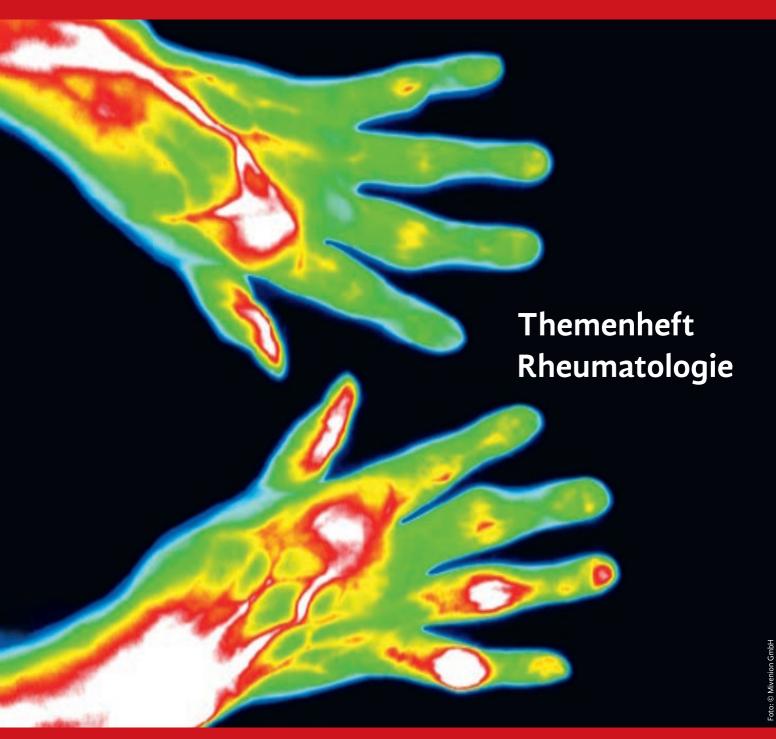
Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 11 | 2015

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen 76. Jahrgang





7. ordentliche Delegiertenversammlung

Das Hessische Ärzteparlament verabschiedet eine Resolution zum Thema Flüchtlinge und spricht über eine Frauenquote

Ärztinnen und Ärzte im Ausland

Statistische Auswertung der "Certificates of Good Standing" für Ärzte, die im Ausland tätig werden wollen

Parlando über die Ärzteband "Tante Doktor" aus Gießen Melancholisch und berührend: Die Ärzteband "Tante Doktor" bietet musikalische Einblicke in den ärztlichen Alltag



Klug entscheiden

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

"klug entscheiden" – unter diesem Motto hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin im Frühjahr eine Initiative gestartet, deren Ziel es ist, wichtige Diagnostik- und Behandlungsverfahren zu identifizieren, die auf Unter- oder Überversorgung hinweisen. Schon vor mehr als 200 Jahren sagte einer der Urväter der Psychiatrie, der französische Arzt Philippe Pinel: "Es ist eine große Kunst, ein Mittel zu verabreichen, um eine Krankheit zu behandeln, aber die größere Kunst ist zu wissen, wann man auf eine Behandlung verzichtet." Seine Worte haben heute mehr denn je Aktualität.

Letztendlich fußen diese Worte auf uralten ärztlichen Wertehaltungen, wie wir sie schon im Eid des Hippokrates finden, heißt es doch dort: "Ich werde ärztliche Verordnungen treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden." In diesem Satz ist alles Wichtige enthalten: Die Verordnungen müssen zum Nutzen des Kranken gereichen, das heißt der Kranke muss einen Nutzen erfahren – sei es, dass er geheilt wird, sein Leiden gelindert oder eine weitere Verschlechterung verhindert werden kann. Vom Nutzen für Dritte wie zum Beispiel Aktionäre ist da übrigens nicht die Rede.

Verordnungen sollen nach der Fähigkeit des Arztes getroffen werden, das heißt, dass Ärzte sich bei ihren Verordnungen auf die Gebiete beschränken sollen, in denen sie kundig sind, sprich über die entsprechenden objektiven Fachkenntnisse verfügen.

Verordnungen werden nach dem Urteil des Arztes getroffen. Damit ist nichts Anderes als die Indikationsstellung gemeint. Giovanni Maio sagt: "Die medizinische Indikation ist ein Kernstück der ärztlichen Identität. Mit ihr bringt der Arzt zum Ausdruck, dass er dem Patienten nur das empfehlen wird, was für den Patienten im Prinzip zuträglich ist. Wohlgemerkt für den Patienten, nicht für eine einzelne isoliert betrachtete Erkrankung." Denn der Arzt betrachtet den Patienten in seiner Gesamtheit, so dass bei gleicher Krankheit nicht für alle Patienten identische Maßnahmen resultieren. Neben der externen Evidenz sind eine gute Anamnese, das Verständnis des Patienten und ärztliche Erfah-

Ein Arzt, der dem Patienten nach einer gründlichen Untersuchung wohlüberlegt von einer unnötigen Operation abrät, hat viel geleistet, weil er gut beraten hat. Diese Beratungsleistung wird im System aber nirgendwo abgebildet. Das muss sich dringend ändern. Die von allen Seiten – gerade auch von den Ärztinnen und Ärzten – zu Recht geforderte und gewünschte Kommunikation mit den Patienten benötigt zu ihrem Gelingen verlässliche Bedingungen, also beispielsweise genügend Zeit für ein Gespräch oder auch wiederholte Gespräche und eine auskömmliche Vergütung dieser Gespräche, ob in Klinik oder Praxis. Patienten können ihre Entscheidungen nur dann eigenverantwortlich treffen, wenn es gelingt, die Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient durch eine gute Aufklärung möglichst weit zu verringern.

Dazu bedarf es auch eines Vergütungssystems, das möglichst keine falschen Anreize setzt. Die konservative Behandlung eines Rückenleidens darf nicht zum wirtschaftlichen Ruin einer orthopädischen Krankenhausabteilung führen.

Ein bisschen Selbstkritik müssen wir aber auch als Ärzte üben. Nicht selten setzen wir uns selber unter Druck, etwas tun zu müssen, aktiv zu werden. Diese Aktivitäten äußern sich dann zum Beispiel in einer vorsorglichen Koronarangiographie, einer weiteren bildgebenden Untersuchung oder einer medikamentösen Verordnung, obwohl dies im konkreten Einzelfall eben nicht indiziert ist. Manchmal ist es auch nicht einfach, einen Patienten zu überzeugen, dass die von ihm gewünschte Antibiotika-Verordnung bei viraler Rhinitis keine positive Wirkung hat. Wer von uns sagt schon gerne: Sieben Tage mit Doktor, eine Woche ohne Doktor.

Gar nicht selten finden wir ein Zuviel und ein Zuwenig nebeneinander. Gerade ältere Patienten sind oft gleichzeitig über- und unterversorgt. So erhalten viele Hochbetagte fünf oder noch mehr verschiedene Medikamente und auf der anderen Seite unterbleiben aktivierende Maßnahmen oder beispielsweise die Gabe von Osteoporose- oder Schmerzmedikamenten. Wir müssen diese Medikationspläne also in regelmäßigen Abständen überprüfen. Werden diese Medikamente noch gebraucht? Was wissen wir über deren Interaktionen? Die letzte Frage lässt sich eindeutig mit "wir wissen darüber zu wenig" beantworten. Hier sind noch erhebliche Forschungsanstrengungen von Nöten.

Bei all diesen Überlegungen müssen wir aber auf der Hut sein, um nicht vor den politischen Karren einer Rationierung gespannt zu werden. Unser Trachten gilt dem Nutzen des Patienten! All dies ist nur ein kleiner Ausschnitt zum Thema "Klug entscheiden".

Ihr

J. Shulland

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach Präsident



Schwerpunktthema Rheumatologie

Die Rheumatologie hat sich zu einem dynamischen und innovativen Fach entwickelt, mit neuen diagnostischen Möglichkeiten und effektiveren Therapien. Mit vier Beiträgen will dieses Themenheft dazu beitragen, die vielfältigen rheumatischen Symptome im Praxisalltag differentialdiagnostisch abzuklären.

615-635



7. ordentliche Delegiertenversammlung

Auf der 7. ordentlichen Delegiertenversammlung wurde eine Resolution zur Flüchtlingspolitik verabschiedet. Für Diskussion sorgte ein Antrag über die anteilige Beteilung von Frauen an den Listen. Außerdem wurde der Jahresabschluss 2014 verabschiedet sowie die Einführung einer Teilrente beschlossen.

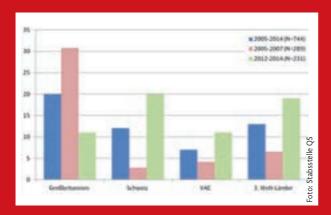
610

Editorial Klug entscheiden	607
Aus dem Versorgungswerk Bericht über die Delegiertenversammlung	612
Fortbildung Ärztliche Fortbildung auf der "Goldinsel" Grado	614
Im Gespräch "Wer nach bestem Wissen und Gewissen hilft, ist versichert" Dr. med. Markus Freff sieht ein Versorgungsproblem bei chronisch kranken Kindern	644

Schwerpunktthema Rheumatologie

■ Diagnose und Therapie rheumatischer Erkrankungen in ärztlicher Kooperation	
und Fehlervermeidung im Praxisalltag	615
■ Leitsymptom symmetrische Schwellungen der Fingergrundgelenke	621
■ Spondarthritiden – richtungsweisende Befunde	626
■ CME-Beitrag: Polymyalgia rheumatica und Arteriitis temporalis (Riesenzellarteriitis)	630

Das Titelbild zeigt eine fluoreszenzoptische Untersuchung eines Patienten mit aktiver rheumatoider Arthritis mittels Xiralite, freundlicherweise zur Verfügung gestellt von der Mivenion GmbH, Berlin.



Hessische Ärztinnen und Ärzte im Ausland

Seit 2005 müssen deutsche Ärztinnen und Ärzte, die im Ausland tätig werden wollen, eine Unbedenklichkeitsbescheinigung ihrer Ärztekammer vorlegen. Mitarbeiter der Landesärztekammer Hessen haben die Anträge auf diese "Certificates of Good Standing" ausgewertet und mit einer Befragung ergänzt.



Die Gießener Ärzteband "Tante Doktor"

Nachdenklichkeit. Melancholie und schwarzer Humor: Entstanden aus dem Gießener Medizinerkabarett "Elephant Toilet", bietet die Band mit dem nur scheinbar biederen Namen "Tante Doktor" musikalische Einblicke in den ärztlichen Alltag. Hans Voigtmann und Sarah Becker präsentieren keine leichte Kost.

648

650

Ärztekammer Übersichtlich und informativ – Neues Veranstaltungsverzeichnis der Akademie online 646 **Ansichten und Einsichten** Bedarfsplanung der Krankenversorgung – eine Illusion? 647 Personalia 651 Gesundheitspolitik Was ist aus unserer "Diagnose" geworden? – 18. Jahrestagung der Thure von Uexküll-Akademie 652 **Impressum** 660 Bekanntmachungen ■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 654 ■ Medizinische Fachangestellte 658 ■ Bekanntmachungen des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen 659

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

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

636

642



7. ordentliche Delegiertenversammlung: Von Flüchtlingen bis Frauenquote

Die "kleine" Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) im September ist traditionell eine Bedarfsbzw. Arbeitssitzung. So spielten Themen rund um das Versorgungswerk (siehe hierzu Seite 612), der Jahresabschluss 2014, Satzungsänderungen und Nachwahlen in der Bezirksärztekammer Gießen die wesentliche Rolle. Aber auch aktuelle Themen von besonderer Bedeutung wurden am 16. September in Bad Nauheim nicht ausgeklammert, wie die medizinische Versorgung von Flüchtlingen oder die anteilige Beteiligung von Ärztinnen in der Berufspolitik.

Für eine bessere medizinische Versorgung von Flüchtlingen

Erstuntersuchung, Impfung, Gesundheitskarte - Gemeinsam formulierten die hessischen Ärztevertreterinnen und -vertreter auf der Delegiertenversammlung Voraussetzungen für die medizinische Versorgung von Flüchtlingen. "Durch die aktive und konstruktive Zusammenarbeit aller Listen ist es uns gelungen, eine gemeinsam getragene Resolution zu verfassen", lobte Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der LÄKH, die Gemeinschaftsarbeit der Delegierten. Die Resolution wurde folglich mit überwältigender Mehrheit beschlossen und umfasst folgende Bedingungen:

- Eine umgehende medizinische Erstuntersuchung, Erstbehandlung und Impfung aller Flüchtlinge,
- die Anwesenheit von Dolmetschern,
- die Notversorgung und Behandlung von akuten Krankheiten und schweren psychischen Störungen einschließlich einer notwendigen psychotherapeutischen und psychiatrischen Therapie,
- eine schnelle Ermittlung besonders schutzbedürftiger Personen analog der EU-Richtlinie 2013/33,
- garantierte hygienische Mindeststan-
- ein niederschwelliger Zugang zur medizinischen Versorgung analog einer Krankenversicherungskarte,



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach leitete die Delegiertenversammlung

- die Bereitstellung eines Medikamentenbudgets,
- die personelle Stärkung der Gesundheitsämter sowie
- eine Änderung des § 4 Abs. 1 Asylbewerberleistungsgesetz, um auch behandlungsbedürftige chronische Erkrankungen angemessen versorgen zu

Als Grundvoraussetzung für eine gesunde Teilhabe an der Gesellschaft erachtet das hessische Ärzteparlament es für dringend geboten, dass von Beginn an Sprachkurse und Sprachkontakt sowie eine frühe Eingliederung in Arbeitsmöglichkeiten gewährleistet werden. Die LÄKH bietet den hessischen Behörden außerdem eine enge Mitwirkung bei der Organisation und Koordination der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen an. Hierfür bedürfe es abgestimmter und verlässlicher Strukturen und Vorgaben auf politischer und behördlicher Ebene.

Jahresabschluss 2014

"Ein insgesamt positives Ergebnis" - so lautete die Schlussfolgerung zum Jahresabschluss 2014, den Armin Beck, Vorsitzender des Finanzausschusses, vorstellte. Der detaillierte Jahresabschlussbericht lag den Delegierten bereits schriftlich vor. Die Buchführung und das Belegwesen seien ordnungsgemäß, der Jahresabschluss entspreche den gesetzlichen Vorschriften, der Lagebericht für die LÄKH mit Chancen und Risiken werde als richtig und zutreffend dargestellt und es gebe einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk, berichtete Beck.

Der geplante Jahresfehlbetrag in Höhe von -2,3 Millionen Euro sei mit -0,7 Millionen Euro deutlich unterschritten worden. Allerdings hätte dadurch die Betriebsmittelrücklage nicht im geplanten Umfang abgebaut werden können.

Laut Soll-Ist-Vergleich läge keine Haushaltsüberschreitung gemäß Haushaltsund Kassenordnung vor. Die Erträge haben die Planansätze um 104.000 Euro leicht überschritten, die Aufwendungen die Haushaltsansätze um 1,2 Millionen Euro deutlich unterschritten. Auch das Finanzergebnis fiele deutlich besser aus als geplant, erläuterte Beck weiter.

Positiv sei außerdem die Mitgliederentwicklung mit einem Anstieg der Gesamtmitglieder um 686 im Jahr 2014. Die Kammerbeiträge insgesamt seien im Gesamtjahr mit 12,7 Millionen Euro auf ähnlichem Niveau wie im Jahr 2013.

Bei den Personalkosten sei im Vergleich zum Vorjahr eine Steigung von fünf Prozent zu verzeichnen. Dies sei unter anderem auf einen Anstieg der Aufwendungen für Altersversorgung und der Erweiterung der Vertrauensstelle Krebsregister um das klinische Krebsregister geschuldet, das die Einstellung neuer Mitarbeiter erforderlich machte. Diese anteiligen Mehrkosten würden der LÄKH allerdings vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration wieder erstattet. Auch seien die Aufwandsentschädigungen etc. im Rahmen der Kammertätigkeit im Vergleich zum Vorjahr (um sechs Prozent) gestiegen. Dies sei teilweise auf Änderungen in der Aufwandsentschädigungsordnung zurückzuführen. Abschließend zitierte Beck aus dem Jahresabschlussbericht, dass für das Jahr 2015 keine bestandsgefährden-



den Risiken für die LÄKH vorlägen. Das geplante Haushaltsdefizit betrage -451.000 Euro. Damit solle der Abbau der Betriebsmittelrücklage fortgesetzt werden. Dr. med. Dr. Ing. Hans-Dieter Rudolph berichtete als dessen Vorsitzender über den Jahresabschluss 2014 des Hilfsfonds. Laut Prüfbericht betrug das Vermögen des Hilfsfonds 271.000 Euro (zum 31. Dezember 2014).

Die Mitglieder der Delegiertenversammlung stellten anschließend den Jahresabschluss 2014 fest und entlasteten das Präsidium für das Jahr 2014.

Änderungen bei Berufs- und Weiterbildungsordnung

Der 118. Deutsche Ärztetag in Frankfurt hat die (Muster-)Berufsordnung teilnovelliert. Manuel Maier, Justitiar der LÄKH, erläuterte die vorgesehenen vier Änderungen zur Umsetzung in die Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen. Im Einzelnen handele es sich dabei um eine Anpassung von § 10 Abs. 2 an die Regelungen des Patientenrechtegesetzes. Auf Verlangen ist Patienten Einsicht in ihre Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtsnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte der Ärztin/des Arztes oder Dritter entgegenstehen. Die zweite Änderung betrifft die Fortschreibung der ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen (§ 15 Abs. 3) nach der im Oktober 2013 vom Weltärztebund in Fortaleza (Brasilien) aktualisierten Fassung der Deklaration von Helsinki.

Eine weitere Änderung betrifft die Bedingungen hinsichtlich der Zulässigkeit einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaften (§ 18 Abs. 1 Satz 3). Neu zu regeln sei zudem die Fortführung der Praxis verstorbener Ärztinnen/Ärzte (§ 20). Der Vertretungszeitraum werde von drei auf bis zu sechs Monate verlängert. Die Delegierten stimmten den Änderungen einstimmig zu. "Vor zwei Jahren haben wir die Weiterbildungsordnung geändert und den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin eingeführt", erinnerte Maier. Die Empfehlung der Bundesärztekammer lautete damals diese vorerst mit einer Befristung zu versehen und zu evaluieren, ob es sich dabei um eine sinnvolle Regelung handele. Dies konn-



Neue Gesichter im Vorstand der Bezirksärztekammer Gießen: Jutta Willert-Jacob ist stellvertretende Vorsitzende und Dr. med. Henrik Reygers Beisitzer

te unterdessen bestätigt werden. Die Delegierten stimmten der Empfehlung des Präsidiums einstimmig zu, den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin unbefristet in der Weiterbildungsordnung zu veran-

Nachwahlen im Vorstand der Bezirksärztekammer Gießen

Einen besonderen Dank und Grußworte schickten die Mitglieder der Delegiertenversammlung an Peter Laß-Tegethoff, der aus gesundheitlichen Gründen von seinen Ämtern als Delegierter und im Vorstand der Bezirksärztekammer Gießen zurück-



Prof. Dr. med. Jutta Peters wirbt für die anteilige Beteiligung von Frauen in der Berufspolitik

getreten ist. Bei der Nachwahl wurde der Empfehlung der Bezirksärztekammer Gießen gefolgt und einstimmig als stellvertretende Vorsitzende Jutta Willert-Jacob (Liste ÄrztINNEN), hausärztlich niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin in Haiger, und als Beisitzer im Vorstand Dr. med. Henrik Reygers (Liste Öffentlicher Gesundheitsdienst), Leiter der Abteilung Umwelt und Hygiene des Gesundheitsamtes des Vogelsbergkreises, gewählt.

Frauenquote!?

"Es gibt immer mehr Ärztinnen, und viele Heilberufsgesetze, wie zum Beispiel in Schleswig-Holstein, haben eine anteilige Beteiligung von Frauen an den Listen vorgesehen", begründete Dr. med. Brigitte Ende, Vorsitzende des Vorstands des Versorgungswerkes der LÄKH und Delegierte, den gemeinsamen Antrag mit Dr. med. Barbara Jaeger und Prof. Dr. med. Jutta Peters (alle: Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte), eine entsprechende Änderung auch in Hessen aufzunehmen. Danach würden Frauen und Männer bei der Bildung der Kammerversammlung entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der wahlberechtigten Berufsangehörigen berücksichtigt. In anderen Landesärztekammern, die bereits solche Regelungen haben, argumentierte Ende, gebe es ein aktiveres Zugehen und Suchen nach weiblichen Talenten und dies sei auch erfolgreich. "Uns Antragstellerinnen war es wichtig, nochmal deutlich zu machen, dass wir grundsätzlich für eine anteilige Beteiligung von Frauen in der Berufspolitik sind, und das ist eine Möglichkeit, dies auszudrücken." Ein Thema, das kontrovers diskutiert wurde und insbesondere bei einigen älteren männlichen Delegierten zu humoristischen Einlagen anregte, wie Birgit Cremer (Liste ÄrztINNEN) feststellte: "Dass tatsächlich so wenige Frauen in den Gremien vertreten sind, kommt nicht von ungefähr. Es kommt nicht vom Kinderkriegen und Konzentration auf den Haushalt, es kommt daher, dass bisher die entsprechenden Stellen von männlichen Kollegen besetzt sind. Ein Umdenken in dieser Richtung fordert auch, dass Positionen in der Selbstverwaltung, in Gremien auch von männlichen Kollegen geräumt werden."



Dass es sich dabei um ein ernsthaftes Thema handelte, wurde auch von Dr. med. Peter Zürner (Liste Fachärzte) geteilt. Sein Vorschlag, eine Arbeitsgruppe zu bilden, um über die Listen hinweg einen Konsens zu finden, fand unter den Delegierten und

auch den Antragstellerinnen große Zustimmung. Dieser Ausschuss soll paritätisch besetzt sein und bis zur nächsten Delegiertenversammlung einen entsprechenden Vorschlag erarbeiten, der mit den Listen abgestimmt wurde. Die Listen

wurden vom Präsidenten aufgefordert, bis zur nächsten Präsidiumssitzung eine Teilnehmerin bzw. Teilnehmer für den Ausschuss zu benennen.

Maren Grikscheit

Aus dem Versorgungswerk

Bericht über die Delegiertenversammlung

Die Delegiertenversammlung ist am 16.09.2015 nach durchaus kontroverser Diskussion dem Vorschlag des Versorgungswerkes gefolgt, mit den Überschüssen des Geschäftsjahres 2014 die Renten zum 01.01.2016 um 1 % zu erhöhen. Die Anwartschaften aus den zwischen 2010 und 2014 gezahlten Beiträgen werden einmalig um 0,5 % erhöht. Dafür werden aus der Rückstellung für Überschussbeteiligung rund 31 bzw. 7 Mio. € entnommen. Einige Delegierte hätten lieber sämtliche Überschüsse für eine Absenkung des Rechnungszinses verwendet. Aus Sicht des Vorstandes handelt es sich dagegen um ein ausgewogenes Paket, von dem Rentner und Anwärter profitieren.

Daneben hat die Delegiertenversammlung zum 01.10.2015 die Einführung einer Teilrente beschlossen. Damit können sich Mitglieder ab **Vollendung des 60**. bzw. des 62. Lebensjahres (bei Beginn der Mitgliedschaft nach dem 31.12.2011) bis zum Erreichen des regulären Renteneintrittsalters (Vollendung des 65. Lebensjahres) einen Teil ihrer Anwartschaft als vorgezogene Rente auszahlen lassen. Entweder 30, 50 oder 70 % der zu dem Zeitpunkt des Teilrentenbeginns erworbenen Anwartschaft können in eine Rente umgewandelt werden. Der zweite Teil verbleibt als Anwartschaft des Mitglieds, auf die weiterhin Beiträge eingezahlt werden. Diese Anwartschaft kann dann für eine weitere vorgezogene, reguläre oder aufgeschobene Rente genutzt werden.

Durch die Teilrente können die Mitglieder den Übergang in den Ruhestand flexibler gestalten. Sie kann aber auch aus steuerlichen Gründen interessant sein, denn der Anteil der Rente, der zu versteuern ist, steigt seit dem Jahr 2006 jährlich an (Alterseinkünftegesetz – Stichwort nachgelagerte Besteuerung), bis er sich im Jahr



Dr. med. Brigitte Ende

2040 auf 100 % beläuft. Der persönliche Besteuerungsanteil wird mit Beginn der ersten Rentenzahlung (auch bei einer Teilrente) festgesetzt und bleibt dann konstant. Einzelheiten zu steuerlichen Fragen sollten die Mitglieder am besten mit ihrem Steuerberater besprechen. Bei allen anderen Fragen rund um die Teilrente ist die Rentenabteilung des Versorgungswerkes der richtige Ansprechpartner.

Befreiung von der DRV

In mehreren Urteilen wurde in diesem Jahr das Recht von Freiberuflern auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bestätigt

und somit gestärkt. Das Sozialgericht Köln hat geurteilt, dass einem "Healthcare-Consultant" zu Unrecht von der DRV die Befreiung versagt wurde. Auch Tätigkeiten in Lehre, Forschung und Wirtschaft könnten ärztliche Tätigkeiten sein, wenn überwiegend Inhalte der ärztlichen Ausbildung verwendet werden. Schließlich müsse das Vorliegen einer ärztlichen Tätigkeit nach den jeweiligen Normen von Kammer und Versorgungseinrichtung beurteilt werden.

In dem Verfahren eines Apothekers hat das Sozialgericht Karlsruhe betont, dass mit der Aufnahme in eine Kammer und in eine Versorgungseinrichtung eine erhebliche Indizienwirkung verbunden sei, dass eine berufsständische Tätigkeit ausgeübt werde. Ausreichend sei darüber hinaus, wenn mindestens die Hälfte der Arbeitszeit auf berufsspezifische Tätigkeiten entfalle.

Das Landessozialgericht Brandenburg hat schließlich für Recht erkannt, dass ein Notarzt, der sich am Standort des Notarztfahrzeuges während seiner Dienstbereitschaft aufhält und über die notwendige Therapie sowie unter Umständen die Krankenhauseinweisung eigenverantwortlich entscheidet, keine abhängige Beschäftigung ausübt. Vielmehr sei er selbstständig tätig. Insoweit ist eine Befreiung von der DRV auch nicht nötig. Wir empfehlen Notärzten in Hessen jedoch, den eigenen Status mit der DRV mittels eines Statusfeststellungsverfahrens abzuklären.

Beiträge zum Versorgungswerk bei Krankengeldbezug

Lange hat die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV) dafür gekämpft, dass die gesetzlichen Krankenkassen für die Zeit, in denen sie ihren Versicherten Krankengeld zahlen, nicht nur die Beiträge zur DRV, sondern auch die für die berufsständischen Versorgungswerke übernehmen.

Ab dem kommenden Jahr sind die Mitglieder von Versorgungswerken denen der gesetzlichen Renten gleichgestellt. Dies ist ein schöner Erfolg der langjährigen berufspolitischen Bemühungen.

Jahresabschluss 2014

Die Bilanzsumme des Versorgungswerkes belief sich zum 31.12.2014 8,06 Mrd. € (Vorjahr: 7,71 Mrd. €). Vom Ergebnis in Höhe von rund 349 Mio. € wurden 316 Mio. € der Deckungsrückstellung, 15 Mio. € der Rückstellung für Überschussbeteiligung und 18 Mio. € der Verlustrücklage zugeführt. Die Verlustrücklage (Eigenkapital) ist jetzt mit 369 Mio. € (Vorjahr: 351 Mio. €) dotiert - dies entspricht 4,86 % der Deckungsrückstellung. Die satzungsgemäße Volldotierung von 5 % ist damit fast erreicht.

Die laufende Durchschnittsverzinsung betrug 3,77 % (Vorjahr: 3,97 %) und der bilanzielle Rechnungszins 3,63 % (Vorjahr: 3,77 %). Der bilanzielle Rechnungszins ist der Zins, den das Versorgungswerk mindestens erwirtschaften muss, um die Renten und Anwartschaften bedienen zu können. Es handelt sich dabei um einen Mischzins der verschiedenen zugesagten Verzinsungen von 4,00, 3,50 und 3,00 %. Wie bereits mehrfach an dieser Stelle berichtet, ist die Absenkung des bilanziellen Rechnungszinses ein besonderes Anliegen des Vorstandes. Denn damit reagiert das Versorgungswerk nicht nur auf das zurückgegangene Zinsniveau an den Finanzmärkten. Hierdurch wird auch für mehr Gerechtigkeit zwischen den Generationen gesorgt: denn die in der Vergangenheit zugesagte Verzinsung der Beiträge von 4 und 3,5 % muss nach wie vor und von allen Mitgliedern finanziert werden. Die Absenkung ist jedoch mit erheblichen "Kosten" verbunden. Für die jüngste Reduzierung des Rechnungszinses musste die Deckungsrückstellung mit rund 271 Mio. € verstärkt werden. Der Vorstand geht davon aus, dass auch im laufenden Jahr der genannte Zins weiter gesenkt werden kann und die mittelfristige Zielgröße von 3,5 % näher rückt. Zu diesem Zweck wurden im Jahresabschluss 2014 70 Mio. € zurückgestellt. Die Zahl der Anwärter erhöhte sich von 29.039 auf 30.009 und die Zahl der Rentenempfänger von 8.341 auf 8.877.



Dr. med. Titus Schenck zu Schweinsberg

Die Delegiertenversammlung hat den Jahresabschluss 2014 festgestellt und dem Vorstand Entlastung erteilt.

Prüfung des Jahresabschlusses

Der Wirtschaftsprüfer hat dem Versorgungswerk bescheinigt, dass der Jahresabschluss den gesetzlichen Vorschriften entspricht und unter Beachtung der Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage vermittelt. Dementsprechend wurde dem Versorgungswerk vom Prüfer wieder ein "uneingeschränkter Bestätigungsvermerk" erteilt.

> Dr. med. Brigitte Ende Vorsitzende des Vorstandes

Dr. med. Titus Schenck zu Schweinsberg Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

Rente von der DRV wegen Kindererziehungszeiten

Bis 01.01.1950 geborene Mitglieder: Nachzahlungsfrist endet am 31.12.2015

Ärztinnen und Ärzte können allein aufgrund der Erziehung von Kindern einen Anspruch auf eine Rente von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) haben. Voraussetzung sind mindestens 60 Beitragsmonate. Für Kinder, die vor dem 01.01.1992 geboren wurden, werden von der DRV 24 Monate anerkannt. Für Kinder, die ab dem genannten Stichtag geboren wurden, sind es 36 Monate. Wenn die Mindestzeit von 60 Beitragsmonaten nicht erreicht wird, können freiwillig auf Antrag Beiträge nachgezahlt werden. Der Mindestbeitrag bei der DRV beläuft sich in diesem Jahr auf 84,15 €. Allerdings gibt es hinsichtlich der Nachzahlung verschiedene Regelungen, je nachdem wann Sie geboren wurden.

Geburt bis einschließlich 01.09.1950

Eine Nachzahlung von Beiträgen an die DRV ist nur noch bis zum 31.12.2015 möglich. Es kann nur so viel nachgezahlt werden, bis die Mindestgrenze von 60 Beitragsmonaten erreicht wird.

Geburt zwischen dem 02.09.1950 und dem 31.12.1954

Beiträge können frühestens sechs Monate vor Erreichen der Regelaltersgrenze der DRV nachgezahlt werden. Es kann nur so viel nachgezahlt werden, bis die Mindestgrenze von 60 Monate erreicht wird.

Geburt ab dem 01.01.1955 Beiträge können jederzeit und auch über die Grenze von 60 Monaten nachgezahlt werden.

Der Antrag zur Anerkennung von Kindererziehungszeiten kann von den Internetseiten der DRV oder des Versorgungswerkes heruntergeladen werden. Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an die DRV (Servicetelefon 0800 / 1000 4800).

werden.

Ärztliche Fortbildung auf der "Goldinsel"

Grado: Ein Gewinn für Beruf und Familie

Der Internationale Seminarkongress des Collegium Medicinae Italo-Germanicum ist eine Institution. Auch in diesem Jahr bot das Programm interessante Themen zur Auffrischung und Vertiefung des Wissens über Akutsituationen im Kindesalter im ärztlichen Bereitschaftsdienst über Gerontologie, Orthopädie, Psychiatrie bis zum Arztrecht. Theorie und Praxis verband der Kurs mit Übungen zu Akutsituationen unter der bewährten Leitung von Prof. Dr. med. Peter Sefrin, Würzburg; hier konnte eine Qualifikation zum Bereitschaftsdienst erworben

Besonders fesselnd waren die Vorträge über Altern, Präventions- und Rehabilitationspotenziale in Prozessen des Alterns, Demenz und schöpferisches Leben im Alter von Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Andreas Kruse, Heidelberg.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Joachim Grifka, Bad Abbach, informierte über Therapien der Osteoporose, Wirbelsäulenerkrankungen sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch degenerativen Veränderungen und Grundlagen der Arthrose und klinische orthopädische Untersuchung.

Die aktuellen Themen der Psychiatrie vertiefte Prof. Dr. med. Mathias Berger, Freiburg. Der Justitiar der Bayerischen Ärztekammer, Peter Kalb, brachte Aufklärung in das Patientenrechtegesetz anhand von vielen Beispielen und lebhafter Diskussion der Zuhörer.

Daneben schloss jeder Tag mit interdisziplinären Gesprächen. Dr. med. Dr. h.c. Ot-



Stimmungsvoller Sonnenuntergang über den Dächern von Grado

mar Kloiber, Generalsekretär des Weltärztebundes, und Dr. med. Max Kaplan, Präsident der Bayerischen Ärztekammer und Vizepräsident der Bundesärztekammer, informierten über internationale und nationale berufspolitische Themen.

Grado, nicht zu Unrecht auch als "Goldinsel" bezeichnet, eine Stadt an der Adria am Golf von Venedig verbindet Antike, österreichische k. u. k.-Atmosphäre und Moderne. Sie bietet sich ideal als ein Ort für die Verknüpfung von Fortbildung und Erholung an. Gerade junge Arztfamilien können davon profitieren, weil neben der Fortbildung doch auch reichlich Freizeit übrig bleibt. Eltern können sich bei der Kinderbetreuung gut abwechseln. Neben

dem Strandbesuch locken aber auch die historischen Stätten wie zum Beispiel Aquileia oder Ausflüge ins Friaul, das vielfältige kulinarische Genüsse bietet.

Wenn Sie, geschätzte Leserinnen und Leser, Appetit bekommen haben, merken Sie sich doch einfach den (bislang noch vorläufigen) Termin vom 28. August bis 2. September 2016 vor. Sie werden im Hessischen Ärzteblatt und auf unserer Homepage rechtzeitig über Weiteres informiert.

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach Präsident der Landesärztekammer Hessen



Ihr "Heißer Draht" zum Präsidenten

Telefonsprechstunde mit Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach:

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

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

• Dienstag, 3. November 2015

• Dienstag, 1. Dezember 2015

Schwerpunktthema Rheumatologie

Von differenzialdiagnostischen Überlegungen hin zur Diagnose und möglichen Therapieoptionen

Die Rheumatologie hat sich zu einem dynamischen und innovativen Fach entwickelt. Die enormen Fortschritte des rheumatologischen Fachgebietes suchen ihresgleichen: Verständnis der Pathophysiologie, verbesserte diagnostische Maßnahmen und effektivere sowie zunehmende Therapiemöglichkeiten.

Einerseits gestaltet sich für den rheumatologisch nicht Geschulten die Differenzialdiagnose der vielfältigen rheumatischen Symptome im Praxisalltag oft schwierig, andererseits verlangen neue Therapieoptionen aber meist eine definitive Diagnose für eine gezielte Behandlung. Die Ziele des vorliegenden Schwerpunktheftes fokussieren auf eine Optimierung der ärztlichen Kooperation, Fehlervermeidung im Praxisalltag sowie anhand klassischer Leitsymptome häufiger rheumatologischer Erkrankungsbilder den Weg über differenzialdiagnostische Überlegungen hin zur Diagnose und möglichen Therapieoptionen aufzuzeigen.

Rheumatische Erkrankungen können sich in jedem Lebensalter manifestieren, und die moderne Rheumatologie bietet den Betroffenen spezifische und wirksame Lösungen für jeden Lebensabschnitt. Für die betroffenen Rheumatiker geht es

darum, die Lebensqualität auf Dauer zu erhalten.

Mögen die vorliegenden Artikel Ihr Interesse wecken und im Praxisalltag hilfreich bei der differenzialdiagnostischen Abklärung und Diagnosefindung mit daraus folgender Therapieeinleitung sein.

Im Namen der Autoren Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Lange



Diagnose und Therapie rheumatischer Erkrankungen in ärztlicher Kooperation und Fehlervermeidung im Praxisalltaq

Uwe Lange, Ulf Müller-Ladner

Einleitung

Erkrankungen des entzündlich-rheumatischen Formenkreises sind weitverbreitet, etwa zwei bis drei Prozent der Bevölkerung sind davon betroffen [1].

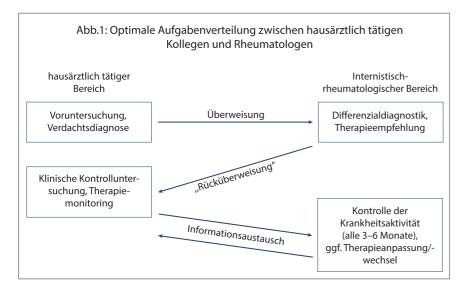
Die Schwere der entzündlich-rheumatischen Krankheiten und der chronische Verlauf gehen oft mit einer erheblichen Bedeutung für den einzelnen Patienten und der Gesellschaft einher. Mittlerweile sind die Therapiemöglichkeiten der Rheumatologen besser denn je: So ist es heutzutage im Zeitalter der Biologika-Therapie möglich – auch bei schweren Verläufen - durchaus eine Remission zu erreichen, ein therapeutisches Ziel, das vor wenigen Jahren noch als utopisch galt [2]. Dadurch ist es für berufstätige Patienten oft möglich, bei eingeschränkter funktionaler und funktioneller Gesundheit wieder normalen Alltagsaktivitäten und den beruflichen Anforderungen nachzukommen. Unabdingbar hierfür ist allerdings eine frühe Diagnose mit raschem Therapiebeginn.

Mit den Schwerpunktbeiträgen möchten wir praxisnah aufzeigen, wie die Zusammenarbeit zwischen hausärztlich tätigen Kollegen und den rheumatologischen Kooperationspartnern optimiert werden kann, mögliche Fehlerquellen im Praxisalltag aufzeigen sowie die Diagnose und Therapieoptionen bei häufig auftretenden entzündlich rheumatischen Erkrankungen vermitteln. Mögen die rheumatologischen Fortbildungsartikel Ihr Interesse wecken, vor allem aber die Versorgung

von Rheumapatienten optimieren. Denn: Rheumakranke zu behandeln, ist immer noch eine ganz besondere ärztliche Aufgabe, die mit ihrer intensiven, nicht selten lebenslangen Zuwendung zum Patienten noch eine im klassischen Sinne "dienende" ist.

Optimierung der integrierten Versorgung rheumatischer Erkrankungen

Im Praxisalltaq wird die Diagnostik von rheumatischen Erkrankungen meist als schwierig und unbefriedigend empfunden. Optimale Ergebnisse können jedoch nur dann erzielt werden, wenn fachgerechte Methoden bei der Erhebung von Anamnese und Befund zum



Tab. 1: Indikationen für eine Überweisung zum internistischen Rheumatologen

- Bei Verdachtsmomenten für eine entzündlich-rheumatische Erkrankung
- Unsichere Prognose und Frühformen von Kollagenosen und Vaskulitiden
- Unklare Gelenkproblematik mit erhöhten Akut-Phase-Reaktanten
- Zur differenzialdiagnostischen Abklärung
- Bei hohem Aufwand bzw. Risiko einer Therapie
- Zur Therapieplanung/-einleitung
- Bei extraartikulärer Organsymptomatik, die differenzialdiagnostisch nicht sicher zuzuordnen ist (zum Beispiel Fieberschübe, Nierenbeteiligung)

Tragen kommen und die Resultate korrekt interpretiert werden. Beschwerden am Bewegungssystem können durch viele, nicht primär an den Gelenken lokalisierte Veränderungen hervorgerufen werden [3].

In der Primärversorgung ist zunächst von Interesse, ob eine gesicherte Gelenkbeteiligung oder eine andere Ursache für die Beschwerdesymptomatik vorliegt. Hilfreich sind hierbei folgende Aspekte [3]:

- Ursprung der Beschwerden (artikulär, nicht artikulär, Wirbelsäule),
- Dignität der Symptome (Arthritis Rötung, Schwellung, Schmerz, Hyperthermie, Bewegungseinschränkung) oder Arthralgie (alleiniger Gelenkschmerz),

- Klinik des arthritischen Syndroms (Entzündungsschmerz - meist in den frühen Morgenstunden -, Belastungsschmerz, anfallsweise, spontane Vollremission, persistierend-progredient, mon-, oligo-, polyartikulär)
- und Akuität des Beginns (akut, subakut. chronisch-schleichend).

diagnostische Maßnahmen empfehlen sich ergänzend und zielgerichtet und sollten beim internistischen Rheumatologen erfolgen. Dort kann dann abschließend nach differenzialdiagnostischer Abklärung und Diagnosestellung eine adäquate Therapieeinleitung erfolgen.

Nur eine entsprechend gute Kooperation und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen hausärztlich tätigen Kollegen

und internistischen Rheumatologen kann dazu beitragen, einen frühzeitigen Therapiebeginn für einen optimalen Behandlungsverlauf zu initiieren. Die Zeit bis zum Behandlungsbeginn spielt unter anderem bei der rheumatoiden Arthritis eine zentrale Rolle: Bei mehr als sieben von zehn Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis ist bereits eine irreversible Knochenzerstörung im ersten Jahr der Erkrankung nachweisbar [4].

Je später mit der Therapie begonnen wird, desto schlechter ist die Prognose [5]. Nur durch eine frühe und konsequente Therapie im therapeutischen Fenster ("window of opportunity") lassen die folgenden Ziele anstreben [6]: Reduktion von Schmerzen und Entzündung, Erhalt der Gelenkbeweglichkeit/Funktionalität und Arbeitsfähigkeit, Verbesserung der Lebensqualität, Unterdrückung der Krankheitsaktivität und idealerweise eine anhaltende Remission der entzündlich-rheumatischen Grunderkrankung oder eine niedrige Krankheitsaktivität. Das kritische "window of opportunity" umfasst etwa ein Vierteljahr nach Manifestation der ersten Symptome. Eine reduzierte und frühzeitige Krankheitskontrolle geht mit einer reduzierten krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit einher und verringerter Mortalität [6-8].

Wenig Fachärzte in Nordhessen

In Hessen ist die rheumatologische Versorgung allerdings ungleich verteilt, was zum Teil auch unterschiedlich lange Wartezeiten für Patienten bedingt und somit oft auch einen frühzeitigen Behandlungsbeginn limitiert. Führt man eine KV-Arztsuche zur Thematik Rheumatologe durch, so finden sich 71 Rheumatologen, davon 33 internistisch-rheumatologische und 38 orthopädisch-rheumatologische Kolleginnen und Kollegen. Von diesen sind mehr als 40 im Rhein-Main-Gebiet konzentriert, in Nordhessen (Stadt und Landkreis Kassel) gibt es für Patienten dagegen nur sehr wenige Anlaufstellen.

Aufgabenverteilung im Praxisalltag

Wie eine sinnvolle Aufgabenverteilung zwischen hausärztlich tätigen Kollegen und Rheumatologen erfolgen kann, ist der Abbildung 1 zu entnehmen. Orientiert an dieser Grafik, stellt sich im Praxisalltag häufig die Frage: Wann sollte ein Patient zum internistischen Rheumatologen überwiesen werden? Mögliche Antworten hierzu enthält Tabelle 1.

Nach der rheumatologischen Vorstellung ist je nach Diagnosestellung und Therapieeinleitung eine Kontrolle der klinischen Aktivität neben Laborkontrollen im hausärztlichen Bereich indiziert. Die Kontrollintervalle variieren dabei je nach der Vorgabe des Therapiekontrollbogens der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) zwischen ein bis zwölf Wochen. Dabei sollten die hausärztlichen laborchemischen Maßnahmen unbedingt Blutbild, Blutsenkung, C-reaktives Protein. Leber- und Nierenwerte und eventuell einen Urin-Status umfassen. Gezielte immunologische Untersuchungen (unter anderem Rheumafaktoren, anti-CCP-Antikörper, antinukleäre Antikörper, extrahierbare nukleäre Antikörper, C3-/C4-Komplement, Gelenkpunktatuntersuchung, Infektserologie) sollten den rheumatologischen Kooperationspartnern vorbehalten bleiben. Eine erneute Reevaluation beim Rheumatologen empfiehlt sich ca. alle drei bis sechs Monate, bei aufkommenden Problemen auch früher. Dort sind auch die krankheitsspezifischen Aktivitätsscores anzuwenden [9].

Während des hausärztlichen Monitoring kann es vorkommen, dass gewisse Befundkonstellationen eine Rück-

Tab. 2: Indikationen für eine Rücksprache mit dem internistischen Rheumatologen

- Bei pathologischen Laborwerten (u.a. Leukozytenabfall < 3.000/ul, Hb-Abfall [Cave: MTX-Überdosierung durch Patienten bei täglicher statt wöchentlicher Einnahme oder Kombination von Allopurinol/Febuxostat mit Azathioprin], Anstieg der Nierenretentionswerte, Anstieg der Kreatinkinase oder Transaminasen über das dreifache der Norm)
- Unerklärliche Verschlechterung des Allgemeinbefindens
- Erhöhte Akut-Phase-Reaktanten und ausgeschlossenes Infektgeschehen
- Bei antibiotikapflichtiger Infektion
- Exazerbation der rheumatologischen Grunderkrankung (u.a. zunehmende Gelenkschwellungen, Anstieg der Akut-Phase-Reaktanten)

dem internistischen sprache mit Rheumatologen notwendig machen (siehe Tabelle 2).

Im Falle einer "Schubsituation" der rheumatologischen Grunderkrankung empfiehlt sich hausärztlicherseits eine Kontrolle von BSG, CRP, Blutbild und organbezogenen Laborparametern. Sollte eine sofortige Kontaktaufnahme zum Rheumatologen nicht möglich sein, kann hilfsweise eine Prednisolongabe erfolgen (zum Beispiel 3 Tage 20 mg Prednisolonäquivalent, anschließend jeden 3. Tag um 2,5 mg reduzieren bis zur ursprünglichen Erhaltungsdosis) [3].

Fehlermanagement im Praxisalltag

Vermeidbare diagnostisch-therapeutische Fehler gehören zum täglichen Problemund Aufgabengebiet im Praxisalltag. Zu den Fehlerquellen gehören beispielsweise nicht korrekt eingesetzte Diagnostika, Fehlinterpretationen von Befunden. Nicht-Bestimmung oder -Durchführung richtungsweisender Diagnostika, ungeeigtherapeutisch-pharmakologische und differenzialindikative physikalische Verordnungen oder wenig zielführende Änderungen in den Lebensgewohnheiten einschließlich der Ernährung.

Tab. 3: Medikamenteninteraktion mit Laborparametern		
BSG ↓	Glukokortikoide	
AP↑	Allopurinol, Methotrexat, Naproxen, Sulfasalazin, Antibiotika (Cotrimoxazol, Erythromycin, Isoniazid, Oxacillin, Penicillamin etc.), Fluor	
GGT ↑	Erythromycin, Carbamazepin, orale Kontrazeptiva	
GGT ↓	Clofibrat	
Harnsäure ↑	Thiazid- u. Schleifendiuretika, Ciclosporin	
Harnsäure ↓	Allopurinol, Benzbromaron, Clofibrat, Phenylbutazon	
Kreatinin ↑	Cimetidin, NSAR, Cotrimoxazol, Ciclosporin	
Calcium ↑	Tamoxifen	
Calcium ↓	Lithium, Propranolol	

Ziel des folgenden Teils ist es, mögliche Fehlerquellen darzulegen und anhand von ausgewählten Kasuistiken aus der Praxis zu vertiefen.

Beispiele für Fehlerquellen im Labor 「10−12]

- 1. falscher Abnahmezeitpunkt (zum Beispiel "zirkadiane Rhythmiken" → endogene Cortisolproduktion, "saisonale Schwankungen"→ 25 Vitamin D3)
- 2. physiologisch bedingte Einflüsse durch Alter und Geschlecht (zum Beispiel zunehmende Autoimmunphänomene mit steigendem Lebensalter)
- 3. Stress/Operationen (zum Beispiel Anstieg der Harnsäure)
- 4. Erkrankungen mit Einfluss auf die Laboranalytik (BSG normwertig trotz Entzündungsschubes bei Polyglobulie, Polycythämia vera, Sichelzellanämie; CK ↑ bei Makro-CK oder Hypothyreose; ANA ↑ medikamentös induziert → Histon-AK hilfreich)
- 5. Material falsch abgenommen/zu lange gelagert (zum Beispiel Kryoglobuline nicht in vorgewärmten Röhrchen abgenommen, ACE-Abnahmeröhrchen

- nicht auf Eis gelagert, geringe präanalytische Stabilität von Osteocalcin)
- 6. Medikamenteneinfluss auf Laborparameter (siehe Tabelle 3, [10])

Hinweis: Bei der Bestimmung von Rheumafaktoren und Auto-Antikörpern ist zu beachten, dass ein "positiver" Laborbefund noch keine Diagnose macht. Es ist stets das Gesamtbild zu berücksichtigen. Das betrifft auch die differenzialindikative Interpretation von Laborparametern, auch diese müssen eng mit dem klinischen Befund interpretiert werden.

Interpretation von Laborparametern,

- 1. Rheumafaktoren weisen etwa 20 Prozent und HLA-B27 etwa zehn Prozent der gesunden europäischen Normalbevölkerung auf, ohne dass eine entzündlich-rheumatische Grunderkrankung gegeben sein muss.
- 2. Ein erhöhter ASL-Titer ist bei fehlenden Hinweisen für ein rheumatisches Fieber oder ein Poststreptokokkenrheumatismus meist als "Serumnarbe" nach früher stattgehabten Strepto-

- kokkeninfekten zu deuten und bedarf keiner Antibiose.
- 3. Eine Yersinien-Arthritis wird nicht antibiotisch therapiert, da es sich um eine immunologisch getriggerte Arthritis handelt. Das AK-Titermaximum tritt ein bis zwei Wochen nach der Infektion und die Arthritis etwa vier bis acht Wochen post-infektionem auf.
- 4. Ein alleinige positive Borrelien-Serologie rechtfertigt keine antibiotische Therapie, schon gar nicht eine wiederholte Antibiose, da dieser Titer lebenslang bestehen kann.
- 5. Bei einem akuten Gichtanfall (Arthritis urica) können die Harnsäurewerte durchaus bis zu zwei Wochen danach normwertig sein. Im Gelenkpunktat können die Leukozyten bis zu 60.000 pro mm³ betragen und eine bakterielle Infektion vortäuschen (mikrobielle Untersuchung ist jedoch negativ). Fehlende Harnsäurekristalle im Gelenkpunktat bei "gichtanfallsartiger Symptomatik" sollten differenzialdiagnostisch an eine Pseudogicht (Calciumpyrophosphatkristalle) denken lassen (Nachweis im Punktat und radiologisch vorhandene Kalzifikationen im hyalinen- und Faserknorpel).

Beispiele für Befund-Fehlinterpretationen [11-17]

- 1. Bei rheumatoider Arthritis (RA) ist die Koexistenz mit einer Psoriasis vulgaris möglich, hilfreich ist zur korrekten Diagnosestellung die Klinik (Gelenktropismus: RA symmetrischer Befall der Hand-, MCP- und PIP-Gelenke, Psoriasis-Arthritis: Transversalbefall der Hände, Strahlbefall Finger/Zehen) und das Röntgenbild (nur die Psoriasis-Arthritis zeigt eine "Plus- und Minusvariante" mit entsprechenden destruktiven Manifestationen und proliferativen Anbauten).
- 2. Eine Psoriasis vulgaris geht oft mit er-Harnsäurewerten ("Hautzellzerfall"), ohne Auslösung einer Arthritis urica und meist nicht erforderlicher harnsäuresenkender Medikation (Empfehlung: zunächst Kontrolle der Harnsäurewerte und der Klinik).
- 3. Auf eine bestehende erosive Fingerpolyarthrose kann sich eine RA "aufpfropfen", hilfreich sind hier zur Diagnosestellung meist das Labor (Rheumafak-

- toren, anti-CCP-AK, BSG, CRP) und ein MRT (mit Kontrastmittel) der Hände.
- 4. Bei Migrantinnen mit Verdacht auf eine Fibromyalgie sollte ein 25 Vitamin D3-Defizit ausgeschlossen werden (eine D-Hypovitaminose macht ein "pseudorheumatisches" Schmerzbild, ähnlich einer Fibromyalgie).
- 5. Hinter einer Bakerzyste kann sich eine tiefe Beinvenenthrombose "maskieren" (Doppler-Sonographie hilfreich zum Ausschluss), umgekehrt sollte ein unauffälliger Doppler stets die Suche nach einer Bakerzyste nach sich ziehen.
- Eine reaktive Arthritis kann bei chronischem Verlauf in eine ankylosierende Spondylitis übergehen (Röntgendiagnostik hilfreich, Nachweis von Syndesmophyten oder MRT).

- 7. Die Spätform einer rheumatoiden Arthritis (LORA) kann initial eine Polymyalgia rheumatica (PMR) vortäuschen (polymyalgiformer Beginn) und die Arthritiden/Synovitiden erst zeitlich später folgen.
- 8. Bei einer Sturzsenkung (> 60. Lebensjahr) sollte neben einer PMR und LORA auch an die Möglichkeit einer paraneoplastischen Arthritis in Erwägung gezogen werden, insbesondere bei unzureichendem klinischen und laborchemischen Ansprechen einer Glukokortikoidmedikation. Eine Eiweißelektrophorese muss stets durchgeführt werden, um ein MGUS/Plasmozytom nicht zu übersehen.
- 9. Ein negativer Röntgenbefund schließt eine floride und erst seit kurzer Zeit

- bestehende Sakroiliitis nicht aus, hilfreich ist hier die MRT-Untersuchung.
- 10. Bei einseitiger Sakroiliitis und Therapieresistenz sollte differentialdiagnostisch eine Sakroiliitis tuberculosa in Betracht gezogen werden (gehäuft im 3. Lebensjahrzehnt).
- 11. Eine messtechnische Osteoporose in der Knochendichtemessung (DXA-Befund) erfordert eine weitere ätiologische Abklärung (postmenopausale Osteoporose, sekundäre Osteoporose, Osteomalazie), da die therapeutischen Möglichkeiten erheblich differieren.
- 12. Bei der Auswertung von DXA-Befunden können an der LWS degenerative und entzündliche Veränderungen und sowie eine vorliegende Coxitis

Drei Fallbeispiele aus dem Praxisalltag

Drei Kasuistiken aus dem Praxisalltag sollen exemplarisch mögliche Fehlerquellen präsentieren.

Kasuistik 1:

Eine 65-jährige Patientin mit bekannter Polyarthrose und Polyglobulie stellt sich in der Ambulanz mit linksbetonten akuten Schulterschmerzen und anhaltender Steifigkeit vor. Sie ist Linkshänderin und aktive Golfspielerin. Im Röntgenbild Zeichen der Omarthrose bds., kleine Sehnenansatzkalzifizierungen (links > rechts), Sonographisch keine entzündlichen Manifestationen an der linken Schulter objektivierbar. Labor: BB, Kreatinin, sGOT, sGPT, Harnsäure und BSG normwertig. Diagnose: akute Schulterperiarthropathie calcarea. Therapie mit NSAR und Injektionen jedoch erfolglos.

Fehler?

CRP nicht durchgeführt: 85 mg/l (BSG aufgrund der Polyglobulie nicht erhöht) korrekte Diagnose: Polymyalgia rheumatica. Unter Steroidtherapie rasche Beschwerdelinderung.

Kasuistik 2:

Eine 67-jährige Patientin stellt sich mit vorbekannter Polyarthrose in der Ambulanz mit zunehmenden Handgelenks- und Knieschmerzen vor. Sie ist Rechtshänderin und arbeitet sehr gerne im häuslichen Garten. Im Röntgenbild und auch in der Sonographie Nachweis von Diskus-/Meniskusverkalkungen, kein Gelenkerguss. Laboranalyse: BB, Kreatinin, Harnsäure, CRP, BSG normwertig. sGOT, sGPT 1-fach erhöht. Abdomensonographie unauffällig. Diagnose: Chondrocalcinose bei vorbekannter Polyarthrose. Therapie mit NSAR wenig erfolgreich.

Fehler?

Eisenstoffwechsel nicht untersucht. Eisen, Ferritin, mäßig erhöht, EBK nur grenzwertig pathologisch, Transferrinsättigung 65 Prozent, HFE-Gen Analyse 63/282 heterozygot mutiert. korrekte Diagnose: Hämochromatose. Aderlasstherapie (Ferritin < 50 µg/L anstreben) und NSAR-Medikation.

Kasuistik 3:

Eine 29-Jährige stellt sich in der Ambulanz wegen "kalter Hände" seit dem 16. Lebensjahr vor. Jüngst bestehen zudem wechselnde Gelenkbeschwerden, daher erfolgt eine bedarfsorientierte NSAR-Medikation. Vor drei Jahren im "Rheumalabor" ANA 1:160, Muster gesprenkelt, ANA-Differenzierung: Sm (+), ds-DNA-AK negativ, ANCA negativ, zirkulierende Immunkomplexe leicht erhöht. In den vergangenen drei Monaten subjektiver Leistungsverlust, Zunahme der akralen Durchblutungsstörungen einzelner Finger und neu auch der Zehen. BSG 20/35 mm/h, CRP 1,5 mg/dl, Leukozyten normwertig, ANA 1:80, ANCA negativ, Kryoglobuline negativ. Diagnose: V. a. Vaskulitis, Entscheid zur low-dose Prednisolon-Therapie. Nach vier Wochen zeigt die Patientin neu Zehennekrosen.

Fehler?

Raucheranamnese nicht abgefragt (15 bis 25 Zigaretten täglich seit dem 16. Lebensjahr). Korrekte Diagnose: Morbus Winiwarter-Buerger. Unter Nikotinverzicht Abheilung der Zehennekrosen und Rückgang der akralen Durchblutungsstörungen ohne jegliche Begleitmedikation.

- falsch hohe Knochendichtewerte verursachen ("Maskierung" einer Osteoporose).
- 13. Eine vorliegende Spondylosis hyperostotica kann durch Kapselverkalkungen eine Sakroiliitis im Röntgenbild vortäuschen, mittels MRT lässt sich jedoch eine Sakroiliitis definitiv ausschließen.

Fazit

Zur Gewährleistung der bestmöglichen Versorgung von Rheumatikern ist eine Frühdiagnose und Therapie in Kooperation mit dem hausärztlichen Bereich unabdingbar, denn nur durch eine interdisziplinäre gute Zusammenarbeit profitieren Patienten von einem raschen Behandlungsbeginn. Nur eine möglich früh einsetzende und langfristige weitergeführte Therapie kann die Krankheitsaktivität nachhaltig abschwächen. Aber auch die Verordnung von differenzialindikativen physikalischen Therapiemaßnahmen sollte stets im multimodalen Behandlungskonzept berücksichtigt werden, zumal die Verordnung bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen bundesweit extrabudgetär erfolgt.

> Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Lange, Univ.-Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner

Interessenkonflikte: keine

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

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Lange Professur für Internistische Rheumatologie, Osteologie, Physikalische Medizin Justus-Liebig-Universität Gießen Kerckhoff-Klinik, Abtlg. Rheumatologie, Osteologie, Physikalische Medizin Benekestr. 2-8, 61231 Bad Nauheim Fon: 06032-996-2101 E-Mail: U.Lange@kerckhoff-klinik.de

Literatur zum Artikel:

Diagnose und Therapie rheumatischer Erkrankungen in ärztlicher Kooperation und Fehlervermeidung im Praxisalltag

von Prof. Dr. med. Uwe Lange und Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner

- [1] Symmons D.P.M. Epidemiology and rheumatic diseases. In: Oxford Textbook of Rheumatology. Watts RA, Conaghan PC, Denton C, Foster H, Isaacs J, Müller-Ladner U (eds.), Fourth Edition, Oxford University Press, 2013, pp 203–11
- [2] Isenberg D, Zink A. Biologic registries. In: Oxford Textbook of Rheumatology. Watts RA, Conaghan PC, Denton C, Foster H, Isaacs J, Müller-Ladner U (eds.), Fourth Edition, Oxford University Press, 2013, pp257–63
- [3] Albrecht K, Lange U. Leitsymptom symmetrische Schwellungen der MCP-Gelenke. Klinikarzt 2013; 42(10):448–53
- [4] Machold KP, Stamm TA, Nell VP et al. Very recent onset rheumatoid arthritis: clinical and serological patient characteristics associated with radiographic progression over the first years of disease. Rheumatology 2007;46: 342–9
- [5] Emery P, Salmon M. Earloy rheumatoid arthritis: time to aim for remission? Ann Rheum Dis 1995;54:944–7
- [6] van der Linden MP, le Cessie S, Raza K et al. Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. Arthritis Rheum 2010;62: 3537–46

- [7] Puolakka K, Kautiainen H, Möttönen T et al. Early suppression of disease activity is essential for maintenance of work capacity in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: five-year experience from the FIN-RA-Co trial. Arthritis Rheum 2005; 52:36–41
- [8] Scirè CA, Lunt M, Marshall T et al. Early remission is associated with improved survival in patients with inflammatory polyarthritis: results from the Norfolk Arthritis Register. Ann Rheum Dis 2014;73: 1677–82
- [9] Kuipers JG, Zeidler H, Köhler L. Medal Rheumatologie. Kriterien für die Klassifikation, Diagnosen, Aktivität und Prognose rheumatologischer Erkrankungen. A. Auflage, Wiskom-Verlag, 2006
- [10] Lange U., Müller-Ladner U. Potenzielle rheumatologische Medikamentenwechselwirkungen im Alter. Orthopäde 2012; 41:439–45
- [11] Priem S, Sieper J, Krause A, Hiepe F, Rudwaleit M, Keysser G, Volk H-D, Reinke P. Labor. In: Interdisziplinäre klinische Rheumatologie. Zeidler H, Zacher J, Hiepe F (Hrsg). Springer, Heidelberg, S. 158–93, 2001
- [12] Lange U, Hermann W, Müller-Ladner U. Diagnostik und Therapie rheuma-

- tischer Erkrankungen. Fehlermanagement im Praxisalltag. Orthopädie & Rheuma 2010; 2: 36–40
- [13] Zeidler H. Seropositive chronische Polyarthritis. In: Interdisziplinäre klinische Rheumatologie. Zeidler H, Zacher J, Hiepe F (Hrsg). Springer, Heidelberg, S. 617–51, 2001
- [14] Genth E. Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastorintestinalen Erkrankungen. In: Interdisziplinäre klinische Rheumatologie. Zeidler H, Zacher J, Hiepe F (Hrsg). Springer, Heidelberg, S. 662–73, 2001
- [15] Schnarr S, Jendro MC, Wollenhaupt J, Zeidler H. Reaktive Arthritiden. In: Interdisziplinäre klinische Rheumatologie. Zeidler H, Zacher J, Hiepe F (Hrsg). Springer, Heidelberg, S. 584–603, 2001
- [16] Lange U. Gicht und andere Kristallarthropathien. In: Dietel M, Suttorp N, Zeitz M (Hrsg.) Harrison's Principles of Internal Medicine. Deutsche Ausgabe, 17. Auflage, 2674– 2678, 2008
- [17] Tarner IH, Erkal MZ, Obermayer-Pietsch B, Hofbauer L, Bergmann S, Goettsch C, Madlener K, Müller-Ladner U, Lange U. Osteometabolic and ostegenetic pattern of Turkish immigrants in Germany. Exp Clin Endocrinol Diabetes 2012; 120:517–23

Leitsymptom symmetrische Schwellungen der Fingergrundgelenke

Uwe Lange, Walter Hermann, Marc Frerix, Ulf Müller-Ladner

Geschwollene Fingergelenke, da keimt sofort der Gedanke auf, es könnte eine entzündlich-rheumatische Erkrankung sein. Doch welche? Häufig bestehen bei den betroffenen Patienten auch degenerative Veränderungen im Sinn einer Fingerpolyarthrose, die möglicherweise die Beschwerden erklären könnten. Wann sollte in der Praxis eine entzündlich-rheumatische Grunderkrankung abgeklärt werden? Die vorliegende Kasuistik fokussiert auf Leitsymptomatik "symmetrische Schwellungen der Fingergrundgelenke" mit entsprechender Diagnostik, differenzialdiagnostischer Betrachtung und möglichen Therapieoptionen.

Fallbericht

Eine 55-jährige Sekretärin klagt über zunehmende Schmerzen und Schwellungen der Fingergrundgelenke beidseits, die seit etwa einer Woche bestehen. Bereits seit zwei Monaten sind die Handgelenke mit rezidivierenden Schmerzen betroffen und der rechten Ellenbogen sei schmerzhaft geschwollen und lasse sich nicht mehr durchstrecken. Besonders das Schreiben am Computer verursache Probleme aufgrund einer Einschränkung der feinmanuellen Tätigkeit. Die Finger seien morgens etwa zwei bis drei Stunden steif. Ferner werden eine zunehmende Müdigkeit und Abgeschlagenheit angegeben. Weder aktuell noch in den Monaten zuvor bestand ein Infektgeschehen. Auf Nachfragen werden Beschwerden im Kopf-Hals-Bereich, am Herzen, der Lunge, dem Gastrointestinaltrakt, den Nieren und Genitaltrakt verneint, ebenso Fieber.

Bei der Inspektion der Hände fällt sofort eine Schwellung der Fingergrundgelenke 2 bis 4 rechts und 2 bis 3 links mit verstrichenem "Wellenrelief" auf (Abbildung 1). Der Spitzgriff der Fingergelenke ist deutlich eingeschränkt, zudem Kompressionsschmerz der Fingergrundgelenke (positives Zeichen



Abb 1: Entzündlich-exsudative Schwellungen der Fingergrundgelenke 2 bis 4 rechts und 2 bis 3 links

nach Gaenslen), Volarbeugeschmerz beider Handgelenke und Vorfußkompressionsschmerz an den Zehengrundgelenken. Schwellung und Streckdefizit des rechten Ellenbogens von 15

Die allgemein-internistische und orientierende neurologische Untersuchung war unauffällig.

Im Labor ergaben sich folgende Befunde: Leukozyten erhöht mit 10.300/µl, CRP erhöht mit 1,8 mg/dl, BSG 35/57 mm/h, Harnsäure 7,8 mg/dl, antinukleäre Antikörper leicht erhöht mit 1:320, Rheumafaktoren negativ, übrige Werte (Blutbild, Kreatinin, Leberwerte) im Normbereich.

Mögliche Verdachtsdiagnosen

Anhand dieser Befunde und der vorliegenden Anamnese kommen differenzialdiagnostisch mehrere Erkrankungen als Ursache der Beschwerden in Betracht [3, 7]:

· Rheumatoide Arthritis

Für das Vorliegen einer in der Regel destruierend verlaufenden rheumatoiden Arthritis (RA), von der Frauen häufiger betroffen sind als Männer, spricht die symmetrische Gelenkbeteiligung. Klassischerweise treten die Beschwerden einer RA auf beiden Seiten auf. Die Beteiligung von Hand- und Fingergrundgelenken (Metacarpophalangeal=MCP) sind charakteristisch für eine RA, einzelne oder mehrere Fingermittelgelenke (PIP) können ebenfalls betroffen sein. Die angegebene Morgensteifigkeit von zwei bis drei Stunden Dauer ist ein wichtiger differentialdiagnostischer Hinweis, da eine lange Steifigkeit der Gelenke von ≥ 1/2 Stunde Dauer zumeist durch eine entzündliche Grunderkrankung wie die einer RA hervorgerufen wird. Die Allgemeinsymptomatik und die erhöhten Entzündungsparameter passen ebenfalls zu einer RA.

Fingerpolyarthrose Die degenerative Fingerpolyarthrose tritt an den Fingermittel- und Endgelenken so-

Fortbildung

wie am Daumensattelgelenk auf. Eine Morgensteifigkeit der Hände wird auch hier sehr häufig von Patienten berichtet, allerdings ist diese mit bis zu 30 Minuten von kürzerer Dauer. Oft hilft auch die Frage weiter, ob Wärme oder Kälte die Beschwerden bessert, da Schmerzen und Steifigkeit einer Arthrose in den meisten Fällen auf Wärmeapplikation gut anspricht, wohingegen sich die Beschwerden einer akuten entzündlich-bedingten Gelenkschwellung häufiger unter Kälteeinfluss bessern.

• Systemischer Lupus erythematodes Zu einem systemischen Lupus erythematodes passt der Gelenkbefall, die Allgemeinsymptomatik, die leicht erhöhten ANA-Werte und die beschleunigte Blutsenkungsgeschwindigkeit. Was aber nicht passt, ist das erhöhte C-reaktive Protein (CRP). Auch schildert die Patientin keinerlei Hautbeteiligung (typischerweise ein Schmetterlingserythem), Fieber oder Organprobleme, die aber bei einem Lupus häufig auftreten.

Mischkollagenose

Diese Diagnose ist auszuschließen, da die Patientin keine Organsymptome wie eine Sicca-Symptomatik, ein Raynaud-Syndrom oder eine Muskelschwäche aufweist.

Arthritis urica

Für das Vorliegen einer Gicht-Arthritis könnte die leicht erhöhte Harnsäure sprechen. Allerdings beginnt die Arthritis urica in der Regel an einem Gelenk (meist Großzehengrund-, Sprung- oder Kniegelenk) und nicht polyartikulär, zudem ist ein Gichtanfall ein sehr akut einsetzendes Ereignis mit plötzlich beginnenden sehr starken Schmerzen, einhergehend mit einer Rötung und Überwärmung des Gelenkes. Die hier vorliegenden erhöhten Harnsäurewerte können auch bei einer purinreichen Kost, vermehrtem Alkoholkonsum oder einer Diuretika-Therapie auftreten.

· Arthritis psoriatica

Die Arthritis psoriatica (APS) tritt asymmetrisch auf. Dabei können ein oder mehrere Gelenke der oberen und unteren Extremität betroffen sein. Wenn sich eine Arthritis psoriatica an den Händen manifestiert, dann entweder an den Fingerendgelenken (sogenannter Transversalbefall) oder an einem ganzen Finger/Zeh (End-, Mittel- und Grundgelenk). In letzterem Fall imponiert die Erkrankung als "Wurstfinger" oder "Wurstzehe". Häufig sind kaum erhöhte Entzündungsparameter zu finden, auch die Allgemeinsymptomatik kommt seltener vor als bei einer RA. Das Nichtvorliegen von Psoriasis-typischen Hautläsionen ist aber kein Gegenbeweis einer APS, da es auch eine "Arthritis psoriatica sine psoriase" gibt, bei der die Hautbeteiligung fehlt oder erst im weiteren Verlauf der Erkrankung auftritt.

· Granulomatöse Polyangiitis (ehem. Morbus Wegener)

Die granulomatäse Polyangiitis verursacht eher Arthralgien ohne einhergehende Schwellung. Die Allgemeinsymptomatik und die Entzündungswerte passen zwar ins Bild, nicht aber die Tatsache, dass die Patientin keine Organsymptomatik, insbesondere im Bereich HNO, Lunge oder Niere aufweist.

Hämochromatose

Arthralgien, Morgensteifigkeit und erhöhte Entzündungsparameter treten auch bei einer Hämochromatose auf. Die Beteiligung aller Fingergrundgelenke spricht jedoch gegen dieses Erkrankungsbild. Bei einer Hämochromatose sind klassischerweise die MCP-Gelenke zwei und drei betroffen. Eine Lebervergrößerung, Diabetes mellitus und eine erhöhtes Ferritin bzw. eine hohe Transferrinsättigung würden für die Diagnose einer Hämochromatose sprechen.

Wichtige klinische Untersuchungen

Generell ist eine ausgeprägte Schwellung über den Fingergelenken und am Handgelenk gut sichtbar, kann aber auch durch eine Tenosynovitis hervorgerufen werden. Hier ist eine Palpation und vorsichtige Bewegung des Gelenkes erforderlich, um eine synovitische Schwellung im Gelenk zu tasten und von der oberflächlich gelegenen Tenosynovitis (oder auch von einer Weichteilschwellung bei der Gichtarthritis) zu differenzieren. Bei einer Entzündung im Handgelenk ist die Volarbeugung schmerzhaft. Ebenso löst eine leichte Kompression der Hand Schmerzen bei einer Entzündung in den Fingergrundgelenken aus (positives Zeichen nach Gaens-

In der Praxis fällt auf, dass betroffene Patienten bei der Begrüßung nur sehr vorsichtig die Hand geben. Auch der Spitzgriff (Zusammenführen von Fingerspitzen und Daumenspitze) und der Faustschluss sind bei Gelenkschwellungen an der Hand erschwert. Die Zehengrundgelenke sind bei Vorliegen einer Gelenkentzündung ebenfalls unter Kompression schmerzhaft (Vorfußkompressionsschmerz), zusätzlich sollten die Grundgelenke auch einzeln palpiert werden, um festzustellen, ob nur ein oder mehrere Gelenke betroffen sind. Nachfolgend ist eine komplette internistische körperliche Untersuchung erforderlich, die das komplette Bewegungssystem einschließt. Hierbei ist neben der Beweglichkeit der übrigen peripheren Gelenke und der Wirbelsäule (häufige Halswirbelsäulenbeteiligung bei einer RA) auch auf den Lymphknotenstatus (Schwellungen können im Rahmen von Kollagenosen auftreten) und Hautveränderungen (zum Beispiel Psoriasis, Erytheme) zu achten.

Ergänzende Diagnostika

Weiterführende Labordiagnostik

Eine komplette rheumatologische Labordiagnostik umfasst neben den erhobenen Entzündungsparametern und antinukleären Faktoren (ANA) die Bestimmung der Rheumafaktoren und der Anti-CCP-Antikörper (auf cyclisches citrulliniertes Peptid). Hochtitrige positive Rheumafaktoren und Anti-CCP-Antikörper gelten heute als prädiktiv für den weiteren Verlauf der Erkrankung und sprechen für eine eher destruierende Entwicklung, so dass diese Aussage auch für die Therapieauswahl von Bedeutung ist. Es sollte aber beachtet werden, dass ca. 15 Prozent der gesunden europäischen Bevölkerung Rheumafaktorpositiv sind, der Antikörpertiter allein besagt also noch nicht, dass jemand tatsächlich eine rheumatische Erkrankung bekommt.

Genauso gibt es auch schwere Verlaufsformen einer seronegativen rheumatoiden Arthritis, bei der keine Rheumafaktoren vorliegen. Die Anti-CCP-Antikörper finden sich innerhalb des Synovialgewebes und der Gelenkflüssigkeit bei Patienten mit RA und können im Serum auch schon Jahre vor Ausbruch der Erkrankung nachgewiesen werden. Sie werden auch bei vielen RA-Patienten mit negativem Rheumafaktor nachgewiesen und haben sich dadurch zu einem wertvollen spezifischen Marker für die RA etabliert [3, 8].

Für die differenzialdiagnostische Abklärung einer Kollagenose können noch die Komplementfaktoren C3 und C4 bestimmt werden, beide werden im Schub einer Kollagenose verbraucht, nicht jedoch bei einer RA. Auch die extrahierbaren antinuklären Antikörper (ENA), antizytoplasmatische Antikörper und der Urinstatus werden bestimmt, wenn eine Kollagenose oder eine Vaskulitis ausgeschlossen werden muss [3, 8].

Im vorliegenden Fall waren die Rheumafaktoren negativ, aber die nachträglich bestimmten Anti-CCP-Antikörper (hochspezifisch für eine rheumatoide Arthritis) mit 160 RE/m I deutlich erhöht, ENA negativ, Komplement normal und U-Status o.B., Eisen und Ferritin normwertig. Diese Befundkonstellation deutet ebenso wie der klinische Untersuchungsbefund auf eine RA hin.

Röntgenuntersuchung

Besteht der Verdacht auf das Vorliegen einer RA, werden neben den klinisch betroffenen Gelenken immer auch beide Hände und Füße radiologisch untersucht. 20 Prozent der RA-Erkrankungen beginnen an den Zehengrundgelenken, ohne dass größere Beschwerden auftreten. Wenn die Vermutung besteht, dass eine Basistherapie durchgeführt werden muss oder eine Kollagenose ausgeschlossen werden soll, ist außerdem eine Thoraxaufnahme erforderlich. Die Röntgenbilder der Hände waren im vorgestellten Fall komplett unauffällig.



Abb. 2: Entzündlich-destruierende Veränderungen an vereinzelten Metatarsalköpfchen

Auf den Aufnahmen der Vorfüße waren beidseits entzündlich-destruierende Veränderungen an vereinzelten Metatarsalköpfchen zu sehen (siehe Abbildung 2). Nach einem langjährigen Verlauf einer RA ist oft auch die Halswirbelsäule im Bereich des ersten und zweiten Halswirbelkörpers (atlanto-axiale Dislokation) betroffen. Die Patienten weisen als Frühsymptom eine Beeinträchtigung beim Gehen auf und stolpern häufig, zudem können bei Inklination und Reklination Sensibilitätsstörungen in den Armen auftreten, neben einem klassischen C2-Kopfschmerz im Bereich des Hinterhauptes. Weiterhin kann sich die RA auch extraartikulär manifestieren, zum Beispiel mit vaskulitischen Veränderungen, Rheumaknoten an den Ellenbogenstreckseiten oder auch mit einer Bakerzyste [7].

Arthrosonographie

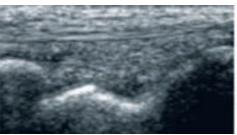
Mittels Sonographie können gerade die oberflächlichen Hand-, Finger- und Zehengelenke sehr gut untersucht werden. Das Vorliegen einer Synovitis wird durch eine vermehrte Flüssigkeitsansammlung, die Ausbreitung des synovitischen Gewebes sowie eine mögliche Doppleraktivität innerhalb der Synovia als Zeichen der Hyperämie und Proliferation des entzündlichen Gewebes nachgewiesen. Auch knöcherne Erosionen und angrenzende Weichteilveränderungen (Tenosynovitis, Zysten, Sehnenansatzveränderungen) können meist dargestellt und mit den erhobenen klinischen Befunden abgeglichen werden [8].

Bei der geschilderten Patientin zeigte sich sonographisch an den geschwollenen MCP-Gelenken eine Arthritis. Außerdem konnte eine Arthritis im rechten Handgelenk und rechten Ellenbogen nachgewiesen werden (siehe Abbildung 3). Damit ist in Zusammenhang mit dem klinischen und laborchemischen Befund die Diagnose einer RA bereits gesichert.

Diagnose

In Zusammenschau aller erhobenen klinischen, laborchemischen und bildgebenden Befunde liegt bei der Patientin eine seronegative, anti-CCP-AK positive rheumatoide Arthritis vor. Mit den neuen ACR/ EULAR (American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism) - Klassifikationskriterien von 2010 werden die Anzahl der betroffenen Gelenke (mit Hinweis auf eine Synovitis), die Rheumaserologie (RF/anti-CCP-AK), Entzündungsparameter (CRP/ BSG) und die Dauer der Symptome in einem Punktesystem beurteilt. Für eine "definitive RA" sind ≥ 6 von 10 Punkte erforderlich (siehe Tabelle 1, [1]). Mit diesen Kriterien können auch sehr frühe RA Fälle bereits als solche diagnostiziert werden, die nach den bisher verwendeten ACR-Kriterien noch nicht sicher als RA eingestuft worden wären.

Die vorgestellte Patientin hat auch nach den bislang verwendeten ACR-Kriterien von 1987 eine RA im Stadium II nach ARA





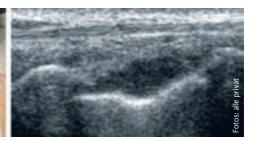


Abb. 3: Carpus links o. B. Carpusarthritis rechts

Fortbildung

(American Rheumatology Association), da bereits Destruktionen im Röntgenbild sichtbar sind.

Therapieoptionen

Die Therapie der RA setzt sich aus mehreren Bausteinen zusammen. Sie hat zum Ziel, das Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern, die Schmerzen der Patienten zu lindern, die Funktionalität der Gelenke zu erhalten und die funktionale Gesundheit zu bessern [2, 6, 7, 9].

Medikamentöse Therapie

· Nicht-steroidale Antirheumatika Zur primären Schmerzlinderung werden nicht-steroidale Antirheumatika (zum Beispiel Diclofenac, Ibuprofen) oder selektive Cox-2 Hemmer (Celecoxib, Etoricoxib) eingesetzt. Ihre Wirkung setzt sofort ein, erlischt aber auch sofort nach Absetzen der Therapie.

Glukokortikoide

Für die Überbrückung des Zeitraums bis zu einer spürbaren Wirkung der Basistherapien hat sich die Gabe von Glukokortikoiden etabliert. Diese werden im Normalfall mit 20 mg Prednisolonäquivalent/ Tag gestartet und nachfolgend um 2,5 mg alle drei bis vier Tage reduziert, ab 10 mg je nach individuellem Befund langsamer, zum Beispiel in 1 mg Schritten bis auf eine Erhaltungsdosis zwischen 5 bis 7 mq/Taq. Diese kann dann je nach Ansprechen auf die Basistherapie langsam komplett ausgeschlichen oder für einen längeren Zeitraum beibehalten werden, da sie auch in geringerem Umfang krankheitsmodifizierend wirken und dadurch das Fortschreiten destruierender Prozesse reduzieren können. In jedem Fall sollte bei gleichzeitiger NSAR und Glukokortikoid-Gabe ein Protonenpumpenhemmer zur Magenprotektion eingesetzt werden, da sich unter der Kombination von Glukokortikoiden und NSAR das Ulkusrisiko verfünffacht.

Basistherapie/Langzeittherapie

Für die medikamentöse Behandlung der RA stehen viele Basistherapeutika zur Verfügung. Hier kann man sich an der Leitli-

Tab	. 1: ACR/EULAR Klassifikationskriterien für rheumatoide Arthritis [1]	Score
A	Gelenkbeteiligung (Synovitis) 1 großes Gelenk* 2–10 große Gelenke 1–3 kleine Gelenke* (mit/ohne Beteiligung von großen Gelenken) 4–10 kleine Gelenke (mit/ohne Beteiligung von großen Gelenken) > 10 Gelenke (davon mindestens 1 kleines Gelenk)	0 1 2 3 5
В	Serologie (mind. 1 Testergebnis erforderlich) Negative RF und negative CCP-AK Niedrig-positive RF oder niedrig-positive CCP-AK Hoch-positive RA oder hoch-positive CCP-AK	0 2 3
С	Akute-Phase-Reaktion (mind. 1 Testergebnis erforderlich) Unauffälliges CRP und unauffällige BSG Erhöhtes CRP oder beschleunigte BSG	0
D	Dauer der Beschwerden < sechs Wochen > sechs Wochen	0

- * große Gelenke: Schulter, Ellenbogen, Hüftgelenk, Knie, Fußknöchel
- ** kleine Gelenke: Handwurzel-, Metacarpophalangeal-, proximale Interphalangeal-, Metatarsophalangealgelenke

nie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie orientieren, die ein sequentielles Vorgehen je nach Verlauf der Erkrankung empfiehlt [4].

In der Regel wird Methotrexat (MTX) als erste Basistherapie mit einer Dosis von 15 mg/Woche eingesetzt. Eine Dosissteigerung bis zu 25-30 mg/ Woche oder auch eine subkutane Applikation sind möglich, wenn die Krankheitsaktivität nicht komplett zurückgeht. Niedrigere Dosierungen sind beispielsweise bei einer eingeschränkten Nierenfunktion oder pulmonalen Begleiterkrankungen anzustreben.

Wenn MTX nicht eingesetzt werden kann oder nicht vertragen wird, gibt es mit Leflunomid und Sulfasalazin gute Alternativpräparate, die auch in der Kombinationstherapie zu Einsatz kommen. Diese kommt in Frage, wenn MTX als Monotherapie nicht ausreicht.

Mit den Antimalariamitteln Resochin und Hydroxychloroquin sowie Ciclosporin A, Azathioprin und andere stehen noch weitere krankheitsmodifizierende Basistherapeutika (DMARDs = disease modifying antirheumatic drugs) zur Verfügung. Diese werden jedoch aufgrund ihrer geringeren Wirksamkeit oder ihres Nebenwirkungsprofils nur als Ausweichpräparate empfohlen.

Reicht die alleinige DMARD-Therapie nicht aus, um die Krankheitsaktivität der RA vollständig zu unterdrücken, wird eine Therapie mit einem Medikament aus der Gruppe der Biologika eingesetzt. Diese wirken durch eine Blockierung von Entzündungsprozessen an unterschiedlichen Stellen der Entzündungskaskade. Die TNF-alpha Hemmer stehen hier aufgrund der längsten Erfahrungswerte an erster Stelle, weiterhin zählen Abatacept, Tocilizumab und Rituximab zu den Biologika. Bis auf den IL-1 Rezeptorantagonisten Anakinra haben alle Biologika für die RA eine vergleichbare Wirksamkeit gezeigt, so dass der Einsatz nach individuellen Vorgaben wie der Applikationsart (subkutan oder intravenös), Komorbiditäten und Komedikation der Patienten erfolgt. Unter allen Langzeittherapien sind klinische und laborchemische Verlaufskontrollen in vorgegebenen Abständen erforderlich.

Der von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. aktualisierte Therapiealgorithmus zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis ist Abbildung 4 zu entnehmen.

Physikalische Therapie

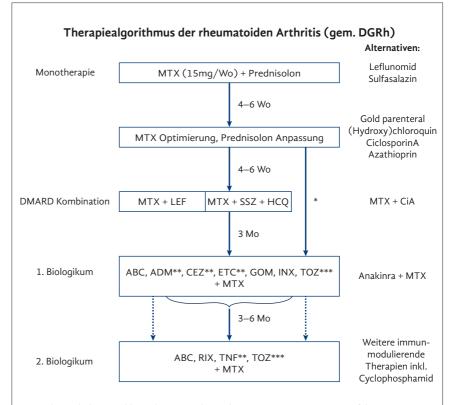
Ein weiterer therapeutischer Baustein umfasst den differenzialindikativen Einsatz physikalischer Therapiemaßnahmen. Diese Therapieoptionen sind genauso wichtig wie eine medikamentöse Therapie, um zu gewährleisten, dass die Funktionalität der Gelenke größtmöglich erhalten bleibt. Hier stehen Physiotherapie und Kälteapplikationen bei einem akuten Schub der Erkrankung im Vordergrund. Für passive-physikalische Therapieformen nach den Kriterien der Evidence-based Medicine ist die derzeitige Datenlage von niedrig-mäßiger Qualität zur Wirksamkeit. Zur Bewegungstherapie bzw. Kraft- und Ausdauertraining liegt eine sehr gute Datenlage vor [5]. Wichtig ist hierbei, dass im Gegensatz zu früher seit 2 Jahren diese Verordnungen deutschlandweit extra-budgetär sind!

Operative Therapie

Die Möglichkeiten der oft aufwendigen operativen Rheuma-Orthopädie sind verblüffend, besonders auch in Hinblick auf funktionelle Unabhängigkeit und Mobilität. Zu den möglichen Verfahren zählen die Synovektomie, Tenosynovektomie, Korrektureingriffe, Endoprothesenversorgung, Fixation einer atlanto-axialen Dislokation inklusive Spezialeingriffe.

Weitere Therapieformen

- Ergotherapie: unter anderem Unterweisung in den Gelenkschutz, Schienenversorgung.
- Radiosynoviorthesen und chemische Synoviorthesen.
- Kurorttherapie / Rehabilitation (ambulant/Stationär): In allen Stadien und Funktionsklassen der Erkrankung indiziert. Bei der Wahl des Kurortes die Reizintensität der Heilmittel berücksichtigen: Akratothermen, Schwefelwässer und Moorbäder sind sehr reiz-



- Vorliegen hoher Krankheitsaktivität, insbesondere mit ungünstigen Prognosefaktoren
- ** ADM, CEZ, ETC sind auch für die Monotherapie zugelassen, wenn MTX nicht einsatzbar ist *** TOZ ist auch für die Monotherapie zugelassen, wenn MTX nicht einsetzbar ist und hat sich in Studien als gleich effektiv in Monotherapie und in Kombination mit MTX erwiesen

Abk.: ABC: Abatacept, ADM: Adalimumab, CEZ: Certolizumab, ETC: Etanercept, GOM: Golimumab, INX: Infliximab, RIX: Rituximab, TOZ: Tocilizumab, CiA: Ciclosporin A, HCQ: Hydroxychloroquin, LEF: Leflunomid, MTX: Methotrexat, SSZ: Sulfasalazin, TNF: TNF-Inhibitoren

intensiv und verbieten sich bei hoher Krankheitsaktivität. Die Wirksamkeit und der Nutzen der komplexen Kurorttherapie mit Nutzung ortsspezifischer Heilmittel ist auch durch kontrollierte Studien belegt [5].

Fazit

Klinische Befunde, die im Praxisalltag auf eine rheumatoide Arthritis hinweisen:

- · initial springende, oft asymmetrische verteilte Gelenkschmerzen -schwellungen, später auch symmetrischer Befall.
- · Mitbeteiligung von Sehnen und Sehnenscheiden.
- Einschränkung der Gelenkfunktionalität.
- Morgensteifigkeit der Hände > 30 Minuten Dauer (meist Stunden).

- · Akzentuierung der Schmerzen nachts und in den frühen Morgenstunden.
- Allgemeine Krankheitszeichen wie Müdigkeit, Abgeschlagenheit, verminderte Belastbarkeit.

Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Lange, Dr. med. Walter Hermann. Dr. med. Marc Frerix, Univ.-Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner

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

> Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Lange E-Mail: u.lange@kerckhoff-klinik.de

Literatur zum Artikel:

Leitsymptom symmetrische Schwellungen der Fingergrundgelenke

Von Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Lange, Dr. med. Walter Hermann, Dr. med. Marc Frerix und Univ.-Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner

- [1] Aletaha D, Neogi T, Silman AJ et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum 2010; 62(9):2569–81
- [2] Ciurea A, Distler O, Kyburz D. Rheumatoide Arthritis. In: Evidenzbasierte Therapie in der Rheumatologie. Müller-Ladner U (Hrsg), UNI-MED, 3. Auflage, S.46–81, 2012
- [3] Kiener HP, Redlich K. Chronisch entzündliche Krankheitsbilder. Chronische Polyarthritis (cP; Rheumatoide Arthritis, RA). In: Praktische Rheumatologie. Dunky A, Graninger W, Herold M, Smolen J, Wanivenhaus A (Hrsg.), Springer, 5. Auflage, S. 210–212, 2012
- [4] Krüger K, Wollenhaupt J, Albrecht K et al. S1-Leitlinie der DGRh zur sequenziellen medikamentösen Therapie der rheumatoiden Arthritis 2012. Adaptierte EULAR-Empfehlungen und aktualisierter Therapiealgorithmus. Z Rheumatol. 2012;71(7): 592–603
- [5] Reuss-Borst M. Rheumatoide Arthritis. In: Lehrbuch der Physikalischen Medizin in der Rheumatologie. Lange U. (Hrsg.), Rheuma Wissen, 2. Auflage, S. 119–129, 2012
- [6] Schneider M, Krüger K. Rheumatoide Arthritis – Frühdiagnose und Krankheitskontrolle. Dtsch Arztbl Int 2013; 110(27–28):477–84

- [7] Schulze-Koops H, Nigg A. Rheumatoide Arthritis und Sonderformen. In: Klinische Immunologie. Peter HH, Pichler WJ, Müller-Ladner U (Hrsg.), 3. Auflage, Elsevier, Urban & Fischer, S.265–281, 2012
- [8] Tarner I. Diagnostische Abklärung entzündlicher Gelenkerkrankungen. In: Klinische Immunologie. Peter HH, Pichler WJ, Müller-Ladner U (Hrsg.), 3. Auflage, Elsevier, Urban & Fischer, S.102–109, 2012
- [9] Albrecht K, Lange U. Leitsymptom symmetrische Schwellungen der MCP-Gelenke – Das Krankheitsbild der rheumatoiden Arthritis. Klinikarzt 2013; 42(10): 448–53

Spondarthritiden – richtungsweisende Befunde

Walter Hermann, Ulf Müller-Ladner, Uwe Lange

Michael K. ist 23 Jahre alt. Seit geraumer Zeit leidet er unter chronischen, tiefsitzenden Rückenschmerzen, die ihn vor allem nachts heimsuchen. Er war schon bei einer Reihe von Ärzten und wurde mit verschiedenen Schmerzmitteln versorgt, die zwar kurzfristig gut wirkten, jedoch keine dauerhafte Besserung erbrachten. In jüngster Zeit fiel dem Patienten auf, dass zusätzlich auch eine schmerzhafte Schwellung im rechten Kniegelenk auftrat. Es stellt sich jetzt die Frage, ob ein Zusammenhang dieser Beschwerden besteht.

Kreuzschmerzen gehören zu den Beschwerden, die am häufigsten in einer ärztlichen Praxis angegeben werden. Erhebungen zeigen, dass circa ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland angibt, in den vergangenen sieben Tagen Kreuzschmerzen verspürt zu haben [1]. Bei einem Teil dieser Patienten ist eine entzündlichrheumatische Erkrankung aus dem Formenkreis der sogenannten Spondarthritiden (SpA) die Ursache ihrer Beschwerden. Um in diesen Fällen eine frühzeitige effektive Therapie beginnen zu können, ist es wichtig, so schnell wie möglich die richtige Diagnose zu stellen.

Einteilung – Epidemiologie – **Symptomatik**

Die SpA kann man unterteilen in Fälle mit vorrangiger Wirbelsäulenbeteiligung (bekanntester Vertreter ist die ankylosierende Spondylitis = Morbus Bechterew, AS) sowie Erkrankungen, bei denen eine periphere Gelenkbeteiligung im Vordergrund steht (zum Beispiel Arthritis psoriatica, reaktive Arthritiden).

Typische Merkmale von Spondarthritiden sind [2, 3]:

- Mögliche Beteiligung des Achsen-Skeletts
- Neigung zu Enthesitiden
- Assoziation mit dem Antigen HLA B27
- Mögliche periphere Gelenkbeteiligung, wobei neben den großen stammnahen

- Gelenken auch die Finger oder Zehen z. Bsp in Form einer Daktylitis (Strahlbefall) betroffen sein können.
- Haut- und Schleimhautbeteiligung (zum Beispiel in Form einer Psoriasis vulgaris oder einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung)
- · Uveitis anterior

SpA treten bei 0,4 – 2 Prozent der Bevölkerung auf. Häufigster Vertreter dieser Krankheitsgruppe ist die AS (in Deutschland betroffen sind 0,3-0,5 Prozent der Bevölkerung) [4]. Weitere Erkrankungen dieses Formenkreises sind:

- · Arthritis psoriatica (Vorkommen bei zwischen 6-73 Prozent (!) der Patienten mit Psoriasis vulgaris [5]
- Infektreaktive Arthritiden
- Intestinale Arthropathien bei Morbus Crohn/Colitis ulcerosa oder Morbus Whipple
- SAPHO-Syndrom (Synovitis-Akne-Pustulose-Hyperostose-Osteitis-Syndrom)
- Juvenile Oligoarthritis Typ 2

Definiert wird die SpA als "eine entzündliche Wirbelsäulenerkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis, die mit verschiedenen muskuloskeletalen und extraskeletalen Manifestationen vergesellschaftet sein kann." [6]

Etwa 75 Prozent der Patienten mit einer axialen SpA leiden an chronischen Rückenschmerzen [2]. Die ersten Wirbelsäulenbeschwerden im Rahmen einer SpA

treten typischerweise im zweiten bis dritten Lebensjahrzehnt auf, wobei die Erstmanifestation auch deutlich später auftreten kann [7]. Der entzündliche Rückenschmerz unterscheidet sich klinisch im klassischen Fall deutlich von Beschwerden im Rahmen degenerativer Veränderungen oder rein muskulärer Verspannungen. An eine entzündliche Ursache sollte man denken, wenn einer oder mehrerer der folgenden Punkte erfüllt sind [6]:

- Der Patient schildert, dass er in der 2. Nachthälfte schmerzbedingt aufwacht. Die Schmerzen treten vor allem morgens beziehungsweise nach einer längeren Ruhephase auf.
- Die ersten Beschwerden treten vor dem 45. Lebensjahr auf.
- Es besteht ein schleichender Beginn.
- Die Schmerzen treten chronisch (über mindestens drei Monate) auf.
- Der Patient klagt über eine morgendliche Bewegungseinschränkung, die im Laufe des Tages zurückgeht.
- Die Symptomatik ist unter Bewegung rückläufig.
- Trotz der chronischen Schmerzen finden sich keine neurologischen Symptome.

Häufig findet sich auch eine positive Familienanamnese für entzündliche Wirbelsäulenerkrankungen sowie ein (im Vergleich zu degenerativen Veränderungen) gutes Ansprechen auf NSAR wie Ibuprofen oder

Eine periphere Gelenkbeteiligung äußert sich häufig als asymmetrische Oligoarthri-



Abbildung 1: Daktylitiden bei bekannter Psoriasis vulgaris mit Nagelbeteiligung

tis, wobei vor allem die großen Gelenke der unteren Extremität betroffen sein können. Dactylitiden sind zwar charakteristisch für diese Krankheitsgruppe, treten jedoch seltener auf. Gelenkentzündungen oder Enthesitiden treten bei ca. 30 Prozent der Patienten mit einer SpA auf [2]. Bei vielen Patienten findet sich eine sekundäre Osteoporose als weitere Komplikation einer SpA (im Rahmen einer AS Osteopenie bei 59 Prozent, Osteoporose bei 18 Prozent) [10]. Für die Praxis bedeutet dies, das bei vorbekannter SpA und Änderung des Schmerzcharakters in der Wirbelsäule immer auch an eine osteoporotische Fraktur als Ursache gedacht werden und eine entsprechende Diagnostik eingeleitet werden sollte [6]. Extraskeletale Manifestationen finden sich bei bis zu 40 Prozent der Patienten (siehe

Es ist unschwer zu erkennen, dass Erkrankungen aus dem Formenkreis der SpA entzündlich-immunologische Systemerkrankungen sind, die in vielen Fällen über eine reine Beteiligung des Bewegungsapparates hinausgehen und oft interdisziplinäre Behandlungskonzepte erfordern.

Diagnostik

SpA bilden eine Krankheitsgruppe, bei der häufig eine lange Zeit zwischen Symptombeginn und Diagnosestellung liegt. Die mittlere Zeit der Diagnoseverzögerung beträgt immer noch zwischen fünf und 14 Jahren [11]. Die Kunst besteht darin, die betroffenen Patienten aus der großen Gruppe der Patienten, die über Rückenschmerzen klagen, herauszufiltern (ca. 1-5 Prozent der Rückenschmerzpatienten in Allgemeinpraxen sind (nicht erkannte) SpA-Patienten) [12]. Die bereits beschriebenen klinischen Kriterien des entzündlichen Rückenschmerzes sind bereits stark hinweisend auf ein entsprechendes Krankheitsbild.

Körperliche Untersuchung

Zur klinischen Untersuchung gehören [6]:

- · Modifizierte Untersuchung nach Schober (Dornfortsatz L5, 10 cm nach cranial, bei Anteflexion Werte von > 4 cm).
- Untersuchung der Brustwirbelsäulenbeweglichkeit nach Ott (Dornfortsatz C7, 30 cm nach caudal, bei Anteflexion Werte von 3-4 cm).

Tabelle 1: Extraskeletale Manifestationen bei AS-Patienten [6]		
Uveitis	30–50%	
Chronentzündl. Darmerkrankung	4–10%	
Psoriasis	10-25%	
Aorteninsuffizienz	1–10%	
Reizleitungsstörungen des Herzens	1–33%	
Lungenbeteiligung	9–88%	
Osteopenie, Osteoporose	35–59%, 11–18%	
KHK, arterieller Hypertonus, Diabetes mellitus		

Tabelle 2: Sensitivität und Spezifität klinischer Parameter für das Vorliegen einer SpA [6]

	Sensitivität (%)	Spezifität (%)	Likelihood Ratio (LR)
Entzündlicher Rückenschmerz	69–75	75–80	3
Ansprechen auf NSAR	61–93	48-85	1,8-5,1
Enthesitis	15–37	89–94	3,4
Uveitis	10–22	97–99	7,3
Periphere Arthritis	40–62	90–98	4,0
Familienanamnese	25	96	6,4





Abbildung 2 und 3: Untersuchung der BWS-Beweglichkeit nach Ott

Tabelle 3: Einsatz von	bildgebenden Metho	oden bei SpA [6]

	Lokalisation	Entzündung	Knochen- zerstörung	Knochen- neubildung
Röntgen	Axial und peripher	(-)	++	+++
MRT	Axial und peripher	+++	+	+
Sonographie	Nur peripher	++	++	+
СТ	Überwiegend axial	(-)	+++	+++
Szintigraphie	Axial und peripher	++	-	-

Tabelle 4: Empfehlungen zur Diagnostik bei Verdacht auf Spondyloarthritis [21].

Anamnestische Parameter:

- Entzündlicher Rückenschmerz
- · Ansprechen des Rückenschmerzes auf NSAR
- Familienanamnese für SpA
- Aktuelle oder frühere Iritis
- Enthesitis der Ferse
- Periphere Arthritis
- Psoriasis
- M. Crohn/Colitis ulcerosa

Laborparameter HLA-B27/ CRP/ BSG

Bildgebung (Röntgen/MRT/ggf. CT)

Tabelle 5: Neue ASAS-Klassifikationskriterien für axiale SpA 2009 [6]:

Patienten mit chronischen Rückenschmerzen => 3 Mon., bei Beginn < 45 Jahre

Bildgebung (Röntgen, MRT)	HLA- B27 positiv
- Sakroiliitis	
plus	plus
- >= 1 weiteres SpA Zeichen*	- >= 2 weitere SpA-Zeichen*

*SpA-Zeichen:

Entzündlicher Rückenschmerz/ Arthritis/Enthesitis (Ferse)/ anteriore Uveitis/ Dakytlitis/ Psoriasis/ Kolitis bei chron. Entzündlichen Darmerkrankungen/ gutes Ansprechen auf NSAR/Familiengeschichte für SpA/HLA-B27 positiv/erhöhtes CRP

- Lateralbeweglichkeit der Wirbelsäule (Norm > 10 cm).
- · Zervikale Rotation am sitzenden Patienten (Norm > 70°).
- Tragus-Wand- oder Hinterhaupt-Wand-Abstand.
- Thoraxexkursion bei maximaler In- und Exspiration im 4. ICR (Norm > 5 cm). Diese gibt Rückschlüsse über eine Beteiligung der Costosternal- und -vertebralgelenke.

Bei bekannter SpA sollte die Wirbelsäulenbeweglichkeit auf diese Weise jährlich untersucht werden.

Labor

Der Nachweis des HLA-B27 Gens weist eine hohe Sensitivität (83–96 Prozent] und Spezifität (90–96 Prozent] sowie eine positive LR von 9,0 auf (LR = Likelihood Ratio. Diese drückt die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses bei bestimmten vorliegenden Faktoren aus) [13]. Daher ist bei Verdacht auf eine SpA die Bestimmung dieses Laborwerts empfehlenswert (wobei ein positives HLA-B 27 keineswegs beweisend für eine SpA ist!) [6]. Patienten mit positivem HLA-B 27 erkranken im Durchschnitt früher, haben eine höhere Krankheitsaktivität sowie häufiger Komplikationen wie eine Uveitis oder kardiale Manifestationen [14]. Verlaufskontrollen erübrigen sich für diesen Wert.

Die klassischen Entzündungswerte BSG und CRP lassen sind nur bei etwa der Hälfte der Patienten mit SpA auffällig [15]. Ihre Bestimmung empfiehlt sich dennoch, da sie bei unspezifischen Kreuzschmerzen in der Regel normwertig sind.

Bildgebung

Sowohl aktive entzündliche als auch chronische strukturelle Veränderungen können durch bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.

Konventionelles Röntgen

Mit konventionellen Röntgenaufnahmen lassen sich vor allem chronische knöcherne Strukturveränderungen nachweisen. Dazu gehören:

• Sakroiliitiden (Röntgen: Sensitivität 35 Prozent, Spezifität 95-100 Prozent)

Schwerpunktthema Rheumatologie



Abbildung 4: Röntgenaufnahme der Iliiosakralgelenke bei AS mit Sakroliliitis Grad III-IV beidseits



Abbildung 5: Typische Veränderungen der HWS bei AS mit Syndesmophyten, Begradigung der Wirbelkörpervorderkanten ("Spondylitis anterior")(**) und Zeichen einer (sekundären) Osteoporose

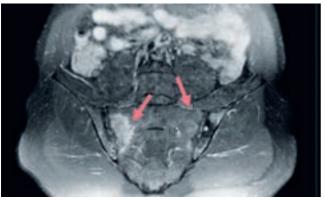


Abbildung 6: MRT bei Sacroiliitis bds. (links > rechts) mit Kontrastmittelanreicherung im Rahmen einer AS



Abbildung 7: MRT der BWS mit Zeichen einer Spondylitis

[16]. Hinweisend sind Sklerosen, Erosionen, Gelenkspaltverschmälerungen oder -verbreiterungen sowie Ankylosen [17]. Eindeutige knöcherne Veränderungen treten oft erst nach Jahren auf [18]. Gerade in der Frühphase zeigen sich somit häufig falsch negative Befunde. Mögliche Differenzialdiagnosen können zum Beispiel radiologisch ähnlich imponierende Veränderungen im Rahmen eines DISH-Syndroms oder eines M. Pagets sein. Indiziert ist die Durchführung einer Röntgenaufnahme der Iliosacralgelenke grundsätzlich bei Vorliegen eines Verdachts auf eine axiale Spondarthritis [6].

- Syndesmophyten/Ankylosierungen an der Wirbelsäule.
- Sklerosierungen an den Wirbelkörperecken ("shiny corners" oder Romanusläsion) als Hinweis auf eine stattgehabte Spondylitis.

- Erosionen der Wirbelkörper (Anderson-Läsionen) nach Spondylodiscitiden.
- · Wirbelkörpervorderwandbegradigun-

Welcher Wirbelsäulenabschnitt geröntgt werden sollte, hängt vom klinischen Bild ab. An LWS und BWS sollte die Untersuchung in zwei Ebenen erfolgen, bei der HWS reicht meist eine Seitaufnahme. Um ein Fortschreiten der Erkrankung zu erfassen, reichen meist Aufnahmeintervalle von mindestens zwei Jahren [6].

MRT

Mit dieser Untersuchungsmethode können vor allem frühe und aktive Entzündungsstadien festgestellt werden. Dazu benötigt man entweder Aufnahmen, die nach der sogenannten STIR-Technik durchgeführt wurden oder Darstellungen mit Kontrastmittel. Wichtigstes im MRT sichtbares Entzündungszeichen ist das Knochenmarködem. Weitere Hinweise können Synovitiden, Erosionen oder Ankylosen geben [19]. Die Spezifität eines positiven MRT an den Iliosacralgelenken beträgt bei klinisch nachweisbaren entzündlichen Rückenschmerzen 94 bis 99 Prozent, die Sensitivität 48-52 Prozent, die positive liegt bei LR 46 [20].

Die Indikation für die Durchführung eines MRT der Iliosacralgelenke (mit Kontrastmittel oder zumindest STIR-Sequenzen!) besteht (unabhängig von der Lokalisation der Rückenschmerzen!) bei Verdacht auf eine axiale Spa und unauffälligem Röntgenbild. Bei Wirbelsäulenbeteiligung im Rahmen einer axialen SpA ist das MRT der "Goldstandard", um Lokalisation und Ausmaß entzündlicher Veränderungen festzustellen [6]. Da eine Szintigrafie differenzialdiagnostisch keine wesentliche neue Aussage

Literatur zum Artikel:

Spondarthritiden – richtungsweisende Befunde

Von Dr. med. Walter Hermann, Univ.-Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner und Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Lange

- [1] NVL Kreuzschmerz, Langfassung, 6. August 2013, Version 4
- [2] Braun, J. and J. Sieper, Ankylosing spondylitis. Lancet, 2007. 369 (9570): p. 1379–90.
- [3] Rudwaleit, M., et al., The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis, 2009. 68(6): p. 777–83.
- [4] Braun, J., et al., Prevalence of spondylarthropathies in HLA-B27 positive and negativeblood donors. Arthritis Rheum, 1998. 41(1): p. 58–67.
- [5] Härle, P. Screening und Frühdiagnostik der Psoriasisarthritis. Z Rheumatol 2013. 72:764–770
- [6] S3 Leitlinie "Axiale Spondyloarthritis inclusive Morbus Bechterew und Frühformen", Langfassung, Version November 2013
- [7] Landewe, R., et al., Physical function in ankylosing spondylitis is independently determined by both disease activity and radiographic damage of the spine. Ann Rheum Dis, 2009. 68(6): p. 863–7.
- [8] Calin A et al. Clinical history as a screening test for ankylosing spondylitis. J Am Med Assn, 1977. 237: 2613–2614.
- [9] Sidiropoulos, P.I., et al., Evidence-based recommendations for the management of ankylosing spondylitis:

- systematic literature search of the 3E Initiative in Rheumatology involving a broad panel of experts and practising rheumatologists. Rheumatology (Oxford), 2008. 47(3): p. 355–61.
- [10] Karberg, K., et al., Bone loss is detected more frequently in patients with ankylosing spondylitis with syndesmophytes. J Rheumatol, 2005. 32(7): p. 1290–8.
- [11] Feldtkeller, E., et al., Age at disease onset and diagnosis delay in HLA-B27 negative vs.positive patients with ankylosing spondylitis. Rheumatol Int, 2003. 23(2): p. 61–6.
- [12] Calin, A., et al., The prevalence and nature of back pain in an industrial complex: a questionnaire and radiographic and HLA analysis. Spine (Phila Pa 1976), 1980. 5(2): p. 201–5.
- [13] Rudwaleit, M., et al., How to diagnose axial spondyloarthritis early. Ann Rheum Dis, 2004. 63(5): p. 535–43.
- [14] Chung, H.Y., et al., HLA-B27 positive patients differ from HLA-B27 negative patients in clinical presentation and imaging: results from the DESIR cohort of patients with recent onset axial spondyloarthritis. Ann Rheum Dis, 2011. 70(11): p. 1930–6.
- [15] Spoorenberg, A., et al., Relative value of erythrocyte sedimentation rate and C -reactive protein in assessment of disease activity in ankylosing spondylitis. J Rheumatol, 1999. 26(4): p. 980–4.

- [16] Sidiropoulos, P.I., et al., Evidence-based recommendations for the management of ankylosing spondylitis: systematic literature search of the 3E Initiative in Rheumatology involving a broad panel of experts and practising rheumatologists. Rheumatology (Oxford), 2008. 47(3): p. 355–61.
- [17] van der Linden, S., H.A. Valkenburg, and A. Cats, Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. Arthritis Rheum, 1984. 27(4): p. 361–8.
- [18] Mau, W., et al., Clinical features and prognosis of patients with possible ankylosing spondylitis. Results of a 10-year followup. J Rheumatol, 1988. 15(7): p. 1109–14.
- [19] Rudwaleit, M., et al., Defining active sacroiliitis on magnetic resonance imaging (MRI) for classification of axial spondyloarthritis: a consensual approach by the ASAS/OMERACT MRI group. Ann Rheum Dis, 2009. 68(10): p. 1520–7.
- [20] Weber, U., et al., Assessment of structural lesions in sacroiliac joints enhances diagnostic utility of magnetic resonance imaging in early spondylarthritis. Arthritis Care Res (Hoboken), 2010. 62(12): p. 1763–71.
- [21] Braun J, Sieper J. Spondyloarthritiden. Z Rheumatol 2010. 69: 425–434

Fortbildung

erbringt, sollte diese Untersuchungsmethode bei Verdacht auf eine SpA nicht eingesetzt werden! [6]

Therapie

Neben einer kontinuierlichen physikalischen Therapie werden in der Regel nichtsteroidale Antirheumatika als Mittel der ersten Wahl eingesetzt. Bei einer peripheren Gelenkbeteiligung kommt eine Behandlung mit klassischen DMARDs wie zum Beispiel Sulfasalazin in Betracht. Diese haben an der Wirbelsäule keine Wirksamkeit! Eine Sakroiliitis oder Spondylitis kann bei fehlender Wirksamkeit von NSAR mit Biologika behandelt werden.

Überweisung zum internistischen Rheumatologen

Die in Tabelle 4 angesprochenen klinischen und laborchemischen Parameter können darauf hinweisen, dass der betroffene Patient als Ursache seiner Rückenschmerzen an einer SpA leidet. Daher sollte eine rheumatologische Vorstellung dann angestrebt werden, wenn eine oder mehrere dieser Punkte erfüllt

Bei dem eingangs erwähnten Patienten konnte als gemeinsamer Nenner der aufgetretenen Symptome die Erstdiagnose einer AS mit einer peripheren Gelenkbeteiligung gestellt werden. Unter einer Therapie mit TNF-alpha-Inhibitoren

konnte letztendlich eine weitgehende Beschwerdefreiheit erreicht werden. Die bereits zur Gewohnheit gewordenen Rückenschmerzen sind komplett abgeklungen und auch von der Arthritis im Kniegelenk ist nichts mehr zu bemerken.

> Dr. med. Walter Hermann, Univ.-Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner, Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Lange

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

Ein rheumatologischer Notfall?

Polymyalgia rheumatica und Arteriitis temporalis (Riesenzellarteriitis)

VNR 2760602015106480004

Marc Frerix, Ulf Müller-Ladner, Uwe Lange

Fallbericht

Eine 57-jährige Patientin mit bekannter arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus und Migräne sucht ihren Hausarzt wegen seit zwei Tagen verschwommenen Sehen auf dem rechten Auge auf. Außerdem berichtet sie von einer depressiven Verstimmung-, und allgemeinen Krankheitsgefühl. Sie habe zudem diffuse Kopfschmerzen und muskelkaterartige Beschwerden seit circa einer Woche. Es erfolgt eine Verordnung von Diclofenac 75 mg 2x/Tag (plus Protonenpumpeninhibitor) zur Linderung der Muskelbeschwerden und Überweisung zur Augenärztin.

Eine Woche später berichtet die Patientin beim Augenarzt zusätzliche Probleme beim Kauen und eine zunehmende Sehverschlechterung. Mit der Verdachtsdiagnose einer Arteriitis temporalis überweist die Augenärztin an die gefäßchirurgischen Kollegen zur Biopsie, welche vier Tage später erfolgt. Zu diesem Zeitpunkt besteht bereits einen Sehverlust rechtsseitig und ist linksseitig ebenfalls eine Sehverminderung eingetreten. Alarmiert nimmt der Gefäßchirurg mit der rheumatologischen Abteilung Kontakt auf, tagegleich erfolgt die notfallmäßige stationäre Aufnahme und eine intravenöse Prednisolontherapie mit 200 mg täglich. Das histologische Ergebnis ist unauffällig, trotzdem kommt es im Verlauf zur dauerhaften Erblindung der Patientin.

Einleitung

Vaskulitiden gehören allgemein zu den selteneren rheumatologischen Erkrankungen. Eine gebräuchliche Einteilung der (primären) Vaskulitiden erfolgt nach der Gefäßgröße, wobei nach der revidierten Klassifikation der Chapel Hill Conference 2012 eine Unterscheidung von Vaskulitiden der großen, der mittelgroßen und der kleinen Gefäße sowie von Vaskulitiden variabler Gefäßgrößen erfolgt [1]. Die Vaskulitiden der kleinen Gefäße werden zusätzlich noch mal in ANCA-assoziierte und Immunkomplexassoziierte differenziert. Einen Überblick gibt Tabelle 1.

Für den Hausarzt und niedergelassen tätigen Internisten sind insbesondere eine Kenntnis der der Polymyalgia rheumatica (PMR) und Arteriitis temporalis (AT) von Bedeutung. Im Vergleich mit den selteneren Vaskulitiden mittlerer und kleiner Gefäße kommen jene relativ häufig im Praxisalltag vor, sind vergleichsweise einfach zu diagnostizieren und bedürfen einer zeitnah eingeleiteten Therapie, um vermeidbar schwere komplikative Verläufe wie im oben geschilderten Fall abzuwenden.

Polymyalgia rheumatica (PMR)

Die PMR wird aufgrund ihrer weiterhin ungeklärten Ätiologie klassischerweise nicht als Großgefäßvaskulits eingeordnet, allerdings besteht eine enge Verwandtschaft mit der AT bzw. Riesenzellarteriitis (RZA). Wenngleich die Angaben zur Inzidenz und Prävalenz abhängig vom Alter und je nach

geografischer Region schwanken, gilt die PMR in Deutschland als die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung nach dem 50. Lebensjahr. Frauen sind ca. zwei bis dreimal häufiger betroffen als Männer. Von vielen Rheumatologen wird die PMR den Patienten gegenüber auch als das "gute Rheuma" kommuniziert, weil sie in der Initialphase zwar mit einem erheblichen Leidensdruck einhergeht, aber sich in der Regel gut behandeln lässt und die Gelenke nicht zerstört werden. Aktuell wurden die neuen gemeinsamen Therapieempfehlungen der europäischen (EU-LAR) und amerikanischen Gesellschaft für Rheumatologie (ACR) zur Management der PMR herausgegeben [2], auf deren Basis weitgehend die nachfolgenden Empfehlungen basieren.

Anamnese und klinische Untersuchung der Polymyalgia rheumatica

Die Manifestation einer PMR vor dem 50. Lebensjahr gilt praktisch als ausgeschlossen. Die meisten betroffenen Patienten sind älter als 65 Jahre. Häufig berichten die Patienten über Nacht über plötzlich aufgetretene starke symmetrische Schmerzen der Oberarme und Schultern sowie gegebenenfalls der Oberschenkel und Hüftgelenke – deren Schmerzgrad wird nicht selten mit Werten zwischen 80-100 mm auf der visuellen Analogskala angegeben. Die maximale Beschwerdeausprägung tritt innerhalb weniger Tage bis maximal zwei Wochen auf und kann zu einer Mobilitätseinschränkung führen. Begleitend finden sich häufig eine depressive Verstimmung und selten subfebrile Temperaturerhöhungen.

In der klinischen Untersuchung werden häufig ein Oberarmdruckschmerz, eine Biszepssehnen-Entzündung sowie gelegentlich Druckschmerzen der Bursa trochanterica vorgefunden. Eine Übersicht gibt Merkkasten 1. Wegen der Überlappung zur AT / RZA sollte grundsätzlich auch diesbezüglich eine klinische Untersuchung erfolgen (siehe unten).

Arteriitis temporalis (AT) und Riesenzellarteriitis (RZA)

Der Begriff einer RZA wird uneinheitlich verwendet. Beispielsweise wird eine

Tabelle 1: Klassifizierung	der	Vaskulitiden	[1]]
----------------------------	-----	--------------	-----	---

Großgefäßvaskulitiden		Riesenzellarteriitis (inkl. Arteriitis temporalis)Takayasu-Arteriitis(Polymyalgia rheumatica)
Vaskulitiden mitt	elgroßer Gefäße	Polyarteriitis nodosa (= Panarteriitis nodosa)Kawasaki-Erkrankung
Vaskulitiden ANCA- kleiner Gefäße assoziiert		 Granulomatose mit Polyangiitis (früher Morbus Wegener) Mikroskopische Polyangiitis Eosinophile Granulomatose mit Polyangiitis (früher Churg-Strauss-Syndrom)
	Immunkom- plex-assoziiert	 Anti-GBM-Erkrankung Kryoglobulinämische Vaskulitis IgA-Vaskulitis (= Purpura Schönlein-Henoch) Hypokomplementämische Urtikaria-Vaskulitis (= Anti-C1q-Vaskulitis)
Vaskulitiden varia Gefäßgrößen	abler	 Morbus Behcet Cogan-Syndrom

Großgefäßvaskulitis nach den Empfehlungen der europäischen Fachgesellschaft für Rheumatologie (EULAR) als Vaskulitiden definiert, welche die Aorta und ihre abgehenden Gefäße betreffen. Im engeren Sinne werden nur die RZA und Takayasu-Arteriitis als Großgefäßvaskulitiden bezeichnet [3]. Anstelle des dem Kliniker bekannten Begriffs der AT, welche gelegentlich auch "Morbus Horton" genannt wird [4], wird zunehmend synonym der Begriff RZA verwendet. Allerdings kann eine RZA auch ohne Beteiligung der AT und umgekehrt vorkommen, weshalb im klinischen Sprachgebrauch die AT immer noch gebräuchlich ist. Zudem entwickeln ca. 15-20 Prozent der Patienten mit PMR im Verlauf eine AT [5], weshalb man die PMR gelegentlich ebenfalls zu den Großgefäßvaskulitiden zählt.

Anamnese und klinische Untersuchung der Arteriitis temporalis / Riesenzellarteriitis

Betroffene Patienten sind in der Regel ebenfalls über 50 Jahre alt, im Gegensatz zur PMR häufig aber jünger als 65 Jahre. Leitsymptom sind meist akut bis subakut neu auftretende Kopfschmerzen, welche nicht selten als diffuse und nicht unbedingt temporal lokalisierte Kopfschmerzen geschildert werden. Demgegenüber ist die Arteria temporalis meist druckschmerzhaft, gelegentlich besteht eine Hyperalgesie der Kopfhaut. Nicht selten ist eine Verdickung

Merkkasten 1: Klinik der Polymyalgia rheumatica

- Alter mindestens 50 Jahre (meist jedoch über 65 Jahre)
- symmetrische Schmerzen des Schulter- und/oder Hüftgürtels (müssen nicht gemeinsam auftreten!)
- plötzlicher Beschwerdebeginn, ausgeprägtes Krankheitsgefühl
- nachts vermehrte Symptomatik, Morgensteifigkeit
- oft Mobilitätseinschränkung (passiv normale Beweglichkeit)
- begleitend häufig depressive Verstimmung
- eventuell subfebrile Temperaturen

Fortbildung

der Temporalarterien zu tasten. Im Weiteren können Beschwerden beim Kauen, seltener Zungenschmerzen oder Schluckbeschwerden bestehen. Immer ist nach möglichen Sehstörungen zu fragen, welche bei bis zu 40 Prozent der Patienten auftreten. Ähnlich wie die Polymyalgia geht die AT mit einem ausgeprägten Krankheitsgefühl einher (mitunter Fieber, Abgeschlagenheit und Gewichtsverlust), 40-50 Prozent der Patienten leiden zusätzlich an den Symptomen einer PMR [5]. Neben der A. temporalis können auch andere große Arterien betroffen sein, zudem gibt es RZA-Fälle, in denen die Arteria temporalis klinisch nicht betroffen erscheint. Zu den selteneren klinisch gefürchteten lebensbedrohlichen Komplikationen einer RZA gehören insbesondere das thorakale inflammatorische Aortenaneurysma mit Rupturgefahr, der Myokardinfarkt und der apoplektische Insult. Eine Übersicht gibt Merkkasten 2.

Labordiagnostik

Als Basislabor werden ein Blutbild, Blutglukose, Kreatinin, Leberenzyme, Calcium, alkalischer Phosphatase, Urinstatus sowie die Bestimmung von Rheumafaktor und/oder CCP-Antikörpern und einer Blutsenkung und/oder CRP empfohlen. Meistens geht die PMR mit deutlich erhöhten Entzündungszeichen einher, allerdings können jene in seltenen Fällen (bis zu 5 Prozent) auch fehlen [8, 9]. Wir raten grundsätzlich immer BSG und CRP zu bestimmen, weil in bis zu 15 Prozent der Fälle nur BSG oder CRP erhöht ist [6].

Ebenfalls empfiehlt sich die Bestimmung von Rheumafaktor und CCP-Antikörpern in Kombination, um eine late-onset rheumatoide Arthritis mit ihrem im Gegensatz zur PMR destruktivem Krankheitsverlauf nicht zu übersehen – und zeitnah eine Basistherapie mit Methotrexat einzuleiten.

Ergänzend können differentialdiagnostisch eine Serumelektrophorese (Plasmozytom), Kreatinkinase (Myositis), TSH (Hypothyreose) und Vitamin D (Hypovitaminose) sowie zur Abgrenzung anderer rheumatischer Erkrankungen gegebenenfalls ANA, ANCA und/oder ein Tuberkulose-Test sinnvoll sein.

Bildgebende Diagnostik

Wenngleich Anamnese, Klinik und laborchemische Untersuchungen bereits häufig schon zur Diagnose einer Polymyalgia rheumatica oder Arteriitis temporalis führen können, kann in weniger eindeutigen Fällen Verfahren die Diagnose durch ergänzende bildgebende Verfahren erhärtet werden.

Arthrosonographie

Mittels einer Ultraschalluntersuchung der Schulter- und Hüftregion sind Gelenkergüsse, eine Bursitis subdeltoida oder trochanterica sowie eine Tendinitis bicepitis einfach und schnell zu diagnostizieren.

Magnetresonanztomografie

In seltenen, unklaren Fällen kann gegebenenfalls eine Magnetresonanztomografie des Schädels bei Arteriitis temporalis und zum Ausschluss einer zerebralen Vaskulitis oder Biopsieplanung dienen.

Doppler-Sonografie der Temporalarterien

Mittels Doppler-Sonographie der Temporalarterien kann man einen echoarmen Saum um das Gefäß als Ausdruck der entzündlich verdickten Gefäßwand der Arteria temporalis nachweisen. Bei positivem Befund kommt der Doppler-Sonographie

eine hohe Bedeutung zu und kann gegebenenfalls auf eine Temporalarterienbiopsie verzichtet werden.

Temporalarterienbiopsie

Nach den EULAR-Empfehlungen aus dem Jahr 2008 wird empfohlen, bei jedem Verdacht einer Riesenzellarteriitis eine Temporalarterienbiopsie durchzuführen. Aus unserer Sicht ist die Temporalarterienbiopsie sicherlich der diagnostische Goldstandart, aber nicht unabdingbar zur Diagnosesicherung notwendig. Nicht zuletzt durch die von Kollegen aus Berlin erzielten Fortschritte zum Einsatz der Doppler-Sonographie der Arteria temporalis zur Diagnosesicherung [7] ist man hierzulande mit der Indikationsstellung zur Biopsie zurückhaltender geworden.

Insbesondere darf eine Temporalarterienbiopsie wegen der Erblindungsgefahr nicht zu einer Verzögerung des Therapiebeginns führen (ärztlicher "Kunstfehler"!) [3], und ist das histologische Ergebnis auch nach Beginn einer Kortikosteroidtherapie immer noch aussagekräftig, wenn die Biopsie zeitnah erfolgt (histologisch typische granulomatöse Infiltrate und Riesenzellen können in ca. 80 Prozent der Fälle auch noch bis zu 14 Tage nach Beginn der Kortisonmedikation in der Gefäßwand nachgewiesen werden. Außerdem schließt ein negatives Biopsie-Ergebnis die Diagnose einer AT aufgrund des mitunter segmentalen Befalls nicht unbedingt aus (zwischen 10-25 Prozent falsch negative Befunde!). Daher würde sich bei eindeutiger klinischer Symptomatik (plus ggf. positivem sonografischen Befund) unabhängig vom histologischen Ergebnis der Biopsie keine Änderung der Therapiekonsequenz ergeben.

Magnetresonanzangiografie und Ganzkörper-FDG-PET-Untersuchungen

Die Magnetresonanzangiografie und Ganzkörper-FDG-PET-Untersuchung bleibt selteneren Fällen einer Riesenzellarteriitis vorbehalten und werden insbesondere bei Verdacht eines entzündlichen Befalls der Aorta und/oder ihrer abgehenden Äste eingesetzt [8].

Wichtige Differentialdiagnosen

Bei Diagnosestellung gilt es eine Reihe möglicher Differentialdiagnosen in Erwä-

Merkkasten 2: Klinik der Arteriitis temporalis / Riesenzellarteriitis

- Alter über 50 Jahre
- neue, diffuse Kopfschmerzen (evtl. temporal verstärkt, aber nicht zwingend)
- Sehstörungen (Schleiersehen, eventuell Doppelbilder)
- Kaubeschwerden
- lokaler Druckschmerz der A. temporalis (eventuell Verdickung und Pulsationen), selten bilateral (aber möglich)
- ggf. begleitende Allgemeinsymptomatik (Fieber, Abgeschlagenheit, Gewichtsverlust)
- in bis zu 50 Prozent der Fälle begleitend polymyalgieforme Symptomatik

gung zu ziehen. Während für den Rheumatologen aufgrund der Vorselektion durch die zuweisenden Ärzte häufig die Abgrenzung zu anderen entzündlichrheumatischen Erkrankungen wie einer Spätform der rheumatoiden Arthritis oder Kollagenose (zum Beispiel Polymyosits oder systemischer Lupus erythematodes) im Vordergrund steht, hat der niedergelassenen Kollege die bedeutende Funktion beim Erstkontakt bereits andere wichtige Differentialdiagnosen, in der hausärztlichen Praxis im Vorfeld zu bedenken. Eine Übersicht gibt Merkkasten 3.

Akuttherapie der Großgefäßvaskulitiden

Früher hat man höhere Anfangsdosen von Prednisolon zur Remissionsinduktion der PMR gewählt. Mittlerweile ist man sich einig, dass hohe Anfangsdosen zu vermeiden sind wegen eines höheren Risikos für steroidinduzierte Nebenwirkungen und für Rezidive der Erkrankung [9].

Nach Leitlinie der britischen rheumatologischen Gesellschaft wird eine Einstiegsdosis von Prednisolon 15mg/Tag empfohlen [10]. Viele deutsche Rheumatologen tun sich mit diesen Empfehlungen weiterhin schwer und geben eher 20mg/Tag als Anfangsdosis, wenngleich Startdosen größer als 15mg/Tag zu einer längeren Steroidtherapie und höheren kumulativen Dosis führen [11].

Die neuen EULAR/ACR Emfehlungen sehen 12,5 bis 25 mg/Tag als Initialdosis zur Therapie der PMR vor (ohne Sehstörung!) [2]. Mit Prednisolon 15 mg bis maximal 20 mg pro Tag als Startdosis ist man zur Therapie der PMR in der Regel gut beraten. Allerdings muss betont werden: Sobald Hinweise auf eine AT (ohne oder mit Sehstörung) bzw. RZA vorliegen, müssen zwingend höhere Dosierungen eingesetzet werden, um gefährliche Verläufe abzuwenden (siehe unten, Merkkasten 4).

Die europäischen Leitlinien empfehlen zur Therapie der RZA formal eine Prednisolon Initialdosis von 1 mg/kg/Tag und maximal 60 mg/Tag (was in der Praxis praktisch immer auf 60 mg/Tag hinauslaufen würde), allgemein haben wir mit Dosierungen von 50-60 mg/Tag gute Erfahrungen gemacht.

Merkkasten 3: Wichtige Differentialdiagnosen		
Diff	erentialdiagnose	Mögliche klinische / diagnostische Hinweise
	Schulter-Periarthropathie / aktivierte Omarthrose	Meist einseitig ohne oder mit nur geringen Entzündungszeichen
_	Hypothyreose	TSH-Erhöhung, ggf. Autoantikörperbefund
eicher	Depression	Psychiatrische Anamnese
indungsz	Fibromyalgie	jüngeres Alter, chronische Schmerzen in allen vier Körperquadranten plus Rücken
Entzü	paraneoplastisch	i.d.R. kein Ansprechen auf Kortikosteroide
Häufiig ohne Entzündungszeichen	Plasmozytom	ggf. Schmerzen des Rückens bei Wirbelsäulenbefall, Röntgenbefund, Immunelektrophorese, Bence-Jones-Proteine, Beckenkammbiopsie
I	para- oder postinfektiöse Myalgien	Vorhergehender viraler oder bakterieller Infekt, mittlerweile ggf. normwertige Entzündungspara- meter, evtl. positiver Virustiter oder Bakteriense- rologie
	bakterielle Endokarditis	Blutkulturen, Echokardiographie
	Polymyositis	meistens CK-Erhöhung (kann selten fehlen), vor- dergründig Muskelschwäche mit geringeren Schmerzen als bei einer PMR, ggf. Elektromyo- gramm, Magnetresonanztomographie oder Biopsie
hen	Spätform der rheumatoi- den Arthritis (LORA)	Periphere (symmetrische) Synovialitiden, ggf. erosive Gelenkveränderungen, positiver RF oder CCP-Antikörper
ntzündungszeichen	RS3PE-Syndrom	Seronegative wiederkehrende symmetrische Synovialitiden mit begleitendem eindrückbaren Ödem ("remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema")
Häufig mit Entzündung	Systemischer Lupus erythematodes	Hauterscheinungen, nicht-erosive Arthritis peri- pherer Gelenke, systemischer Organbefall, Auto- antikörper (ANA) positiv, Nachweis von dsDNA- Ak, vermindertes Komplement
	systemische Vaskulitiden	systemische Symptome / Multiorganbefall (sehr variabel), Nachweis von ANCA, Kryoglobuline, vermindertes Komplement, ggf. Diagnosesiche- rung mittels Biopsie
	systemische Amyloidose	Systemische Symptome (z.B. kardial, renal, neurologisch, gastrointestinal), Proteinurie, Diagnosesicherung mittels Biopsie

Wenn eine Sehverschlechterung ohne eindeutige Hinweise auf eine Arteriitis temporalis auftritt, und insbesondere wenn Symptome einer PMR fehlen, sollten opthalmologische Differentialdiagnosen in Erwägung gezogen werden. Die opthalmologische Abklärung sollte jedoch nicht zu einer Verzögerung der Diagnostik und Therapieeinleitung führen.

Merkkasten 4: Vorschläge für die Akuttherapie bei Polymyalgia rheumatica und **Arteriitis temporalis**

Unkomplizierte Polymyalgia rheumatica (ohne Arteriitis temporalis oder Sehstörungen)	Prednisolon 15–20mg/ Tag p.o
Arteriitis temporalis ohne Sehstörungen (mit oder ohne Polymyalgia rheumatica)	Prednisolon 50–60mg/ Tag p.o
Arteriitis temporalis mit Sehstörungen (mit oder ohne Polymyalgia rheumatica)	mindestens 100mg/Tag p.o. (bei Gefahr der Erblindung so- fortige stationäre Einweisung zur Therapie mit Prednisolon 200–500mg i.v.)

bei Risikokonstellation (z.B. Osteoporose, Diabetes mellitus, schlecht einstellbare arterielle Hypertonie etc.) ggf. Beginn von Methotrexat 15mg/Woche p.o. oder s.c

Bei Sehstörungen wird in der Regel eine Hochdosistherapie von mindestens 100 mg/Tag p.o. bis zu 250-1000 mg Methylprednisolon i.v. pro Taq über mehrere Tage empfohlen [12].

Wichtig ist, dass unverzüglich mit einer Kortisontherapie begonnen und nicht eine Komplettierung ggf. ergänzender Diagnostik wie beispielsweise Sonographie, Magnetresonanztomographie oder Gefäßbiopsie bei Verdacht auf AT abgewartet wird. Beim früher noch höher dosiertem Einsatz von Prednisolon waren die polymyalgiformen Schmerzen der Patientin meist innerhalb eines Tages verschwunden. Mit den heute eingesetzten niedrigeren Kortisondosierungen um das Risiko für Rezidive und kortisonbedingte Nebenwirkungen zu reduzieren, ist dieser Soforteffekt leider nicht mehr so gut zu beobachten. Meist dauert es zwei bis drei Tage und mitunter bis zu eine Woche, bis ein deutlicher Effekt geschildert wird.

Nach einem Monat geben unter niedrigdosiertener Kortisondosis drei von vier Patienten eine zufriedenstellende Therapieeinstellung an [13]. Im Sinne des langfristigen Therapieerfolges ist der niedrigeren Dosis eine Chance des verzögerten Wirkeintritts zu geben, bevor man wie früher zu höheren Dosierungen mit erhöhten Risiko eines komplikativen Verlaufes greift. Sollte eine Wirkung nach einer Woche ausbleiben, gilt es vor Erhöhung der Dosis zunächst die Diagnose zu überprüfen und an mögliche Differentialdiagnosen zu denken.

Verlaufsanpassung der Prednisolondosis

Die Geschwindigkeit der Prednisolonreduktion ist individuell Patienten angepasst und unter der Beachtung klinischer Symptomatik als auch der laborchemischen Entzündungswerte zu wählen. Anders als bei anderen rheumatischen Erkrankungen, bei denen man bestrebt ist, Kortison möglichst rasch zu reduzieren, darf dies bei der PMR nur langsam erfolgen, um häufigere und schwieriger behandelbare Rezidive der Erkrankung im Verlauf zu vermeiden. Als "Faustregel" kann gelten vor Ablauf von ein bis zwei Monaten bei einer PMR die Prednisolondosis nicht unter 15 mg/d und bei einer AT nicht unter 30 mg/d zu reduzieren (bei letzterer sollte nach ungefähr drei Monaten eine Dosis von 10-15 mg/Tag erreicht werden) [3].

Dies erfordert sowohl eine ausführliche Patienteninformation zum Beginn der Erkrankung zur Gewinnung der notwendigen Patientencompliance als auch eine relativ große Disziplin des betreuenden Arztes, welcher sich aus Angst vor langfristigen Nebenwirkungen von Kortison nicht zur frühzeitigen Dosisreduktion mit Gefährdung des langfristigen Therapieerfolges verleiten lassen darf.

Des Weiteren ist eine Kortison-Erhaltungstherapie von mindestens ein bis zwei Jahren notwendig. Während der Anfangsphase empfehlen wir zwei- bis vierwöchige Verlaufskontrollen, um eine Compliance zu gewährleisten. Anschließend strebt man nach Ablauf der zwei Monate die langfristig minimal effektive Steroiddosis an. Zur schrittweisen Verlaufsanpassung werden im ersten Jahr Visiten alle vier bis acht Wochen und im zweiten Jahr alle acht bis zwölf Wochen empfohlen.

Verlaufskontrollen beinhalten neben der Anamnese (Muskelschmerz und zusätzlich Kopfschmerz, Kauschmerz, Sehstörungen wegen möglicher Entwicklung einer AT im Verlauf) mindestens BSG und CRP als Entzündungswerte, gegebenenfalls ist eine ergänzende Bestimmung des Hb sinnvoll. Eine Dosisreduktion sollte in der Regel nur erfolgen wenn Klinik und Entzündungsparameter unauffällig sind. Bei gutem Therapieansprechen, jedoch nächtlichen Restbeschwerden, empfiehlt es sich, die Gesamtdosis aufzuteilen (beispielsweise 2/3 - 0 - 1/3), dies führt meist weniger zu Schlafstörungen durch Prednisolon, als dass durch die abendliche Einnahme die Restbeschwerden gelindert und dadurch auch der Schlaf verbessert werden kann.

Ergänzende Basistherapie

Wenngleich es nur wenige Studien mit unterschiedlichem Ausgang zum Einsatz von Basistherapeutika gibt, gilt Methotrexat als das Medikament der 1. Wahl zur steroideinsparenden ergänzende Basistherapie. Entgegen zu niedriger gewählten Dosierungen in Studien [14] kommt man in der Praxis üblicherweise mit Methotrexat in einer Dosierung von 15 mg bis 20 mg 1x/Woche p.o. oder s.c. gut zurecht (welche ggf. auf bis zu 25mg/Woche erhöht werden kann).

Während früher die Initialtherapie aus nur Kortision bestand, und eine steroidsparende Basistherapie mit Methorexat nur bei Rezidiven erwogen wurde, geht der Trend mittlerweile zum immer frühzeitigen Einsatz von Methotreat, um mögliche kortisonbedingte Nebenwirkungen zu vermeiden. Insbesondere bei Komorbiditäten eines Diabetes mellitus, einer Osteoporose oder schwer einstellbaren arteriellen Hypertonie ist eine

steroidsparende Basistherapie mit Methotrexat sinnvoll. Außerdem wird jene bei Risikokonstellation für eine schlechte Prognose empfohlen. Allerdings sind Risikofaktoren wie weibliches Geschlecht oder eine hohe Blutsenkungsgeschwindigkeit bei Beginn nur schlecht untersucht. Als relativ gesicherter Risikofaktor für einen komplizierten Verlauf einer PMR gilt eine periphere Arthritis bei Diagnosestellung [15]. Ob eine periphere Arthritis überhaupt Teilmanifestation einer PMR ist, oder man in diesen Fällen nicht von Beginn an die Diagnose einer Spätform einer rheumatoiden Arthritis mit polymyalgieformen Beginn stellen müsste (und deshalb von Beginn an die Indikation für eine Therapie mit Methotrexat bestünde), wird kontrovers diskutiert.

Bei Unverträglichkeit von oder Kontraindikationen für Methotrexat kommen andere Basistherapeutika (wie zum Beispiel Azathioprin, Leflunomid etc.) oder Biologika zum Einsatz [15]. Eine weitere Möglichkeit zur Reduktion der kumulativen Kortisondosis besteht gegebenenfalls in intramuskulären Gaben von Methylprednisolon statt oralem Prednisolon [15].

Bei steroidsparender Basistherapie sollte an die notwendigen erweiterten laborchemischen Verlaufskontrollen, insbesondere Blutbild, Leber- und Nierenwerte, gedacht werden.

Osteoporoseprophylaxe

Ein wichtiger Aspekt ist aufgrund der oft langjährig notwendigen Kortisonmedikation von Beginn an eine begleitende Osteoporoseprophylaxe (1-1,5 q Calcium und 1.000 IE Vitamin D).

Bereits bei gesicherter Erstdiagnose empfiehlt sich bei jedem Patienten eine Knochendichtemessung (wie es zum Beispiel in den Leitlinien der britischen rheumatologischen Fachgesellschaft empfohlen wird) [10]. Eine Vitamin D-Substitution sollte unter langfristiger Glukokortikoidtherapie grundsätzlich immer erfolgen. Gegebenenfalls ist frühzeitig leitliniengerecht eine spezifische Osteoporosemedikation (zum Beispiel mit einem Bisposphophonat) einzuleiten [16].

Wann selbst behandeln, wann zum Spezialisten überweisen?

Eine unkomplizierte Polymyalgia rheumatica mit passender Klinik und deutlich erhöhten Entzündungszeichen bei einem Patientenalter >65 Jahre ohne periphere Gelenkentzündungen kann sicherlich primär vom Hausarzt oder niedergelassenen Internisten diagnostiziert, mit Prednisolon behandelt und weiter betreut werden. Bei jüngerem Patientenalter, nur gering erhöhten Entzündungszeichen, begleitend systemischen Allgemeinsymptomen oder Gelenkschmerzen als Hinweis auf eine periphere Arthritis ist eine Überweisung zum Rheumatologen empfehlenswert. Bei Hinweisen für eine begleitende Arteriitis temporalis / Riesenzellarteriitis empfehlen wir, frühzeitig einen Rheumatologen mit in die Diagnostik und Behandlung einzubeziehen.

Jenes ist insbesondere auch dann notwendig, wenn keine klassische Polymyalgia rheumatica sondern eine late-onset rheumatoide Arthritis mit polymyalgieformen Beginn vorliegt (periphere Arthritis, erhöhte RF oder CCP Werte, nativradiologische Arthritiszeichen).

Wenn eine rheumatologische Erkrankung unwahrscheinlich ist, jedoch eine AT vorliegt, findet man angesichts der zu geringen Anzahl rheumatologischer Fachärzte in Deutschland gegebenenfalls bei einem versierten Angiologen oder Neurologen die Möglichkeit, um beispielsweise eine

notwendige Doppler-Sonographie der Arteria temporalis zu veranlassen. Wo dem niedergelassenen Kollegen keine Spezialisten in der Nähe zur Verfügung stehen, ist manchmal nur eine Diagnose ex juvantibus oder Temporalarterienbiopsie zur Diagnosesicherung möglich.

Diskussion des Fallberichts

Der als Einleitung geschilderte Fallbericht einer 57-jährigen Patientin ist leider näher an der Praxis, als man sich wünschen möchte. Die neu aufgetretenen Kopfschmerzen wurden aufgrund ihres diffusen Charakters und vorbekannter Migräne nicht als "red flag" wahrgenommen - die Sehstörungen daher als von den Kopfschmerzen unab-Symptom fehlgedeutet. Wenngleich sich der Hausarzt um eine zeitnahe opthalmologische Abklärung gekümmert hat, hat jene aufgrund der unsicheren Diagnose und anschließend leicht verzögerten Temporalarterienbiopsie bedauerlicherweise zu einem verzögerten Therapiebeginn mit Kortikosteroiden und daraus resultierend einer möglicherweise vermeidbaren Erblindung geführt. Im geschilderten Patientenfall wäre zudem die Möglichkeit einer RZA mit Befall von über die A. temporalis hinausgehenden Arterien zu bedenken. Vor dem Hintergrund des erhöhten kardiovaskulären Risikos und im Gegensatz zu anderen rheumatischen Erkrankungen fehlender Wirksamkeit von NSAR zur Linderung der PMR wäre der Einsatz von Diclofenac kritisch zu diskutieren.

> Dr. med. Marc Frerix. Univ.-Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner, Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Lange

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Lange E-Mail: u.lange@kerckhoff-klinik.de

Die Literaturhinweise mit Klassifikationskriterien finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik "Hessisches Ärzteblatt".

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel "Polymyalgia rheumatica / Arteriitis temporalis" finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer (https://portal.laekh.de) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal (https://portal.laekh.de) vom 25.10.2015 bis 24.10.2016 möglich.

Multiple Choice-Fragen:

Ein rheumatologischer Notfall? Polymyalgia rheumatica und Arteriitis temporalis (Riesenzellarteriitis)

VNR 2760602015106480004

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Bei welcher der folgenden Erkrankungen handelt es sich nicht um eine Kleingefäßvaskulitis?

- 1) Granulomatose mit Polyangiitis
- 2) Mikroskopische Polyangiitis
- 3) Eosinophile Granulomatose mit Polyangiitis
- 4) Hypokomplementämische Urtikaria-Vaskulitis
- 5) Arteriitis temporalis

2. Welche Aussage zur Polymyalgia rheumatica ist falsch?

- 1) Frauen erkranken häufiger an einer Polymyalgia rheumatica als Männer.
- 2) Patienten mit Polymyalgia rheumatica sind häufig älter als 65 Jahre.
- 3) Patienten mit Polymyalgia rheumatica leiden häufig an einer depressiven Verstimmung.
- 4) In der akuten Erkrankungsphase sollten nichtsteroidale Antirheumatika verordnet werden.
- 5) Ca. 15–20 Prozent der Patienten mit Polymyalqia rheumatica entwickeln im Verlauf eine Arteriitis temporalis.

3. Welche Aussage zur Arteriitis temporalis ist falsch?

- 1) Eine negative Temporalarterienbiopsie schließt die Diagnose einer Arteriitis temporalis mit ca. 90–95 Prozent Sicherheit aus.
- 2) Die Arteriitis temporalis geht nicht immer mit temporalen Kopfschmerzen einher
- 3) Bis zu 40 Prozent der Patienten leiden unter Sehstörungen, unbehandelt besteht ein hohes Erblindungsrisiko
- 4) Kaubeschwerden sind ein häufiges Symptom
- 5) Ca. jeder zweite Patient mit Arteriitis temporalis leidet an einer Polymyalgia rheumatica

4. Welcher der folgenden Laborparameter gehört <u>nicht</u> zur Standarddiagnostik bei Verdachtsdiagnose einer Polymalgia rheumatica oder Arteriitis temporalis?

- 1) Blutbild
- 2) Blutsenkungsgeschwindigkeit
- 3) Vitamin D
- 4) Rheumafaktor und CCP-Antikörper
- 5) CRP

5. Welche Aussage zur Therapie der Polymyalgia rheumatica ist falsch?

- 1) Aufgrund der längerfristig notwendigen Glukokortikoidtherapie besteht das Risiko einer glukokortikoidinduzierten Osteoporose
- 2) Prednisolon sollte möglichst rasch reduziert werden, um Rezidive der Erkrankung zu vermeiden
- 3) Eine niedrigdosierte Prednisolonstartdosis von 15 mg bis 20 mg ist in der Regel ausreichend
- 4) Eine Prednisolontherapie sollte über mindestens ein bis zwei Jahre erfolgen um das Risiko für Rezidive der Erkrankung zu vermindern
- 5) Eine Vitamin D Supplementation zur Osteoporoseprophylaxe sollte immer erfolgen.

- 6. Welche Aussage zur Therapie der Arteriitis temporalis ist falsch?
- 1) Eine Langzeittherapie mit Prednisolon erhöht das Risiko für eine glukokortikoidinduzierten Osteoporose
- 2) Eine Prednisolonstartdosis von 100 mg p.o. ist bei einer Arteriitis temporalis ohne Sehstörungen nicht indiziert
- 3) Eine Prednisolontherapie kann bereits vor einer Temporalarterienbiopsie begonnen werden, weil sie deren Ergebnis nicht verfälscht
- 4) Bei Sehstörungen und Gefahr der Erblindung ist eine Therapie mit Prednisolon 200-500 mg i.v. indiziert.
- 5) Eine steroidsparende Basistherapie mit Methorexat ist erst nach einem Rezidiv der Arteriitis temporalis indiziert.
- 7. Ein 67-jähriger Patient mit seit neun Jahren bekanntem Diabetes mellitus Typ 2 kommt mit seit zwei Tagen bestehenden symmetrischen Schmerzen der Oberarme und Oberschenkel in ihre Praxis. Eine periphere Arthritis liegt nicht vor, Kopfschmerzen und Sehstörungen werden verneint. Das CRP war negativ. Wie lautet ihre Verdachtsdiagnose?
- 1) Diabetische Polyneuropathie
- 2) Polymyalgia rheumatica
- 3) Late-onset rheumatoide Arthritis
- 4) Arteriitis temporalis / Riesenzellarteriitis
- 5) Late-onset rheumatoide Arthritis mit polymyalgieformen Beginn
- 8. Welche Initialtherapie würden Sie für oben genannten Patienten am ehesten wählen?
- 1) Nichtsteroidale Antirheumatika
- 2) Prednisolon 10 mg/Tag p.o.
- 3) Prednisolon 15–20 mg/Tag p.o.
- 4) Prednisolon 25 mg/Tag p.o. plus Methotreat 15mg s.c. wöchentlich
- 5) Prednisolon 30 mg/Tag p.o. und stationäre Einweisung
- 9. Sechs Wochen später berichtet ihr Patient von neu aufgetretenden rechtsseitigen Kopfschmerzen sowie Beschwerden beim Kauen. Zudem fällt ihnen im Labor ein erhöhter Nüchternblutzucker auf. Sehstörungen wurden verneint. Welche der folgenden möglichen Vorgehensweisen ist <u>am ehesten</u> zu empfehlen?
- 1) Überweisung zur Sonographie der A. temporalis, Abwarten des Befundes
- 2) Überweisung zur Biopsie der A. temporalis, Abwarten des Befundes
- 3) Erhöhung von Prednisolon auf 50mg/Tag und Beginn einer Basistherapie mit Azathioprin
- 4) Erhöhung von Prednisolon auf 50mg/Tag und Überweisung zur Sonographie der A. temporalis
- 5) Erhöhung von Prednisolon auf 100mg/Tag und Überweisung zur Biopsie der A. temporalis
- 10. Eine duplexsonographische Untersuchung der Arteria temporalis war leider nicht zeitnah möglich, eine erfolgte Temporalarterienbiopsie ergab jedoch einen negativen Befund. Es werden weiterhin temporale Kopfschmerzen, jedoch keine Kauschmerzen und keine Sehstörungen angegeben. Die muskulären Beschwerden im Schulter-/Beckengürtel-Bereich hätten jedoch zugenommen, es habe sich eine Muskelschwäche entwickelt. Im Labor fällt Ihnen einer erhöhte Kreatinkinase auf, die Blutsenkungsgeschwindigkeit ist mit 47mm/h erhöht. Welches weitere Vorgehen ist am wenigsten empfehlenswert?
- 1) Aufgrund des fehlenden Therapieansprechens Verdoppelung der Prednisolondosis zur Behandlung der Myositis
- 2) Überweisung zur Augenärztin zur Abklärung möglicher Differentialdiagnosen
- 3) Überweisung zum Rheumatologen zur Abklärung möglicher Differentialdiagnosen
- 4) Ergänzende Labordiagnostik mit Bestimmung von antinukleären Antikörpern
- 5) Überweisung zum Neurologen zur Abklärung der Kopfschmerzen

Literatur zum Artikel:

Ein rheumatologischer Notfall?

Polymyalgia rheumatica und Arteriitis temporalis (Riesenzellarteriitis)

Von Dr. med. Marc Frerix, Univ.-Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner und Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Lange

- [1] Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, et al.: 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. Arthritis and rheumatism 2013; 65 (1): 1–11.
- [2] Dejaco C, Singh YP, Perel P, et al.: 2015 Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. Annals of the rheumatic diseases 2015; 74 (10): 1799–807.
- [3] Mukhtyar C, Guillevin L, Cid MC, et al.: EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. Annals of the rheumatic diseases 2009; 68 (3): 318–23.
- [4] Boes CJ: Bayard Horton's clinicopathological description of giant cell (temporal) arteritis. Cephalalgia an international journal of headache 2007; 27 (1): 68–75.
- [5] Salvarani C, Cantini F, Hunder GG: Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. Lancet (London, England) 2008; 372 (9634): 234–45.
- [6] Laria A, Zoli A, Bocci M, Castri F, Federico F, Ferraccioli GF: Systematic review of the literature and a case report informing biopsy-proven giant cell arteritis (GCA) with normal C-reactive protein. Clinical rheumatology 2012; 31(9): 1389–93.
- [7] Schmidt WA, Kraft HE, Vorpahl K, Völker L, Gromnica-Ihle EJ: Color duplex ultrasonography in the diagnosis of temporal arteritis. The New England journal of medicine 1997; 337 (19): 1336–42.

- [8] Mackie SL, Hensor EMA, Morgan AW, Pease CT: Should I send my patient with previous giant cell arteritis for imaging of the thoracic aorta? A systematic literature review and meta-analysis. Annals of the rheumatic diseases 2014; 73 (1): 143–8.
- [9] Alba MA, García-Martínez A, Prieto-González S, et al.: Relapses in patients with giant cell arteritis: prevalence, characteristics, and associated clinical findings in a longitudinally followed cohort of 106 patients. Medicine 2014; 93 (5): 194–201.
- [10] Dasgupta B, Borg FA, Hassan N, et al.: BSR and BHPR guidelines for the management of polymyalgia rheumatica. Rheumatology (Oxford, England) 2010; 49 (1): 186–90.
- [11] Mackie SL, Hensor EMA, Haugeberg G, Bhakta B, Pease CT: Can the prognosis of polymyalgia rheumatica be predicted at disease onset? Results from a 5-year prospective study. Rheumatology (Oxford, England) 2010; 49 (4): 716–22.
- [12] Mazlumzadeh M, Hunder GG, Easley KA, et al.: Treatment of giant cell arteritis using induction therapy with high-dose glucocorticoids: a double-blind, placebo-controlled, randomized prospective clinical trial. Arthritis and rheumatism 2006; 54 (10): 3310–8.
- [13] Matteson EL, Maradit-Kremers H, Cimmino MA, et al.: Patient-reported outcomes in polymyalgia rheumatica. The Journal of rheumatology 2012; 39 (4): 795–803.

- [14] Caporali R, Cimmino MA, Ferraccioli G, et al.: Prednisone plus methotrexate for polymyalgia rheumatica: a randomized, double-blind, placebocontrolled trial. Annals of internal medicine 2004; 141 (7): 493–500.
- [15] Dejaco C, Singh YP, Perel P, et al.:
 Current evidence for therapeutic interventions and prognostic factors in polymyalgia rheumatica: a systematic literature review informing the 2015 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology recommendations for the management of polymyalgia rheumatica. Annals of the rheumatic diseases 2015; 74(10): 1808–17.
- [16] Mittermayer V, Müller VE, Albert J, et al.: DVO-Leitlinie Glukokortikoidinduzierte Osteoporose. Osteologie interdisziplinäre Zeitschrift für Knochen und Gelenke; offizielles Organ 2003; 12(2): 119–37.

Ergänzung: Klassifikationskriterien

Bird-Kriterien als Hilfestellung für die klinische Diagnose einer PMR

- Beidseitige Schulterschmerzen und/ oder Steifigkeit (und/oder Schmerzen des Nackens, der Oberarme, von Gesäß und Oberschenkeln)
- akuter Krankheitsbeginn innerhalb von 2 Wochen
- 3. BSG-Beschleunigung von mehr als 40 mm/Stunde
- 4. morgendliche Steifigkeit länger als 1 Stunde
- 5. Alter über 65 Jahre
- 6. Depression und/oder Gewichtsverlust
- 7. beidseitiger Oberarmdruckschmerz. Nach jenen Kriterien gilt eine Diagnose als wahrscheinlich, wenn mindestens 3 Krite-

rien positiv sind. Im Verlauf wurden von verschiedenen Arbeitsgruppen überarbeitete Diagnosekriterien vorgeschlagen, dennoch kommt man mit den alten bekannten Bird-Kriterien im klinischen Alltag immer noch ausreichend gut zurecht.

Literatur: Bird HA, Esselinckx W, Dixon AS, Mowat AG, Wood PH: An evaluation of criteria for polymyalgia rheumatica. Annals of the rheumatic diseases 1979; 38(5): 434–9.

Klassifikationskriterien EULAR und ACR

Primär für Studienzwecke entwickelt gibt es gemeinsame vorläufige Klassifikations-kriterien der European League Against Rheumatism (EULAR) und des American College of Rheumatology (ACR) für die auch Polymyalgia rheumatica. Voraussetzung zur Anwendung dieser Kriterien sind ein Lebensalter >50 Jahre, ein beidseitiger Schulterschmerz seit weniger als drei Monaten sowie erhöhte humorale Entzün-

dungsparameter. Neben einem Beckengürtelschmerz und reduzierter Hüftbeweglichkeit werden zusätzlich eine Morgensteifigkeit >45 Minuten sowie negative Befunde für Rheumafaktoren / CCP-Antikörper und der Ausschluss anderer schmerzhafter Gelenke gewertet. Wenn die Möglichkeit einer Arthrosonographie besteht, können für bilaterale entzündliche Veränderungen der Schultern (inkl. Tenosynovitis der Bizepssehne und Bursitis subdeltoida) oder entzündliche Veränderungen der Hüftgelenke (inkl. Bursitis trochanterica) zusätzliche Punkte vergeben werden, was die Sensitivität und Spezifität zusätzlich erhöht.

Literatur: Dasgupta B, Cimmino MA, Maradit-Kremers H, et al.: 2012 provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. Annals of the rheumatic diseases 2012; 71(4): 484–92.

A CONTRACTOR REAL PROPERTY OF THE PROPERTY OF

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

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, Frankfut **Teilnahmegebühr:** € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei) **Auskunft/Anmeldung:** K. Baumann, Fon: 06032 782-281,

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

"Weniger ist mehr" – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen – Antibiotikaresistenzen vermeiden

Sa., 14. Nov. 2015, 09:30 - 14:30 Uhr

Leitung: PD. Dr. med. U. Heudorf, Gießen **Teilnahmegebühr:** € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei) **Auskunft/Anmeldung:** C. Cordes, Fon: 06032 782-287,

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

7. Fachtagung palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen

In Kooperation mit der Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung 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

Ultraschall

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 NordwestAuskunft/Anmeldung:J. Schwab, Fon: 06032 782-211,

E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher

Gem. Hess. Hygieneverordnung (HHygVO nach § 10 Abs. 2).

Mi., 04. – Do., 05. Nov. 2015

16 P

Leitung:Prof. Dr. med. T. Eikmann, GießenTeilnahmegebühr:2 Tage € 240 (Akademiemitgl. € 216),

1 Tag € 140 (Akademiemitgl. € 126)

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde

Sa., 28. Nov. 2015

Teilnahmegebühr:€ 130 (Akademiemitgl. € 117)Leitung:Dr. med. S. Trittmacher, FrankfurtAuskunft/Anmeldung:M. Turano, Fon: 06032 782-213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

8 P

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mi., 18. Nov. 2015, 14:00 – 19:00 Uhr 6 P Mi., 02. Dez. 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

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD) und dem Hessischen Hausärzteverband; 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. H.-J. Arndt, Nidda

Dr. oec. troph. J. Liersch, Gießen

Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei) **Auskunft/Anmeldung:** A. Zinkl, Fon: 06032 782-227,

E-Mail: adelheid.zinkl@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 Bad Nauheim, Kerckhoff-REHA-Zentrum

Ort: Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiemital. kostenfrei)

Max. Teilnehmerzahl: 40

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Medizinische Begutachtung

Modul III: Fr., 13. - Sa. 14. Nov. 2015 Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt € 240 (Akademiemitgl. € 216) Teilnahmegebühr: 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

Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt Leitung:

Dr. med. R. Snethlage, Wiesbaden

Teilnahmegebühr: € 280 (Akademiemitgl. € 252) Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,

E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

16 P Do., 12. - Fr., 13. Nov. 2015

PD Dr. med. Y. Schmitt, Darmstadt Leitung: Ort: Darmstadt, Marienhospital Teilnahmegebühr: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Max. Teilnehmerzahl: 30

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

PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt Teilnahmegebühr: € 360 (Akademiemitgl. € 324)

22 P Block II: Fr., 22. - So., 24. Jan. 2016

Dr. med. Patricia Groß, Darmstadt Leitung: Teilnahmegebühr: € 330 (Akademiemitql. € 297) Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Reisemedizinische Gesundheitsberatung -**Basisseminar**

Fr., 07. Okt. - Sa., 08. Okt. 2016 +

Fr., 11. Nov. - Sa., 12. Nov. 2016 insq. 32 P

Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt Leitung: Teilnahmegebühr: € 520 (Akademiemitgl. € 468) Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,

E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Ärztliches Peer-Review Cholezystektomie

Blended Learning Veranstaltung

Telelernphase: Mo., 02. Nov. - Di., 01. Dez. 2015 Präsenzphase: Mi., 02. -Do., 03. Dez. 2015

Prof. Dr. med. A. Zielke, Oberursel Leitung:

Dr. Dipl.-Psych. C. Kuch, Köln

Teilnahmegebühr: € 360 (Akademiemitgl. € 324) Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Verkehrsmedizinische Qualifikation

16 P Fr., 26. - Sa., 25. Jun. 2016

Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt Leitung: Teilnahmegebühr: € 280 (Akademiemitgl. € 252) Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,

E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Medizinische Rehabilitation

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

Mi., 13. Apr. 2016, 13:30 - 20:45 Uhr

Dr. med. W. Deetjen, Seelbach Leitung: Teilnahmegebühr: € 200 (Akademiemitgl. € 180) Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,

E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Dermatologie

Ort:

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung

der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Fr., 18. Mär. 2016, 13:00 - 21:00 Uhr 11 P

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechtheim

Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen Wiesbaden, Bezirksärztekammer

Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiemitgl. € 162)

zzgl. € 70 Schulungsmaterial

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

E-Mail: claudia.cordes@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

Sa., 05. Dez. 2016

Teilnahmegebühr: € 70 (Akademiemitgl. € 60,

außerhalb Hessen tätige Ärzte € 80)

Sa., 16. Apr. 2016

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Leitung: Prof. Dr. h.c. H.-R. Tinneberg,

Gießen

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

fachgebunden 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

Qualifikation Tabakentwöhnung

Aufbaumodul Tabakentwöhnung mit strukturiertem

Therapieprogramm Sa., 12. Mär. 2016

Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiemitgl. € 162)

Curriculum "Qualifikation Tabakentwöhnung"

Blended Learning Veranstaltung

Fr., 07. Okt. 2016 (1. Präsenzphase) insg. 20 P

Sa., 08. Okt. - Fr., 02. Dez. 2016 (Telelernphase)

Sa., 03. Dez. 2016 (2. Präsenzphase mit Lernerfolgskontrolle)

Teilnahmegebühr: € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Leitung: D. Paul, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208,

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Rechtsmedizin

Theorie und Praxis der Leichenschau werden im Institut für Rechtsmedizin in insgesamt vier Kursteilen erarbeitet.

Mi., 17. Feb. 2016, 15:00 - 16:45 Uhr Mi., 24. Feb. 2016, 15:00 - 16:45 Uhr Mi., 09. Mär. 2016, 15:00 - 16:45 Uhr Mi., 16. Mär. 2016, 15:00 - 16:45 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. Verhoff, Frankfurt

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208,

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Moderatorentraining/Konfliktraining

Fr., 22. - Sa., 23. Apr. 2016 20 P

Leitung: Prof. Dr. rer. nat. H. Haid, Konstanz
Teilnahmegebühr: € 360 (Akademiemitgl. € 324)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Ernährungsmedizin

Curriculum "Ernährungsmedizin"

Block I: Fr., 15. - Sa., 16. Jan. 2016

Block II: Fr., 29. – Sa., 30. Jan. 2016

Block III: Fr., 05. – Sa., 06. Feb. 2016 Zwischenprüfung: Fr., 12. Feb. 2016

Block VI: Fr., 19. – Sa., 20. Feb. 2016

BIOCK VI: Fr., 19. – Sa., 20. Feb. 2016

Block V: Fr., 04. – Sa., 05. Mär. 2016

Block VI: Fr., 18. – Sa., 19. Mär. 2016

Abschlussprüfung Fr., 15. Apr. 2016

Leitung: Prof. Dr. med. J. Stein, Frankfurt

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208,

E-Mail: ingrid.krahe@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)

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Mo., 01. - Fr., 05. Feb. 2016

Leitung: Dr. med. E. Wranze-Bielefeld, **Teilnahmegebühr:** € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202

E-Mail: baerbel.buss@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 Telelernphase voraus.

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

C2: Beginn der Telelernphase: Fr., 06. Nov. 2015

C2: Präsenzphase: Sa., 05. – Fr., 11. Dez. 2015 insg. 60 P

A1: Beginn der Telelernphase: Fr., 18. Dez. 2015

A1: Präsenzphase: Sa., 23. Jan. - Fr. 29. Jan. 2016

B1: Beginn der Telelernphase: Sa., 30. Jan. 2016

B1: Präsenzphase: Sa., 27. Feb. - Sa., 05. Mär. 2016

C1: Beginn der Telelernphase: Fr., 18. Mär. 2016

C1: Präsenzphase: Sa., 23. Apr. – Fr., 29. Apr. 2016

A2: Beginn der Telelernphase: Fr., 05. Aug. 2016

A2: Präsenzphase: Sa., 03. Sep. – Fr., 09. Sep. 2016

B2: Beginn der Telelernphase: Fr., 14. Okt. 2016

B2: Präsenzphase: Sa., 12. Nov. - Fr., 19. Nov. 2016

C2: Beginn der Telelernphase: Fr., 04. Nov. 2016

C2: Präsenzphase: Sa., 13. Dez. - Fr., 09. Dez. 2016

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

Krankenhaushygiene

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

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

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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Sa, 11. – So., 12. Jun. 2016 16 P

Gesamtleitung:Dr. med. G. Vetter, FrankfurtTeilnahmegebühr:€ 260 (Akademiemitgl. € 234)Auskunft/Anmeldung:J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,



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. Mattekat, Hanau Teilnahmegebühr: € 600 (Akademiemitgl. € 540)

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

Leitung: C. Riffel, Darmstadt

Teilnahmegebühr: € 630 (Akademiemitgl. € 567)

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

Dr. med. W. Spuck, Kassel Leitung: 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 Do., 21. - Sa., 23. Apr. 2016 Block II a:

Projektarbeit/Heimarbeit: 24 Stunden

Mi., 22. - Sa., 25. Jun. 2016 Block II b: Block III a: Mi., 21. - Sa., 24. Sep. 2016 Telelernphase: 25. Sep. - 15. Nov. 2016 Block III b: Mi., 16. - Sa., 19. Nov. 2016

N. Walter, Frankfurt Leitung:

Teilnahmegebühren: Block I: € 990 (Akademiemitql. € 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 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

Frankfurt, Bürgerhospital

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

Frankfurt, Bürgerhospital Kursteil 3 /Wahlthema: Fr., 12. - Sa., 13. Feb. 2016 Frankfurt, Bürgerhospital

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

Ort: Friedrichsdorf, Salus Klinik

D. Paul, Frankfurt Leitung: Teilnahmegebühr: je Kursteil € 180

(Akademiemitql. € 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

€ 260 (Akademiemitgl. € 234) Teilnahmegebühr:

Block A: Fr., 26. - Sa., 27. Feb. 2016

Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel

Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf

Block D: Fr., 10. - Sa., 11. Jun. 2016

Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt

Block C: Fr., 09. - Sa., 10. Sep. 2016

Leitung: C. Drefahl, Frankfurt

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Notfallmedizin

Marburger Kompaktkurs (Zusatzbezeichnung Notfallmedizin) In Kooperation mit dem Zentrum für Notfallmedizin am Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH.

Fr., 12. - Sa., 20. Feb. 2016

Leitung: PD Dr. med. C. Kill, Marburg Ort: Marburg, Universitätsklinikum Auskunft/Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen,

> Fon: 06421 950-220 E-Mail: info@bzmh.de



Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Fr., 13. – So., 15. Nov. 2015	G13 – G15
Fr., 22. – So., 24. Jan. 2016	G1 – G3
Fr., 04. – So., 06. Mär. 2016	G4 – G6
Fr., 01. – So., 03. Jul. 2016	G7 – G9
Fr., 09. – So., 11. Sep. 2016	G10 – G12
Fr., 18. – So., 20. Nov. 2016	G13 – G15

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Sa., 12. – So., 13. Dez. 2015	GP
Sa., 13. – So., 14. Feb. 2016	GP
Sa., 05. – So., 06. Mär. 2016	GP
Sa., 10. – So., 11. Sep. 2016	GP
Sa., 10. – So., 11. Dez. 2016	GP

Leituna: 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@daeqfa.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., 20. – So., 22. 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

P. E. Frevert, Frankfurt Leitung:

Dr. med. Wolfgang Merkle, Frankfurt

Teilnahmegebühr: je Block € 330 (Akademiemitgl. € 297)

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

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs C: Sa., 06. Feb. 20 Leitung:	P16 (10 Std.) Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg Dr. med. R. Gerst, Baden-Baden	10 P
Kurs A: Fr., 17. – Sa., 1	8. Jun. 2016 (20 Std.)	20 P
Leitung:	Dr. med. W. Hönmann, Kelkheim	
Kurs B: Fr., 23 Sa., 24 Leitung:	4. Sep. 2016 (20 Std.) Dr. med. W. Hönmann, Kelkheim	20 P
Teilnahmegebühr:	10 Std. € 150 (Akademiemitgl. € 1 20 Std. € 300 (Akademiemitgl. € 2	
Auskunft/Anmeldung	: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203, E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de	2

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

Anmeldung: Im Internet schnell und kostenfrei unter https://portal.laekh.de oder https://portal.laekh.de möglich. Gerne können Sie sich auch schriftlich zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-200, Fax: 06032 782-220. Erst nach Rücksendung Ihrer unterschriebenen Anmeldeunterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Bitte beachten Sie die AGBs und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn wir Veranstaltungen kurzfristig absagen müssen, werden Sie von uns benachrichtigt.

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 Veranstaltuno.

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.

Carl-Oelemann-Schule | Fortbildung für MFA und Arzthelfer/innen



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 in Bad Nauheim: Interessentenliste, 09:30 – 16:45 Uhr Termin in Kassel: Fr., 18.03.2016, 10:00 - 17:15 Uhr

Teilnahmegebühr: € 105,00

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

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

Inhalte: Wenn Menschen aus verschiedenen Kulturen aufeinander treffen, können unterschiedliche Wertvorstellungen, Verhaltensweisen und Erwartungen zu Missverständnissen und Konflikten führen. Mitarbeiter/innen in den Gesundheitsberufen entwickeln hier 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

Weniger ist mehr!" - Das Geheimnis effizienter Patienteninformation (PAT 16)

Inhalte: Sie möchten ein Informationsblatt bzw. Flyer für Patienten entwickeln? Im Workshop erhalten Sie Tipps zur ansprechenden Gestaltung unter Berücksichtigung rechtlicher Aspekte.

Termin: Interessentenliste, Mi., 14:00 – 18:15 Uhr

Gebühr: € 70

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

Fortbildung für MFA und Arzthelfer/innen | Carl-Oelemann-Schule

Schwerpunkt Medizin

"Autsch, mein Rücken"! (MED 12)

Inhalte: In der Veranstaltung werden Transfer- und Umlagerungstechniken trainiert. Sie schonen damit ihren Rücken und zugleich lernen Sie, wie Sie dem Patienten Hilfestellung für einen möglichst beschwerdefreien Bewegungsablauf geben können.

Termin in Kassel: Fr., 18.03.2016 (5 Stunden)

Gebühr: € 70,00

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

Notfalltraining (MED 6)

Inhalte: Ziel ist, das Praxisteam als Ganzes zu sehen und in der gemeinsamen Notfallversorgung zu trainieren. Im Rahmen eines Gruppentrainings wird das gesamte Praxisteam geschult.

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

Gebühr: € 105

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

Aufbereitung von Medizinprodukten (24 Stunden) (SAC 6)

Die Aufbereitung von Medizinprodukten darf gemäß §4 in Verbindung mit § 3 Abs. 2 des MPBetreibV nur entsprechend qualifiziertem Personal übertragen werden.

Inhalte: Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten sowie betriebliche Anforderungen als Voraussetzung zur Aufbereitung, Mikrobiologie und Aufbereitungschemie, Dekontamination, Sichtkontrolle, Pflege und Funktionskontrolle bei der Aufbereitung, Packen und Verpacken von Medizinprodukten, Sterilisation und Freigabe zur Anwendung

Termin: ab Sa., 19.11.2015 (insgesamt 24 Std.)
Teilnahmegebühr: € 340,00 inkl. Lernerfolgskontrolle
Information: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, 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 unter Aufsicht und Verantwortung des Arztes, im Rahmen einer Operation oder Intervention, die Röntgeneinrichtung bedienen.

Termin: Interessentenliste, 20 Stunden **Gebühr:** € 315 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

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. Website 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 erfolgt schriftlich.
Carl-Oelemann-Schule (COS) | Carl-Oelemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim | Fon: 06032 782-100 | 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

"Wer nach bestem Wissen und Gewissen hilft, ist versichert"

Dr. med. Markus Freff sieht ein Versorgungsproblem bei chronisch kranken Kindern

Eltern chronisch kranker Kinder stoßen bei der Suche nach einem Platz im Kindergarten oder der Schule oft auf Probleme. Dr. med. Markus Freff ist Oberarzt an den Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret. Gemeinsam mit Kollegen, den Schulämtern und Kreisverwaltungen sowie der hessischen Unfallkasse klärt der Diabetologe Erzieher und Lehrer über den Umgang mit chronisch kranken Kindern auf. Er hat auch an der neuen "Richtlinie zur Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen an Schulen" des hessischen Kultusministeriums mitgearbeitet.

Herr Dr. Freff, mancher Lehrer weigert sich bereits, beim Ausflug eine Zecke zu entfernen. Wie wollen Sie ihn dazu motivieren, mit einem chronisch kranken Kind umzugehen?

Indem wir über die rechtlichen Grundlagen aufklären. Man kann niemanden zwingen. Aber jeder darf medizinische Hilfsmaßnahmen, wie es in Amtsdeutsch heißt. leisten. Lehrer oder Erzieher haben Angst, etwas falsch zu machen und dann von den Eltern verklagt zu werden. Diese Angst überlagert dann die Mitmenschlichkeit. Darüber hinaus sind auch die Leitungen uninformiert.

Was sind das für Erkrankungen, über das Sie das Personal von Kindertagesstätten und Schulen aufklären?

Am häufigsten sind Asthma, Allergien, Epilepsien und Diabetes. Sie stellen das Personal vor Herausforderungen, weil sie auch tagsüber eventuell beherztes Handeln oder Medikamentengaben erfordern. Bei Diabetes gibt es noch die Sondersituation, dass eine Therapie und Überwachung fortwährend zu gewährleisten ist.

Es gibt ja auch die Möglichkeit, einen Vertrag zu schließen. Was steht darin?

Der Vertrag zwischen Träger oder Schulleitung und Eltern legt fest, was geleistet werden muss. Bei einer Fehlbehandlung gilt automatisch das Haftungsprivileg. Sie gilt als Arbeitsunfall, das heißt, man ist über die Unfallkasse Hessen unfallversichert oder bei einem Privatträger – über eine adäquate Versicherung. Außer man handelt grob



Dr. med. Markus Freff

fahrlässig, was bei einer freiwilligen Hilfestellung in der Regel auszuschließen ist.

Trotzdem bleiben Ängste, etwas falsch zu machen. Was kann man als Arzt dagegen tun?

Ganz entscheidend ist die Information, dabei aber auch der Ton. Wir Diabetologen zum Beispiel schulen die Eltern schon bei Beginn der Erkrankungen in der Kommunikation mit Lehrern und Erziehern. Wenn Eltern aus ihren Ängsten heraus etwas möchten, dann geht das in der Regel schief.

Es gibt die Schulpflicht und den gesetzlichen Anspruch auf einen Kindergartenplatz. Wie kommt es, dass manche Kinder trotzdem abgewiesen werden?

Der Einrichtung wird die Personen- und somit auch deren Gesundheitsfürsorge übertragen. Eine fehlende Unterstützung der Lehrer oder Erzieher steht durchaus im Widerspruch dazu. Die vorhandenen Regelungen zu medizinischen Hilfsmaßnahmen in Schulen/Kitas kommen offensichtlich nicht an, insbesondere auch nicht bei den Leitungen. Wir haben hier schlussendlich ein Versorgungsproblem durch eine mangelhafte Kommunikation und Informationsweitergabe. Und Lehrer lesen genauso wenig regelmäßig die Bekanntmachungen im Amtsblatt des Hessischen Kultusministeriums wie Ärzte die im Hessischen Ärzteblatt.

Ist das ein generelles Problem, und was kann man dagegen tun?

Es gibt (auch) viele engagierte und gut informierte Kitas und Schulen. Doch leider zu oft auch nicht. Deswegen haben wir in den vergangenen zwei Jahren in Südhessen bei Großveranstaltungen bereits 200 Lehrer und 300 Erzieher geschult.

Wer ist Wir?

Diabetologe, Pneumologe, Allergologe und Epileptologe aus unserem Haus haben sich zusammengetan. Das Problem ist ja nicht nur Diabetes, sondern der Asthmaanfall, der allergische Schock, der epileptische Anfall oder die Zeckenproblematik. Das Erstaunen auf diesen Veranstaltungen ist unfassbar.

Wie läuft eine solche Schulung ab?

Ein Vertreter der Unfallkasse Hessen informiert über die rechtlichen Aspekte zur Medikamentenabgabe. Da erfahren viele Teilnehmer erst, dass sie einem Diabetiker bei der Insulinabgabe helfen dürfen oder dem Asthmatiker beim Anfall. Wer nach bestem Wissen und Gewissen hilft. ist versichert.

Im Juni trat die überarbeitete "Richtlinie zur Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen an Schulen" in Kraft. Sie haben daran mitgewirkt. Was ist neu?

Neu sind die Empfehlungen zur Fortbildung, Grundkenntnisse für einen sachgemäßen Umgang und einer angemessener pädagogischen Haltung gegenüber chronisch kranken Schülern zu erwerben. Außerdem steht da zum Beispiel nun explizit, dass Zeckenentfernung erlaubt ist.

Die alten Handlungsempfehlungen von 2009 ließen viel Interpretationsspielräume zu. Nicht eindeutige Formulierungen führen zu Situationen wie zum Beispiel bei der Sonnenfinsternis, bei der Schulleiter Kinder in den Klassenräumen wegen des erhöhten Risikos für Augenverletzungen einsperrten.

Wir Ärzte müssen aber auch die Lehrer und Erzieherinnen vor den großen Ansprüchen der Eltern schützen. Vor 30 Jahren haben sie meist die Zecke einfach entfernt. Jetzt laufen sie Gefahr, von Eltern verklagt zu werden. So will natürlich keiner mehr freiwillig helfen, auch wenn solche Klagen als unbegründet abgewiesen werden.

Wird durch den neuen Erlass nun alles gut für die Diabetes-Kinder oder Asthma-Kinder?

Nein, denn die Informationen müssen in Schulen und Einrichtungen erst einmal flächendeckend angeboten und kommuniziert werden. Hierzu wurden wir nun aber vom hessischen Kultusministerium beauftragt.

Interview: Jutta Rippegather

Weiterführende **Tipps & Links**

- Broschüren, Adressen: www.kinderkliniken.de/klinik/ ambulanzen/diabetologie
- Selbsthilfe: www.diabetes-kids.de
- · Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diabetologie (AGPD): www.diabetes-kinder.de
- · Diabetes-Buch für Kinder, Kirchheim-Verlag. Autoren: Karin Lange et al. ISBN 9783874095471, € 19,90. Im Verlagsprogramm gibt es weitere Kinder- & Eltern-Ratgeber zum Thema.

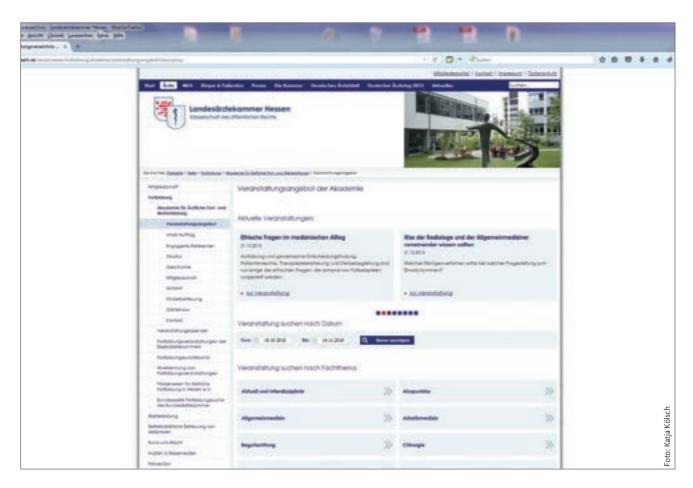
CME-Beitrag aus Ausgabe 10/2014: **Richtige Antworten**

Zu den Multiple Choice-Fragen "Plastisch-Chirurgische Prinzipien in der Akutversorgung von Bissverletzungen im Gesicht", von Dominik K. Boliglowa im Hessischen Ärzteblatt 10/2014, Seite 563ff.

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



Übersichtlich und informativ: Neues Veranstaltungsverzeichnis der Akademie online



Aktualisierung, Festigung und Weiterentwicklung des Wissens sind ein fester Bestandteil der ärztlichen Arbeit. Die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen bietet kontinuierlich ca. 70 verschiedene Kurse an, die es Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, persönlichen Wünschen und arbeitsbedingten Auflagen nach beruflicher Weiterqualifizierung nachzugehen. Die umfangreicheren Fort- und Weiterbildungen finden in Modulen statt, sodass die teilnehmenden Ärzte jeweils nur wenige Tage ihr Arbeitsumfeld verlassen müssen und das Gelernte schnell und schrittweise in den Arbeitsalltag einfließen kann. Organisatorisch ergeben sich daraus jährlich ca. 200 einzeln buchbare Akademieveranstaltungen.

Für die neuen Internetseiten haben wir die bestehenden Strukturen der ärztlichen Fort- und Weiterbildung für dieses Medium adaptiert und als Ordnungsprinzip eingesetzt. Die neue Online-Darstellung ordnet alle Angebote der Akademie nach Fachgebieten und unterstützt so die gezielte Suche. Veranstaltungen zu aktuellen Themen werden besonders hervorgehoben. Außerdem kann ein Zeitfenster gewählt werden, angezeigt werden dann nur die in dieser Zeit angebotenen Veran-

Über jede Veranstaltung wird bereits in der Übersicht mit einem kurzen Text informiert. Wenn Sie mehr wissen möchten. führt der nächste Klick zu detaillierten Informationen: inhaltlich und organisatorisch. Für die Mehrzahl der Veranstaltungen ist mit einem weiteren Klick eine direkte Anmeldung im Mitgliederportal der Landesärztekammer möglich – jederzeit. Natürlich sind wir auch weiterhin persönlich erreichbar - jeder Veranstaltungseintrag führt schon in den ersten Zeilen zur Ansprechpartnerin in der Akademie.

Wir wollen Ihnen eine intuitive Nutzung der neuen Internetseiten ermöglichen, die Sie schnell durch das umfangreiche Veranstaltungsangebot führt. Ob uns das gelungen ist, sollten Sie ausprobieren!

> Dr. rer. nat. Aline Zetsche Leiterin "Strategische Programmentwicklung Akademie"

Akademie online: www.akademie-laekh.de und persönlich: Fon: 06032 782 200 E-Mail: akademie@laekh.de

Bedarfsplanung der Krankenversorgung – eine Illusion?

Die sogenannte Bedarfsplanung hat viele Facetten. Warum? Weil ganz viele Interessen aufeinander treffen, die unterschiedlicher nicht sein können. Wer dreht mit in diesem Karussell?

Die Politik wünscht sich Ruhe an der Front. Insbesondere die Bundespolitik versucht, durch gesetzliche Einschüchterung und Einengung den politischen Handlungsspielraum der Selbstverwaltung einzuengen. Auf der Landesebene ist man zwar formal mit der Bedarfsplanung beschäftigt. Es interessiert aber eher das brennende Thema der Krankenhausfinanzierung. DRG's gehören in die Krankenversorgung und nicht in den Investitionshaushalt.

Anders schaut es auf der kommunalen Ebene aus. Hier wird schon deutlich, dass ein großes Interesse an einer vernünftigen ärztlichen Versorgung vor Ort besteht.

Bei den Krankenkassen sind die Kassen klamm. Daraus folgend werden zum Teil unsinnige Gimmicks bezuschusst, um Kunden anzulocken. Andererseits werden medizinisch sinnvolle Leistungen vorenthalten. Für die Bedarfsplanung aus Sicht der Krankenkassen heißt das: maximale Forderungen bezüglich der ärztlichen Versorgung mit strenger finanzieller Budgetierung zu verbinden. Um den Druck auf die Ärzteschaft zu erhöhen, werden Terminservicestellen eingerichtet.

Die KV'en versuchen sich in der Quadratur des Kreises. Älter werdende Patienten mit vielfältigeren Erkrankungen verursachen zunehmende medizinische Leistungen. Diese Versorgungsnotwendigkeiten werden in den Budgets nicht mehr abgebildet. Die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten zur Niederlassung in strukturschwachen Gebieten sinkt. Auch haben sich die Formen der Berufsausübung geändert. Aus dem aufopfernden Alleinunterhalter wird eine zeitgemäße Berufsausübung mit Zeit für Familie, Kinder und Fortbildung.

Die Zahlen, die heute als Grundlage der Bedarfsplanung angenommen werden, sind veraltet. Planungen auf dieser Basis sind nicht valide. Auch können sie nicht

die medizinischen Entwicklungen und die hieraus sich ergebenden Veränderungen der medizinischen Versorgung vorhersehen. Investitionsentscheidungen von niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzten mit einem Zeithorizont von 30 Jahren und mehr sind damit nicht mehr möalich.

Politik, Kostenträger und Ärzteschaft sind dringlich aufgerufen, dieses gesundheitspolitische Dilemma einvernehmlich zu lösen, zum Beispiel durch mehr Studienplätze. Beharren auf Standardpositionen hilft nicht. Und die Berufsverbände der Ärzteschaft erhalten neben den Institutionen von Ärztekammern und KV'en eine zusätzliche Bedeutung in der unabhängigen Interessensvertretung.

Dr. med. **Wolf Andreas Fach** Berufsverband Deutscher Internisten -Landesverband Hessen, Präsidiumsmitglied der LÄKH



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



Hessische Ärzte im Ausland

Analyse der seit 2005 bei der Landesärztekammer Hessen beantragten "Certificates of Good Standing"

Deutsche Ärzte, die eine Tätigkeit im Ausland aufnehmen wollen, benötigen in vielen Fällen eine Unbedenklichkeitsbescheinigung ihrer Landesärztekammer, das sogenannte "Certificate of Good Standing" (weiter: Certificate).

Die der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) aus dem Jahr 2005 zur Verfügung stehenden Daten deuteten eine deutliche Zunahme der Abwanderung hessischer Ärzte ins Ausland an [1]. Im Jahre 2006 erreichte die Anzahl der beantragten Certificates einen Höhepunkt von 223. Als Ursache für die Abwanderung wurden vor allem schlechte Arbeitsbedingungen für Ärzte in Deutschland vermutet. Vor dem Hintergrund der Diskussion um Ärztemangel und vermeintliche Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland werden seit dem Jahre 2005 sämtliche Anträge auf Certificates an die Landesärztekammer Hessen erfasst und ausgewertet.

Im weiteren Verlauf der Untersuchung hat sich bis Ende 2014 die befürchtete kontinuierliche Zunahme der jährlichen Anträge aber nicht bestätigt. Zwar kam es nach einer Abnahme der Anträge bis 2009 erneut zu einer Zunahme, ohne jedoch den Höchststand von 2006 wieder zu erreichen. Insgesamt hat in den vergangenen 15 Jahren die Anzahl der ausgestellten Certificates phasenweise zugenommen, doch ein beständiger Aufwärtstrend ist nicht festzustellen (siehe Abbildung 1).

Ob und in welchem Umfang dies eine Folge geänderter Anforderungspraxis für die Certificates in den wichtigsten Zielländern ist, lässt sich nicht sicher beurteilen.

Auch die Meldedaten der LÄKH lassen keine eindeutige Zunahme der Abwanderung hessischer Ärzte ins Ausland erkennen.

Der Anteil der Mitglieder, die sich vorübergehend im Ausland befinden, liegt seit 2008 bei etwa 1,7 Prozent. Dies entspricht derzeit etwa 600 Personen. Es ist aber davon auszugehen, dass bei weitem nicht alle Auslandsaufenthalte, vor allem Kurzaufenthalte oder Neben-

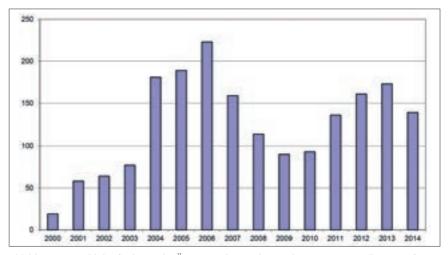


Abbildung 1: Anzahl der für hessische Ärzte von der Landesärztekammer ausgestellten Certificates 2000 bis 2014 (Stand: 31. Dez. 2014)

tätigkeiten der Landesärztekammer gemeldet werden.

Im Jahre 2014 haben sich lediglich 59 Mitglieder bei der LÄKH abgemeldet, um einer Tätigkeit im Ausland nachzugehen. Dagegen ist die Anzahl der aus dem Ausland direkt zugewanderten Ärzte mit 234 um ein Vielfaches höher.

Befragung der Antragssteller eines Certificates

Im Jahre 2005 wurde von der Stabsstelle Qualitätssicherung in Kooperation mit der Rechtsabteilung der LÄKH eine Befragung der Ärzte, die eine Tätigkeit im Ausland beabsichtigen, begonnen [2, 3]. Diese Befragung dauert bis heute an.

Allen Certificates wird seitens der Rechtsabteilung beim Versand ein anonymer standardisierter Fragebogen beigefügt. Dieser umfasst neben Fragen zur fachärztlichen Qualifikation und zu soziodemografischen Daten der Antragsteller insbesondere solche zu Umfang, Dauer und Art sowie den Motiven für die geplante Auslandstätigkeit.

Die Rücklaufquote beträgt ca. 50 Prozent. Etwa drei Viertel der Antwortenden sind jünger als 50 Jahre. Mehr als 80 Prozent von ihnen sind Fachärzte. Von diesen sind mehr als die Hälfte stationär und etwas mehr als ein Viertel in der ambulanten Patientenversorgung tätig. Knapp 60 Prozent planen eine überwiegend stationäre und etwa 30 Prozent eine überwiegend ambulante Tätigkeit im Ausland.

Dauer der geplanten Tätigkeit im Ausland

Etwa ein Viertel der Antwortenden beabsichtigt einen einmaligen Kurzaufenthalt (Fortbildung, Kooperationen, o. ä.) oder eine Auslandstätigkeit bis zu einem Jahr. Etwa ein Drittel beabsichtigt, unbefristet im Ausland zu bleiben, und knapp mehr als ein Viertel ist sich über die Dauer der geplanten Tätigkeit noch unsicher. Im Gesamtzeitraum dieser Erhebungen haben die angestrebten kurzen Aufenthalte erheblich zu- und die langen und unbefristeten abgenommen. Während geplante Auslandstätigkeiten unter einem Jahr in den ersten Befragungsjahren (2005 bis 2007) etwa 12 Prozent umfassten, liegen diese in den jüngeren Befragungsjahren (2012 bis 2014) bei etwa 40 Prozent. Davon besonders betroffen sind die Auslandsaufenthalte unter sechs Monaten so-



wie einmalige Kurzaufenthalte. Diese haben sich von weniger als 9 Prozent auf etwa 31 Prozent vervielfacht.

Zielländer der Antragsteller

Über den gesamten Befragungszeitraum wurde Großbritannien als Zielland mit 20 Prozent am häufigsten genannt, gefolgt von der Schweiz mit 12 Prozent und den Vereinten Arabischen Emiraten (VAE) mit 7 Prozent. Etwa 13 Prozent möchten ihre Tätigkeit in Entwicklungsländern aufnehmen, oft in Zusammenarbeit mit Hilfsorganisationen.

Im Laufe der zehnjährigen Befragung sind Trends bezüglich der präferierten Länder zu erkennen (siehe Abbildung 2). Während Großbritannien (vor allem als zusätzliche Einkommensauelle) in den ersten beiden Jahren der Befragung mit bis zur Hälfte der Antwortenden, stark dominierte, wurde es in den vergangenen beiden Jahren von weniger als 10 Prozent benannt. Die Zielländer sind im Laufe der Befragung vielfältiger geworden. Die Anträge für die Schweiz haben in jüngster Zeit stark zugenommen. In den Anfangsjahren der Erhebung wurde die Schweiz nur vereinzelt benannt, seit 2010 lag der Anteil der Befragten, die in die Schweiz gehen wollten, bei über 20 Prozent. Ebenso wurden zunehmend die Vereinigten Arabischen Emirate als Zielland genannt.

Motive für eine Auslandstätigkeit

Die von Antragsstellern genannten Gründe für eine Tätigkeit im Ausland sind sehr vielfältig. Ein Großteil gibt an, ein neues, interessantes Arbeitsgebiet (43 Prozent) kennenzulernen oder Land und Leute erkunden (36 Prozent) zu wollen. Während in den ersten drei Jahren der Befragungsreihe finanzielle Aspekte eine wichtige Rolle spielten (bessere Bezahlung 60 Prozent, zusätzliches Einkommen 30 Prozent), haben diese während des Befragungszeitraums stark an Bedeutung verloren und lagen in den letzten drei Befragungsjahren bei etwa 22 Prozent bzw. 8 Prozent.

Während des gesamten Erhebungszeitraums gaben 52 Prozent der Befragten an, bessere Arbeitsbedingungen im Ausland anzustreben. In den ersten beiden Jahren hofften darauf fast 70 Prozent der Befragten. Dieser Anteil halbierte sich in den vergangenen beiden Jahren (2013 bis 2014) auf etwa 33 Prozent.

Als sonstige Gründe (41 Prozent) wurden am häufigsten karitative sowie familiäre erwähnt. Karitative Tätigkeiten in Kooperation mit verschiedenen Hilfsorganisationen haben laut unserer Befragung zugenommen.

Schlussfolgerungen

Grundsätzlich sind Auslandsaufenthalte von Ärzten, zum Beispiel im Rahmen internationaler Kooperationen oder karitativer Projekte zu begrüßen und zu unterstützen. Internationale Offenheit und ErEntwarnung hinsichtlich dieses Problems verstanden werden. Denn: Nur ein Teil der Ärzte, die ins Ausland gehen wollen, benötigen/beantragen ein Certificate. Von verschiedenen Ländern und für bestimmte Tätigkeiten wird es nicht gefordert, und auch Berufsanfänger, die unmittelbar nach Abschluss ihres Studiums in Deutschland im Ausland die ärztliche Tätigkeit neu beginnen, sind in der Regel davon nicht betroffen. Zwar ist das Interesse der antwortenden Antragsteller an einer Tätigkeit im Ausland groß, die Anzahl derer, die dann wirklich dauerhaft auswandern, aber nur gering. Die Motive, die von ihnen für eine Auslandstätigkeit benannt werden, sollten

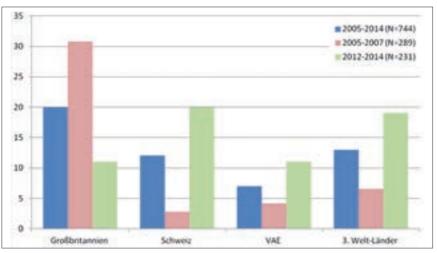


Abbildung 2: Zielländer, Angaben in Prozent

(Stand: 31. Dez. 2014)

fahrung sind in unserer heutigen zunehmend heterogenen und multikulturellen Gesellschaft von hohem Wert sowohl für die ärztliche Zusammenarbeit als auch die Qualität der Patientenversorgung.

Die 2015 veröffentlichte SVR-Studie [4] bestätigt die Annahme der LÄKH, dass vor allem die qualifizierten Fachkräfte nach einer Zeit im Ausland wieder zurückkommen. Ärzte können von den dort gewonnenen Erfahrungen und Kompetenzen profitieren und diese in ihre ärztliche Arbeit integrieren.

Befürchtungen eines drohenden Ärztemangels durch Abwanderung von Ärzten aus Deutschland ins Ausland werden durch unsere Auswertungen der in den Jahren 2005 bis 2014 von der Landesärztekammer Hessen ausgestellten Certificates nicht bestätigt. Dies darf allerdings nicht als generelle dennoch ernst genommen werden als Hinweise für Maßnahmen, um einer steigenden Abwanderung vorzubeugen und um die bereits im Ausland Tätigen wieder zur Rückkehr zu motivieren.

> Liina Baumann M.A., Silke Nahlinger MPH, Nina Walter M.A.. Dr. med. Roland Kaiser

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

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



Literatur zum Artikel:

Hessische Ärzte im Ausland

Analyse der seit 2005 bei der Landesärztekammer Hessen beantragten "Certificates of Good Standing"

Von Liina Baumann, Silke Nahlinger, Nina Walter, Dr. med. Roland Kaiser

- [1] S. Köhler, e. a.: "Hessische Ärzte im Ausland 2000 2005." Hess. Ärzteblatt, 09 2005: 590ff.
- [2] R. Kaiser, S. Köhler, L. Baumann: "Warum wollen immer mehr deutsche Ärzte ins Ausland?" Hess. Ärzteblatt, 4 2006: 233ff.
- [3] S. Köhler, L. Baumann, R. H. Kaiser: "Hessische Ärzte zieht es immer häufiger ins Ausland: Wer sind sie? Wohin gehen sie? Was tun sie dort?" Hess. Ärzteblatt, 4 2007: 208ff.
- [4] Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) (Hrsg.): "Studie: International Mobil. Motive, Rahmenbedingungen und Folgen der Aus- und Rückwanderung deutscher Staatsbürger." Studie, Wiesbaden, 2015.

Parlando



Momentaufnahme: Hans Voigtmann, Sänger, Gitarrist und Pianist der Band, und die singende Zahnärztin Sarah Becker

Wenn das Blut im im Kühlschrank tanzt

Die Gießener Medizinerband "Tante Doktor" hat ihr zweites Album herausgebracht

Spröde Melancholie schwebt über den Zeilen, sie schwingt in den Gitarrenklängen mit und heftet sich an die Töne des Saxophons. Doch als plötzlich dem Holzblasinstrument ein quäkendes Fiepen entschlüpft, mischt sich Fröhlichkeit in die sanfte Nachdenklichkeit von Musik und Texten. Gewollte Dissonanz, die jene aus dem medizinischen Alltag gespeiste, melancholische Grundstimmung der Songs von "Tante Doktor" bricht.

2012 wurde die Gießener Band von dem Anästhesisten Hans Voigtmann und einigen befreundeten Ärzten als musikalische Begleitung des Medizinerkabaretts "Elephant Toilet" gegründet: Inzwischen hat sich die Rock-Pop-Formation mit dem augenzwinkernden Namen professionalisiert und selbstständig gemacht. "Tante Doktor" - das sind Hans Voigtmann, Sänger, Gitarrist und Pianist der Band, und die singende Zahnärztin Sarah Becker. Bei größeren Auftritten wird das Duo von dem Saxophonisten Oliver Vogelbusch, dem angehenden Arzt und Bassisten Julian Koettnitz und dem Schlagzeuger Peter Voigtmann unterstützt, der als Profimusiker zugleich Produzent der Band ist.

Was macht das Besondere der Musik von "Tante Doktor" aus? Zum einen jene Mixtur aus Blues- und Chansonelementen, swingendem Jazz, Indie und Tango, die mit Voigtmanns rauem Timbre und der hellen, klaren Stimme von Sarah Becker zu einer unverwechselbaren Einheit verschmilzt. Zum anderen die Erlebnisse und Gefühle, die aus dem Mikrokosmos Krankenhaus in die Texte fließen, das Verhältnis von Arzt und Patient berühren und Tabuthemen wie Leid und Sterben umfassen. "Medical Songwriting": Diese Wortschöpfung stammt von der Band selbst; dahinter verbirgt sich die in Worte und Noten gekleidete ärztliche Begegnung mit Grenzerfahrungen. Aber auch mit der verblassenden Bedeutung materieller Werte: "Aktienkurs sitzt am Bettrand/ohne Sinn, ohne Verstand/ frei von Mitgefühl dabei / ... / wartet auf das Ende seiner Tage/wartet, Besuch kommt keiner." Der Song aus der dem Debütalbum "Unsteril" folgenden, aktuellen CD "bipolar" ist bitter mit dem Titel "Heile Welt" überschrieben. Berührend in seiner Traurigkeit dagegen Voigtmanns Lied "So hab' ich mir das nicht vorgestellt" über die Angst eines kleinen Jungen vor der

"Unsere Songs sind kein Bewältigungsprogramm und enthalten keine "Message", betont Sänger und Liedtexter Voigtmann. Sie sollen innerhalb der Klinikmauern Erlebtes nach außen tragen. Genau beobachtend bietet "Tante Doktor" damit Einblicke in eine meist verdrängte "Parallelwelt", in der Krankheiten, Schmerz und Tod zur Normalität gehören. Keine leichte Kost. "Allerdings beziehen sich die Themen nicht ausschließlich auf Krankenhäu-

ser oder den medizinischen Alltag in einer Praxis, sondern sind übertragbar", fügt Becker hinzu. "Leid, Einsamkeit, Isolation, Tod gehören ganz allgemein zum Leben." So handelt etwa das Lied "Krieg in den Hütten", zu dem im Oktober ein Musikvideo erschienen ist, von Fragen - "Was wäre, wenn wir uns jetzt trennen?" - und Zweifeln in einer Beziehung.

Aller Melancholie zum Trotz: Das musikalische Œuvre von "Tante Doktor" lässt sich keineswegs auf Attribute wie lakonisch oder grüblerisch reduzieren. Wenn das Blut im Kühlschrank tanzt oder die Lunge in "Death Tango" voll Wasser läuft, blitzt schwarzer Humor zwischen den Worten auf. Makaber und skurril zugleich. Dass der Band mit kabarettistischen Wurzeln Witz und Ironie im Blut stecken, beweist nicht nur Sarah Becker mit ihrem ansteckenden Lachen. Auf der Bühnen lösen fröhliche Einsprengsel den morbiden Grundtenor an vielen Stellen unerwartet auf. Dennoch bietet "Tante Doktor" weder heitere Unterhaltung noch gar eine Glücksbotschaft wie Eckard von Hirschhausen, in dessen Vorprogramm die Gießener Band schon zweimal aufgetreten ist. "Dafür sind unsere Texte viel zu düster und zynisch", schmunzelt Voigtmann. Informationen im Internet unter www.tan te-doktor.com, Hörproben finden sich auf der Plattform YouTube.

Katja Möhrle



Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Erwin Kuntz (93), ehemaliger Chefarzt am Diakonie-Krankenhaus Schwäbisch-Hall und später am Klinikum Wetzlar, ist mit dem Hessischen

Verdienstorden ausgezeichnet worden. Die Auszeichnung für den Internisten und Gastroenterologen reiht sich ein in höchste Ehrungen. Kuntz wurde bereits 1974 mit der Ernst-von-Bergmann-Medaille der Bundesärztekammer ausgezeichnet. Es folgten unter anderem die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber. das Große Verdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland, der Commendatore-Orden von Italien und das Ehrenkreuz I. Klasse von Österreich, 2006 wurde ihm die Paracelsus-Medaille verliehen. Er ist Ehrenbürger seiner Heimatgemeinde.

Kuntz hat sich in den mehr als 40 Jahren seines Berufslebens als Arzt, Wissenschaftler, akademischer Lehrer und Pionier der ärztlichen Fortbildung verdient gemacht. Dazu übernahm er eine Fülle von ehrenamtlichen Tätigkeiten. Seine eindrucksvolle Biografie ist über unsere Website www.laekh.de unter der Rubrik Hessisches Ärzteblatt Archiv, Ausgabe 07/2006, Seite 505 abrufbar.



Jill und Giulia Enders (von links)

Im Rahmen des Kongresses Viszeralmedizin 2015 haben die Autorin Giulia Enders und ihre Schwester Jill Enders (Illus-

tratorin) für ihr Buch "Darm mit Charme" den Medienpreis der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungsund Stoffwechselkrankheiten (DGVS) erhalten. Der Bestseller "Darm mit Charme" (Rezension siehe HÄBL 12/2014, Seite 680) nehme sich, so die DGVS, in heiterem, verständlichen Ton einem der komplexesten, sensibelsten und doch oft stiefmütterlich behandelten Organe an - und sorge damit bei Lesern für ein ganz neues "Darm-Bewusstsein".

Das Klinikum Darmstadt meldet in diesem Jahr drei Wechsel in Führungspositionen: Prof. Dr. med. Carl Christoph Schimanski (40), seit 2012 Chefarzt am Marienhospital in der Klinik für Innere Medizin, ist jetzt zusätzlich auch am Klinikum Darmstadt als Direktor der Medizinischen Klinik II -Gastroenterologie, Hepatopankreatologie, Diabetologie und Pneumologie, tätig. Er tritt die Nachfolge von Prof. Dr. med. Hubertus Wietholtz an, der nach über 20 Jahren als Direktor in den Ruhestand geht. Wietholtz bleibt als Prüfer bei der Landesärztekammer Hessen engagiert.

Außerdem hat PD Dr. med. habil. Peter T. Ulrich (65) das Klinikum Darmstadt nach vierjähriger Aufbauarbeit an der Spitze der Klinik für Neurochirurgie (in Kooperation mit dem Sana-Klinikum Offenbach)

kum Offenbach. Neuer Direktor der Darmstädter Neurochirurgie ist PD Dr. med. Karsten Geletneky (51), der vom Uniklinikum Heidelberg kommt. Sein Schwerpunkt liegt in komplexen Hirntumoroperationen und im Bereich der Hypophysenchirurgie und schließt Hirngefäßerkrankungen, Gesichtsschmerzen sowie Bandscheiben-OPs ein. Im 30. Jahr seiner Tätigkeit als Direktor

verlassen. Er bleibt aber Chefarzt am Klini-

des Instituts für Radioonkologie und Strahlentherapie wurde Prof. Dr. med. Dipl. Phys. Bernd Kober in den Ruhestand verabschiedet. Sein Nachfolger ist Prof. Dr. med. Weiß. Ihm wurde 2011 der Hermann-Holthusen-Preis der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) verliehen.









Von links: Prof. Dr. med. Carl Christoph Schimanski, Prof. Dr. med. Hubertus Wietholtz, PD Dr. med. Karsten Geletneky und Prof. Dr. med. Christian Weiß

Ehrenplakette in Silber für Prof. Dr. med. Manfred Köllermann

Prof. Dr. med. Manfred Köllermann ist am 17. September 2015, anlässlich seines 80. Geburtstages, für seine engagierte Arbeit und herausragenden Leistungen mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) in Silber ausgezeichnet worden. Köllermann war zwölf Jahre lang bis 2012 als Prüfer für Urologie und für die fakultative Weiterbildung "Spezielle Urologische Chirurgie" ehrenamtlich für die LÄKH tätig. Nach einer Assistenzarztzeit unter anderem am Deutschen Hospital in Buenos-Ai-



Ehrung für Prof. Dr. med. Manfred Köllermann (Mitte): Dr. med. Michael Weidenfeld, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden (links) und Dr. med. H. Christian Piper, Mitglied des Präsidiums der LÄKH, gratulieren

res war Köllermann von 1972 bis 1980 als Assistenzarzt und später als leitender Oberarzt an der urologischen Klinik in Hamburg tätig. Von 1980 bis 2000 leitete er die urologische Klinik der Dr. Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden. Sein Schwerpunkt lag in der kinderurologischen Chirurgie sowie der Tumorchirurgie. Er hat sich sehr für Innovationen in der Urologie eingesetzt und diese gelehrt.

Was ist aus unserer "Diagnose" geworden?

18. Jahrestagung der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin in Frankfurt am Main

"Die verborgenen Wirklichkeiten" und "Was Diagnosen (über) uns verraten" diese Themen standen im Mittelpunkt der 18. Jahrestagung der Akademie für Integrierte Medizin (AIM). Zum vierten Mal fand die Tagung in Frankfurt am Main in Kooperation mit der Abteilung Psychosomatik des Hospitals zum heiligen Geist statt. An drei Tagen wurde fach- und sektorenübergreifend über die Aufhebung des Dualismus von Körper und Seele durch die Integration der Psychosomatik in den klinischen Alltag diskutiert: Welche Rolle spielen Diagnosen für das ärztliche Handeln, im Verständnis und der Kategorisierung von Patienten sowie im Prozess, Diagnosen als Konstrukte für die Erlösgewinnung in der Medizin zu benutzen? Neben der Geschichte spielte auch der Einfluss der Ökonomisierung auf Bedeutung, Gewichtung und Verwendung von Diagnosen eine wichtige Rolle.

Kategorisierung

Mit der Kategorisierung von Diagnoseeinheiten werden andere Interessen als rein medizinische eine Rolle spielen. Darauf wies Prof. Dr. med. David Klemperer (Professor für Sozialmedizin an der Universität Regensburg) hin. Er setzte sich mit den divergierenden Antworten auf die Frage auseinander, warum in manchen Regionen bestimmte Operationen häufiger sind und in anderen weniger. Welche Rolle spielen Bedeutungen, die Symptomen zugewiesen werden? So konnte zum Beispiel bei Tonsillektomien und Appendektomien sowie in früheren Zeiten bei Gebärmutterentfernungen nachgewiesen werden, dass regionale Unterschiede in der Einschätzung der Operationsbedürftigkeit vorliegen. Klemperer ging auf den Widerspruch zwischen der scheinbaren Objektivität, die in der Medizin immer wieder ins Feld geführt wird, und der Subjektivität der Entscheidungsfindung ein. Auch die Frage, wie Diagnosen

durch kategoriale Einstufungen erheblich verändert werden, machte er am Beispiel der Grenzwertveränderung von Hypertonie und Hypercholesterinämie deutlich. Dadurch werde die Zahl derer, die als krank eingestuft und damit medikamentös behandlungsbedürftig, um ein Vielfaches erhöht. Zu hinterfragen sei, welche finanziellen Interessen hinter einer solchen Veränderung der Normwerte stehen könnten.

Diagnosefindung



Dr. med. Gisela Volck

mehreren Beispielen stellte Dr. med. Gisela Volck (Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapeutin aus Frankfurt) ihre Deklination der Stufen der Diagnosefindung

vor: vom Anlass der Arztaufsuche über die Geschichte der Krankheit, der Geschichte des Kranken über die Geschichte der Arzt-Patient-Beziehung zur Gesamtdiagnose mit der daraus resultierenden Kernintervention. Sie zeigte auf, wie sie im Prozess, Patienten helfen zu wollen, immer wieder auch von fachfremden, meist verwaltungstechnischen Fragen im Kommunikationsprozess mit dem Patienten unterbrochen wird und wie fachfremde Aufgaben die Zuwendung zum Patienten stören.

Mit der kategorialen Frage "Diagnose: Was

ist das eigentlich?" befasste sich Dr. med. Bernd Hontschik (Facharzt für Chirurgie aus Frankfurt). Er zeigte auf, wie unsere subjektive Färbung in



Dr. med. Hontschik

unterschiedlicher Weise Einfluss auf die Diagnosefindung hat. Kritisch ging er auf die Faktoren ein, die uns Ärzte und Ärztinnen bei der Suche beeinflussen. An die Kassen würden nur noch kryptische Zeichen übermittelt, die den Diagnostik- und Behandlungsverlauf nur noch schemenhaft wiedergäben, um eine tragbare Abrechnung für das ärztliche Tun zu finden.

Moderne Krankheiten

Prof. Dr. rer. biol. hum. habil. Elmar Brähler (bis 2013 Professor der Abteilung für Medizinische Psychologie und Soziologie in Leipzig) hob hervor, dass Ärzte und Patienten immer wieder neue Krankheiten generieren: Sie entsprächen einem Komplex aus unspezifischen Beschwerden, dem Kampf für eine organische Genese und einem durch Medien verbreiteten Erklärungsmodell und unterlägen dem Einfluss der Mode. Als Prototyp für moderne Leiden nannte Brähler das Burn-out, das allerdings bisher nicht als Krankheit in die Glossars aufgenommen worden sei. Moderne Krankheiten hätten häufig einen kulturellen Aspekt, sodass Krankheiten wie das Burn-out, die German Angst¹, das Schleudertrauma und die Hypotonie im englischsprachigen kulturellen Raum häufig als "German Diseases" laufen würden.

Diagnosen hätten, so Brähler, auch eine sozialrechtliche Bedeutung, wobei hier sowohl die Abweichung von Normen als auch die Notwendigkeit einer Heilbehandlung bedeutungsvoll seien. Die sozialrechtliche Auffassung von Krankheit stehe vor allem im Bezug zur Frage der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. In das Beziehungsgeflecht der Krankheitsdefinition bezog Brähler neben Patient und Arzt auch das Gesundheitssystem, die Pharmaindustrie, die Versicherungsmedizin und Kultur/Gesellschaft mit ein. Im Rahmen der Medikalisierung seien Ase-

1 Der Begriff "German Angst" bezeichnet den Hang der Deutschen zum Grübeln sowie ihre merkwürdige Zukunftsangst.

xualtität, Homosexualität, Altern und Schwangerschaft pathologisiert worden. Durch die Veränderung der Normwerte des Cholesterins seien in Deutschland 75 Prozent aller Bürger zu Kranken gemacht worden, da sie durch die Normierung einen erhöhten Wert in diesem Bereich aufwiesen.

Medizinalisierung

Über das Dilemma der Diagnose bezogen auf die Kategorisierung im DSM (englisch für "diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen") und in der ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) berichtete Prof. Dr. med. Asmus Finzen (langjähriger Professor für Sozialpsychiatrie in Basel). Er kritisierte, dass durch den Wunsch nach international vergleichbaren Diagnosen ätiologische Aspekte in den Hintergrund gerückt seien. Veränderungen der Definitionen zum Beispiel bei ADHS im DSM V führten zu einer 15-fach höheren Krankenzahl mit der Folge der Explosion der Risperdalgaben für junge Menschen. Auch normales störendes Verhalten sei medikalisiert worden. Die Einführung der Diagnose "Oppositionelles Trotzverhalten von Jugendlichen" habe dazu geführt, dass bei Kindern Neuroleptika zugelassen worden seien. Finzen zufolge sollten normale Vorgänge wie Trauer nicht pathologisiert werden. Sei früher die Trauer nach einem Todesfall erst nach sechs Wochen als pathologisch bezeichnet worden, soll laut DSM V dies nun schon nach zwei Wochen der Fall sein.

ADHS spielte auch bei der Präsentation von Dr. med. Miriam Haagen (Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und Psychotherapeutin aus Hamburg) mit dem Titel "Das besondere Kind – krank oder hochbegabt" eine tragende Rolle. Anhand von Fallvorstellungen machte sie die Entstehung und Behandlung von Kindern mit ADHS emotional nachvollziehbar. Sie stellte dabei die Bedeutung der Beziehung zum Arzt, die Betonung dessen, was sich oft in der Unangepasstheit des Verhaltens zum Ausdruck bringen will, heraus. Haagen plädierte für eine sorgsame Verschreibung von Medikamenten. Die Medizinalisierung des unruhigen Kindes über die Diagnose ADHS führe dazu, dass wesentliche Elemente der Diagnose im Erkennen des Unglücks der Kinder überhört würden. So sei ihre Hauptaufgabe, viele Kinder vor der Einnahme der tief in die Persönlichkeit eingreifenden Medikamente zu bewahren und Diagnosen von ADHS zu dekonstruieren, um wieder Sinn und Zusammenhänge zu schaffen.

Psychosomatik in Lehrbüchern

Wie taucht die Psychosomatik als Thema in den Lehrbüchern unserer heutigen Medizin auf? Mit dieser Frage setzte sich Dr. med. Mag. phil. Annelies Schimak (Ärztin und Psychologin aus Wien) in ihrer Dissertation auseinander. Es werde zwar in vielen somatischen Lehrbüchern angegeben, dass ein erheblicher Prozentsatz der im somatischen Bereich untersuchten Patienten psychosomatische Krankheiten hätten. Ihre Erkenntnis: Psychosomatik wird entweder weggelassen, klein gemacht oder eingegrenzt. Dem psychosomatischen Aspekt werde dabei in den somatischen Arbeiten meist das Etikett der von Subjektivität bis Unglaubwürdigkeit beigefügt. Psychosomatisch Kranke würden vorwiegend als fordernd, auffällig oder weiblich charakterisiert. Sehr häufig würden psychosomatische Diagnosen nur als Ausschlussdiagnosen behandelt oder als nicht beeinflussbar dargestellt. Auch in den ICD-Diagnosen seien zum Beispiel die somatoformen Störungen immer noch mit einem pejorativen Unterton versehen ("wiederholte Darbietung" körperlicher Symptome, "hartnäckige Forderungen" nach medizinischen Untersuchungen, hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherung mehrere Ärzte anzunehmen). Andere Mechanismen der Entwertung psychosomatischer Erkrankungen in den Lehrbüchern zeigten sich darin, die Psychosomatik insgesamt auf Stress zu reduzieren oder sie inhaltlich in eine entwertende Nachbarschaft zu stellen (Stichwort "esoterisch").

Diagnose als Handlungsauftrag

seinem Abschlussvortrag rückte Dr. med. Sven Eisenreich (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Oberarzt am Hospital zum heiligen Geist) die Diagnose als Handlungsauftrag in den Mittelpunkt. der Einführung der DRG (Abrechnungssystem nach diagnosebezogenen



Dr. med. Sven Eisenreich

Fallgruppen) vor über zehn Jahren sei die Diagnose vom Krankheitsbegriff entkoppelt und mit einem Leistungsbegriff verbunden worden. Eisenreich geht es um die verborgene Wirklichkeit hinter dem offenkundigen Kranksein in dem Sinne von Balint, was der Patient "wirklich" wolle. Das gemeinsame Suchen danach brauche manchmal Zeit und ein "Sich zur Verfüauna stellen".

In der zukünftigen Vergütungsordnung für Psychosomatik und Psychiatrie (PEPP) würden Patienten in "medizinisch sinnvolle Fallgruppen" klassifiziert. Eisenreich kritisierte, dass eine solche Gruppierung allenfalls betriebswirtschaftlich sinnvoll sein könne. Es stelle außerdem die Frage, wie ein System transparent und gerecht sein könne, wenn Verschlüsselung und Kodierung die wichtigsten Substantive ärztlicher Tätigkeit darstellten und Kodierfachkräfte regulativ in die ärztliche Behandlung eingreifen könnten.

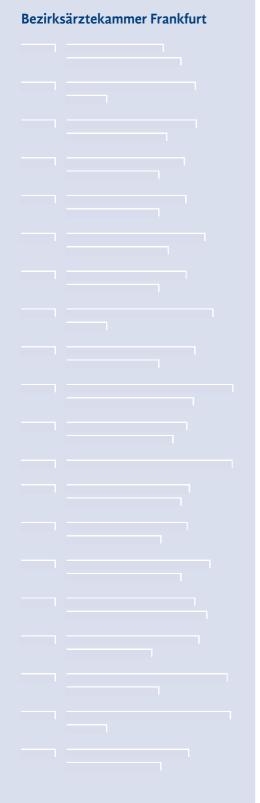
Die Tagung zeigte, dass diese Gruppe von Ärztinnen und Ärzten engagiert daran arbeitet, sich der schwierigen Schnittstelle zwischen Soma und Körper im Uexküll-Sinne anzunähern: Keine Körpermedizin ohne Seele und keine Seelenmedizin ohne Körper.

Dr. med. Wolfgang Merkle Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Psychoanalyse, Spezielle Schmerztherapie



Chefarzt der Abteilung Psychosomatik, Hospital zum heiligen Geist, Frankfurt/M E-Mail: w.merkle@em.uni-frankfurt.de

Geburtstage



Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Aufgrund §§ 5 Absatz 1 und 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Mai 2012 (GVBl. I S. 126), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe "c" der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (Hessisches Ärzteblatt HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 6. Mai 2015 (HÄBL 6/2015, S. 360), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2015 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen

I.

Die Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 2. September 1998 (HÄBI. 10/1998, S. I – VIII); zuletzt geändert am 1. Oktober 2014 (HÄBL 11/2014, S. 662), wird wie folgt geändert:

1.) § 10 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

"Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen in die sie betreffende Dokumentation Einsicht zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte der Ärztin, des Arztes oder Dritter entgegenstehen."

2.) § 15 Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

"Ärztinnen und Ärzte beachten bei der Forschung am Menschen nach § 15 Abs. 1 die in der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes in der Fassung der 64. Generalversammlung 2013 in Fortaleza niedergelegten ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen."

3.) § 18 Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt neu gefasst:

"Eine Umgehung liegt insbesondere vor, wenn der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der persönlich erbrachten Leistungen entspricht."

4.) § 20 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

"Die Praxis einer verstorbenen Ärztin oder eines verstorbenen Arztes kann zugunsten ihres Witwers oder seiner Witwe, ihrer Partnerin oder seines Partners nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft oder eines unterhaltsberechtigten Angehörigen in der Regel bis zur Dauer von sechs Monaten nach dem Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Tod eingetreten ist, durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt fortgesetzt werden."

II.

Neubekanntmachung

Der Präsident wird ermächtigt, die Berufsordnung und die Anlage in der sich aus dieser Satzung ergebenden Fassung mit neuem Datum bekannt zu machen und Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

III.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. November 2015 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2015 beschlossene und vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration am 25. September 2015 (Geschäftszeichen: V2B–18b2120–0001/2008/007) gemäß § 17 Abs. 2 des Hessischen Heilberufsgesetzes genehmigte Satzung zur Änderung der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet. Frankfurt, 7. Oktober 2015

J. Shullande

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

- Präsident -

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Aufgrund § 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66-87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Mai 2012 (GVBl. I S. 126), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe "d" der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (Hessisches Ärzteblatt HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 6. Mai 2015 (HÄBL 6/2015, S. 360), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2015 folgende Satzung beschlossen:

> Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen und Entfristung des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15. August 2005 (HÄBL Sonderheft 10/2005, S. 1–73), zuletzt geändert durch Satzung vom 6. Mai 2015 (HÄBL 6/2015, S. 361), sieht durch das Inkrafttreten von Artikel I Nr. 2 der Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 12. Juni 2013 gemäß Artikel II Satz 1 (HÄBL 6/2013, S. 547) eine Befristung der Regelung über den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin zum 1. Januar 2017 vor. Zur Entfristung dieser Regelung des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin wird die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15. August 2005 (HÄBL Sonderheft 10/2005, S. 1-73), zuletzt geändert durch Satzung vom 6. Mai 2015 (HÄBL 6/2015, S. 361), in der durch Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 12. Juni 2013 (HÄBL 6/2013, S. 547) vorgesehenen Fassung, wie folgt geändert:

Artikel I Nr. 2 und Artikel II Satz 1 der Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 12. Juni 2013 (HÄBL 6/2013, S. 547) werden aufgehoben.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. November 2015 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2015 beschlossene und vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration am 25. September 2015 (Geschäftszeichen: V2B-18b2120-0001/ 2008/004) gemäß § 35 Abs. 1 des Hessischen Heilberufsgesetzes genehmigte Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 7. Oktober 2015

Mulland

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

- Präsident -

Bezirksärztekammer Darmstadt Bezirksärztekammer Gießen Bezirksärztekammer Kassel

Geburtstage

Geburtstage

Bezirksärztekammer Marburg

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Goldenes Doktorjubiläum

- 02.12.: Dr. med. Waltrud Krasznai (ehemals Dr. Fellenz-Wamser), Butzbach, Bezirksärztekammer Gießen
- 02.12.: Dr. med. Edgar Wandel, Biebesheim, Bezirksärztekammer Darmstadt
- 03.12.: Dr. med. Helga Wildberger, Frankfurt, Bezirksärztekammer Frankfurt/Main
- 07.12.: Dr. med. Eckehard Mayer, Offenbach, Bezirksärztekammer Frankfurt/Main
- 13.12.: Dr. med. Maren Beudt-Jalladeau, Oberursel, Bezirksärztekammer Frankfurt/Main
- 13.12.: Dr. med. Hannelore Vogelsberg, Allendorf, Bezirksärztekammer Gießen
- 14.12.: Prof. Dr. med. Walter Krause, Heuchelheim. Bezirksärztekammer Gießen
- 15.12.: Prof. Dr. med. Manfred Fischer, Bezirksärztekammer Kassel

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Friedrich Albegger, Homberg

Prof. Dr. med. Hansjoerg Becker, Kronberg

Dr. med. Karl Böttger, Frankfurt * 27.09.1924 † 10.08.2015

Dr. med. Stefan Reinhard Bulling, Staufenberg

* 20.08.1962 † 16.09.2015

Prof. Dr. med. Wolfgang Caspary, Schöneck * 08.04.1940 † 03.08.2015

Prof. Dr. med. Carl Hermann Alexander Eschenbach, Marburg

Patrick Giffels, Marburg * 01.03.1971 † 21.08.2015

Dr. med. Gustav Guntrum, Darmstadt

Prof. Dr. med. Joachim Halama, Neu-Isenburg

* 22.04.1927 † 28.04.2015

Dr. med. Margarete Haselbach, Philippsthal

Ingrid Heusler, Oberursel Dr. med. Karl Hofmeister, Darmstadt

Dr. univ. med. Eleonore Jüthner-Sevic,

Dr. med. Norbert Keller, Erbach 15.04.1935 + 30.08.2015

Gerald Klein, Schenklengsfeld

Gerald Koch, Wettenberg

Dr. Medic./Imp Bukarest Nicolae Oberstein, Frankfurt

Dr. med. Bernhard Pfältzer, Rodenbach

Prof. Dr. med. Mladen Rupec, Marburg

Markus Schreibweiss, Darmstadt * 05.03.1963 † 24.07.2015

Peter Weiss, Kassel * 05.05.1925 † 22.02.2015

Dr. med. Ernst Wörtche, Neu-Isenburg

2. Frankfurter & Mainzer Intensivtage

Interdiziplinäre Intensivmedizin & Intensivpflege

- Termin: 13. bis 14. November 2015
- Ort: Universitätsklinikum Frankfurt

Eine Veranstaltung der Lehrstühle für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Universitätskliniken Frankfurt und Mainz

Fortbildungspunkte für Ärzte und Pflege sind beantragt

- - Anmeldung und Gebührenentrichtung erfolgt online.
- Internet: www.intensivtage.de

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Einladung zur 8. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 15. Wahlperiode 2013 – 2018

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 8. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Wahlperiode 2013 – 2018 lade ich Sie für

Samstag, 21. November 2015, 10:00 Uhr s.t.,

in das Seminargebäude im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, ein.

TAGESORDNUNG

- 1. Begrüßung
- 2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
- 3. Genehmigung des Beschlussprotokolls der 7. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 16. September 2015
- 4. Bericht des Präsidenten
- 5. Nicht erledigte Anträge aus der Delegiertenversammlung vom 21. März 2015
- 6. Haushaltsplan 2016
- 7. Hilfsfonds-Richtsätze 2016
- 8. Versorgungswerk
- 9. Änderungen von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen
 - a) Änderung der Weiterbildungsordnung
 - b) Änderung der Kostensatzung
 - c) Änderung der Meldeordnung
- Verwaltungssitz der Landesärztekammer Hessen Im Vogelsgesang 1a + 3 in Frankfurt am Main
- 11. Kommunikation zwischen LÄK-Präsidium und den Vorsitzenden der Bezirksärztekammern
- 12. Wahl der Delegierten zum 119. Deutschen Ärztetag 2016 in Hamburg
- 13. Aussprache und Anträge zum Bericht des Präsidenten
- 14. Verschiedenes

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 8. Oktober 2015

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

J. Shulland

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

– Präsident –

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis-Nr. 060029573 ausgestellt am 15.04.2013 für Dr. med. Joachim Augsten, Rodgau

Arztausweis-Nr. 060039060 ausgestellt am 09.07.2015 für Heiko Bartsch, Marburg

Arztausweis-Nr. 060028398 ausgestellt am 07.01.2013 für Marina Bayas, Fulda

Arztausweis-Nr. 060022286 ausgestellt am 19.09.2011 für Peter Eigendorf, Lahntal

Arztausweis-Nr. 060022600 ausgestellt am 24.10.2011 für Michael Gellrich, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060035594 ausgestellt am 10.10.2014 für Tobias Göhring, Gießen

Arztausweis-Nr. 060022549 ausgestellt am 19.10.2011 für Dr. med. Stephanie Graf, Petersberg

Arztausweis-Nr. 060038732 ausgestellt am 10.06.2015 für Dr. med. Philipp Hofmann, Felsberg

Arztausweis-Nr. 060018612 ausgestellt am 12.10.2010 für Dr. med. Hans-Juergen Nöller, Offenbach

Arztausweis-Nr. 060036740 ausgestellt am 08.01.2015 für Dr. med. Stefanie Plenzig, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060024948 ausgestellt am 05.03.2012 für Dr. med. Oswald Schmidt, Kassel

Arztausweis-Nr. 060030322 ausgestellt am 25.06.2013 für Anja Starl, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060035095 ausgestellt am 04.09.2014 für Dr. med. Thorsten Wern, Friedrichsdorf

Arztausweis-Nr. 060030296 ausgestellt am 24.06.2013 für Dr.-medic/IM Temeschburg Jens Wüstenberg, Kassel

Ehrungen MFA / Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum zehn- und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Alexandra Bau, tätig bei I. Olbert, Dres. med. J. Simon, C. Schwuchow, C. Hölscher, R. Selzer, U. Mosler, A. Hölscher und M. P. Conze, Fulda;

Kerstin Werner, tätig bei Prof. Dr. med. J. Fischer, Dr. med. M. Dehos und Dr. med. T. Saltzer, Darmstadt;

Katja Kumpf, (21 Jahre) und Yvonne Pfitzer, (20 Jahre), beide tätig bei Dr. med. R. Trumpfheller und Dr. med. H. Bause, Michelstadt.

Zum 25-jährigen Berufsjubiläum gratulieren wir:

Ljuba Sabljic, tätig bei Dr. med. J. Said Falyh, Frankfurt:

Marion Berndroth, tätig bei Dr. med. U. C. Rahmel und B. Schmidt, Hofheim.

Wir gratulieren den Helferinnen zum mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Andrea Benz, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. H. Hettfleisch. Weiterstadt:

Sabine Meder (20 Jahre) und Ulrike Rosnau-Steinberg (19 Jahre), beide tätig bei Dr. med. R. Trumpfheller und Dr. med. H. Bause, Michelstadt.

Medizinische Fachangestellte

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Erfolgreiche Prüfungen

Bei der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2015 haben am Schriftlichen Teil der Abschlussprüfung 808 Prüflinge teilgenommen, von denen 742 bestanden haben. 809 Prüflinge haben am Praktischen Teil der Abschlussprüfung teilgenommen, von denen 690 bestanden haben. Die detaillierten statistischen Angaben zu der Sommerprüfung 2015 können im Internet unter www.laekh.de/aktuelles abgerufen werden.

Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 2. März 2016

Auszubildende, die an der Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 2. März 2016 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

· 18. November und 25. November 2015

unter Einreichung des für die Anmeldung erforderlichen Anmeldeformulars bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Es wird gebeten, das Anmeldeformular rechtzeitig und vollständig ausgefüllt einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Zwischenprüfung 2016 nicht garantiert werden kann.

Gemäß den Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes bitten wir um Vorlage der ärztlichen Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Abs. 1 des Jugendarbeitsschutzgesetzes spätestens am Tag der Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung, sofern nicht bereits geschehen. Dies gilt nur für Auszubildende, die bei Beendigung des 1. Ausbildungsjahres das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Dr. med. Karlhans Baumgartl als Vorsitzender bestätigt

In der konstituierenden Sitzung des Berufsbildungsausschusses am 23. September 2015 fand die Wahl der/des Vorsitzenden und der/des stellvertretenden Vorsitzenden statt. Für die Amtsperiode vom 16. März 2015

bis 30. Juni 2018 wurden Dr. med. Karlhans Baumgartl als Vorsitzender und Renate Schwarz als stellvertretende Vorsitzende wiedergewählt.

Roswitha Barthel

Assessorin Leiterin der Abteilung Medizinische Fachangestellte

Solidarität und Würde – medica mondiale

- Vortrag: Dr. med. Monika Hauser, Gründerin und geschäftsführendes Vorstandsmitglied von medica mondiale e. V., einer feministischen Frauenrechts- und Hilfsorganisation mit Sitz in Köln, berichtet über Erfahrungen aus der Arbeit mit traumatisierten Frauen in Kriegsgebieten. Hauser ist Trägerin des Alternativen Nobelpreises 2008.
- Veranstalter: Deutscher Ärztinnenbund e.V. (DÄB), Gruppe Marburg

- Termin: Mittwoch. 2. Dezember 2015, 20 Uhr
- Ort: Historischer Saal, Rathaus, Markt 1, 35037 Marburg
- Kosten: Eintritt frei. Um Spenden zugunsten von medica mondiale e. V. wird gebeten.

Informationen bei: Dr. med. Christina Westhoff, E-Mail: christina.westhoff@gmx.de

Interessenkonflikt

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

Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen

Bitte beachten Sie die nachfolgenden Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen zur Einführung einer **Teilrente**, die bereits 01.10.2015 in Kraft getreten sind.

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat in der Sitzung am 16.09.2015 mit der gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 1 der Satzung erforderlichen Mehrheit von 2/3 aller gewählten Mitglieder der Delegiertenversammlung den folgenden Beschluss über Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung gefasst, den das Hessische Ministerium für Soziales und Integration mit Schreiben vom 17.09.2015 unter dem Aktenzeichen IV 1 B 54 g 2000–0003/2009/016 genehmigt hat:

Artikel 1

Die Versorgungsordnung wird wie folgt geändert:

1. In § 2 wird nach Absatz 3 folgender Absatz 3 a eingefügt:

"(3 a) Auf schriftlichen Antrag des Mitglieds wird eine vorgezogene Altersrente als Teilrente von 30 % , 50 % oder 70 % aus der bis zum Beginn der Teilrente erworbenen Rentenanwartschaft gewährt; ein weiterer Rentenantrag ist nur bezüglich des gesamten zur Vollrente noch fehlenden Teils zulässig. Im Übrigen werden die beiden Rententeile als selbständige Leistungen im Sinne dieser Versorgungsordnung behandelt."

2. In § 3 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1 a eingefügt:

"(1 a) Ein Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente besteht nicht nach bindender Bewilligung einer Altersrente. Wurde eine Teilrente im Sinne des § 2 Abs. 3 a der Versorgungsordnung bindend bewilligt, ist der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente jedoch nur für den der Teilrente zugrunde liegenden Teil der Anwartschaft ausgeschlossen."

3. § 3 Abs. 9 Satz 3 wird gestrichen.

4. Dem § 4 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

"Bezüglich des nach Inanspruchnahme einer Teilrente im Sinne des § 2 Abs. 3 a der Versorgungsordnung noch verbliebenen Teils der Rentenanwartschaft gilt als Beginn des Bezuges der Altersrente der Zeitpunkt, in dem der zur Vollrente fehlende Teil der Altersrente in Anspruch genommen wird."

5. § 9 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 wird nach der Angabe "§ 2 Abs. 3" die Angabe "oder 3 a" eingefügt.

6. Dem § 10 Abs. 8 wird folgender Satz angefügt:

"Bezieht das ausgleichspflichtige Mitglied eine Teilrente nach § 2 Abs. 3 a der Versorgungsordnung, ist eine Er-

gänzung des gekürzten Anrechts nur bzgl. des prozentualen Anteils der ehezeitlich erworbenen Anwartschaft möglich, der nach Abzug der Teilrentenquote verbleibt."

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten am 01.10.2015 in Kraft.

Die vorstehenden Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen werden hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt am Main, den 23.09.2015

Dr. Brigitte Ende Vorsitzende des Vorstandes des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen



Hessisches Ärzteblatt

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

Herausgeber: Landesärztekammer Hessen, vertreten durch Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M., Tel.: +49 69 97672-0

www.laekh.de, E-Mail: info@laekh.de

Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts): Dr. med. Peter Zürner,

Mitglied des Präsidiums der LÄK Hessen

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin Dr. med. Roland Kaiser

Sabine Goldschmidt M.A. Dr. med. H. Christian Piper

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

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

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

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

Akademie: Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth Versorgungswerk: Dr. med. Brigitte Ende

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen

Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M. Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224 E-Mail: schriftleitung-haebl@laekh.de

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

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

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

Geschäftsführung: Norbert A. Froitzheim (Verleger), Jürgen Führer

Leiterin Produktbereich: Katrin Groos Produktmanagement: Marie-Luise Bertram,

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

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

Abo-Service@aerzteverlag.de

Leiter Kunden Center: Michael Heinrich

Tel. +49 2234 7011-233, E-Mail: heinrich@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt: Michael Laschewski, Tel.: +49 2234 7011-252, E-Mail: laschewski@aerzteverlag.de

Leiterin Anzeigenmanagement Stellen-/Rubrikenmarkt: Katja Höcker,

Tel.: +49 2234 7011-286, E-Mail: hoecker@aerzteverlag.de

Leiterin Anzeigenmanagement Industrie und verantwortlich

für den Anzeigenteil: Marga Pinsdorf

Tel.: +49 2234 7011-243, E-Mail: pinsdorf@aerzteverlag.de

Key Account Manager: KAM Medizin Marek Hetmann Tel.: +49 2234 7011-318, E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter Medizin: Eric Henguinet E-Mail: henquinet@aerzteverlag.de Sales Management: Petra Schwarz

Tel.: +49 2234 7011-262 E-Mail: schwarz@aerzteverlag.de

Verkauf Industrieanzeigen

Verkaufsgebiete Nord&Ost: Götz Kneiseler

Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874, Mobil: +49 172 3103383

E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiete Mitte&Süd: Hardy Lorenz

Tel.: +49 6131 219490, Fax: +49 6131 219492, Mobil: +49 172 2363730

E-Mail: lorenz@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiet Non-Health: Eric Le Gall

Tel.: +49 2202 9649510, Fax: +49 2202 9649509, Mobil: +49 172 2575333

E-Mail: legall@aerzteverlag.de

Leiter Medienproduktion: Bernd Schunk

Tel.: +49 2234 7011-280, E-Mail: schunk@aerzteverlag.de

Herstellung: Alexander Krauth

Tel.: +49 2234 7011-278, E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Layout: Sabine Tillmann

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

Erscheinungsweise:

Die Zeitschrift erscheint 11 x jährlich

Jahresbezugspreis Inland: 128,00 €, Einzelheftpreis: 13,25 €

Ermäßigter Preis für Studenten jährlich: 80,00 €

Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

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

Konten / Account:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

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

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 1, gültig ab 01.01.2015 Druckauflage: 33.000 Ex.

LA-MED

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

76. Jahrgang

ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

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

© Copyright by Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln