit geboten, mit Ärzten, Psychologen und Physiotherapeuten in Kontakt zu kommen, Krankheitsschilderungen direkt vom Patienten zu erleben und einen Eindruck eines Therapiekonzeptes zu erhalten. Eine Teilnehmerin formulierte treffend: „Heute wurde für mich klar, was multimodale Therapie bedeutet.“

Der Grundstein für den Tag, der von den Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen organisiert wird, ist eine Publikation im Hessischen Ärzteblatt im Jahr 2013.¹ Darin wurden Themen aufgeführt, für die von den bisherigen Teilnehmern Weiterbildungsbedarf gesehen wurde. So auch das Thema Kopfschmerzen. PD Dr. med. Charly Gaul, Chefarzt der Migräne- und Kopfschmerzklinik in Königstein bot daraufhin an, gemeinsam einen Weiterbildungstag zu konzipieren.

Ein Referat zur Klassifikation von Kopfschmerzkrankung und zur Unterscheidung sekundärer und primärer Kopfschmerzen, die in der primärversorgenden allgemeinmedizinischen Praxis von erheblicher Bedeutung ist, bildet den theoretischen Einstieg.

Aufgabe der Allgemeinmediziner/innen ist es, möglicherweise gefährliche oder weiter diagnostikbedürftige Kopfschmerzkrankungen rasch zu erkennen und die Indikation und Dringlichkeit zu weiterer Diagnostik (zum Beispiel cerebrale Bildgebung) oder fachärztlicher Versorgung zu stellen. Ein weiterer Teil beschäftigt sich mit medikamentöser Akuttherapie und vorbeugender Behandlung von Migräne, Spannungskopfschmerzen und Cluster-Kopfschmerz. Zusätzlich werden Patienten, die sich aktuell zur Behandlung in der Migräne- und Kopfschmerzklinik in Königstein befinden, von Dr. med. Ulrike Beyer, Fachärztin für Neurologie, vorgestellt. Die Teilnehmer können dadurch strukturierte Kopfschmerzanamnesen und das therapeutische Vorgehen kennenlernen. Anhand dieser Kasuistiken wird dargestellt, wie eine individuelle Therapieplanung aus den zahlreichen Möglichkeiten der leitliniengerechten Therapie erfolgen kann. Gerade seltenere Kopfschmerzkrankungen wie die Trigeminusneuralgie oder der Cluster-Kopfschmerz bleiben durch die Patientenvorstellung eindrucklich in Erinnerung. Die Leitende Psychologin Eva Liesering-Latta (psychologische Psychotherapeutin, Dipl.-Psy-



Seminargruppe im März 2015 in der Migräneklinik in Königstein

¹ Artikel „Erfolgreicher Start der ersten Seminargruppe des Weiterbildungskollegs Allgemeinmedizin in Hessen“, Ausgabe 05/2015, Seite 336

chologin) stellt zusätzlich den Stellenwert psychotherapeutischer Verfahren in der Kopfschmerztherapie exemplarisch dar. Die Teilnehmer lernen auf diese Weise das zugrunde liegende Bio-Psycho-Soziale-Schmerzmodell kennen und können nachvollziehen, wie sich daraus ein psychologisches Therapiekonzept ableiten lässt. Neben Vorträgen weiterer externer Referenten vervollständigt der Leitende Physiotherapeut der Klinik, Benjamin Schäfer, das multimodale Konzept der Fortbildung. Er stellt die wissenschaftlich gesicherte Datenlage zur Physiotherapie bei Kopfschmerzkrankungen und die individuelle Indikationsstellung sowie Befunderhebung dar. Das Vorgehen wird anschließend in praktischen Übungen demonstriert.

Alle Vorträge des Weiterbildungskollegs wurden bezüglich der Inhalte, der ausgegebenen Hand-outs und der Vortragsqualität evaluiert. Bislang konnten 49 Teilnehmer im Bereich Kopf-

schmerz weitergebildet werden, die durchschnittliche Bewertung der Vorträge lag bei Note 1,2.

PD Dr. med. Charly Gaul

Facharzt für Neurologie und spezielle Schmerztherapie,
Chefarzt Migräne und Kopfschmerzklinik Königstein im Taunus,
Öhlmühlweg 31, 61462 Königstein,
E-Mail: c.gaul@migraene-klinik.de

Susanne Sommer

Fachärztin für Allgemeinmedizin und Chirotherapie,
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Philipps Universität Marburg,
Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin,
Karl-von-Frisch Straße 4, 35043 Marburg
E-Mail: sommersu@staff.uni-marburg.de

Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen

Im Rahmen des **1. Hessischen Paktes zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung** für die Jahre 2012–2014 sind die Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität in Frankfurt am Main und der Philipps-Univer-

sität Marburg gegründet worden. Aufgabe der Kompetenzzentren ist es unter anderem, Kolleginnen und Kollegen, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt/ärztin für Allgemeinmedizin befinden, durch ein Seminar und Mentoringprogramm inhaltlich in ihrer Weiterbildung zu unterstützen..

Am Hessischen Pakt beteiligt sind außerdem das Hessische Ministerium für Soziales und Integration sowie die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Landesärztekammer Hessen. Der Pakt wurde inzwischen bis zum Jahr 2018 fortgeschrieben.

Das Bündnis JUNGE ÄRZTE stellt sich vor:

Gemeinsam für bessere Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen

Die tief greifenden Veränderungen, die in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten im deutschen Gesundheitssystem stattgefunden haben und stattfinden, nehmen auch die jüngeren Kolleginnen und Kollegen sehr kritisch wahr. Die zunehmende Arbeitsverdichtung und deren Auswirkungen auf die Patientenversorgung, die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit und die ärztliche Weiterbildung erfüllen junge Ärztinnen und Ärzte mit einer zunehmenden Sorge um die Zukunft der Versorgungsqualität und die Aufrechterhaltung einer menschenwürdigen Medizin in den deutschen Kliniken. Um diesen Entwicklungen entgegenzutreten, haben sich Ende 2013 die Sprecher der jungen Gruppen innerhalb der großen Berufsverbände und Fachgesellschaften zusammengefunden, um gemeinsam das „Bündnis JUNGE ÄRZTE“ (BJÄ) zu gründen.

Ziel dieses interdisziplinären Forums, welches inzwischen die Vertreter der Junggruppen von 16 großen Berufsverbänden und Fachgesellschaften vereinigt, ist es, der jungen Medizin in Deutschland eine Stimme zu geben und den Belangen der kommenden Generation in der Öffentlichkeit, aber auch innerhalb der Kammern und Gremien der Berufspolitik und ärztlichen Selbstverwaltung Gehör zu verschaffen.

Das BJÄ formuliert dabei eine klare Vision – die jungen Ärztinnen und Ärzte wünschen sich ein nachhaltiges Gesundheitssystem, in dem Patienten sowohl eine hochklassige medizinische Versorgung als auch menschliche Zuwendung erfahren, und in dem Pflegepersonal und Ärzte gemeinsam trotz aller ökonomischen Zwänge unter angemessenen Arbeitsbedingungen arbeiten können. Auch die Beeinträchtigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses sowie die Marginalisierung von Forschung und Weiterbildung unter zunehmenden ökonomischen Zwängen vom BJÄ angesprochen. Eine weitere Aufgabe sieht das BJÄ in der Thematisierung der Defizite in der Etablierung von Arbeitszeitmodellen und Rahmenbedingungen, die dem demografischen Wandel auch innerhalb der Ärzteschaft Genüge tun.

Positionspapiere des Bündnisses

Zu diesen Themen hat das Bündnis inzwischen zwei Positionspapiere erstellt. Das erste wurde im Juni 2014 publiziert und beschäftigt sich mit der Arbeitsverdichtung im deutschen Gesundheitssystem. Besonders kritisch wird darin die Tendenz zu einer profitorientierten Ausrichtung deutscher Kliniken gesehen. Das Bündnis stellt in dem Papier heraus, dass das Ziel des Gesund-



Mitglieder des „Bündnis JUNGE ÄRZTE“ im Rahmen eines Treffens in Berlin

heitssystems eine hochwertige medizinische Versorgung für die Bevölkerung ist und nicht alleine die Renditeerbringung für einzelne Klinikträger sein darf. Da die Grundvoraussetzung für eine hochwertige medizinische Versorgung motiviertes und hochqualifiziertes Personal in modern ausgestatteten Gesundheitseinrichtungen ist, fordern die jungen Kolleginnen und Kollegen von der Gesundheitspolitik und den gesetzlichen wie privaten Krankenkassen ein klares Bekenntnis zu den Leistungsträgern in der medizinischen Versorgung Deutschlands. Insbesondere die Weiterbildung wird unter dem Kostendruck vernachlässigt und muss nach Ansicht der jungen Ärzte finanziell und strukturell stärker gefördert werden.

Das zweite Positionspapier ist derzeit in Veröffentlichung. Unter dem Titel „Junge Ärzte wollen forschen – gegen den Attraktivitätsverlust der akademischen Forschung“ setzt sich das BJÄ u.a. für eine adäquate finanzielle Berücksichtigung der klinischen Sonderaufgaben der forschenden und lehrenden Einrichtungen, gezielte strukturelle und personelle Investitionen im Forschungsbereich sowie für eine Abschaffung bürokratischer Hürden ein. Auch der Nachwuchsmangel in Deutschland wird vom BJÄ thematisiert und als unmittelbare Konsequenz all dieser Faktoren gesehen. Aufgrund der Defizite in den Rahmenbedingungen entscheiden sich immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte gegen eine akademische Laufbahn oder suchen Alternativen im Ausland, wo Klinik und Forschung besser vereinbar sind. Die Folge ist ein Nachwuchsmangel von wissenschaftlich tätigen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland.

Gemeinsames Symposium mit dem Marburger Bund

Um sich mit diesen Themenkomplexen öffentlich auseinanderzusetzen, hat das Bündnis JUNGE ÄRZTE am 20. April 2015 in Berlin gemeinsam mit dem Marburger Bund, der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (BVMD) und der Jungen Allgemeinmedizin Deutschlands (JADE) das erste „Symposium der jungen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands“ ausgerichtet.

Unter dem Titel „Deutschland wird älter – Was tun, damit die Ärzte nicht ausgehen“ wurden Vorträge zu den Kernthemen wie Arbeitsverdichtung („Zeit für Arztsein – Es geht um mehr als exakte Pausenzeiten“), Familie und Beruf sowie den Rahmenbedingungen für wissenschaftliches Arbeiten („Fortschritt ade – Wissenschaftsförderung jetzt“) gehalten und gemeinsam disku-

tiert. Die Vertreter der Medizinstudierenden formulierten ferner Wünsche für ihre zukünftige ärztliche Tätigkeit. Am Ende des Symposiums wurden die Kernaussagen in Form der „Berliner Thesen der jungen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland“ von den Teilnehmern gemeinsam verabschiedet.

Die Hoffnung der jungen Ärztinnen und Ärzte ist, dass mit diesem Symposium ein Impuls für eine junge Diskussion auch in den Körperschaften gegeben wurde. Als expliziter Wunsch wurde geäußert, dass jungen Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit gegeben werden sollte, sich in den Kammern, Gremien, Ausschüssen und Kommissionen stärker zu beteiligen und die eigenen Interessen vertreten zu können.

Eine wichtiges Etappenziel sieht das Bündnis in der Fortsetzung der Tagung in Form eines ständigen Symposiums, in dem junge Ärzte zumindest einmal im Jahr Gelegenheit haben, über ihre Belange zu berichten und bei den Entscheidungsträgern im Gesundheitssystem Gehör finden.

Eine große Hoffnung setzen die jungen Kollegen/innen darauf, dass dieser Gedanke von den Kammern aufgegriffen wird und sie auf dem Ärztetag 2016 über ihre Belange berichten können.

Dr. med. Alexis Michael Müller-Marbach

Sprecher der Jungen Internisten der DGIM

Sprecher des „Bündnis JUNGE ÄRZTE“

Klinik für Gastroenterologie,

Hepatologie und Infektiologie

Universitätsklinikum der

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Moorenstr. 5 40225 Düsseldorf



Berliner Thesen und Mitgliederliste online abrufbar

Die Berliner Thesen der Jungen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, die am 20. April 2015 in Berlin im Rahmen des 1. Symposiums der Jungen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland verabschiedet wurden, sind online über die Website der Landesärztekammer www.laekh.de, Hessisches Ärzteblatt, abrufbar. Dort findet sich auch eine Liste der Mitglieder des „Bündnis JUNGE ÄRZTE“.

Die Berliner Thesen der jungen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland

Verabschiedet am 20. April 2015 in Berlin im Rahmen des

1. Symposiums der jungen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland

Veranstalter: Bündnis JUNGE ÄRZTE (BJÄ), Marburger Bund (MB), Junge Allgemeinmedizin Deutschlands (JADE), Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (BVMD)

Junge Ärztinnen und Ärzte in Deutschland wissen, dass ohne hochwertige Ausbildung von Studierenden zu jungen Medizinerinnen und ohne hochwertige Weiterbildung von jungen Medizinerinnen zu Fachärztinnen/Fachärzten Spitzenmedizin unmöglich ist.

Daher setzen wir uns für eine Förderung von Aus- und Weiterbildung ein und fordern alle auf, uns hierbei zu unterstützen.

Junge Ärztinnen und Ärzte in Deutschland lieben es, Ärztin/Arzt zu sein und ärztlich zu arbeiten.

Diese Leidenschaft und Faszination für unseren Beruf möchten wir uns erhalten und aktiv für die Zukunft sichern, um auch unsere Nachfolgenerationen für den Arztberuf zu begeistern und zu motivieren.

Junge Ärztinnen und Ärzte in Deutschland wollen die „Klinik und Praxis der Zukunft“ aktiv mitgestalten.

Hierzu werden wir bei der Erarbeitung von differenzierten Karrierekonzepten für verschiedene Lebensmodelle (Klinik / Familie / Wissenschaft / Praxis) tatkräftig mitwirken.

Junge Ärztinnen und Ärzte in Deutschland wollen ihre Ideen und Visionen berufspolitisch aktiv bei Kammern, Verbänden und Fachgesellschaften vertreten.

Hierfür werden wir uns verstärkt berufspolitisch einmischen.

Junge Ärztinnen und Ärzte in Deutschland wollen forschen und wissenschaftlich aktiv sein, um die Medizin und die Therapien von morgen mitbestimmen zu können und dadurch unsere Patienten besser behandeln zu können.

Junge Ärztinnen und Ärzte in Deutschland wollen während der Arbeitszeit mehr für die Patienten und weniger für die Bürokratie da sein.

Aktiv am und für unsere Patienten.

Mitglieder des „Bündnis JUNGE ÄRZTE“: Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI), Berufsverband Deutscher Pathologen e.V. (BDP), Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiolo-

gie und Intensivmedizin e.V. (DGAI), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie

und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. (DGNC), Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHN), Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG), German Society of Residents in Urology (GesRU)

„Ethik in der Medizin lebt“

Medizinische Ethik im klinischen Alltag: Interview mit Prof. Dr. med. Ulrich Finke

Prof. Dr. med. Ulrich Finke MBA, Ärztlicher Direktor und Chefarzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie am St. Katharinen-Krankenhaus in Frankfurt/Main, verlässt nach 20 Jahren die Klinik und geht in den Ruhestand. Der Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie und Notfallmedizin wurde kürzlich mit der Ehrenplakette in Silber der Landesärztekammer Hessen ausgezeichnet.

Der 65-Jährige ist außerplanmäßiger Professor der Johann Wolfgang Goethe-Universität und Leiter des Arbeitskreises „Ethik in der Medizin Rhein/Main“ des Bistums Limburg. Seit 1996 gehört Finke (Liste Fachärzte Hessen) der Delegiertenversammlung an und engagiert sich seitdem in unterschiedlichen Bereichen für die Ärztekammer. Unter anderem ist er seit 1996 im GOÄ-Ausschuss, Mitglied in der Kommission Transplantation und Organspende, er leitet den Gutachter-Ausschuss Zertifizierung, ist seit 2000 Prüfungsvorsitzender bei Facharztprüfungen sowie Prüfer für Chirurgie und Viszeralchirurgie. Im Interview mit dem Hessischen Ärzteblatt spricht Finke, seit 2014 im Vorstand der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung tätig, zum Thema angewandte medizinische Ethik.

Gibt es für Sie eine Grundlage für verantwortbares ärztliches Handeln?

Prof. Dr. med. Ulrich Finke: Grundlage ärztlichen Handelns sind der hippokratische Eid und das Genfer Gelöbnis. Diese hängen vor meinem Zimmer und werden oft von Patienten und Mitarbeitern gelesen. Beide händigt unser Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, allen Absolventen des Staatsexamens bei der Examensfeier aus.

Die meisten medizinethischen Fragen treten am Anfang und am Ende des Lebens auf – von der Präimplantationsdiagnostik, vorgeburtlichen genetischen Diagnosen bis hin zur Transplantations-, Geriatrie- und Palliativmedizin. Wie erle-

ben Sie ärztliches Handeln in diesen Grenzbereichen?

Finke: Am St. Katharinen-Krankenhaus haben wir vor 14 Jahren die Gynäkologie und die Geburtshilfe geschlossen, so dass ich persönlich immer mehr Menschen am Ende ihres Lebens behandle. Meine älteste Patientin war 105 Jahre alt.



Prof. Dr. med. Ulrich Finke

Sie bekam nach einem Oberschenkelhalsbruch eine neue Hüfte. Heute eine Routineoperation, ist diese auch palliativmedizinisch indiziert, damit die Patienten nicht von Schmerzen gequält werden und pflegerisch besser versorgt werden können. Im klinischen Alltag beobachte ich, dass bei den Kollegen zunehmend eine hohe Sensibilität für ethische Fragen und Probleme vorhanden ist. So wird auf der Intensivstation immer wieder gefragt: Ist eine Therapie noch angezeigt? Verlängern wir das Leben oder das Leiden? Was ist der mutmaßliche Wille des Patienten? Das wird aktiv und fallbezogen diskutiert.

Sie sind seit mehr als 20 Jahren im Arbeitskreis Medizin und Ethik im Bistum Limburg engagiert. Der AK organisiert unter Ihrer Leitung jährlich zu Jahresbeginn einen Ärztetag im Haus am Dom in Frankfurt/M, wo aktuell relevante medi-

zinethische Themen diskutiert werden. In diesem Jahr waren „Prädiktive Gentests“ das Thema. In der Vergangenheit spannte sich der Bogen von „Perspektiven des Arztberufes“ über „Patientenverfügung, Selbstbestimmung und Sterbehilfe“ bis zu „Demenz“ und „Ärztliches Handeln im interkulturellen Kontext“.

Finke: Der Ärztetag versucht immer, aktuelle Themen zu finden und primär für Ärzte relevante Fragestellungen aufzugreifen. Wir öffnen uns aber auch Anderen. So waren beim Thema „Demenz“ Vertreter von Senioren- und Pflegeheimen eingeladen, bei der Diskussion über die prädiktive Gendiagnostik Patientengruppen.

Der nächste Ärztetag am Dom am 13. Februar 2016 hat den „Umgang mit Fehlern in der Medizin“ zum Thema. Diese Veranstaltung wendet sich an alle Ärzte – in Klinik und Niederlassung. Mir persönlich wäre wichtig, dass auch jüngere Kollegen sich die Zeit dafür nehmen, dass wir mehr Assistenz- und Oberärzte im aktiven klinischen Dienst erreichen, obwohl die Arbeitsbelastung hier oftmals einen engen Rahmen setzt. Das Interesse und die Sensibilität für ethische Themen nehmen zu, gerade auch bei jüngeren Kollegen. Auch Hausärzte und niedergelassene Kollegen suchen oft Rat, etwa bei der genetischen Beratung.

Heute geht beispielsweise bei der Pränataldiagnostik der Trend weg von der Fruchtwasserpunktion hin zum Bluttest.

Finke: Die Fruchtwasserpunktion als eine mit einem Risiko für das Ungeborene verbundene Untersuchung verliert zunehmend an Bedeutung. Wir sind mit der Labordiagnostik so weit, dass wir genetische Dispositionen feststellen können, die nicht nur aktuell relevant sind, sondern auch weit in die Zukunft reichen. Beispielsweise gibt es genetisch bedingte Erkrankungen, wie die Chorea Huntington, die erst jenseits der 40 auftreten. Auch kann man mit Hilfe der Gendiagnostik Erkrankungen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit für die ferne Zukunft voraussagen. Aber wem hilft das Wissen da-

rüber? Und will ich als Patient das wirklich wissen? Zudem: Die DNA-Sequenzierung wird immer billiger, ist derzeit für 1000 Dollar in den USA zu haben. Mit zunehmender Diagnosemöglichkeit wächst auch die Gefahr des Missbrauchs. Dritte, zum Beispiel Versicherungen oder Arbeitgeber, könnten ein großes Interesse haben zu wissen, wie krank man ist und welche Krankheit künftig zu erwarten wären. Je leichter es wird, diese Daten zu generieren, desto eher wächst der Missbrauch. Dabei wird es keine Rolle mehr spielen, ob das jeweilige Verfahren in Deutschland verboten ist oder nicht.

Wenn Sie im Krankenhaus bei der Therapie eines Patienten an Grenzen kommen, wie gehen Sie vor?

Finke: Wenn wir beispielsweise vor der Frage stehen, ob eine Behandlung eingefroren werden soll – eine Einstellung der Therapie führen wir nicht durch –, weil wir keine Heilungschancen mehr für den Patienten sehen, berufen wir die Ethikkommission ein. Beteiligt sind neben den behandelnden Ärzten Pflegekräfte, Seelsorger, Angehörige, der Hausarzt und gegebenenfalls weitere Ärzte, die den Patienten zuvor behandelt haben. Dann wird auch über eine Patientenverfügung gesprochen, falls vorhanden. Diese erleichtert das Vorgehen, ist jedoch keine reine Handlungsanweisung, sondern wird immer hinterfragt und auf Aktualität geprüft. Denn der medizinische Fortschritt wächst ständig. Wer vor 40 Jahren hinterlegt hat, dass er keine Fremdkörper eingepflanzt bekommen will, kann heute mit einem Herzschrittmacher, der in 30 Minuten bei örtlicher Betäubung eingesetzt wird, erheblich an Lebensqualität gewinnen. Wogegen ich mich persönlich wehre: Patienten am Ende eines langen Lebens- und Krankheitsweges noch mit lebenserhaltenden Maßnahmen zu traktieren und so das Leiden, nicht das Leben zu verlängern.

Im Herbst entscheidet der Bundestag, ob Ärzte unheilbar Kranken beim Sterben helfen dürfen. Was meinen Sie zu der aktuellen Debatte?

Finke: Ich meine, man sollte dem Einzelnen freistellen, das Ende seines Lebens ein Stück weit selbst zu bestimmen. Bei

inkurablen Leiden sollte man Menschen nicht unnötig weiter leiden lassen. Grundsätzlich räumt das deutsche Rechtswesen mehr Handlungsmöglichkeiten ein als das Standesrecht der Ärztekammern. Juristisch gesehen ist Suizid kein Straftatbestand, Beihilfe dazu ist es auch nicht. Aber wer hierzulande einem Patienten einen entsprechenden Cocktail auf den Nachtschrank stellt, kann seine Approbation verlieren. Ob es wirklich nötig ist, die gesetzlichen Vorgaben neu zu fassen, weiß ich nicht. Aber ich würde es begrüßen, wenn das Standesrecht an die gesetzlichen Vorgaben angepasst werden würde. Und dass Landesärztekammern in diesen Fragen unterschiedliche Vorgaben haben, ist aus meiner Sicht nicht nachvollziehbar. Das sollte innerhalb der Bundesrepublik Deutschland einheitlich geregelt sein.

Der evangelische Theologe Prof. Dr. Reiner Marquard (Freiburg) befürchtet, dass von der ärztlichen assistierten Sterbegleitung ein direkter Weg zur aktiven Sterbehilfe führen wird, zur Tötung auf Verlangen. Gleichzeitig sagt er mit Bezug auf Kant, dass aus dem Freiheitsrecht, sich selbst zu töten, kein Anspruchsrecht resultiert auf einen staatlich organisierten von Beistand durch Dritte. „Auch Ärzte haben Würde und dürfen nicht durch ein zweifelhaftes Ethos der Assistenz beim Suizid in ihrem Ethos instrumentalisiert werden“, argumentierte Marquard kürzlich in einem Artikel der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (18.6.2015).

Finke: Das stimmt. Das gegenseitige Vertrauen zwischen Arzt und Patient muss im Zentrum bleiben. Es gab in jüngerer Zeit in Hannover eine juristische Auseinandersetzung über die Frage, ob Ärzte erhöhte Morphindosen als Schmerzmittel geben dürfen, auch angesichts des Risikos eines früheren Ablebens. In dem verhandelten Fall ging es um eine todkranke Patientin, deren Ende absehbar war, und die – angeblich – eine zu hohe Dosis eines Schmerzmittels bekommen haben soll. Die behandelnde Ärztin wurde verurteilt und ihr wurde die Approbation entzogen. Zur Revision des Urteils ist es nicht mehr gekommen. Dieses Ur-

teil ließe sich als Signalwirkung für Ärzte verstehen, lieber Vorsicht bei der Dosierung von Schmerzmitteln walten zu lassen. Es darf aber nicht sein, dass Kranken aus Angst vor juristischen Konsequenzen Schmerzmittel vorenthalten werden, die sie aus ärztlicher Sicht brauchen, um schmerzfrei zu sein.

Ich warne außerdem davor, dass Ethik zu ökonomischen Zwecken missbraucht wird, nach dem Motto: „Alte Menschen kosten zu viel Geld, werden als Belastung empfunden oder empfinden sich selbst so.“ Von ökonomischen Zwängen muss man Ethik in der Medizin freihalten.

Von ärztlicher Seite wird in vielen gesundheitsrelevanten Bereichen eine Überregulierung durch den Staat kritisiert.

Finke: Der Staat begründet dies mit einer größeren Qualitätssicherung. Wenn Sie Qualität durch Kontrolle ersetzen, liegen Sie genau richtig. So soll beispielsweise gute Qualität belohnt und weniger gute ökonomisch bestraft werden. Nur was Qualität in der Medizin eigentlich ist, wurde bisher nicht definiert. Dazu ist erst kürzlich ein eigenes Institut gegründet worden, das Qualitätsindikatoren definieren und festlegen soll (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, IQTIG).

Am 20. Oktober jährt sich zum 40. Mal Ihre Approbation. Immer mitten im Berufsleben als Arzt, Leitender Arzt, Chefarzt und Ärztlicher Direktor stehend, haben Sie die Grenzbereiche des Lebens unmittelbar erfahren. Können Sie eine Art Fazit zum Thema angewandte medizinische Ethik ziehen?

Finke: Ein Fazit hat für mich etwas Abschließendes, ist quasi wie ein Schlussstrich. Die Ethik in der Medizin jedoch lebt und ihre Anforderungen an alle in der Medizin Tätigen steigen. Gleichzeitig sind jedoch auch das Bewusstsein und die Sensibilität für die Ethik gewachsen. So gibt es an den Universitäten Lehrstühle für Ethik in der Medizin, und dieses Fach wird auch zunehmend dem medizinischen Nachwuchs, unseren Studenten, nahegebracht. Das lässt hoffen.

Interview: Isolde Asbeck

7. Fachtagung „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen“

Diskussionen und Austausch am 11. November in Bad Nauheim

Am Mittwoch, 11. November 2015, findet von 10 bis 16 Uhr die 7. Fachtagung „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen“ unter der Schirmherrschaft des Hessischen Ministers für Soziales und Integration, Stefan Grüttner, im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim statt.

Ziel der Veranstaltungsreihe, die von der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen gemeinsam mit der HAGE e. V., Arbeitsbereich KASA-Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung, dem Hospiz- und Palliativverband Hessen e. V. sowie dem Fachverband SAPV Hessen e. V. veranstaltet wird, ist die Förderung von Austausch und Vernetzung. Die Kommunikation der an der Betreuung und Versorgung sterbender Menschen beteiligten Akteure untereinander soll verbessert werden, um die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Angehörigen noch stärker berücksichtigen zu können.

Die Veranstaltung ist mit 5 Fortbildungspunkten zertifiziert.

„Ein kleiner Baustein für eine nationale Strategie“ – Fragen an Elisabeth Terno, KASA

Was zeichnet die Bad Nauheimer Fachtagungsreihe aus?

In erster Linie der interdisziplinäre und multiprofessionelle Ansatz. 2003 zur Vernetzung aller an der Sterbebegleitung beteiligten Berufsgruppen und Engagierten in Hessen ins Leben gerufen, hat die Fachtagungsreihe Wirkung gezeigt. Die Akteure begegnen sich und können sich austauschen. Sterbende und ihre Angehörigen werden mit einer Vielzahl von Professionen und Angeboten konfrontiert. Um zu einem tragfähigen Versorgungsnetz am Lebensende zu kommen, müssen die Akteure und Akteurinnen voneinander wissen und miteinander auf Augenhöhe agie-

ren. Hierzu wollen wir mit der Fachtagung einen Beitrag leisten.

Worum ging es auf den bisherigen Tagungen?

Es wurden Entwicklungen in der Hospiz- und Palliativarbeit diskutiert und Beispiele guter Praxis vorgestellt. So stand beispielsweise das Thema „Qualifizierung“ – also die Frage, welche Inhalte in Aus-, Fort- und Weiterbildungen der unterschiedlichen Professionen vermittelt werden – im Mittelpunkt einer Tagung. Auch die Unterschiede in der Versorgung und Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen im ländlichen bzw. städtischen Raum wurden im Rahmen der Tagungen erörtert. Vor drei Jahren stand die 6. Fachtagung unter dem Titel „Der Palliativpatient im Spannungsfeld zwischen Krankenhaus, ambulanter Versorgung, hospizlicher Begleitung und SAPV“.

Welche Themen werden auf der 7. Fachtagung behandelt?

Am Vormittag werden die neuesten Ergebnisse des Forschungsprojektes (TPlsapv) zur multiprofessionellen Zusammenarbeit innerhalb der hessischen Palliative Care Teams vorgestellt. Anschließend berichten der Fachverband SAPV sowie der Hospiz- und Palliativverband Hessen e.V. über die hospizlichen und palliativen Strukturen in Hessen sowie über geplante Entwicklungen. Die Bestandsaufnahme bei den Bad Nauheimer Fachtagungen ist ein wichtiger Aspekt. Denn wir wissen zu wenig über Aktivitäten in der Nähe. Außerdem können so

Menschen, die sich in diesem Feld engagieren möchten, Kontakte knüpfen.

Am Nachmittag besteht die Gelegenheit, gemeinsam mit Experten in Arbeitsgruppen über aktuelle Themen zu diskutieren. Diese finden sich in der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ wieder.

Wie sehen die Inhalte der Charta aus?

Die aus fünf Leitsätzen bestehende „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ setzt sich für eine Verbesserung der Beratung, Versorgung und Begleitung sterbender Menschen ein. Seit ihrer Veröffentlichung im Jahr 2010 haben viele Organisationen und Einzelpersonen die Charta gezeichnet. Derzeit wird die Charta zu einer Nationalen Strategie weiterentwickelt. Die Fachtagung „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen“ soll als ein kleiner Baustein dazu beitragen, dass die Ziele auch in Hessen, in den Kommunen umgesetzt werden.

Wer ist zu der 7. Fachtagung eingeladen?

Eingeladen sind Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter, ehrenamtlich Engagierte, Seelsorger, Personen aus der Verwaltung und Führungskräfte, alle, die an der Begleitung und Versorgung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen beteiligt sind und diese zukünftig mitgestalten und verbessern möchten.

Interview: Katja Möhrle

Informationen: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, www.laekh.de
E-Mail: stephanie.pfaff@laekh.de

Aktuelle Versorgungssituation in Hessen

In Hessen gibt es derzeit: 102 ambulante Hospizinitiativen, 9 ambulante Kinderhospizdienste, 17 stationäre Hospize, 1 stationäres Kinderhospiz, 22 ambulante Palliativteams und 3 Palliativteams für Kinder und Jugendliche. An 126 Kranken-

häusern, die in den hessischen Krankenhausplan aufgenommen sind, gibt es 36 Palliativeinrichtungen (Stand: 2014). 998 Ärztinnen und Ärzte in Hessen haben die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (Quelle: Landesärztekammer Hessen).

Quo vadis – Facharzt für Chirurgie?

Die Wurzeln der Chirurgie reichen bis in die Steinzeit zurück. Die griechische Herleitung der Berufsbezeichnung (cheir = Hand, ergon = Werk, Arbeit) belegt die ursprüngliche Tätigkeit als „Handwerkschirurg“, deren Ausbildung bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts in chirurgischen Schulen erfolgte. Erst danach wandelte sich die handwerkliche in eine akademische Ausbildung. Mit Gründung der Landesärztekammern wurden Weiterbildungsordnungen erlassen, die dem jeweiligen wissenschaftlichen Erkenntnisstand angepasst wurden. Ab 1953 galt die Bestallungsordnung, die noch den Medizinalassistenten kannte, ab 1970 galt dann die Approbationsordnung mit dem Praktischen Jahr. Es schloss sich die damals noch mindestens sechsjährige chirurgische Assistenzzeit an, oft an verschiedenen Kliniken – der ganz normale Weg eines ganz normalen akademischen Azubi in einem übersichtlichen, klar strukturierten Aus- und Weiterbildungssystem.

Ausbildung in der Klinik

Die Entscheidungsebenen in den Kliniken waren klar hierarchisch aufgebaut. Wer unten nicht spurte, bemerkte es daran, dass er für einige Tage nicht mehr im OP-Plan auftauchte. Geregelter Arbeitszeiten oder Überstundenvergütung waren Fremdwörter. Tagdienst-Nachtdienst-Tagdienst-Non-stop waren normal, in ländlichen Häusern auch Wochenenddienste von Samstagfrüh bis Montagabend. Retrospektiv mag das einigen noch heroisch in den Ohren klingen. Und dennoch – der künftige Facharzt für Chirurgie erhielt eine breit gefächerte, fundierte und gute Ausbildung. Die einen blieben im Krankenhaus und wurden zu Spezialisten auf Gebieten der Viszeral-, Unfall-, Thorax- oder Kinderchirurgie. Die anderen gingen als Generalisten in die Niederlassung und versorgten die Patienten auf breiter Ebene. War früher die konservative Chirurgie im ambulanten Sektor dominierend, hat sich zunehmend die operative Therapie dort etabliert. Operationen von Leistenbrüchen, Hallux valgus, Dupuytrenscher Kontraktur, Arthroskopen oder Endoskopen waren vor 20 Jahren noch Domänen der

stationären Behandlung. Selbst ein Karpaltunnelsyndrom blieb eine volle Woche stationär. Damals fast undenkbar, derartige Eingriffe ambulant in der Praxis durchzuführen, heute Normalität.

Herausforderung: Niederlassung

Die meisten Kollegen gingen mit dem Wunsch in die Niederlassung, sich dem zunehmenden Druck der Klinik, sowohl auf administrativer wie hierarchischer Ebene, zu entziehen. Unabhängig und in Selbstverantwortung – davon träumte der junge Kollege, sein Wissen und seine Fähigkeiten möglichst unbürokratisch seinen Patienten zur Verfügung zu stellen. Dass eine Praxis aber ein strikt betriebswirtschaftlich zu führendes Kleinunternehmen ist, daran dachte er allenfalls nebenbei. Die Fundamente der Betriebswirtschaft hatte er ja nie gelernt, wofür auch? Plötzlich musste er sich um Mietvertrag und Arbeitsverträge, um Praxislogistik und Qualitätsmanagement, um Bilanz und Betriebswirtschaftliche Auswertung, um Mitarbeitergespräche und Hygienehandbuch kümmern. Der OP in der Praxis war unter vergleichbaren Vorgaben hinsichtlich baulicher Struktur, Hygienemanagement, validierten Handlungsabläufen und Personalstellung zu gestalten – ein organisatorischer und finanzieller Aufwand. Er lernte, dass eine Praxis und ihre Abläufe organisiert werden mussten. Die offene Sprechstunde, bei der montags in der Frühe die Patientenschlange bis vor die Praxistür reichte, wurde durch eine Terminsprechstunde ersetzt. Das konnte die Situation entspannen, aber wehe ein zeitraubender Notfall oder ein unterhaltungsbedürftiger Patient kamen dazwischen. Pufferzeiten werden eingebaut. Frustran, wenn der fest eingeplante Patient dann nicht kommt. Zusätzlich sind die OP-Tage zu organisieren. Bereits im Vorfeld nimmt die Patientenaufklärung unter dem Damoklesschwert des neuen Patientenrechtgesetzes einen zeitlich immensen Raum ein. Was nicht dokumentiert ist, gilt juristisch als nicht erbracht. Die Beweislastumkehr droht. Also muss immer der passende, juristisch anerkannte und individualisierte

Aufklärungsbogen, vom Patienten unterschrieben, vorliegen. Natürlich mit einer Kopie für den Patienten.

Ein schöner Beruf mit vielen Vorschriften

Von gesetzlicher und behördlicher Seite werden die gleichen Voraussetzungen gefordert wie im klinischen Bereich. Uninteressant, dass die Einrichtungen für ambulantes Operieren auf keine duale oder Mehrfachfinanzierung zurückgreifen können, nicht-ärztlich geführte Medizinische Versorgungszentren ausgenommen. Dafür dürfen sie aber über 40 Gesetze (z.B. Infektionsschutzgesetz), Verordnungen (Röntgen- und Strahlenschutzverordnung) und vieles mehr befolgen. Selbst die Lastenhandlungsverordnung geht am niedergelassenen Operateur nicht vorbei. Begehungen durch Gesundheitsämter und Regierungspräsidium, Kontrolle teilradiologisch tätiger Chirurgen durch die ärztliche Stelle Hessen sind ebenfalls nicht kostenlos zu haben. Und dann die Versprechen zur Entbürokratisierung, die inzwischen ein Drittel der Zeit verschlingen, die wir eigentlich für unsere Patienten haben möchten. „Honi soit qui mal y pense“. Und dennoch – bislang gehen die niedergelassenen Chirurgen unverdrossen und mit hoher Frustrationstoleranz ihrem schönen und abwechslungsreichen Beruf nach. Oder muss man sagen: noch? Die Abschaffung des chirurgischen Generalisten droht zu Gunsten des Spezialistentums. Was das bedeutet, mag der geneigte Leser selber beurteilen. „Quo vadis Chirurgie?“

Michael Waldeck

Facharzt für
Chirurgie



Foto: Monika Buchalik

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



Foto: Marco2811 – Fotolia.com

Aus der Gutachter- und Schlichtungsstelle: Perianale Blutung

Kasuistik

Der 86-jährige Patient trägt vor, er sei am 3. April 2014 von seinem Hausarzt wegen unerträglicher Schmerzen im Enddarm in Verbindung mit anhaltenden perianalen Blutungen in eine Chirurgische Klinik in A. mit der Diagnose Hämorrhoiden eingewiesen worden. Der untersuchende Arzt – Chefarzt der Abteilung, dessen Behandlung der Patient bei der Gutachter- und Schlichtungsstelle zur Überprüfung gestellt hat – habe am 4. April 2015 eine rektal-digitale Untersuchung vorgenommen, eine Aufnahme zur OP abgelehnt und ihn zur konservativen Hämorrhoidentherapie mittels Salben und Zäpfchen an den Hausarzt zurücküberwiesen. Eine Besserung sei nicht eingetreten; im Gegenteil, das Einführen eines Zäpfchen sei wegen einer Einengung des Enddarms nicht oder nur schwer möglich gewesen. Am 5. Juni 2014 suchte der Patient wegen der anhaltenden Beschwerden die Innere Abteilung einer Klinik in B. auf. Wieder sei eine rektal-digitale Untersuchung vorgenommen worden, mit negativem Ergebnis. Eine vorgesehene Darmspiegelung sei für den nächsten Tag vorgesehen gewesen, dann aber abgesagt worden mit der Maßgabe, diese heimatnah durchführen zu lassen. Am 3. Juli 2014 erfolgte dann die Darmspiegelung im Heimatkrankenhaus in K., wo sich ein fast zirkulär wachsendes, blumenkohlartig wucherndes Rektumkarzinom in 5 cm ab ano fand. Laut Arztbrief der Chirurgischen Klinik dieses Krankenhauses über den stationären Aufenthalt vom 10.7.–13.8.2014 handelte es sich um ein Rektumkarzinom im Stadium pT3, pN2b (24/25), pNO, G2, L1, RO, das mittels abdominoperinealer Rektumexstirpation angegangen wurde.

Der Patient trägt vor, dass der Tumor nicht erst in der Zeit vom 4. April bis Anfang Juli 2014 gewachsen sein könne, wie dies von dem Anwalt des behandelnden Arztes postuliert worden sei.

Gutachtliche Stellungnahme

Der Originalbefund der Untersuchung am 4. April 2014 lautet: „Untersuchung in Linksseitenlage, keine äußeren Hämorrhoiden, reizlose Weichteile perianal. Bei der digitalen Untersuchung leicht vergrößerte Prostata, kein tastbarer Tumor, keine Blutspuren.“

Der vorläufige Arztbericht über den stationären Aufenthalt vom 5. bis 6. Juni 2014 beinhaltet: „Der Patient stellte sich wegen minimaler Blutungen seit ca. drei Monaten vor. Laborchemisch unauffällig, Hb im Normbereich. Bei der rektalen Untersuchung kein frisches Blut, kein Teerstuhl, starke Schmerzen bei der Untersuchung.“ Warum bei der Erstuntersuchung sowie zwei Monate später bei der rektal-digitalen Untersuchung ein fortgeschrittenes Rektumkarzinom in 5 cm Höhe nicht ertastet werden konnte, ist schwer nachvollziehbar, zumal wenn von einer sehr schmerzhaften Untersuchung berichtet wird. Der Vortrag des Rechtsanwaltes des behandelnden Arztes, der Tumor sei zwischenzeitlich gewachsen und primär nicht existent gewesen, hat keinerlei Substanz und widerspricht jeder medizinischen Erfahrung. Aber auch der Vortrag des Klägers, dass das Einführen eines Zäpfchens nicht möglich gewesen sei, kann bei der Tumorklassifikation 5 cm ab ano nicht zutreffen. Hingegen weist die vorgetragene Anamnese mit den anhaltenden starken Schmerzen, der fortgesetzten perianalen Blutungen und gelegentlichem Schleimabgang auf ein Tumorgeschehen im Enddarm hin.

Die Frage, ob die dreimonatige Verzögerung der Diagnosestellung einen negativen Einfluss auf das Tumorgeschehen gehabt hat, muss hingegen dahingehend beantwortet werden, dass bei dem fortgeschrittenen Tumorstadium, das mit Sicherheit bereits am 4. April 2014 vorlag, dieser Verzögerung keine wesentliche Bedeutung zukommt. Aufgrund der ausgedehnten Lymphknotenmetastasierung (24 von 25 untersuchten Lymphknoten tumorbefallen), muss die Prognose des gesamten Wandschichten durchwachsenden Rektumkarzinom trotz der zwischenzeitlich erfolgten Rektumresektion und nachfolgender Chemotherapie als infaust angesehen werden. Auch bei einer im April durchgeführten Operation wäre das Ausmaß des Eingriffs aufgrund der Tumorklassifikation nicht weniger eingreifend gewesen: auch im April hätte eine Rektumexstirpation mit Anlage eines künstlichen Darmausgangs erfolgen müssen.

Fazit

Wenn bei einer zweimaligen rektal-digitalen Untersuchung ein ausgedehntes Rektumkarzinom in 5 cm Höhe nicht getastet wird, müssen erhebliche Zweifel am medizinischen Standard der Untersuchung bzw. an der Fachkenntnis der Untersucher geäu-

ßert werden. Auf die Prognose des Tumorleidens hat jedoch die dreimonatige Verzögerung der Diagnostik des Krebsleidens keinen Einfluss gehabt. Allerdings wären dem Patienten durch eine frühzeitigere Entdeckung des Rektumkarzinoms die noch drei Monate anhaltenden starken Schmerzen im Enddarmbereich erspart geblieben. Insofern steht ihm für diesen Zeitraum ein Schmerzensgeld zu, das die Beklagten zu tragen haben.

Diese gutachtliche Beurteilung hat der behandelnde Arzt nicht mehr angegriffen, vielmehr hat seine Haftpflichtversicherung dem Patienten die Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe

von 3.000 Euro angeboten, womit dieser jedoch nicht einverstanden war.

Prof. Dr. med. Wolfgang Rösch
Friedhelm Damm

Kontakt:

Prof. Dr. med. Wolfgang Rösch
Steinbacher Hohl 32, 60488 Frankfurt am Main
E-Mail: wolfgang.roesch@online.de

Medizinische Fachangestellte



Erfolgreiche Prüfung: Anfang September haben an der Carl-Oelemann-Schule zwölf Teilnehmer/innen der Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/n für ambulante medizinische Versorgung“ die Prüfung bestanden. Dr. med. Silvia Mieke, Mitglied des Vorstandes der Carl-Oelemann-Schule, überreichte die Ergebnisse und gratulierte. Von links: Jennifer Galke, Maik Rüdiger, Svenja Günther, Songül Aktas, Judith Jäger, Sabrina Leipold, Dorit Schwager, Nicole Rieger, Dr. Mieke, Lisa Maibach, Sabrina Kraus und Tatjana Depuydt

Gabriele Scholl – seit 25 Jahren im Fortbildungszentrum der LÄKH tätig

Begeistertes Engagement für neue Projekte – Gabriele Scholl (Foto) ist mit großer Sachkenntnis und mitreißender Dynamik dabei, wenn Kursformate technisch und methodisch neu aufgestellt werden sollen.

Vor 25 Jahren hat sie in der Carl-Oelemann-Schule (COS) begonnen. Aufgrund ihrer Ausbildung als Medizinisch-Technische Radiologieassistentin und der Zusatzqualifikation für Strahlenschutzlehrgänge konnte sie sowohl organisatorische als auch lehrende Aufgaben übernehmen. Ihre technischen Kenntnis-

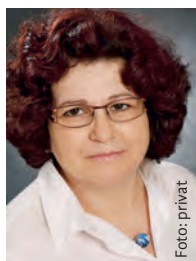


Foto: privat

se haben sie später in die Abteilung Technische Dienste geführt, wo sie an der Einrichtung der technikgestützten didaktischen Systeme mitgewirkt hat, ohne die heute kaum eine Veranstaltung auskommt. Parallel dazu hat Gabriele Scholl berufsbegleitend

ein betriebswirtschaftliches Studium absolviert. Mit der Integration der Lernplattform ILIAS in zahlreiche Veranstaltungen der Akademie und der COS konnte sie eine neue, inzwischen sehr umfangreiche, Aufgabe übernehmen. Als Blended Learning Beauftragte unterstützt

sie die Kursleiter bei der Planung von Lehrgangselementen im E-Learning und betreut die Nutzer der Plattform. Scholl findet außerdem Zeit, sich als Schwerbehindertenbeauftragte jederzeit für Kolleginnen und Kollegen einzusetzen. Die Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen, der Vorstand der Akademie, die Akademieleitung und die Schulleitung der COS gratulieren Gabriele Scholl zu ihrem Jubiläum.

Dr. rer. nat. Aline Zetsche

Leiterin „Strategische Programmentwicklung“, Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Landarzt jetzt – im Landarztnetz!

Ein innovatives Projekt zur Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Land

Der Lahn-Dill-Kreis ist ein ländliches Gebiet mit einigen größeren Städten und vielen kleineren Gemeinden und Dörfern. Landschaftlich ist es eine idyllische Gegend mit vielen Wäldern, Flüssen und Seen. Eine sehr gute Verkehrsinfrastruktur sorgt dafür, dass sowohl Frankfurt als auch Köln und das Ruhrgebiet schnell erreichbar sind.

Trotz dieser Vorteile muss sich der Lahn-Dill-Kreis mit den demografiebedingten Änderungen innerhalb der Gesundheitsversorgung auseinander setzen – auch im hausärztlichen Bereich. Bereits heute ist der nördliche Lahn-Dill-Kreis hausärztlich unterversorgt. Oft ist es schwierig, Hausarztpraxen neu zu besetzen. Ziel ist es jedoch, die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung auch in Zukunft zu sichern.

Im Lahn-Dill-Kreis heißt es darum seit kurzem: Landarzt jetzt

– im Landarztnetz! Das innovative Projekt „Landarztnetz Lahn-Dill GmbH“, das gemeinsam mit den kommunal getragenen Lahn-Dill-Kliniken ins Leben gerufen wurde, bietet jungen Allgemeinmedizinern die Möglichkeit, das Landarztleben flexibel und ohne Risiko zu „erproben“. Die Gesellschafter des Landarztnetzes Lahn-Dill sind zu 51 Prozent die Lahn-Dill-Kliniken und zu 49 Prozent der niedergelassene Hausarzt Dr. med. Michael Saar.

Das Landarztnetz bietet die Chance, als Hausarzt im Angestelltenverhältnis mit der Option auf Niederlassung tätig zu werden. Die angestellten Ärzte profitieren von flexiblen Arbeitszeiten: Sie können sowohl Teil- als auch Vollzeit arbeiten, außerdem besteht die Möglichkeit, die Landarztstätigkeit mit der Arbeit in der Klinik zu kombinieren. Unterstützt werden die Mediziner von einem eigenen Praxisteam.

Vereinfacht ausgedrückt: „Landarzt auf Probe“ bei gutem Gehalt und Firmenwa-



Im Norden des Lahn-Dill-Kreises ist es bereits heute teilweise schwierig, Hausarztpraxen neu zu besetzen

Gräfin: Landarztnetz Lahn-Dill

gen, kombiniert mit der Möglichkeit, sich niederzulassen, sobald man Lust hat, sein eigener Herr zu sein. Diejenigen, die dauerhaft im geschützten Angestelltenverhältnis arbeiten wollen, können dies selbstverständlich auch wählen.

Materialeinkauf, Personalabrechnung, Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung und die Privatabrechnung werden über die in Wetzlar ansässige Verwaltung der Landarztnetz Lahn-Dill GmbH organisiert.

Im Landarztnetz Lahn-Dill erhalten jüngere Ärztinnen und Ärzte somit eine sehr risikoarme Option, im ambulanten Sektor beruflich tätig zu werden.

Mittlerweile besteht das Landarztnetz Lahn-Dill aus einem „Basis-MVZ“ und einer MVZ-Zweigpraxis. Nach und nach sollen weitere MVZ-Zweigpraxen in kleineren Städten und Dörfern mit angestellten Ärzten zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgungsangebote in der Fläche aufgebaut werden. Das Angebot des

Landarztnetzes Lahn-Dill richtet sich an Praxen, die keinen Nachfolger finden, damit diese nach Möglichkeit weiter betrieben werden können. Die Voraussetzungen für die Übernahme einer Hausarztpraxis sind klar definiert: Der Arzt gibt eine wirtschaftlich gesunde Praxis auf und hat zwei Jahre vergeblich versucht, einen Nachfolger zu finden. Zudem muss ein Versorgungsbedarf für die Patienten bestehen und die umliegenden Hausärzte einer Weiterführung der Praxis zustimmen.

Die zweite Zweigpraxisintegration ist zum 1. Juli 2015 erfolgt. Das Landarztnetz Lahn-Dill beschäftigt dann bereits 25 Mitarbeiter und sichert somit neben der Hausarztversorgung auch Arbeitsplätze in der Fläche. Der Zeitplan sieht vor, dass jedes Jahr eine weitere Zweigpraxis integriert wird.

Erfreulich ist aktuell unter anderem, dass Ärztinnen und Ärzte verschiedener Altersgruppen und Beschäftigungsverhältnisse ihr Interesse an einer Angestelltentätigkeit beim Landarztnetz zum Ausdruck bringen. Das Landarztnetz freut sich über weitere Interessenten, damit die Bewohner des Lahn-Dill-Kreises auch zukünftig gut medizinisch versorgt werden.

Informationen im Internet unter:
www.landarztnetz.de

Dr. med. Michael Saar

Ärztlicher Leiter
der Landarztnetz Lahn-Dill GmbH
(Facharzt für Allgemeinmedizin)

Kirchstraße 11,
35767 Breitscheid
Fon: 02777-314

E-Mail:
Breitscheid@landarztnetz.de



Foto: Landarztnetz Lahn-Dill

Gesundheit unter einem Dach:

Das medicum Facharztzentrum Wiesbaden

Rund 60 Fachärzte aus 19 Fachgebieten arbeiten im medicum Facharztzentrum Wiesbaden unter einem Dach. Die enge Kooperation der Praxen untereinander und mit dem St. Josefs-Hospital macht dabei eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung möglich. Seit seiner Gründung im Jahr 2006 hat sich das medicum zum größten Ärztezentrum in der Region entwickelt. Anders als in einem Medizinischen Versorgungszentrum arbeiten die Ärzte hier alle selbstständig in eigener Niederlassung und Praxis.



Viel Raum für niedergelassene Ärztinnen, Ärzte und ihre Angestellten: das medicum in Wiesbaden

Fachübergreifende Zusammenarbeit

Das medicum bietet den hier niedergelassenen Kollegen viele Möglichkeiten: So können ambulante Operationen im angeschlossenen OP-Zentrum durchgeführt werden. Ein Vorteil ist dabei die Möglichkeit, auch fachübergreifend Eingriffe vorzunehmen. Zum Beispiel HNO und Urologie: In einer Narkose werden Operationen im Nasen-Rachenraum und äußerem Genital durchgeführt.

Auch eine Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Strahlentherapie gehört zu dem Facharztzentrum. Auf kurzem Weg kann so die erforderliche radiologische Diagnostik im Rahmen der Behandlung eines medicum-Arztes durchgeführt werden. Es stehen zwei MRT Geräte, Mammographie und konservative Röntgendiagnostik zur Verfügung. Interventionelle Eingriffe oder stationäre Untersuchungen werden im St. Josefs-Hospital vorgenommen.

Verzahnung ambulant & stationär

Das medicum versteht sich als Partner des St. Josefs-Hospitals. Die Facharztpraxen sind entweder als Fachabteilungen dort vertreten oder als Konsiliarärzte in die Behandlung der stationären Patienten mit einbezogen. Seit vielen Jahren besteht eine enge Partnerschaft der ambulanten kardiologischen Praxis im Facharztzentrum mit der stationären Kardiologie. Auch die Gynäkologen und Chirurgen arbeiten eng mit

ihren stationären Fachkollegen zusammen. Durch diese Kooperation der medicum Praxen mit dem St. Josefs-Hospital können die Patienten schnell einer notwendigen stationären Versorgung zugeführt werden.

Interdisziplinärer Austausch

Ein regelmäßiger interdisziplinärer Austausch ist ein weiteres Kennzeichen des Versorgungsmodells. Jeden Montag treffen sich die behandelnden Ärzte des medicum und des St. Josefs-Hospital zur Fallbesprechung im Tumorboard. Einmal im Monat findet darüber hinaus eine Schmerz- und Palliativkonferenz statt, an der neben den zuständigen Ärzten auch Physiotherapeuten, Psychologen und Stationspersonal des St. Josefs-Hospital teilnehmen. Als Facharztzentrum sieht sich das medicum in enger Partnerschaft mit den niedergelassenen Hausärzten. Nahezu 80 Prozent der Patienten kommen auf Überweisung. Regelmäßig werden Fortbildungsveranstaltungen angeboten, die über neueste Entwicklungen in den jeweiligen Fachgebieten der medicum Praxen informieren.

Die Zukunft im Blick

Um den künftigen Anforderungen im Gesundheitswesen gewachsen zu sein, treffen sich die Ärzte im medicum auch dieses Jahr wieder zu einem Zukunftworkshop. Ein Thema wird sein: der elektronische Austausch von Patientendaten. Die

Gratwanderung zwischen Datenschutz und optimalem – und auch vom Patienten gewünschten und erwarteten – Austausch seiner gesundheitlichen Daten stellt eine große Herausforderung dar, die es zum Besten der Patienten zu lösen gilt.

Pilotprojekt: MFA-Ausbildung

Gut ausgebildete Medizinische Fachangestellte (MFA) sind eine Voraussetzung für funktionierende Praxen und zufriedene Patienten. Das medicum hat deshalb in Zusammenarbeit mit der Bezirksärztekammer Wiesbaden ein Pilotprojekt gestartet und bietet den Auszubildenden die Möglichkeit, innerhalb des Facharztzentrums zu hospitieren. Damit soll den Auszubildenden die Möglichkeit geben werden, auch Ausbildungsinhalte außerhalb der Ausbildungspraxis vermittelt zu bekommen. Auch Auszubildende, die nicht in medicum Praxen angestellt sind, können zu einer solchen Hospitation angemeldet werden.

Informationen im Internet:
www.medicum-wiesbaden.de

Dr. med. Michael Weidenfeld
Regina Mehning
medicum Facharztzentrum
Wiesbaden GbR
Langenbeckplatz 2
65189 Wiesbaden

Kontakt:
E-Mail: mehring@medicum-wiesbaden.de



Foto: Elisabeth Waldorf-Bolten



Foto: privat

Dr. med. Wolfgang W. Bolten (links) und Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner

Dr. med. Wolfgang W. Bolten (68) aus Wiesbaden wurde zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V. ernannt, zusammen mit **Prof. Dr. med. Wilfried H. Jäckel** aus Freiburg/Bad Säckingen. Bolten habe als Chefarzt, Ärztlicher Direktor und Lehrbeauftragter die dynamische Entwicklung der Rheumatologie in den vergangenen Jahrzehnten aktiv mitgestaltet, sagte **Dr. med. Siegfried Wassenberg**, Chefarzt der Rheumaklinik Themistocles Gluck Hospital in Ratingen in der Laudatio. Von Boltens klinischer Expertise im Bereich Pharmakotherapie rheumatischer Erkrankungen habe die gleichnamige Kommission der Fachgesellschaft „enorm profitiert“. Bolten ist Mitglied zahlreicher Fachgesellschaften und setzt sich seit Dezember 2009 als Präsident der Rheuma-Liga Hessen intensiv für die Patientenselbsthilfe ein.

Zum 1. Januar 2015 hat außerdem **Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner** (51), Ordinarius für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie der Universität Gießen und Ärztlicher Direktor der Abteilung für Rheumatologie und Klinische Immunologie der Kerckhoff-Klinik GmbH in Bad Nauheim, für zwei Jahre die Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie übernommen.



Foto: Uniklinikum Frankfurt

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Frank Louwen (53), Leiter des Funktionsbereichs Geburtshilfe und Pränatalmedizin am Uniklinikum Frankfurt/M., ist von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zum Council Member des European Board and College of Obstetrics and Gynaecology

gewählt worden. Mit der Wahl wird Louwen Teil eines europaweit kooperierenden Experten-Netzwerks auf dem Gebiet der Frauenheilkunde und Gynäkologie. Er repräsentiert dabei die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe im europäischen Kontext.

Prof. Dr. med. Hans Ulrich Hink (Foto) ist neuer Chefarzt der Klinik für Innere Medizin 1 – Kardiologie, konservative Intensivmedizin, Angiologie am Klinikum Frankfurt Höchst.



Foto: Klinikum Frankfurt Höchst

Der 46-Jährige tritt die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Semi Sen** an, der nach über 20 Jahren als Chefarzt und Begründer der Klinik in den Ruhestand verabschiedet wurde. Hink kommt von der Universitätsmedizin Mainz, wo er zuletzt stellvertretender Direktor der 2. Medizinischen Klinik war. Er behält seine dortige Professur für nichtoperative Herzklappentherapie, die 2014 als erste dieser Art bundesweit eingerichtet wurde.

Dr. med. Sabine Grasshoff-Derr (50) leitet jetzt als Chefärztin die Klinik für Neugeborenen-, Kinderchirurgie- und -urologie am Bürgerhospital Frankfurt/M. Die Kinderchirurgin tritt die Nachfolge von Dr. med. Michael Kriewald an, der 2014 nach

elf Jahren Chefarzt-tätigkeit am Bürgerhospital in den Ruhestand ging. Vorher war Grasshoff-Derr dreizehneinhalb Jahre als Oberärztin in der Kinderchirurgie der Universitätsklinik Würzburg tätig. Grasshoff-Derr will unter anderem die Behandlung von angeborenen Fehlbildungen wie zum Beispiel anorektale Malformationen zu einem Schwerpunkt der Klinik im Frankfurter Nordend machen und den Einsatz von minimalinvasiven Operationsmethoden weiter ausbauen.



Foto: Thomas X. Stell

PD Dr. med. Isabelle Bekereldjian-Ding

(41) leitet seit Jahresbeginn die Abteilung Mikrobiologie am Paul-Ehrlich-Institut Langen. Die Fachärztin für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie war vorher als leitende Oberärztin am Uniklinikum Bonn tätig, Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Parasitologie.

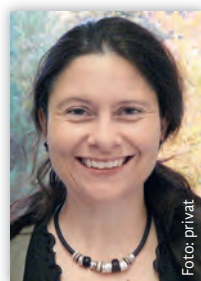


Foto: privat

Einsendungen für diese Rubrik bitte per E-Mail an: isolve.asbeck@laekh.de

Prof. Dr. med. Jochen A. Werner wechselt zum Universitätsklinikum Essen



Foto: UKGM

Prof. Dr. med. Jochen A. Werner (56), Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des Marburger Universitätsklinikums (UKGM), wechselt zum 1. Oktober an das Universitätsklinikum Essen, das er als Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender leiten wird. Werner (Foto) war seit 1998 als Direktor der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde am UKGM in Marburg tätig und ist seit 2011 als Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer verantwortlich, letzteres seit 2013 in hauptamtlicher Funktion. Als Sprecher des Medical Boards der Rhön-Klinikum AG hat er zuletzt auch maßgeblich die strategische Neuausrichtung auf Konzernebene begleitet und mitgestaltet.

Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und ihr Präsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach danken Prof. Werner für sein ehrenamtliches Engagement in zwei Ausschüssen der LÄKH. Werner wurde kürzlich zudem für das Amtsjahr 2015/2016 zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. gewählt. Er ist Mitglied zahlreicher weiterer Fachgesellschaften und der Leopoldina.

(asb)

30 Millionen Euro für Forschung

Im Rahmen des Forschungsförderungsprogramms LOEWE (Landes-Offensive zur Entwicklung Wissenschaftlich-ökonomischer Exzellenz) finanziert die hessische Landesregierung das LOEWE-Zentrum „Translationale Medizin und Pharmakologie (TMP)“ im Zeitraum von 2015 bis 2017 mit rund 20 Millionen Euro.

Trotz steigender Ausgaben für die Entwicklung neuer Arzneimittel und wachsender wissenschaftlicher Erkenntnisse ist die Zahl der Zulassungen neuer Arzneimittel in den vergangenen zehn Jahren stetig gesunken. Forschungsziel von TMP ist es, vorhersagbare pharmakologische Modelle zu entwickeln, um damit frühestmögliche Aussagen über die Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneistoffen treffen zu können. So könnten die Wissenschaftler Fehlentwicklungen und Nebenwirkungen schon vor Beginn kostenintensiver klinischer Phasen erkennen und hohe Ausfallraten vermeiden. Zusammen mit den beteiligten Kooperationspartnern, der Fraunhofer-Gesellschaft und dem Max-Planck-Institut für Herz- und Lungenforschung plant die Goethe-Universität, dieses Zentrum auszubauen.

Hirndoping im Job

Bis zu 56.000 Beschäftigte in Hessen nutzen regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente, um am Arbeitsplatz leistungsfähiger zu sein oder Stress abzubauen. Das geht aus dem DAK-Gesundheitsreport 2015 hervor. Die Studie der Krankenkasse zeigt auch die Entwicklung der Fehlzeiten bei den psychischen Erkrankungen. Sie nahmen demnach im vergangenen Jahr um zwölf Prozent zu. Seelenleiden waren damit die zweithäufigste Ursache für Fehltag. Insgesamt sank der Krankenstand in Hessen gegenüber dem Vorjahr leicht. Er lag 2014 mit 4,1 Prozent etwas über dem Bundesdurchschnitt von 3,9 Prozent.

Für die repräsentative Studie wertete das IGES Institut die Fehlzeiten aller erwerbstätigen DAK-Mitglieder in Hessen sowie Arzneimitteldaten der Kasse aus. Zudem wurden bundesweit mehr als 5.000 Beschäftigte im Alter von 20 bis 50 Jahren

befragt. Demnach haben sich 6,9 Prozent der Berufstätigen in Hessen und den angrenzenden Bundesländern schon einmal gedopt – mit Dunkelziffer sogar bis zu 12,3 Prozent. (Quelle: DAK)

DGHO-Vorstand unterstützt Protest gegen den Pflegenotstand

Der Vorstand der DGHO (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.) unterstützt die Protestaktionen zum Hinweis auf den Pflegenotstand. „Die Verringerung der Anzahl der Pflegekräfte führt zu steigender Arbeitsverdichtung, fehlender Zeit für Zuwendung und Gespräche und erhöht die Anfälligkeit für Fehler in der Hygiene- und der Durchführung komplexer Therapiemaßnahmen. Darüber hinaus ist die Betreuung von Krebserkrankten eine inhaltlich und psychisch anspruchsvolle Tätigkeit“, heißt es in einer Mitteilung. Kosteneinsparungen mit zunehmendem Druck auf das Personal seien in der gegenwärtigen Konstruktion des DRG-Systems und in der finanziellen Deckelung angelegt und daher letztlich gesundheitspolitisch verursacht. Auch das geplante zeitlich begrenzte Pflegeförderprogramm sei keine Lösung, weil der Umfang viel zu klein bemessen sei und die Kliniken nach Ablauf zusätzliche Stellen wieder selber finanzieren müssen. „Die Politik ist jetzt zu einem Umdenken aufgefordert“, so die DGHO.

Gegen Aids: „Helping Hand“ aus Frankfurt erhält HIV-Community-Preis 2015

Das Migrationsprojekt „Helping Hand“ des HIV-Centers der Goethe-Universität Frankfurt ist mit dem HIV Community Preis in Höhe von 6000 Euro ausgezeichnet worden. Angegliedert an die Spezialambulanz des HIV-Centers am Uniklinikum Frankfurt, schult „Helping Hand“ Patienten aus verschiedenen Ländern, damit diese wiederum als „Patienten-Experten“ anderen Erkrankten insbesondere mit Migrationshintergrund helfen können, mit der Immunschwächerkrankung besser umzugehen. Mittlerweile haben über 30 Patienten aus 13 verschiedenen Ländern

die Schulung abgeschlossen. Sie helfen mit Dolmetscherdiensten oder Patientenbegleitung beispielsweise bei externen Untersuchungen oder Behördengängen. Die Deutsche Aids-Stiftung unterstützt das Projekt. Eine anonyme Telefon- und Internetplattform Helpline wird mittlerweile in zehn verschiedenen Sprachen von den Patienten-Experten angeboten, begleitet von Mitarbeitern des HIV-Centers.

Ärztinnen in Hessen

47,1 Prozent des ärztlichen Personals an Krankenhäusern in Hessen war im Jahr 2013 weiblich, teilt das Statistische Bundesamt auf Anfrage mit (bundesweit lag der Durchschnitt damals bei 46 Prozent). Zehn Jahre zuvor hatte der Anteil noch bei gerade einmal bei 36,4 Prozent gelegen (bundesweit 37 Prozent). Die Statistik für 2013 zählt insgesamt in Hessen 11.139 Ärztinnen und Ärzte an 167 Krankenhäusern. Im Jahr 2003 lag die Zahl noch bei 7926 Ärzten an damals noch 177 Kliniken. Langsamer wächst der Anteil von Frauen in den Chefetagen. Von 945 Leitenden Ärzten an Krankenhäusern in Hessen im Jahr 2013 waren nur 99 Frauen, das entspricht einem Anteil von 10,5 Prozent. Vor zehn Jahren waren von 805 Leitenden Ärzten nur 51 weiblich (6,3 %). (asb)

Ärztlicher Bereitschaftsdienst der KV Hessen in Frankfurt zieht auf den Campus der Uniklinik

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) und das Universitätsklinikum Frankfurt/M haben vereinbart, dass der Frankfurter Ärztliche Bereitschaftsdienst bis Ende 2015 von seinem jetzigen Standort im Gallusviertel auf den Campus des Uniklinikums zieht, in Haus 1 unmittelbar an der Straßenbahnhaltestelle „Universitätsklinikum“. Patienten können im Bedarfsfall hier innenstadtnah und gut mit dem ÖPNV erreichbar Hilfe erhalten. Zudem sei der Weg zur zentralen Notaufnahme des Uniklinikums sehr kurz, heißt es in einer Mitteilung des Uniklinikums.

Einsendungen für diese Rubrik bitte per Mail an: isolde.asbeck@laekh.de

Bezirksärztekammer Darmstadt

Bezirksärztekammer Frankfurt

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis-Nr. 060025967 ausgestellt
am 16.05.2012 für Dr. med.
Katarina Müller, Reiskirchen

Arztausweis-Nr. 060027172 ausgestellt
am 12.09.2012 für Dr. med.
Benjamin Bücking, Marburg

Arztausweis-Nr. 060030705 ausgestellt
am 02.08.2013 für Doctor-medic
Archie Quarshie, Lohfelden

Arztausweis-Nr. 060035314 ausgestellt
am 22.09.2014 für Danielle Diehl,
Münzenberg

Arztausweis-Nr. 060038278 ausgestellt
am 28.04.2015 für Anupama
Sarathchandran, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060026912 ausgestellt
am 20.08.2012 für Dr. med.
Jörg Frey-Kinzinger, Bensheim

Arztausweis-Nr. 060026494 ausgestellt
am 09.07.2012 für Dr. med.
Margret Seehase, Groß-Umstadt

Arztausweis-Nr. 060033786 ausgestellt
am 30.05.2014 für Dr. rer. nat.
Norbert Hittel, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060022061 ausgestellt
am 29.08.2011 für Murad Shikhaliyev,
Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060017842 ausgestellt
am 10.08.2010 für Eva Hoffmann,
Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060020721 ausgestellt
am 28.04.2011 für Dale Smith,
Oberursel

Arztausweis-Nr. 060025057 ausgestellt
am 12.03.2012 für Dr. med.
Uwe-Jochen Kaulfuß, Taunusstein

Arztausweis-Nr. 060019783 ausgestellt
am 27.01.2011 für Ellen Melanie
Spangenberg, Kassel

Arztausweis-Nr. 060037994 ausgestellt
am 02.04.2015 für Prof. Dr. med.
Dietmar Lorenz, Mannheim

Arztausweis-Nr. 060029314 ausgestellt
am 18.03.2013 für Britta Wißner,
Neuhof

Arztausweis-Nr. 060039161 ausgestellt
am 16.07.2015 für Dr. med.
Miriam Mette, Marburg

Herzwochen 2015

Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt

Die koronare Herzkrankheit (KHK) ist die Vorläuferkrankheit des Herzinfarkts und die häufigste Herzerkrankung mit Millionen Betroffenen in Deutschland. Jährlich sterben über 128.000 Menschen an der KHK, darunter mehr als 55.000 am Herzinfarkt. Viele der lebensbedrohlichen Verläufe der KHK ließen sich durch rechtzeitige Erkennung und Behandlung vermeiden. Deshalb hat die Deutsche Herzstiftung die KHK zum Thema der Herzwochen 2015 gewählt, die unter

dem Motto „Herz in Gefahr: Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt“ stehen und bundesweit vom 1. bis 30. November 2015 stattfinden. Ab Mitte Oktober sind über 1.200 Veranstaltungstermine unter Fon 069 955128-333 zu erfragen oder im Internet unter www.herzstiftung.de/herzwochen.html abrufbar.

Michael Wichert
Deutsche Herzstiftung
E-Mail: wichert@herzstiftung.de

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

Mittwoch, 21. Oktober 2015, um 19 Uhr

im Hause der

Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

– Dr. O. P. Schaefer-Saal –

Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt am Main

ein

BAD NAUHEIMER GESPRÄCH

REFERENT



Foto: Henning Schacht

Rudolf Henke

Internist, MdB, Präsident der Ärztekammer Nordrhein
1. Vorsitzender des Marburger Bundes

Prävention – Chance oder Risiko?

Prävention kämpft gegen Risikofaktoren, verhindert Krankheit, ist Teil ärztlichen Handelns. Interdisziplinäre Kooperation fördert Prävention. Wissenschaftlichen Erkenntnissen müssen langfristige Konzepte folgen. Medizinisch-ethische Aspekte sollen Priorität vor Ökonomie haben. Chancen und Risiken der Prävention bedürfen einer Abwägung. Kann das Präventionsgesetz (7/2015) Prävention fördern, den Einzelnen und die Gesellschaft durch Information, Angebote, aber auch Selbstverantwortung für diese wichtige Aufgabe motivieren?

Eine Zertifizierung der Veranstaltung wurde beantragt.
Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

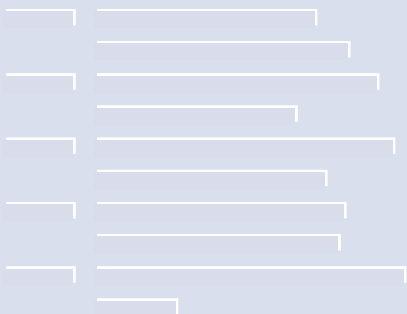
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt a. M.,
Telefon (069) 76 63 50, Fax (069) 76 63 50
www.bad-nauheimer-gespraech.de
E-Mail: info@bad-nauheimer-gespraech.de

Bezirksärztekammer Gießen

Bezirksärztekammer Kassel

Bezirksärztekammer Marburg

Bezirksärztekammer Wiesbaden



Goldenes Doktorjubiläum

- 11.11.: Dr. med. Hans Hitz, Eschenburg,
Bezirksärztekammer Gießen
- 24.11.: Dr. med. Karin Eichler, Hanau,
Bezirksärztekammer Frankfurt
- 24.11.: Dr. med. Hartmut Lamm,
Weilmünster, Bezirksärztekam-
mer Wiesbaden
- 25.11.: Dr. med. Rosemarie Weise, Kassel,
Bezirksärztekammer Kassel

Aus der LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsrahmenplan, Ausbildungsplan, schriftli- cher Ausbildungsnachweis

Die Ausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten erfolgt im dualen System, das heißt Ausbildungsstätte und Berufsschule wirken bei der Berufsausbildung zusammen. Die beiden Lernorte haben dafür gesonderte Grundlagen, die inhaltlich und zeitlich aufeinander abgestimmt sind (basierend auf der Ausbildungsverordnung vom 26. April 2006). Infos im Internet: <http://www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/vorschriften-und-vertraege>
<http://www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/vorschriften-und-vertraege>

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Franz Joachim Ausmeier,
Schwalmstadt
* 30.11.1930 † 30.07.2015

Dr. med. Reinhard Berndt, Gießen
* 16.04.1926 † 25.07.2015

Dr. med. Friedrich-Wilhelm Braun,
Otzberg
* 18.08.1941 † 10.06.2015

Dr. med. Marina Henriette Carl, Gießen
* 21.10.1957 † 08.08.2015

Dr. med. Jochen Raimar Dietrich,
Wiesbaden
* 06.04.1933 † 21.07.2015

Rolf Dietz, Leun
* 27.09.1938 † 26.07.2015

Dr. med. Hermann Eberhardt, Baunatal
* 05.06.1928 † 25.03.2015

Ljubov Failer, Gießen
* 20.07.1962 † 17.07.2015

Hans Joachim Fritz, Wiesbaden
* 18.09.1941 † 13.07.2015

Dr. med. Karl Bruno Galuschka,
Wettenberg
* 23.03.1918 † 21.07.2015

Dr. med. Landesmedizinaloberrat i.R.
Hans-Juergen Gronau,
Bad Sooden-Allendorf
* 29.12.1934 † 19.07.2015

Med.-Dir. i.R. Dr. med. Ingeborg Günther,
Dreieich, * 04.03.1922 † 02.08.2015

Cora Barbara Gürge, Marburg
* 23.01.1952 † 16.07.2015

Dr. med. Thomas Gutfried, Darmstadt
* 22.04.1949 † 06.08.2015

Dr. med. Lore Heupke, Bad Homburg
* 30.10.1926 † 27.01.2015

Heidrun Kalisch, Staufenberg
* 13.04.1946 † 26.07.2015

Dr. med. Uwe-Jochen Kaulfuß, Taunusstein
* 07.10.1967 † 23.08.2015

Professor Dr. med. Oskar Klinge, Kassel
* 15.06.1933 † 31.07.2015

Dr. med. Philipp Kohl, Oestrich-Winkel
* 19.05.1922 † 12.06.2015

Prof. Dr. med. Albrecht Lütcke, Marburg
* 10.07.1927 † 28.06.2015

Dr. med. Hildegard Mulert, Wiesbaden
* 01.05.1929 † 24.05.2015

Dr. med. Carmen Münster-Müller, Kassel
* 02.05.1924 † 03.07.2015

Dr. med. Margret Scheid, Königstein
* 29.06.1925 † 03.07.2015

Dr. med. Angelika Sorg, Essen
* 12.10.1930 † 28.04.2015

Neue Broschüre: Hirntumoren bei Kindern

Wird bei einem Kind ein Tumor im zentralen Nervensystem (ZNS-Tumor) festgestellt, so wirft die Diagnose bei allen Betroffenen viele Fragen auf. Eine neue Broschüre der Deutschen Kinderkrebsstiftung „Hirntumoren“ soll Patienten und Eltern helfen, sich in dem medizinischen Wortschatz zurechtzufinden. Behandlungsschritte werden allgemein verständlich erklärt. Die 72-seitige Broschüre um-

fasst viele Illustrationen. Autoren sind Prof. Dr. med. Gudrun Fleischhack, Dr. med. Stephan Tippelt, Ruth Mikasch (alle Uniklinikum Essen, Klinik für Kinderheilkunde III) sowie Prof. Dr. med. Beate Timmermann vom Westdeutschen Protonentherapiezentrum Essen. Bestellung: Kinderkrebsstiftung, Adenauerallee 134, 53113 Bonn (3 Euro zzgl. Porto). Oder: www.kinderkrebsstiftung.de