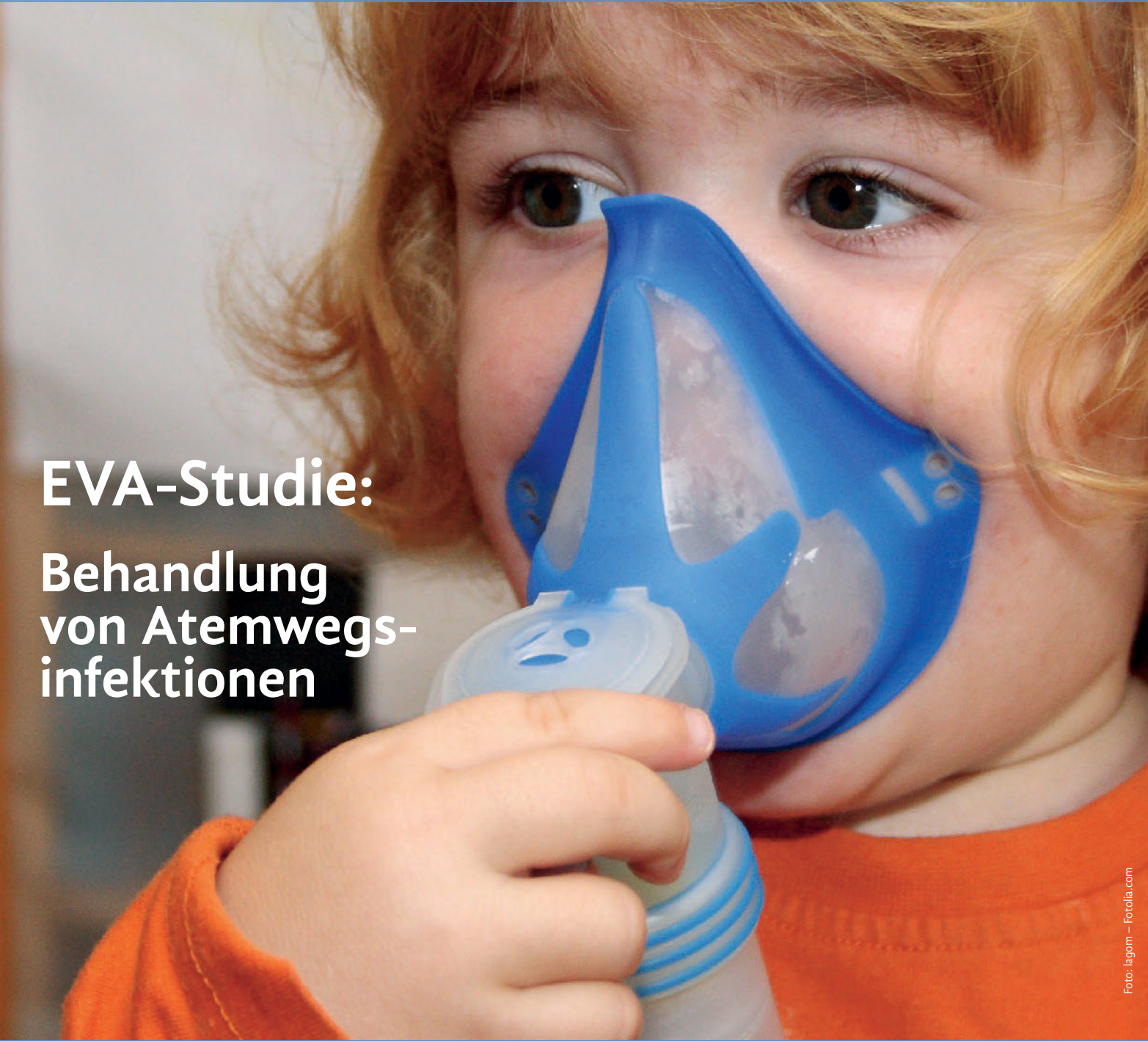




EVA-Studie: Behandlung von Atemwegs- infektionen

Foto: lagom – Fotolia.com

11. ordentliche Delegiertenversammlung

Themen waren unter anderem der Masterplan Medizinstudium 2020 und der Krankenhausplan

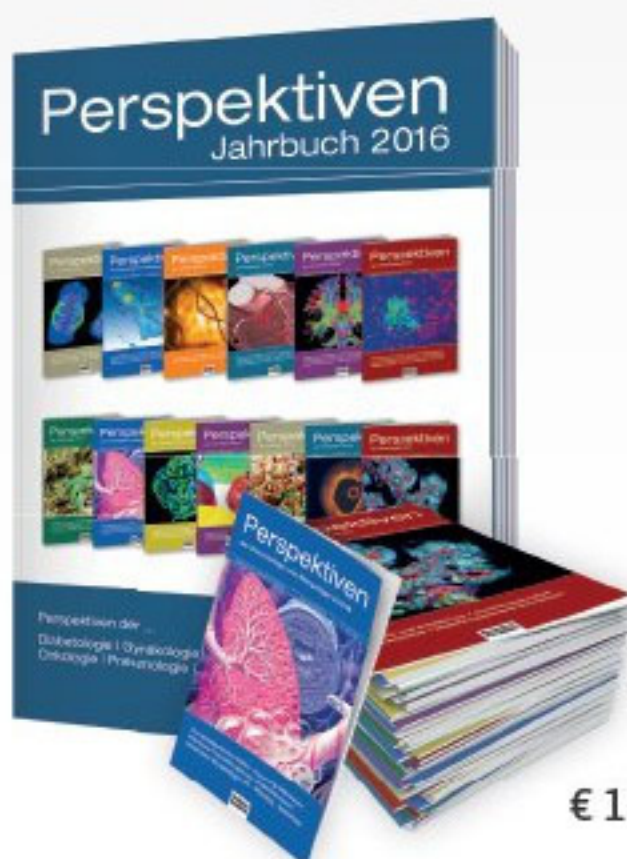
CME: Periprothetische Infektion am Hüftgelenk

Die Fortbildung informiert über Definition, Diagnostik und Therapie bei Infektionen an Hüftprothesen

Klimawandel als Bedrohung für die weltweite Gesundheit

Der Klimawandel hat Folgen für die Gesundheit und ist daher auch für die Ärzteschaft ein relevantes Thema

Jahrbuch 2016: Ihr Blick über den Tellerrand



In diesem Sammelband finden Sie alle Ausgaben der Perspektiven, die 2016 als Beilage im Deutschen Ärzteblatt erschienen sind. Das Jahrbuch bietet Ihnen ein fächerübergreifendes Kurzkompodium zu aktuellen Entwicklungen und Neuigkeiten: Eine kompakte Übersicht zu den dargestellten Fächern – mit direktem Praxisbezug!

- Diabetologie
- Gynäkologie
- Infektiologie
- Kardiologie
- Neurologie
- Onkologie
- Pneumologie & Allergologie
- Urologie/Nephrologie

> Bestellen Sie jetzt Ihren Sammelband 2016 mit wichtigen Neuigkeiten aus Ihren Nachbardisziplinen

€ 19,99

Direkt bestellen: www.aerzteverlag.de/shop

> Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands bei Online-Bestellung
E-Mail: bestellung@aerzteverlag.de | Telefon: 02234 7011-314

 **Deutscher
Ärzteverlag**

Ausfüllen und an den Deutschen Ärzteverlag senden.
Fax und fertig:

02234 7011-476

oder per Post

Deutscher Ärzteverlag GmbH
Kundenservice
Postfach 400244
50832 Köln

Ja, hiermit bestelle ich mit 14-tägigem Widerrufsrecht

Ex. Perspektiven Jahrbuch 2016, € 19,99

☐ Herr ☐ Frau

Name, Vorname

Fachgebiet

Klinik/Praxis/Firma

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse

☐ (Die Deutsche Ärzteverlag GmbH darf mich per E-Mail zu Warzabwecken über verschiedene Angebote informieren)

Datum

Unterschrift

Vertrieb und Produktion: Deutscher Ärzteverlag, Postfach 400244, 50832 Köln
 © 2015 Deutscher Ärzteverlag GmbH – Sitz Köln – HRB 106 Amtsgericht
 Köln. Geschäftsführung: Norbert A. Froitzheim, Jürgen Fikler



Schneegansprinzip

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

*Laßt vergehn, was vergeht!
Es vergeht, um wiederzukehren,
es altert, um sich zu verjüngen,
es trennt sich, um sich inniger zu vereinigen,
es stirbt, um lebendiger zu werden.*

**Johann Christian Friedrich Hölderlin
(1770–1843)**

Können diese Zeilen auch aktuell für uns sprechen? Das alte Jahr ist vergangen, um als neues wiederzukehren. Ein lebendiges Jahr liegt vor uns, in dem wir die vereinten Kenntnisse und Erfahrungen der vergangenen Jahre – seien sie persönlicher oder gesellschaftlicher Natur – positiv nutzen können. Der menschliche Geist muss immer bemüht sein, aus schlechten wie aus guten Entscheidungen und deren Folgen zu lernen und die richtigen Schlussfolgerungen zu ziehen.

Ein gutes Beispiel dafür scheint mir der aktuelle Entwicklungsstand der in Überarbeitung befindlichen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu sein. Nachdem es vor einem Jahr zum Teil großen Unmut über den damaligen Fortgang der neuen GOÄ gab, konnten in jüngster Zeit große Fortschritte erzielt werden. Nachdem die Ärzteschaft vom ungeordneten Schwarmflug der Tauben in den geordneten Formationsflug der Schneegänse übergang, wurden auch dessen Vorteile gewahrt. Denn beim Keilflug kann jeder Vogel seinen Vordermann sehen, ohne dass er durch dessen aufgewirbelte Luft behindert wird. Er kann vielmehr den verringerten Strömungswiderstand zum kräftesparenden Erreichen des Ziels nutzen, das ja oftmals tausende Kilometer entfernt liegt. Leider ist dies der Ärzteschaft nicht früher gelungen, so dass die neue GOÄ mit größter Wahrscheinlichkeit nicht mehr in der laufenden Legislaturperiode in Kraft treten wird.

Stattdessen werden wir uns – wie bereits im Bundestagswahlkampf 2013 – wieder Forderungen nach einer Bürgerversicherung und damit der Abschaffung der Privaten Krankenversicherung gegenüber sehen. Die Argumente haben sich seitdem nicht geändert. Es bleibt dabei: Eine Einheitsversicherung wird die Versorgung nicht verbessern.

Gleiches gilt auch für die gebetsmühlenartig vorgetragenen Anforderungen, Krankenhäuser zu schließen. Für einzelne Häuser, insbesondere in Ballungsgebieten mag dies durchaus einer ernsthaften Diskussion würdig sein, vor allem wenn es sich um ein Gebiet mit einer relativ jungen Bevölkerung handelt. Doch wie sieht es in den Gegenden aus, in denen die viel zitierte zunehmende Überalterung de facto voranschreitet? Wenn selbst eine Unternehmensberatung wie Deloitte, und als solche gemeinhin der Sozialro-

mantik eher nicht verdächtig, vor einem möglichen Kapazitätsproblem in der stationären Versorgung warnt. Die Unternehmensberatung veröffentlichte in ihrem Report „Health Care Indicator 2016“, dass es derzeit bundesweit noch eine stationäre Überkapazität von rund 22.000 Betten gebe. Bei einer unveränderten Entwicklung, das heißt steigende Fallzahlen bei sinkender Verweildauer, sei etwa im Jahr 2020 ein Gleichstand von Angebot und Nachfrage zu erwarten. Danach drohe eine Unterversorgung. Bis zu 23.000 Betten könnten dann fehlen. Für unser Bundesland Hessen beobachtet Deloitte sogar jetzt schon eine Unterversorgung. Dies deckt sich mit den Erfahrungen der vergangenen Jahre, in denen beispielsweise in den Wintermonaten immer wieder ein Mangel an Beatmungsbetten zu vermerken ist.

Die Reduzierung stationärer Betten oder gar die Schließung ganzer Krankenhausbetten darf nicht leichtfertig erfolgen, auch nicht unter dem Deckmäntelchen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung. Ganz abgesehen davon, dass die Diskussion über geeignete Indikatoren noch nicht beendet ist. Ungeeignete Indikatoren können nicht nur zu Fehlschlüssen, sondern auch zu Fehlanreizen führen. Ich warne eindringlich davor, heute Strukturen zu zerschlagen, die in wenigen Jahren wieder dringend benötigt werden. In einem anderen Zusammenhang wird die Auswirkung von übertriebener Zentralisierung immer öfter deutlich und zwar bei der Herstellung bestimmter Medikamente wie zum Beispiel Antibiotika, Zytostatika oder auch Impfstoffe. Nicht selten gibt es weltweit nur noch eine Produktionsstätte, oft in Asien gelegen. Treten dort Qualitätsprobleme oder technische Schwierigkeiten auf, sind die Folgen, nämlich Lieferengpässe schnell spürbar. Und nicht immer gibt es adäquate Ausweichmittel. Vom einst hochgelobten Pharmastandort Deutschland ist da nicht mehr viel zu spüren. Hier muss der Gesetzgeber dringend für Abhilfe sorgen und beispielsweise die Pharmahersteller gesetzlich zur rechtzeitigen Meldung von Lieferengpässen oder besser noch zu einer Mindestbevorratung verpflichten.

Auch im Jahr 2017 wird es in der Welt, in Deutschland und im Gesundheitswesen nicht langweilig werden.

Ihnen wünsche ich für das neue Jahr alles Gute.

Ihr

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



Foto: lagom – Fotolia.com

Behandlung von Atemwegsinfektionen

Der dritte und letzte Teil der Reihe „Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika“ (EVA) thematisiert den Einsatz von Antibiotika zur Behandlung von bakteriellen Atemwegsinfektionen. Die Ergebnisse der Befragung hessischer Ärzte werden anschließend mit den Leitlinien verglichen.

24



Foto: Caroline McKernan

11. ordentliche Delegiertenversammlung

Stefan Grüttner, Hessischer Minister für Soziales und Integration, sprach sich in seinem Grußwort an die Delegierten für Ökonomisierung und „Medizin 4.0“ aus. Diese Aussagen wurden vom hessischen Ärzteparlament intensiv diskutiert, ebenso wie u. a. der Masterplan Medizinstudium 2020 und der Krankenhausplan.

6

Editorial: Schneegansprinzip	3
---	---

Ärztammer

Leidenschaftliche Diskussionen über Masterplan Medizinstudium 2020 – 11. Delegiertenversammlung der LÄKH	6
Informationen zum elektronischen Heilberufsausweis (eHBA): ab Januar 2017 erhältlich	19
Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein feiert 90. Geburtstag	42

Aus dem Versorgungswerk: Bericht des Versorgungswerkes	11
---	----

Fortbildung

CME-Fortbildung: Periprothetische Infektion am Hüftgelenk	12
Der interessante Fall: Akute Leptospirose mit lymphozytärer Meningitis	22
Detektivarbeit am Krankenbett – Bad Nauheimer Gespräch mit Prof. Dr. med. Jürgen Schäfer	26

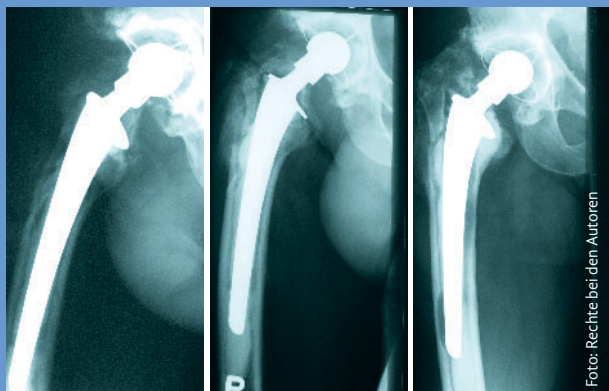
Kongressbericht: Belastungssymptome reduzieren – 20 Jahre Psychosomatik am Hospital zum Heiligen Geist	20
---	----

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	31
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	37
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	49
■ Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	54

Mensch und Gesundheit

Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika (EVA) – Teil III	24
Grußwort: 20 Jahre Palliativmedizin am Markus Krankenhaus Frankfurt	42



Zertifizierte Fortbildung: Periprothetische Infektion am Hüftgelenk

Die periprothetische Infektion ist eine ernste Erkrankung, die Lebensqualität und Mobilität von Betroffenen stark einschränkt. Der CME-Beitrag informiert über Definition, Diagnostik und Therapie des bis vor kurzer Zeit noch weniger bekannten Krankheitsbildes.

12



Was haben Kohle, Öl und Gas mit unserer Rente zu tun?

Der Klimawandel ist eine ernsthafte Bedrohung für die weltweite Gesundheit und stellt inzwischen ein zentrales Thema in der internationalen ärztlichen Debatte dar. Auch die deutsche Ärzteschaft appelliert an ihre Versorgungswerke, sozial und nachhaltig zu investieren.

40

Ansichten und Einsichten

Was haben Kohle, Öl und Gas mit unserer Rente zu tun? – Der Klimawandel als weltweite Bedrohung 40

Parlando: Dialog zwischen Fremden – Giacometti und Nauman in der Frankfurter Schirn 28

Recht

Ärztliche Leitlinien: per se verbindlich? 46

Vorsorgevollmacht: Inhaltliche Anforderungen 47

Medizinische Fachangestellte 27/48

Schlaglichter, Notizen, Nachrichten 30

Personalia 44

Leserbriefe 51

Impressum 60

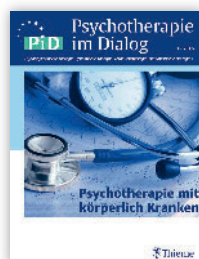
Bücher



Psychopharmakotherapie griffbereit

Jan Dreher

S. 43



Psychotherapie mit körperlich Kranken

Michael Broda,
Barbara Stein

S. 59



Sexuelle Gewalt

Barbara Bojack,
Tanja Heitmeier
(Hrsg.)

S. 51

Leidenschaftliche Diskussionen über Masterplan Medizinstudium 2020

11. ordentliche Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

Wer eine Schraube kauft, möchte sicher sein können, dass er dafür auch die passende Mutter erhält. Was für den technischen Bereich Sinn macht – die normierte Festlegung von Form, Größe und Ausführung gleichartiger Erzeugnisse – sollte nach den Vorstellungen des Europäischen Komitees für Normung künftig auch für medizinische Behandlungen gelten. Und dies, obwohl eine Normung von Gesundheitsdienstleistungen nicht nur das ärztliche Berufsrecht der EU-Mitgliedstaaten unterlaufen, sondern auch den Anspruch des Patienten auf eine individuelle, vertrauensvolle Beziehung zu seinem Arzt in Frage stellen würde. Nun scheint die angedachte Normung von Gesundheitsleistungen durch ablehnende Stellungnahmen, insbesondere der Bundesärztekammer, vom Tisch zu sein: Eine erfreuliche Nachricht, die Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach seinem in europäische, bundespolitische und hessische Themen gegliederten Bericht auf der Delegiertenversammlung am 26. November 2016 voranstellte.

Bundesweit sorgt das im Juni 2016 in Kraft getretene „Gesetz zur Vermeidung von Korruption im Gesundheitswesen“ bei vielen Ärzten für Verunsicherung. Auch wenn das, was schon zuvor zulässig war, zulässig bleiben sowie alles, was bisher verboten war, verboten bleiben soll und „lediglich“ andere strafrechtliche Konsequenzen drohen, ist der Informationsbedarf groß. Die Bundesärztekammer erarbeitet daher einen FAQ-Katalog zum Thema. Um hessische Ärztinnen und Ärzte bei sektorübergreifenden Verträgen besser beraten zu können, ist in Hessen das Clearingverfahren zwischen Landesärztekammer, Kassenärztlichen Vereinigung und Hessischer Krankenhausgesellschaft im Hinblick auf § 299a Strafgesetzbuch wiederbelebt worden, wie von Knoblauch zu Hatzbach berichtete. Mit insgesamt 12 Fällen seien bislang schon mehr Beratungsverfahren anhängig als nach dem Verfahren alter Prägung.

Die neue Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sieht von Knoblauch zu Hatzbach auf einem erfreulichen Weg. So schritten die Gespräche mit den Verbändevertretern zum Abgleich der Leistungslegenden gut voran. Derzeit würden die Änderungswünsche mit dem PKV-Verband abgeglichen.

Und was gibt es Neues aus Hessen? Zu der von der hessischen Landesregierung angekündigten Neustrukturierung der regionalen Gesundheitskonferenzen liegen der Landesärztekammer noch keine Details vor, wie der Ärztekammerpräsident mitteilte. Im April 2016 habe das Hessische Ministerium für Gesundheit und Integration eine Zwischenbilanz des Hessischen Pakts zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung vorgestellt. Außerdem sei der öffentlich-rechtliche Vertrag zum Beirat Ärztliche Stelle Röntgen Hessen – Schlichtungsausschuss von Landesärztekammer, Kassenärztlichen Vereinigung und der Hessische Krankenhausgesellschaft unterzeichnet worden.

Grüttner: für Ökonomisierung und „Medizin 4.0“

Stefan Grüttner, Hessischer Gesundheitsminister, sprach sich in seinem Grußwort an die Delegierten im Sinne der Patientin-

nen und Patienten für die Ökonomisierung und Digitalisierung der Medizin aus. Wer mit den knappen Ressourcen im Gesundheitswesen sinnvoll und effektiv umgehen wolle, um weiterhin qualitativ hochwertige Medizin für die Patienten anbieten zu können, komme an gesundem, wirtschaftlichem Handeln nicht vorbei, unterstrich der CDU-Politiker in Bad Nauheim. Angesichts des demografischen Wandels und begrenzter finanzieller Mittel müssten an den Gesundheitssektor marktwirtschaftliche Maßstäbe angelegt werden, damit Gesundheitsleistungen bezahlbar blieben. Dabei müsse immer der Patient im Mittelpunkt allen Handelns stehen. Deutlich kritisierte Grüttner mangelnde Kooperation im Gesundheitswesen und erneuerte seine Forderung nach starken und zukunftsfesten Verbänden, damit gerade auch kommunale Häuser sich gut aufstellen könnten. Ein nicht abgestimmtes Nebeneinander der Sektoren führe zu Ressourcenverschwendung. Die Lösung dieser Herausforderung sei nicht nur Aufgabe des Gesetzgebers, sondern auch der Ärzteschaft selbst. Mit Blick auf die stationäre Versorgung erklärte der Minister, dass nicht das DRG-System selbst, sondern die mit dem System verbundenen Fehlanreize zu den Schattenseiten der Ökonomisierung gehörten. Der Gesetzgeber habe daher im Rahmen der Krankenhausreform, an der Hessen maßgeblich mitgewirkt hat, eingegriffen und Fehlanreize beseitigt.

Mit Blick auf die Entwicklung zu „Medizin 4.0“ appellierte Grüttner an die Landesärztekammer Hessen, sich der digitalen Entwicklung nicht zu verschließen, sondern sich offen für Modellversuche zu zeigen. Wenn man die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in der Fläche auch in Zukunft gewährleisten wolle, werde dieser Weg beschritten werden müssen.

Krankenhausplan in der Kritik

Da der Terminplan des Ministers keinen anschließenden Meinungsaustausch er-



Foto: Katja Möhrle

Staatsminister Stefan Grüttner

laubte, regte Ärztekammerpräsident von Knoblauch zu Hatzbach an, dies in einer gesonderten Sitzung nachzuholen. Die von Grüttner angesprochene Novellierung des Krankenhausplans durch die Landesregierung wurde von den Delegierten indes bereits in seiner Abwesenheit kritisiert. Das Krankenhauswesen dürfe nicht weiter ausgedünnt werden, erklärten die Ärztevertreter. PD Dr.med. Andreas Scholz (Marburger Bund) wies darauf hin,



Foto: Caroline McKenney

Dr. med. Susanne Johna

dass zahlreiche hessische Krankenhäuser ihre Notfallaufnahmen schließen müssten, wenn es nach den Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ginge. Die Frage, welche Konsequenzen damit verbunden seien, müsse in die Öffentlichkeit getragen werden, zumal die Zahl der Patienten in den Notaufnahmen steige. In den hessischen Krankenhäusern fehlten Milliarden, die vom Land bezahlt werden müssten, betonte Scholz. Doch Betriebsmittel würden für Bauten oder Einrichtungen verwendet. Das Land Hessen weigere sich, die tatsächliche Ausstattung zu finanzieren. „Dabei ist eine adäquate Versorgung nur durch angemessene Ausstattung der Krankenhäuser möglich“, kritisierte Scholz.

„Immer mehr Krankenhausbetten werden abgeschafft und auch entsprechende Kapazitäten in der Notfallversorgung“, schloss sich Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (Marburger Bund) an. Zusammen mit Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund) stellte er den von den Delegierten verabschiedeten Antrag, die Landes-

regierung dazu aufzufordern, bei der Novellierung des Krankenhausplans für eine ausreichende Zahl von Notaufnahmestationsbetten zu sorgen.

Neben den ökonomischen Problemen stelle auch der Fachkräftemangel eine große Herausforderung dar, erklärte das hessische Ärzteparlament. So führe die chronische Unterfinanzierung der Kliniken im Bereich der Investitionsmittel zu Personalabbau, der Überlastung und Demotivation des verbleibenden Personals zur Folge habe. Die Delegierten stimmten deshalb einem Antrag von Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund) zu, in dem das Ministerium dazu aufgefordert wird, eine ausreichende ärztliche und pflegerische Personalbesetzung als wichtiges Kriterium für eine hochwertige Patientenversorgung festzulegen. Die geplanten Qualitätskriterien des Krankenhausplans erfüllten nicht den Anspruch der von der Politik propagierten Qualitätsoffensive. Vielmehr müsse man Strukturkriterien als Voraussetzung für eine gute Patientenversorgung festlegen.

Ehrenplakette in Silber für Dr. med. Klaus König

Ein herausragender Programmpunkt der Delegiertenversammlung war die Auszeichnung von Dr. med. Klaus König, seit 1996 Delegierter der Landesärztekam-

mer Hessen, mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber. In seiner Laudatio hob von Knoblauch zu Hatzbach hervor, dass der niedergelassene Frauenarzt besonderen Wert auf fai-



Foto: Katja Möhrle

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach und Dr. med. Klaus König (von links)

ren kollegialen Umgang und ein gutes Verhältnis zwischen Fachärzten und Hausärzten lege. König, am 15.08.1945 im Harz geboren, ist Landesvorsitzender Hessen des Berufsverbandes der Frauenärzte und 2. Vorsitzender bundesweit. Seit 1983 gehört er der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der hessischen Ärztekammer an, ist Sachverständiger im Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und als Referent für

Masterplan Medizinstudium 2020 – was ist das?

Bundesregierung und Bundesländer planen eine Reform des Medizinstudiums. Der Koalitionsvertrag für die Legislaturperiode 2013–2017 sieht vor, dass Bund und Länder einen Masterplan Medizinstudium 2020 entwickeln, der unter anderem eine zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber ermöglichen, die Praxisnähe fördern und die Allgemeinmedizin im Studium stärken soll.

Zu den Inhalten des Masterplans gehört die Reformierung der Studienzulassung durch geeignetere Auswahlverfahren. Außerdem soll schon früh im Studium klinisches Wissen vermittelt und ein intensiver Patientenkontakt hergestellt werden.

Auf der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Sommer 2016 in Warnemünde sprachen sich die 16 Gesundheitsminister dafür aus, im Masterplan Medizinstudium 2020 festzuhalten, dass jedes Land weiterhin die Option haben soll, eine eigene Landarztquote einzuführen.

Außerdem befürworteten die Länderminister eine Quartalisierung des Praktischen Jahres (PJ). Bislang wird das PJ in drei Abschnitte aufgeteilt. Ein Abschnitt davon soll in der ambulanten Medizin absolviert werden. Darüber hinaus soll nach dem PJ eine Pflicht-Prüfung im Fach Allgemeinmedizin eingeführt werden.



Gendiagnostik, Frauenheilkunde sowie beim Repetitorium Frauenheilkunde tätig. Auch in der Kassenärztlichen Vereinigung engagiert sich König als Abgeordneter in der Bezirksstelle Frankfurt, leitet den beratenden Fachausschuss der Fachärzte und vertritt Hessen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin.

Masterplan Medizinstudium 2020

Nicht nur in Hessen, sondern bundesweit hat der sogenannte Masterplan Medizinstudium 2020 für Aufmerksamkeit gesorgt. Die von Bundesregierung und den Bundesländern geplante Reform des Medizinstudiums sieht unter anderem Maßnahmen für eine zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber, zur Förderung der Praxisnähe und zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium vor. Ein Thema, über das auch die hessischen Delegierten leidenschaftlich in der von Vizepräsidentin Monika Buchalik moderierten Diskussion debattierten. Wenn der Marburger Bund in seinem Antrag die vorgesehene Landarztquote und den ambulanten PJ-Pflichtabschnitt ablehne, werde dies der Situation in der Allgemeinmedizin nicht gerecht, erklärte Birgit Cremer (ÄrztINNEN Hessen) zu Beginn der Diskussion. Sie wies dabei auf die aktuellen Ergebnisse des Weiterbildungsregisters der Landesärztekammer hin, wonach von 5.433 gemeldeten Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) nur insgesamt 294 ÄiW (5,4 Prozent [%]) im Fachgebiet Allgemeinmedizin im Jahr 2015 gemeldet waren. „Der Bedarf ist im hausärztlichen Bereich am dringendsten. Wir wollen, dass das praktische Jahr geöffnet wird – auch für die Allgemeinmedizin“, betonte Cremer. Für das Fach Allgemeinmedizin seien Anreize dringend erforderlich, ergänzte Wolf Eckert (Die Hausärzte). Auch Jutta Willert-Jacob (ÄrztINNEN Hessen) hob hervor, dass junge Leute an den ambulanten Bereich herangeführt werden müssten. „Hier findet 80 Prozent der Patientenversorgung statt. Ich halte das für eine echte Bereicherung und nicht für eine Blockierung der Studierenden.“ „Aber was würde denn helfen?“, fragte Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund), „Die Landarztquote? Das glaube ich nicht.“ Dass die jungen Leute

nicht in die Allgemeinmedizin gingen, liege auch daran, dass in der Vergangenheit viel Kritisches über das Fach gesagt worden sei. „Wir sollten als LÄKH für Verbesserung in der Ausübung unseres Berufes sorgen, aber nicht junge Leute in einen bestimmten Bereich zwingen.“ BMedSci Frank Seibert-Alves (Marburger Bund) ergänzte, dass sich die Studierenden zwar für das Fach Allgemeinmedizin interessierten, doch die zusätzliche Verpflichtung ablehnten.



Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke

„Medizinstudium ist kein Selbstzweck“

„Im Studium ist immer Zwang drin. Auch wenn ein Bäckerlehrling sagt, ich will nur Brot backen und keine Brötchen, ist das schwierig“, konterte Michael Thomas Knoll (Die Hausärzte). „Medizinstudium ist kein Selbstzweck“, pflichtete Armin Beck (Die Hausärzte) bei. „Die Studenten werden ausgebildet für die Versorgung.“ Knoll stimmte mit Johna darin überein, dass die Hausärzte in der Vergangenheit zu viel gejamert hätten. „Tatsächlich ist das Leben als Hausärztin sehr angenehm“, unterstrich Dr. med. Sabine Olischläger (Die Hausärzte). „Ich habe eine enge Arzt-Patienten-Beziehung und gute Arbeitsbedingungen.“ „Bitte geben Sie doch den jungen Kollegen und Studierenden die Möglichkeit, die Allgemeinmedizin überhaupt kennenzulernen“, appellierte Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke (ÄrztINNEN Hessen). Mit Recht habe Kollege Dr. med.

Gabriel Nick (Liste Älterer Ärzte) in der Diskussion auf die Teilung in hausärztliche und fachärztliche Interessen hingewiesen, sagte Dr. med. Alfred Möhrle (Fachärzte Hessen). Den tiefen Graben habe die Politik mit der Unterteilung in hausärztliche und fachärztliche Versorgung ausgehoben.

Nach zwei Wahlgängen votierten die Delegierten schließlich in geheimer Abstimmung mehrheitlich dafür, den Passus zur Landarztquote und ambulantem PJ-Pflichtabschnitt zu streichen und verabschiedeten den Antrag in der so bereinigten Form. Die im Koalitionsvertrag vereinbarte Ausarbeitung des Masterplans habe große Hoffnungen geweckt, heißt es in der Stellungnahme. Um diesen gerecht zu werden, sei eine Umsetzung der in den Modellstudiengängen gewonnenen Erkenntnisse an allen staatlichen medizinischen Fakultäten notwendig. Die Delegierten forderten, die Verbindung von praktischen und theoretischen Studienanteilen über den gesamten Studienverlauf zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang müsse auch die völlig veraltete Kapazitätsverordnung zur Berechnung der Studienplätze dringend überarbeitet, bestenfalls sogar ganz abgeschafft werden. Als vorrangige Ziele bezeichnete das Ärzteparlament die Abschaffung der sinnlosen Teilstudienplätze und eine Steigerung der Anzahl der Medizinstudienplätze um mindestens 10%. Nur so könne die Patientenversorgung in Deutschland dauerhaft sichergestellt werden. Zulassungs- und Ausbildungsbedingungen dürften nicht nur deshalb verändert werden, um regionale oder fachspezifische Versorgungsprobleme zu lösen.

Haushaltsplan 2017

In seinem Bericht über den Haushaltsplan ging Armin Beck (Die Hausärzte), Vorsitzender des Finanzausschusses, zu Beginn auf die wachsende Bedeutung der Vertrauensstelle Krebsregister ein. Diese betreibt die Kammer im Auftrag des Landes Hessen, die Kosten hierfür werden vom Land erstattet. Die Ausweitung der Aufgaben des Krebsregisters ziehe ein steigendes Haushaltsvolumen nach sich, so Beck. Der Anteil am Gesamthaushalt

steige deshalb auf 12 %. Während der Verwaltungshaushalt der restlichen Kammer auf dem Vorjahresniveau verharret, betrage der Zuwachs des Krebsregisters im Vergleich zum Haushaltsplan 2016 T€ 608 bzw. 22 %. Dieser werde allerdings wie die übrigen Aufwendungen vom Land Hessen übernommen, erläuterte Beck. Der Verwaltungshaushalt schließt mit einem geplanten Fehlbetrag in Höhe von T€ –1.922 ab. Der Verlust soll mit der Betriebsmittelrücklage verrechnet werden, was zu einem weiteren Abschmelzen führen wird, so der Vorsitzende des Finanzausschusses. Er erinnerte an dieser Stelle daran, dass aufgrund des Verkaufs der ehemaligen Kammerimmobilie in der Broßstraße am Ende des Haushaltsjahres 2016 ein außerordentlicher Ertrag in Höhe von ca. T€ 4.500 bilanziert wird, der in eine zweckgebundene Rücklage (Verwaltungssitz LÄKH) fließen soll. Darüber werde die Delegiertenversammlung im September 2017 beschließen.



Birgit Cremer

Sollten die geplanten operativen Jahresfehlbeträge 2016 und 2017 eintreten, werde die Allgemeine Rücklage die Sollrücklage im Jahr 2017 unterschreiten. Anhand einer Rückschau zeigte Beck, dass seit dem Haushaltsjahr 2013 immer Jahresfehlbeträge bilanziert wurden. Diese fielen in der Regel geringer aus als geplant, führten aber regelmäßig zu einer Reduzierung der Allgemeinen Rücklage. Im weiteren Verlauf des Vortrags wurde zudem die Entwicklung der einzelnen Er-

trag- und Kostenarten thematisiert. Auffällig sei, so Beck, dass die Mitgliedbeiträge unter der Annahme unveränderter Hebesätze nicht mehr stiegen. Man müsse künftig mit sinkenden Durchschnittsbeiträgen rechnen, die durch den geringen Anstieg der Anzahl (beitragspflichtiger) Mitglieder nicht mehr aufgefangen werden können.

Der Personalaufwand werde auch in den nächsten Jahren durch Schwankungen des Aufwands für die betriebliche Altersversorgung in erheblichem Maße beeinflusst, erläuterte Beck weiter. Die Entwicklung an den Finanzmärkten werde auch in Zukunft die Veränderungen der Rückstellungen und damit die Aufwandshöhe bestimmen. Planungsrechnungen gehen davon aus, dass nach einem Anstieg im Haushaltsjahr 2018 der Aufwand kurzfristig sinkt, um dann wieder anzusteigen. Anschließend zeigte Beck auf, durch welche Ertragsarten der Kammerhaushalt finanziert wird. So machen beispielsweise die Kammerbeiträge ca. 60 % der Gesamterträge aus. Die restlichen Ertragsarten teilen sich auf in Gebühren (25 %) und Kostenerstattungen (Land Hessen für Vertrauensstelle Krebsregister, 15 %). Bei den Kostenarten dominieren Personalkosten und Aufwandsentschädigungen eindeutig mit 57 % bzw. 13 %.

Abschließend wurde der Investitionshaushalt vorgestellt: Das Volumen wurde für 2017 mit T€ 539 veranschlagt. Im Vergleich zum Plan des laufenden Jahres sinkt der Haushaltsansatz um 5 % bzw. T€ 31. Nachdem Beck die Fragen der Delegierten beantwortete und zahlreiche Diskussionsbeiträge angehört wurden, hat die Delegiertenversammlung den vorgestellten Haushaltsplan 2017 einstimmig beschlossen.

Keine Forschung an nichteinwilligungsfähigen Patienten

Die Arzneimittelforschung an nichteinwilligungsfähigen Patienten, insbesondere Demenzkranken, wird von der Delegiertenversammlung entschieden abgelehnt. Hintergrund für einen entsprechenden Antrag ist die Zustimmung des Deutschen Bundestags zur Änderung des vierten Gesetzes des Arzneimittel-

rechts und anderer Verordnungen der gruppennützigen Forschung an nicht Einwilligungsfähigen. Trotz Einschränkungen bestünde hier die Gefahr, dass ethische Standards bei klinischen Forschungsvorhaben aufgeweicht werden könnten. „Ich möchte nicht, dass wir wieder dazu kommen, Menschen als Objekte zu betrachten und mit ihnen Studien durchführen. Ich möchte nicht, dass sich Ärzte hinstellen und beurteilen, was in den Patienten vorgeht!“, betonte Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg (Fachärzte Hessen). Denn was in dementen Patienten, die solchen Studien im Voraus zustimmten und diese an sich vollziehen ließen, letztlich vorgehe, könne man nicht beurteilen. „Demente Patienten werden einfach nur unruhig, egal ob sie Schmerzen haben, oder ihnen etwas anderes nicht gefällt.“ Die klinischen Studien in Deutschland seien vor allem deshalb so gut geworden, weil nicht nur die Ärzte ihre Ideen einbringen, sondern auch Patienten und Angehörige mitbefragt würden, so Henneberg. Dr. med. Wolf Andreas Fach (Fachärzte Hessen) schloss sich dem an und bekräftigte: „Es ist ganz wichtig, dass dieser Beschluss von allen getragen und von der Delegiertenversammlung verabschiedet wird.“ Dem stimmte das hessische Ärzteparlament einstimmig zu. Es gelte zu verhindern, dass wehrlose Patienten zum Spielball für Interessen werden, die sie nicht voraussehen können, so die Delegierten. Die klinische Forschung am „Objekt Patient“ würde einen Rückschritt bedeuten.

Änderungen von Weiterbildungszeiten beschlossen

„In vielen Bereichen wurden Aspekte der ärztlichen Behandlung in den ambulanten Sektor verlagert. Für die Allgemeinchirurgie oder die Orthopädie und Unfallchirurgie wäre es daher sinnvoll, ambulante Zeiten zu absolvieren“, begründete Dr. med. Viktor Karnosky, Leiter der Abteilung Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, den Antrag des Präsidiums zur Erhöhung der ambulant anrechenbaren Zeiten in der chirurgischen Weiterbildung. Anstelle von bislang sechs Monaten in der ambulanten Weiterbildung, können ange-



hende Chirurgen nun in der Basisweiterbildung zwölf Monate im ambulanten Bereich ableisten.

Für die Urologie entschieden die Delegierten, dass künftig 24 statt bislang zwölf Monate der Weiterbildungszeit im ambulanten Bereich abgeleistet werden dürfen. Auf Antrag von Dr. med. Michael Weidenfeld (Die Fachärzte) wurde ergänzt, dass die 24 Monate Weiterbildung in der stationären Urologie jedoch nicht unterschritten werden dürfen. Nur so könne sichergestellt werden, dass der Facharzt für Urologie seine Patienten im Nachhinein umfassend beraten könne.

Die ursprünglich 18-monatige Weiterbildungszeit für die Zusatzweiterbildung Röntgendiagnostik „Skelett“ wurde vom Deutschen Ärztetag bereits geändert. Dem schloss sich auch die hessische Ärzteschaft an und entschied, die Weiterbildungszeit auf künftig zwölf Monate zu verkürzen. Die Anerkennung der Zusatzbezeichnung Röntgendiagnostik „Skelett“ ist erst nach der Facharztanerkennung möglich. Allerdings kann während der Facharztweiterbildung die gesamte Weiterbildungszeit abgeleistet werden. Mit diesem Beschluss schließt sich Hessen den anderen Bundesländern an und entspricht den Empfehlungen des Deutschen Ärztetages.

Zuletzt räumte Karnosky mit dem Missverständnis auf, wonach es Überlegungen gäbe, den Facharzt für Innere Medizin und den Facharzt für Allgemeinchirurgie abzuschaffen. „Diese Absicht besteht keinesfalls und wenn andere Gruppierungen diese Idee verfolgen, wird die Landesärztekammer Hessen dem nicht zustimmen“, machte der Leiter der Weiterbildungsabteilung die Position der LÄKH deutlich. Den Antrag des Marburger Bundes, bei anstehenden

Veränderungen der Weiterbildungsordnung beide Gebiete in der inhaltlichen Ausprägung bestehen zu lassen, bezeichnete von Knoblauch zu Hatzbach als „Rückenwindsantrag“, dem die Delegierten zustimmten.



Michael Thomas Knoll

Entschädigungsregelung

Die Entschädigungsregelung für ehrenamtlich Tätige der Landesärztekammer Hessen und des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen wurde, wie von Dr. med. Edgar Pinkowski (Fachärzte Hessen) vorgetragen, mit Wirkung zum 1. Januar 2017 angepasst und ergänzt. Dr. med. Peter Zürner (Fachärzte Hessen) wies auf die Notwendigkeit hin, den schon vor geraumer Zeit geänderten, noch aus der NS-Zeit stammenden Begriff „Hauptschriftleiter“ bzw. „Schriftleiter“ des Hessischen Ärzteblattes auch in der Entschädigungsregelung durch die aktuelle Bezeichnung „Verantwortlicher Redakteur i.S. des Presserechts“ zu ersetzen.

Kostensatzung

Erstmals seit 2012 werden die Gebühren für die überbetriebliche Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten erhöht. So sieht es eine Änderung der Kostensatzung vor, die von den Delegierten verabschiedet wurde. Die Pauschalgebühren werden von 615€ auf 675€ steigen. Sofern der Ausbildungsvertrag von einem Pflichtmitglied der Landesärztekammer Hessen abgeschlossen wurde, wird der Betrag von 420€ auf 460€ angehoben.

Verwaltungssitz der LÄKH

Anknüpfend an den Bericht der letzten Delegiertenversammlung im September referierte Hans-Peter Hauck, Kaufmännischer Geschäftsführer, zum aktuellen Stand des Verwaltungssitzes der Landesärztekammer. Nachdem die Immobilienberatung black olive advisors GmbH im Oktober beauftragt wurde, wird die Projektgruppe der LÄKH Ende des Jahres eine erste Zusammenstellung von Objekten erhalten, die auf Grundlage des Immobilienprofils aktuell erarbeitet wird. Um eine objektive Entscheidung treffen zu können, werden unabhängig von den Verhandlungen mit dem jetzigen Vermieter Referenzobjekte zum Vergleich gesichtet, sodass im Jahr 2017 die Verhandlungen mit verschiedenen Anbietern aufgenommen werden können. Im März 2017 wird ein ausführlicher Bericht an die Delegierten erfolgen. Im Juni soll das hessische Ärzteparlament auf einer geplanten Sonder-Delegiertenversammlung entscheiden, mit welchem Anbieter der Vertrag geschlossen werden soll.

Katja Möhrle
Caroline McKenney



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

- Dienstag, 7. Februar 2017
- Dienstag, 7. März 2017
- Dienstag, 4. April 2017

Bericht des Versorgungswerkes

Die Vorsitzende des Vorstandes, Dr. med. Brigitte Ende, ging zu Beginn des Berichtes des Versorgungswerkes auf aktuelle rentenpolitische Themen ein:

- Der Beitragssatz beträgt im nächsten Jahr wie bislang auch 18,7 Prozent. Die Beitragsbemessungsgrenze steigt im Westen von 6.200 € auf 6.350 €. Nachdem noch offene Fragen bezüglich des Prozederes zwischen dem Gesundheitsministerium, dem GKV-Spitzenverband und der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV) geklärt wurden, führen die gesetzlichen Krankenkassen nun aus dem Krankengeld auch Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen ab – entsprechend der neuen seit 1. Januar 2016 gültigen Gesetzeslage. Bislang profitierten davon nur die Mitglieder der Deutsche Rentenversicherung.
- Die neue Teilrente des Versorgungswerkes erfreut sich wachsender Beliebtheit. Seit Einführung Ende des Jahres 2015 wurden bereits 31 Anträge bewilligt. Fast genauso viele Renten werden in den nächsten Monaten noch hin-

zukommen; die entsprechenden Anträge werden derzeit bearbeitet.

Kapitalmarktzinsen weiterhin sehr niedrig

Die aktuelle Situation an den Finanzmärkten sorgt weiterhin dafür, dass die Anlage von Kapital nur zu geringeren Zinsen möglich und mit deutlich höheren Risiken verbunden ist. Dies zeigt exemplarisch eine Gegenüberstellung der von der Direktanlage des Versorgungswerkes gekauften festverzinslichen Wertpapiere zwischen Mai und Oktober dieses Jahres mit den im gleichen Zeitraum fällig gewordenen Papieren: Während sich für die Neuanlagen ein gewichteter Durchschnittszins von 3,62 Prozent ergab, lag dieser bei den ausgelaufenen Papieren noch bei 4,37 Prozent. Der Zins von 3,62 Prozent konnte nur deshalb erreicht werden, weil viele Anlage nachrangig sind und/oder kein Rating aufweisen – die Ausfall-Risiken also höher sind; darauf wies Dr. Ende ausdrücklich hin. Für den Vorstand des Versorgungswerkes führe deshalb nach wie vor kein Weg daran vorbei, den bilanziellen Rechnungszins (aktuell 3,58 Prozent) weiter zu senken.

Nachhaltige Anlagen

Der Vorstand beschäftigt sich laufend mit der Frage, inwieweit Grundsätze der Nachhaltigkeit bei der Anlage des Kapitals berücksichtigt werden können und berichtet darüber auch der Delegiertenversammlung. Nach den Beschlüssen des Pariser Klimagipfels Ende 2015 hat der Vorstand ein Unternehmen damit beauftragt, die Aktien und Anleihen des Bestandes auf das sogenannte Kohlendioxid-Risiko hin zu untersuchen. Das Ergebnis ist, dass die Titel der entsprechenden Vergleichsindizes klimaschädlicher als die Titel im Portfolio des Versorgungswerkes sind. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass gewisse Sektoren, namentlich Energie, gegenüber dem Vergleichsindex im Versorgungswerk untergewichtet sind.

Die Delegiertenversammlung unterstützte durch einen angenommenen Antrag von mehreren Delegierten den Appell des Weltärztebundes an alle medizinischen Organisationen und Gesellschaften anlässlich der Klimaschutzkonferenz in Marrakesch, sich für die Begrenzung des weltweiten Temperaturanstiegs einzusetzen.

Johannes Prien
Versorgungswerk,
Referent des Vorstandes

Anzeige

Genderneutrale Sprache

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

Periprothetische Infektion am Hüftgelenk

VNR: 2760602016128630006

Gerhard Walter, Johannes Harbering, Matthias Kemmerer, Reinhard Hoffmann

Noch vor wenigen Jahren war der Terminus „Periprothetische Infektion“ (PPI) nur den wenigen Kollegen bekannt, die sich mit dem Schwerpunkt septische Chirurgie befassten. Mittlerweile erscheinen alleine im deutschen Sprachraum in den Fachzeitschriften für Orthopädie und Unfallchirurgie monatlich mehrere Artikel zu diesem Thema. Das liegt zum einen an der Schwere der Erkrankung, die eine ungünstigere Prognose als bspw. das Melanom oder Mammakarzinom aufweist [1].

Oft sind Lebensqualität und Mobilität früher eingeschränkt, als dies bei vielen malignen Krankheiten der Fall ist. Nicht zuletzt kommt auch ein finanzielles und personelles Problem auf das Gesundheitssystem zu, wird auf Basis der bisherigen Zahlen doch ein deutlicher Anstieg der septischen Revisionsoperationen prognostiziert [2]. Selbst wenn solche alarmistischen Vorhersagen glücklicherweise selten eintreten, handelt es sich um ein Krankheitsbild, mit dem sich in Zukunft nicht nur Orthopäden und Unfallchirurgen, sondern auch hausärztlich tätige Kollegen aller Fachgebiete kümmern müssen.

Definition

Eine verbindliche Definition existiert bislang nicht, daran änderte auch ein Treffen

im Jahr 2014 nichts, welches mit dem Ziel einer Standardisierung von Diagnostik und Therapie der periprothetischen Infektion durchgeführt wurde [3]. Nach wie vor lassen sich deshalb die Ergebnisse unterschiedlicher Arbeitsgruppen nur schwer vergleichen, sodass evidenzbasierte Behandlungsleitlinien weiter fehlen.

In der eigenen Abteilung wird mit der von Matthews et al. 2009 vorgeschlagenen Definition gearbeitet [4]. Danach liegt eine periprothetische Infektion vor, wenn eines der folgenden fünf Kriterien erfüllt ist:

- Intraoperativer Nachweis von Eiter
- Gelenkfistel
- Histopathologischer Nachweis akuter Infektzeichen
- Identischer Erreger-Nachweis in zwei Gewebeproben oder Punktionen
- Zytologie

Die letzten Punkte wurden derweil dahingehend ergänzt, dass der Nachweis eines virulenten Erregers (z. B. *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* spp., *Escherichia coli*) ausreichend ist. Ebenso gelten eine Leukozytenzahl über 4200/µl und ein Anteil neutrophiler Granulozyten von über 80 Prozent [%] im Punktat als Infektbeweis [5, 6].

Epidemiologie

Im Jahr 2014 wurden in der BRD knapp 220.000 Hüftgelenk-Totalendoprothesen primär implantiert. Durchschnittlich

ist bei 1 % der Patienten im weiteren Verlauf mit Infektkomplikationen zu rechnen.

Die kumulative Infektionsrate liegt nach 10 Jahren bei 1,4 %, wobei 70 % der Ereignisse in den ersten beiden Jahren postoperativ auftreten. Werden Revisionsoperationen vorgenommen, so steigt das Risiko auf 5 %, im Falle von septischen Revisionen auf bis zu 30 % [7–9]. Das individuelle Risikoprofil wird von vielen verschiedenen Faktoren geprägt [10–12]. Als wesentliche sind bekannt:

- Hohes Alter,
- Schweres Übergewicht (BMI >40),
- Diabetes mellitus,
- Steroidtherapie,
- Rheumatoide Arthritis
- Maligne Erkrankung.

Die Kosten eines septischen Hüft-TEP-Wechsels werden mit 50.000 Euro veranschlagt und liegen damit etwa viermal höher als bei einer Primär-Implantation und doppelt so hoch wie bei einem aseptischen Wechseleingriff [13, 14].

Diagnostik

Akut

Bei der akuten periprothetischen Infektion finden sich die klassischen Infektzeichen Dolor, Tumor, Rubor, Calor und Functio laesa. Die Patienten sind stark beeinträchtigt und zeigen häufig Allgemeinsymptome wie Schüttelfrost und Fieber. Kommt es früh-postoperativ zu einer Infektion, so kann die Narbe aufreißen und sich putrides Sekret entleeren. Die Allgemeinsymptomatik ist anschließend rasch rückläufig und die Beschwerden klingen ab.

Doch nicht alle Fälle weisen diese lehrbuchartige Symptomatik auf. Insbesondere Hochbetagte, aber auch Diabetiker oder Patienten unter einer systemischen Kortikoidtherapie können ein oligo- bzw. mono- oder asymptomatisches Krankheitsbild bieten. Die Diagnose einer Infektkomplikation ist dadurch deutlich er-

Tabelle 1: Histopathologie der Endoprothesenmembran nach Krenn et al. [17]

Typ	Name	Befund
1	abriebinduziert	Makrophagen, Riesenzellen, Fremdkörper
2	infektiös	>23 neutrophile Granulozyten in 10 HPF*
3	gemischt	Kombination Typ 1 und 2
4	indifferent	Zellarme Kollagenfasern, Normalbefund?

* High power field = 400-fache Vergrößerung

Tsukayama et al. schlugen 1996 eine Einteilung der Periprothetischen Infektionen (PPI) vor, die sich praktisch bewährt hat und am häufigsten angewandt wird [6]:

Typ	Beschreibung	Fallbeispiel (eigenes Archiv)
1	Frühinfektion, <4 Wochen postoperativ Inokulation intraoperativ Hämatom Wundinfektion Hoch virulente Erreger Staph. aureus Gram-negative Stäbchen Massive Klinik Infektparameter ++/+++	Abbildung 1 4.Tag postop HTEP ¹ : <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 
2	Spätinfektion, >4 Wochen postoperativ Inokulation intraoperativ Niedrig virulente Erreger KNS ² Propionibacterium acnes, Corynebacterium sp. Diskrete Klinik Infektparameter +/- Langsam zunehmende Schmerzen Lockerung	Abbildung 2 10 Jahre postop HTEP ¹ : <i>Enterobacter cloacae</i>  Chronische Fistel mit Kolostomiebeutel atypisch abgeklebt
3	Hämatogene Infektion, > 2 J. postoperativ Endogene Bakteriämie Hoch virulente Erreger Staph. aureus Streptococcus sp. Massive Klinik Infektparameter ++/+++	Abbildung 3 4 Jahre postop HTEP ¹ : <i>Streptococcus haemolyticus</i> 
4	Kontamination/Infektion Zufallsbefund bei aseptischer Wechseloperation Niedrig virulente Erreger KNS ² Anaerobier Enterobakterien Fehlende Klinik Infektparameter (+)/-	reizlos

¹ Hüft-TEP oder HTEP: Totale Endoprothese des Hüftgelenks

² KNS: Koagulase-negative Staphylococci

schwert und manchmal erst im Verlauf zu stellen. Anhaltend erhöhte Infektparameter oder eine persistierende Abgeschlagenheit sollten bei dieser Risikogruppe zu einer täglichen Kontrolle des

klinischen Befundes führen, bis ein Infekt ausgeschlossen ist.

Chronisch

Die chronische periprothetische Infektion kann am Hüftgelenk oft lange unerkannt

bleiben. Viele Patienten entwickeln erst im Falle einer septischen Komponenten-Lockerung Beschwerden, die dann einen eher dumpfen Charakter haben und zu Beginn nur belastungsabhängig auftreten.

Im weiteren Verlauf klagen sie oft über lagerungsabhängige Schmerzen, zuletzt treten Ruheschmerzen hinzu. Es kann zu einer schleichenden Funktionseinschränkung im Sinne einer verminderten Belastbarkeit und eines Mobilitätsverlustes kommen. Ebenso ist eine progrediente Beinverkürzung suspekt. Die Pfannenlockerung verläuft eher symptomarm, schleichend kann eine kraniale Migration erfolgen. Patienten, die zusätzlich an einem Diabetes mellitus leiden, klagen auch im fortgeschrittenen Stadium häufig nicht über Schmerzen.

Verlauf

Wie bei allen Implantatassoziierten Infektionen kennen wir auch bei der PPI keine Spontanheilung. Der Verlauf ist unbehandelt progredient und kann zu vielfältigen Komplikationen führen:

- Prothesenlockerung
- Osteomyelitis (Becken, Femur)
- Pathologische Fraktur
- Septische Streuung (Empyem bisher unbeteiligter Gelenke, Spondylodiszitis, Endokarditis)
- Fistelbildung und Abszedierung (Musculus Iliopsoas, Oberschenkel)
- Marasmus
- Sepsis

Labor

Bei der akuten PPI sind Leukozyten und der CRP-Wert (C-reaktives Protein) in der Regel deutlich erhöht. Im Falle einer Spontanperforation können diese jedoch auch beim akuten Infekt im Normbereich liegen. Weitere Infektparameter werden im Serum nur in Ausnahmefällen benötigt. Beim chronischen Verlauf können diese sämtlich normal oder nur leicht erhöht ausfallen.

Bildgebung

Röntgendiagnostik

Zur Basisdiagnostik erforderlich sind Standardaufnahmen des proximalen Oberschenkels in zwei Ebenen, welche die Prothese vollständig abbilden. Die akute periproteische Infektion ist röntgenologisch unauffällig, periostale Reaktionen sind frühestens drei bis vier Wochen nach Infektbeginn zu erwarten. Ausgeschlossen werden mit diesen Aufnahmen Frakturen und Fissuren, die

möglicherweise intraoperativ gesetzt wurden, sich jedoch erst nach Belastung röntgenologisch nachweisen lassen [15].

Hohe Aussagekraft hat die vergleichende Betrachtung serieller Röntgenaufnahmen bei der Beurteilung des chronischen Verlaufes. Sie sind in vielen Fällen ein sehr wertvolles diagnostisches Hilfsmittel und ausreichend, um zur Operationsindikation Stellung zu nehmen. Gesucht wird nach Lysesäumen mit einer Breite größer als 2 mm, nach fokalen Osteolysen, periostalen Reaktionen, periartikulären Ossifikationen und nach Zeichen einer Implantat-Migration (Abbildung 4–6).

Sonographie

Im eigenen Vorgehen hat die Sonographie einen hohen Stellenwert. Sie erlaubt den Nachweis einer Flüssigkeitsansammlung im Kopf/Halsbereich, der sich praktisch immer bei periproteischen Infektionen findet, es sei denn, es liegt eine Fistel vor.

Im Falle rezidivierender Abszesse gelingt die Dokumentation einer Verbindung zum Kunstgelenk sonographisch in vielen Fällen einfacher als mittels einer Fisteldarstellung, sei es nativ-radiologisch oder computertomographisch. Ferner wird der Zugangsweg nach einer Flüssigkeitsansammlung und Infiltraten abgesucht. Liquide Formationen werden anschließend unter sterilen Bedingungen punktiert, es sei denn, die Operationsindikation ist bereits im Vorfeld eindeutig zu stellen.

Weitere

Im Rahmen der präklinischen Untersuchung stellen Nativ-Radiologie und Sonographie die wichtigsten und in der Regel auch ausschließlich erforderlichen bildgebenden diagnostischen Maßnahmen dar.

Speziellen Fragestellungen vorbehalten bleiben zusätzliche Untersuchungen mittels Computertomographie und Kernspintomographie. Insbesondere die artefaktreduzierten Techniken lassen auch kleinere Lysesäume erkennen und haben die früher übliche Dreiphasen-Skelettszintigraphie weitgehend verdrängt. Die Fluor-18-Fluor-Desoxiglucose-Positronen-Emissions-Thomographie (FDG-PET) hat derzeit noch keinen Eingang in die Routinediagnostik gefunden.

Mikrobiologie

Etwa die Hälfte aller periproteischen Infekte wird durch Staphylococcen (Staph. spp.) ausgelöst. Beim Frühinfekt überwiegend durch Methicillin sensible, Koagulase positive (Staph. aureus), beim Spätinfekt durch Koagulase negative (Staph. epidermidis, Staph. hominis, Staph. haemolyticus, Staph. capitis) Erreger. Streptococcen, Gram-negative Keime und Anaerobier finden sich jeweils zu etwa 10 %. Ein polymikrobielles Erregerspektrum oder Kulturen ohne Keimwachstum werden bei 20 bis 30 % aller anderweitig gesicherten periproteischen Infektionen beobachtet.

Generell gilt, dass beim Frühinfekt hochvirulente Erreger wie Staphylococcen, Streptococcen und Escherichia coli gefunden werden, während im chronischen Stadium wenig virulente, oft nosokomiale Keime wie Staph. epidermidis oder Propionibacterium acnes überwiegen.

Viele Erreger sind in der Lage einen Biofilm zu produzieren, der sie vor der körpereigenen Abwehr aber auch verabreichten Chemotherapeutika weitgehend schützt. Sie treten von einer sogenannten planktonischen, aktiven Phase in ein sessiles Stadium mit reduzierten Stoffwechselvorgängen und Regenerationszyklen über. Die Eradikation ist mit den heute zur Verfügung stehenden Antibiotika noch nicht möglich, weshalb eine chirurgische Intervention und Prothesenexplantation erforderlich werden [16].

Biofilm bildende Erreger sind ein faszinierendes Thema und aktuell Gegenstand vieler wissenschaftlicher Untersuchungen. Eine nähere Beschäftigung mit ihrer Problematik kann nur empfohlen werden. Die Sensitivität des kulturellen Keimnachweises lässt sich durch die Sonikation deutlich verbessern. Das chirurgisch entfernte Implantat wird dabei in ein Ultraschallbad gelegt, womit der Biofilm zerstört wird. Darin enthaltene Bakterien werden dann kulturell angezüchtet und auf Resistenzen getestet.

Zytologie und Histologie

Die Zellzahlbestimmung im Punktat einer periproteischen Flüssigkeitsansamm-

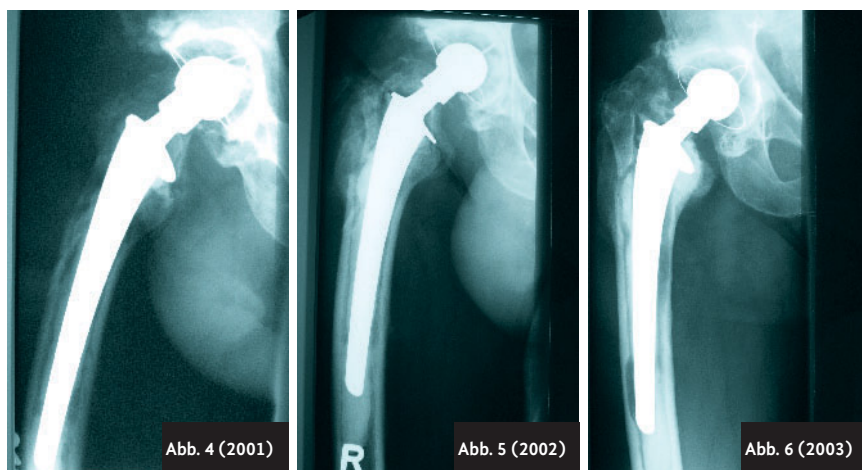


Abbildung 4 bis 6: Septische Lockerung einer zementierten Hüft-TEP, chronologisch vom Jahr 2001 bis 2003 (siehe Artikel)
Alle Abbildungen: Rechte bei den Autoren

lung hat eine höhere Treffsicherheit als der herkömmliche kulturelle Keimnachweis. Die Bestimmung von mehr als 4.200 Leukozyten/ μ l bzw. ein Anteil von mehr als 80 % neutrophiler Granulozyten gelten als verlässliches Kriterium einer periprotetischen Infektion.

Die histo-pathologische Untersuchung intraoperativ entnommener Gewebeproben aus der bindegewebigen Membran zwischen Implantat und Knochen bzw. Zement wird in vier Typen eingeteilt (Tabelle 1, [17]).

Typ 2 und 3 (infektiös bzw. gemischt) sind für eine Infektion beweisend und erlauben eine zuverlässige Abgrenzung gegen eine Abrieb induzierte Lockerung oder Implantat-Allergie.

Therapie

Die Behandlung der periprotetischen Infektion erfolgt grundsätzlich operativ in Verbindung mit einer gezielten Antibiotikatherapie. Da bisher keine Leitlinien existieren, sollte zumindest klinikintern ein Therapie-Algorithmus erstellt werden. Hierzu sind zunächst folgende zwei Fragen zu beantworten:

1. Ist das Implantat stabil verankert?
2. Ist das Therapieziel kurativ oder palliativ?

Unabhängig von Behandlungspfaden sollten unsere Maßnahmen unter der Prämisse einer Verbesserung der Lebensqualität des Patienten stehen. Das beinhaltet:

- Infektberuhigung und Keim-Eradikation
- Schmerzreduktion
- Funktionserhalt der Gliedmaße
- Senkung der infektbedingten Morbidität und Mortalität

Häufig sind nicht alle Ziele zu erreichen und wir sind gezwungen, Kompromisse zu schließen zwischen Theorie und Praxis, Radikalität und Zumutbarkeit unseres Handelns. In manchen Fällen, speziell bei multimorbiden oder hochbetagten Patienten, ist dann der palliative Therapieansatz besser geeignet, den Erfordernissen gerecht zu werden. In jedem Falle muss ein individuelles Behandlungskonzept erstellt und im Verlauf immer wieder mit der Realität abgeglichen werden.

Operativ

Kurativ

Den therapeutischen Königsweg stellen die vollständige Keim-Eradikation und dauerhafte Infektberuhigung dar. Infolge des heimtückischen Verlaufes von Knocheninfektionen mit Rezidiven auch nach jahrelangem Intervall, sollte aber bei der periprotetischen Infektion nicht von einer Heilung, sondern Beruhigung gesprochen werden.

Ein Prothesenerhalt unter kurativer Absicht ist nur beim Frühinfekt mit einer Symptombdauer von weniger als drei Wochen möglich. Später ist der Biofilm so weit ausgereift, dass er mit den derzeit

zur Verfügung stehenden Chemotherapeutika nicht mehr eliminiert werden kann. Auch dann sind nach eigener Erfahrung die Erfolgsaussichten in Abhängigkeit des Risikoprofiles mit etwa 50 % einzuschätzen.

In allen anderen Fällen muss deshalb die Endoprothese entfernt und ein radikales Debridement des Implantat-Lagers durchgeführt werden. Osteitisch veränderte Knochenanteile müssen dabei chirurgisch im Gesunden entfernt werden, avitales Gewebe darf nicht verbleiben. Nach der chirurgischen Sanierung und einer gezielten Antibiotikatherapie kann eine neue Endoprothese implantiert werden. Dieses Vorgehen kann einzeitig (Explantation und erneute Implantation in einer Sitzung) oder zwei-, bzw. mehrzeitig erfolgen (Explantation in einer 1. Sitzung, anschließend Antibiotikatherapie, Re-Implantation nach 6 bis 8 Wochen). Das zweizeitige Vorgehen ist seit mehreren Jahren etabliert und wird weltweit am häufigsten durchgeführt. Es gilt derzeit als Standardverfahren [4, 5, 15, 18].

Mit dem Ziel einer Reduktion der Behandlungszeit wird vermehrt die Indikation zum einzeitigen Wechsel ausgeweitet bzw. das prothesenfreie Intervall verkürzt. Bisher liegen noch keine Ergebnisse vor, die einen zuverlässigen Methodenvergleich erlauben würden. Im eigenen Vorgehen halten wir deshalb zunächst an einem zwei- bzw. mehrzeitigem Verfahren fest, da uns ein operativer Eingriff weniger bedrohlich als ein Infektrezidiv erscheint. Auch die Anlage einer Resektionsarthroplastik kann unter kurativen Gesichtspunkten erwogen werden, wenn Prothesen-Wechsel wiederholt gescheitert sind. Vorausgesetzt der Knochenverlust ist nicht zu ausgedehnt, kann mit einer hüftgelenklosen Situation ein aktives Leben geführt werden. Eine Belastung ist in der Regel schmerzfrei möglich, ebenso Autofahren und Spaziergänge von ein bis zwei Stunden Dauer.

Die aktuell propagierten Protokolle des einzeitigen Wechsels sehen eine Antibiotika-Kombinationstherapie postoperativ für zwölf Wochen vor. Für die häufigsten Erreger werden Chinolone und Rifampicin empfohlen. Da nicht bekannt ist, wie viele Patienten postoperativ noch Keimträger

sind, werden zwangsläufig auch Patienten mitbehandelt, die Antibiotika eigentlich nicht mehr benötigen. In Zeiten des antibiotic stewardship, des rationellen Antibiotikaeinsatzes zur Resistenzbekämpfung, sollte dieses Regime aber mit Evidenz unterlegt werden.

Palliativ

Ein palliatives Vorgehen ist immer dann angezeigt, wenn kurative Maßnahmen dem Patienten mehr schaden als nutzen oder diese Eingriffe abgelehnt werden. Insbesondere bei fest sitzenden Prothesen und einem relativ geringem Leidensdruck ist letztere Haltung nicht ganz selten (Fallbeispiel 2).

Hüft-TEP-Wechseloperationen sind mit einer Morbidität und, wenn auch geringen, Mortalität belastet und im Ergebnis auch heute noch nicht sicher vorhersehbar. Trotz unserer eigenen niedrigen Komplikationsraten drängen wir deshalb nie einen Patienten, diese Eingriffe vornehmen zu lassen. Erforderlich ist eine umfassende Aufklärung über Vorteile und Risiken sowohl des kurativen als auch des palliativen Vorgehens, wobei das Einholen einer zweiten Meinung in diesen Fällen durchaus sinnvoll erscheint. Letztendlich muss der Patient für sich entscheiden, welcher Weg eingeschlagen werden soll. Immerhin kann bei fest sitzendem Implantat auch bei chronischen

periprotetischen Infektionen eine länger anhaltende Infektberuhigung durch ein lokales Debridement und eine kombinierte lokale und systemische Antibiotikatherapie erreicht werden. Als palliative Maßnahme steht zusätzlich die Anlage einer Dauerfistel zur Verfügung. Dabei ist allerdings mit einer Drainagen Dislokation und Obliteration zu rechnen.

Im Falle einer Implantatlockerung sollte die Endoprothese in jedem Falle entfernt werden.

Auch bei hochbetagten, multimorbiden Patienten kann nach interdisziplinärer Vorbereitung ein solcher Eingriff in den meisten Fällen vorgenommen werden. Das gelockerte Implantat führt bei der

Fallbeispiele

1) Siebzigjährige Patientin

Diagnose: Septische Hüft-TEP¹-Lockerung links mit Fisteleiterung und Oberschenkelabszess links.

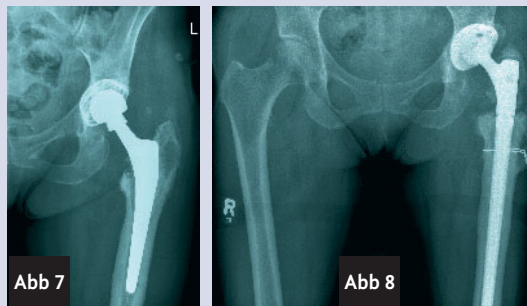
Nebendiagnosen: Colonkarzinom (ROMON0)

Therapie: Re-Implantation einer Hüftgelenk-Totalendoprothese links (Allofit S-Pfanne Größe 56, 32er Kopf, Schaft 220 mm kurviert, 17 mm Durchmesser, Spongiosaplastik vom linken vorderen Beckenkamm.

Abbildung 7: proximaler Oberschenkel links. Chronische PPI (Staph. epidermidis), septische Prothesenlockerung, Osteolyse Trochanter major.

Abbildung 8: Beckenübersicht postoperativ: zementfreie Press-fit Pfanne, zementfreie, modulare Revisionsprothese.

Zwei Jahre postoperativ ist die Patientin beschwerdefrei und wandert in Alaska.



2) 74-jährige Patientin

1996 Acetabulumfraktur, 1997 Implantation zementierte Hüft-TEP¹, 2013 TEP-Wechsel alio loco.

2014 PPI, Weichteilabszess (Escherichia coli, vereinzelt Staphylococcus epidermidis). Schmerzfähige Vollbelastung, versorgt sich selbst, regelmäßig Auslandsreisen, HTEP¹ Explantation definitiv abgelehnt.

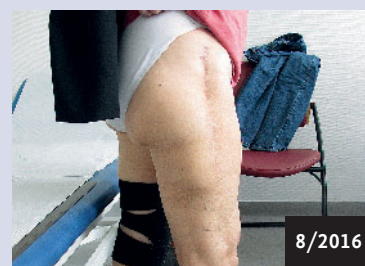
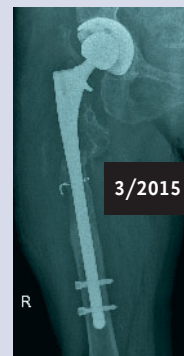
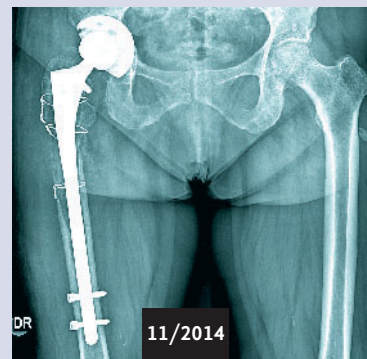
Verlauf:

11/2014: HTEP¹ Revision, Sequestrektomie, Entfernung Cerclagen

12/2014: Etappenrevision, lokale Antibiotikaträger

3/2015: Etappenrevision, Serom/Abszessdrainage (Histologie Typ 2, Kulturen negativ)

8/2016: lokales Serom, schmerzlos, Weichteile blande. Revision wird bisher abgelehnt.



¹ Hüft-TEP oder HTEP: Totale Endoprothese des Hüftgelenks

Explantation weniger zu Problemen, die zu erwartende Infektberuhigung und Schmerzbesserung bringt auch pflegebedürftigen Patienten einen deutlichen Gewinn.

Antibiotikaregime

Neben der chirurgischen Behandlung, stellt die systemische Antibiotikagabe die zweite Säule der Therapie der PPI dar. Sie zielt auf die Eliminierung der nach dem Debridement verbliebenen Kontamination. Vor Behandlungsbeginn ist eine Materialgewinnung wichtig, um eine spezifische Antibiotikatherapie durchführen zu können. Somit ist eine ungezielte (kalkulierte) Antibiotikatherapie bei dem Verdacht eines periprothetischen Infektes nur in Ausnahmesituationen (zum Beispiel Sepsis) indiziert.

Aktuelle Publikationen bezüglich der spezifischen Antibiotikatherapie periprothetischer Infekte geben keine einheitlichen Empfehlungen, oft werden sogar widersprüchliche Aussagen bezüglich der Knochengängigkeit und Resistenzen getroffen. Im Folgenden soll somit eine Übersicht der aktuell verfügbaren und in der Behandlung periprothetischer Infektionen sinnvoll einzusetzender Antibiotika gegeben werden.

Nach der entsprechenden Materialgewinnung durch eine Gelenkpunktion oder besser eine intraoperative Gewebeentnahme, kann zunächst eine kalkulierte Antibiotikatherapie eingeleitet werden. Sie sollte ein breites Wirkungsprofil aufweisen und wird bis zum Erhalt des mikrobiologischen Befundes fortgeführt. Anschließend wird gezielt gemäß Antibiotogramm behandelt.

Auch bei der spezifischen Antibiotikatherapie wird zwischen einer prothesenerhaltenden Situation im Rahmen eines Frühinfektes und einer Explantation unterschieden.

Sofern im Rahmen eines Frühinfektes ein Erhaltungsversuch der Prothese erfolgt, sollte eine duale Antibiotikatherapie unter Ergänzung durch **Rifampicin** durchgeführt werden. Rifampicin wird eine besondere Rolle in der Penetration des Biofilms zugesprochen. Es sollte aufgrund einer hohen Resistenzentwicklung nur in Kombination mit einem weiteren Antibiotikum angewandt werden [19].

Bei der Therapie gilt zu beachten, dass ein Cytochrom-P450-Induktor eingesetzt wird. Somit werden über dieses Enzym metabolisierte Stoffe in ihrer Wirkung abgeschwächt oder deren Wirkdauer verkürzt (z. B. Betablocker, Benzodiazepine, Sulfonylharnstoffe, Kumarine, Kontrazeptiva). Eine Hochdosistherapie wird für Rifampicin nicht empfohlen, da In-vitro-Untersuchungen eine paradoxe Wirkminderung bei Gabe hoher Dosen in Kombination mit anderen Antibiotika zeigten [20]. Da Rifampicin nicht nephrotoxisch ist, kann es auch bei niereninsuffizienten Patienten gegeben werden, jedoch sollte ein Monitoring der Leberfunktion erfolgen. Sofern die Endoprothese explantiert wurde, ist eine antibiotische Kombinationstherapie unter Verwendung von Rifampicin nicht sinnvoll und sollte aufgrund einer möglichen Resistenzentwicklung vermieden werden.

Gyrasehemmer (z. B. Ciprofloxacin): Fluorochinolone zeigen eine gute Knochengängigkeit und sind bei gramnegativen Erregern wie Enterobakterien gut wirksam. Sie wirken bakteriostatisch und werden nach ihrer in-vitro-Aktivität gemäß ihrem antimikrobiellen Spektrum in vier Gruppen eingeteilt. Fluorochinolone der Klasse I (Norfloxacin) finden lediglich in der Behandlung von Harnwegsinfektionen Anwendung. Ciprofloxacin gilt als Standardsubstanz und zählt zu den Fluorochinolonen der Klasse II. Eine verbesserte Wirksamkeit gegenüber grampositiven Bakterien (Staphylococci, Streptococci, Enterococci) sowie gegenüber atypischen Erregern, weisen lediglich die Fluorochinolone der Gruppen III und IV auf (Levofloxacin, Moxifloxacin) [20]. Die Elimination erfolgt renal. Chinolone sind aufgrund ihrer teils irreversiblen Nebenwirkungen und Selektionsförderung umstritten.

Kombinationen von Penicillinen mit **Beta-Laktamase-Inhibitoren**: Da viele Erreger befähigt sind, Beta-Laktamase zu bilden und somit eine Resistenz gegenüber Penicillinen aufweisen, sollte im Rahmen der kalkulierten Antibiotikatherapie eine Kombination von Penicillinen mit Beta-Laktamase-Inhibitoren erfolgen. Diese Antibiotika bestehen aus einem Aminopenicillin in Kombination mit

einem Beta-Laktamase-Inhibitor. Als klassische Kombinationen sind Amoxicillin + Clavulansäure, sowie Ampicillin + Sulbactam zu nennen. Diese Antibiotika wirken durch eine Störung der Zellwandsynthese bei proliferierenden Bakterien. Ihre Anwendung finden diese Antibiotika in der Therapie von Methicillin-sensiblen Staphylococci, grampositiven und gramnegativen Bakterien, Acinetobacter und Anaerobiern. Durch ihre Säurestabilität sind Aminopenicilline gut oral anwendbar. Ein Nachteil dieser Antibiotika liegt in der schlechten Knochengängigkeit [21]. Die Elimination erfolgt hepatisch und renal.

Aminoglykoside (z. B. Gentamycin): Aminoglykoside wirken bakterizid auf proliferierende und ruhende Erreger. Bei oraler Gabe erfolgt kaum eine Resorption. Auch nach intravenöser Gabe zeigt sich eine schlechte Knochengängigkeit, sodass lediglich lokale Applikation (z. B. Antibiotikaträgerketten, Knochenzement) sinnvoll erscheint.

Tetracycline (z. B. Doxycyclin): Tetracycline wirken bakteriostatisch und entfalten ihre Wirkung extra- und intrazellulär. Sie besitzen eine gute Knochengängigkeit. Aufgrund seiner guten Pharmakokinetik mit hoher oraler Resorption, ist Doxycyclin anderen Tetracyclinen vorzuziehen. Dessen Elimination erfolgt gemischt renal und hepatisch. Als relevante Nebenwirkungen bei Erwachsenen sind eine Photosensibilisierung sowie vestibuläre Störungen zu nennen.

Lincosamine (z. B. Clindamycin): Lincosamine zeichnen sich durch eine gute Knochengängigkeit aus und wirken bakteriostatisch. Ihre Metabolisierung erfolgt vorwiegend hepatisch, sodass bei längerer Therapie ein Monitoring der Transaminasen empfohlen wird. Eine Kombination mit Makroliden (zum Beispiel Erythromycin) sollte aufgrund einer gegenseitigen Wirkungsabschwächung vermieden werden. Lincosamine weisen eine gute Wirksamkeit gegenüber Anaerobiern, Streptococci und Staphylococci (inkl. Beta-Laktamase-Bildnern) auf. Ihre Anwendung ist mit dem vermehrten Auftritt von *Clostridium difficile* Enteritiden verbunden.

Cephalosporine (z. B. Cefpodoxim): Cephalosporine wirken bakterizid auf proliferierende Keime. Die verschiedenen Ce-

phalosporine weisen ein unterschiedliches Wirkspektrum im grampositiven und gramnegativen Bereich auf. Aufgrund einer der schlechten Resorption bei oraler Einnahme eignen sich Cephalosporine nicht zur Langzeittherapie bei periprotetischen Infekten.

Glycopeptidantibiotika (z. B. Vancomycin): Glycopeptidantibiotika wirken durch Hemmung der Bakterienzellsynthese proliferierender grampositiver Erreger bakterizid. Sie sind nur als Reserveantibiotika bei Staphylococci- und Streptococci-Infektionen einzusetzen und werden nicht oral resorbiert. Die Elimination erfolgt überwiegend renal. Die Knochengängigkeit der Glycopeptidantibiotika gilt als schlecht. Aufgrund ihrer Nephrotoxizität und Kumulation bei Niereninsuffizienz ist eine Überwachung der Nierenfunktion ebenso notwendig, wie die regelmäßige Talspiegelbestimmung. Da sie ebenfalls eine Ototoxizität aufweisen, gilt bei vorbestehender Schwerhörigkeit besondere Vorsicht. Aufgrund der fehlenden oralen Resorption, eignet sich Vancomycin als Therapeutikum bei Antibiotika-assoziierten Enterokolitis.

Fosfomycin: Fosfomycin ist ebenfalls ein Reserveantibiotikum, welches die Zellwandsynthese proliferierender Bakterien hemmt. Es weist eine gute Knochengängigkeit auf und wird unverändert renal eliminiert. Lediglich eine intravenöse Anwendung ist in der Therapie periprotetischer Infektionen sinnvoll. Das Wirkspektrum ist breit. So können sowohl grampositive und gramnegative Erreger (einschließlich MRSA, ESBL-Bildner), als auch Pseudomonadeninfektionen erfolgreich therapiert werden. Um eine Resistenzbil-

dung zu vermeiden, wird eine Kombinationstherapie empfohlen. Hierzu eignen sich insbesondere Betalaktamantibiotika [22].

Linezolid: Linezolid gehört zur Gruppe der Oxazolidinone und wirkt bakterizid gegen Staphylococci und bakteriostatisch gegenüber Enterococci. Dabei zeigen sich auch MRSA-Stämme empfindlich. Unter Therapie mit Linezolid zeigen sich häufig Blutbildveränderungen, sodass eine wöchentliche Blutbildkontrolle empfohlen wird und durch den Hersteller die Therapiedauer auf maximal 28 Tage limitiert wurde.

Fusidinsäure: Fusidinsäure ist ein Reserveantibiotikum, welches im Rahmen periprotetischer Infektionen seine Anwendung bei Staphylococciinfektionen findet, die durch andere Antibiotika nicht therapierbar sind. Es wirkt durch Hemmung der Proteinbiosynthese bakterio- statisch. Die Elimination erfolgt hepatisch, die Knochengängigkeit ist gut.

Zusammenfassung

Die periprotetische Infektion ist eine ernste Erkrankung, die eine relative 5-Jahre-Überlebensrate von 74 % aufweist. Unbehandelt verläuft sie immer progredient, eine Spontanheilung ist nicht zu erwarten.

Auf eine einheitliche Definition konnte man sich bisher noch nicht einigen. Eiter im Punktat oder intraoperativem Situs, eine Fistel mit Verbindung zur Endoprothese, der Nachweis des gleichen Erregers in mindestens zwei Gewebeproben oder Punktaten, die histopathologische Beschreibung von Infektzeichen im Prä-

parat sowie eine Leukozytenzahl über 4.000/ μ l bzw. ein Anteil neutrophiler Granulozyten von über 80 % im Punktat sind jedoch beweisend. Die vergleichende Beurteilung chronologischer Röntgenaufnahmen kann wertvolle Hinweise zur Diagnose geben.

Die Einteilung erfolgt am häufigsten nach Tsukayama, der vier Typen unterscheidet: akut postoperativ, chronisch postoperativ, hämatogen oder als Zufallsbefund bei aseptischen Eingriffen.

Die Therapie sollte geplant erfolgen, sich aber individuell am Patienten ausrichten. Oberstes Ziel ist die Verbesserung seiner Lebensqualität. Hierzu stehen Implantat erhaltende Eingriffe, vor allem beim frühen Infekt, sowie die ein- oder zweizeitige Wechsellagerung zur Verfügung. Bei therapierefraktärem Verlauf kann eine Resektionsarthroplastik angelegt werden.

Adjuvant sollte eine gezielte systemische Antibiotikatherapie erfolgen. Hierzu wurden verschiedene Kombinationen vorgeschlagen. Eine Überlegenheit konnte bisher keinem Antibiotikum zugeordnet werden. Die Auswahl richtet sich nach dem Antibiotogramm und der Verträglichkeit.

Da multimorbide Patienten häufiger betroffen werden, ist primär ein interdisziplinäres Vorgehen zur Operationsvorbereitung und Nachbetreuung anzustreben.

**Dr. med. Gerhard Walter,
Johannes Harbering,**

Dr. med. Matthias Kemmerer

Abteilung für Septische Chirurgie,
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik
Frankfurt am Main

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

Ärztlicher Direktor,
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik
Frankfurt am Main

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „**Periprotetische Infektion am Hüftgelenk**“ von Dr. med. Gerhard Walter et al. finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fort-

bildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) vom **25.12.2016 bis 24.12.2017** möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben.

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

Multiple Choice-Fragen:

Periprothetische Infektion am Hüftgelenk

VNR: 2760602016128630006

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche Antwort ist richtig?

Die relative 5-Jahres-Überlebensrate nach Erstdiagnose einer periprothetischen Infektion nach Hüft-TEP liegt bei:

- 1) 25 %
- 2) 50 %
- 3) 75 %
- 4) 90 %

2. Bei der histo-pathologischen Untersuchung der Endoprothesen-Membran werden nach Krenn et al. vier Typen unterschieden. Welcher gehört nicht dazu?

- 1) infektiös
- 2) indifferent
- 3) toxisch
- 4) gemischt

3. Welche Aussage zur Klassifikation der periprothetischen Infektion nach Tsukayama trifft zu?

- 1) Als Frühinfektionen werden Infekte bezeichnet, die in den ersten sechs Monaten postoperativ auftreten.
- 2) Hämatogene Infektionen verlaufen oft wenig eindrucksvoll, da sich die Erreger auf Organe spezialisiert haben.
- 3) Wird im Rahmen einer aseptischen Wechseloperation unerwartet ein Keimnachweis geführt, so handelt es sich meistens um Staphylococcus aureus.
- 4) Zu den niedrig virulenten Erregern werden Koagulase negative Staphylococcen und das Propionibacterium acnes gerechnet.

4. Welche Aussage trifft zu?

- 1) Bei einer bekannten periprothetischen Infektion ist der Aufbruch einer Fistel als besonders bedrohlich zu bewerten und sollte zu einer notfallmäßigen Krankenhauseinweisung führen.

2) Bei Hochbetagten oder Diabetikern ist die Symptomatik oft auffallend vielfältig, da viele Patienten eine Immunschwäche aufweisen.

- 3) Durch die Bildung von Biofilm schützt ein Organismus Implantate vor einer bakteriellen Besiedelung und Infektion.
- 4) Eine periprothetische Infektion ist immer behandlungsbedürftig, da eine Spontanheilung praktisch nicht eintritt.

5. Welche Aussage trifft zu?

- 1) Die Kernspintomographie ist das wichtigste bildgebende Untersuchungsverfahren zur Sicherung der Diagnose einer PPI.
- 2) Die Sonographie gesteuerte Hüft-TEP-Punktion unter sterilen Kautelen stellt ein wertvolles Untersuchungsverfahren dar.
- 3) Aufgrund moderner Untersuchungstechniken sind Standard-Röntgenaufnahmen beim periprothetischen Infekt obsolet.
- 4) Die Zellbestimmung im Gelenkpunktat ist zur Diagnose einer periprothetischen Infektion nicht geeignet.

6. Welche Aussage trifft nicht zu?

- 1) Kurative Behandlungsverfahren stellen den Königsweg bei der Therapie der periprothetischen Infektion dar.
- 2) Die Therapie der periprothetischen Infektion erfolgt multimodal und interdisziplinär.
- 3) Das häufigste chirurgische Verfahren zur Behandlung der chronischen periprothetischen Infektion ist in Europa die einzeitige Wechseloperation.
- 4) Bei multimorbiden Patienten ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis der zur Verfügung stehenden Behandlungsverfahren genau abzuschätzen und mit dem

Patienten und seinen Angehörigen zu diskutieren.

7. Welches der folgenden Antibiotika weist eine hohe Rate an Resistenzbildungen auf und sollte daher nicht als Monotherapeutikum angewendet werden?

- 1) Linezolid
- 2) Rifampicin
- 3) Ampicillin
- 4) Ciprofloxacin

8. Welches Antibiotikum wird bei der Behandlung der PPI aufgrund schlechter oraler Resorption und geringer Knochengängigkeit überwiegend lokal angewendet?

- 1) Doxycyclin
- 2) Fusidinsäure
- 3) Penicillin
- 4) Gentamycin

9. Welches der folgenden Antibiotika ist nephrotoxisch, sodass eine regelmäßige Kontrolle der Nierenfunktion und Talspiegelbestimmung zu erfolgen hat?

- 1) Rifampicin
- 2) Fusidinsäure
- 3) Vancomycin
- 4) Clindamycin

10. Welche Antwort ist richtig?

Wann sollte eine Antibiotikatherapie bei periprothetischem Infekt begonnen werden?

- 1) Bei Sepsis sofort
- 2) Bei Sepsis nach Probegewinnung zur Bakteriologie
- 3) Immer erst nach Eingang des Antibiotogrammes
- 4) Bei Verdacht auf chronischen periprothetischen Infekt sofort

Literatur zum Artikel:

Periprothetische Infektion am Hüftgelenk

VNR: 2760602016128630006

von Gerhard Walter, Johannes Harbering, Matthias Kemmerer, Reinhard Hoffmann

- [1] Zmistowski B, Karam JA, Durinka JB, Casper DS, Parvizi J. Periprosthetic joint infection increases the risk of one-year mortality. *J Bone Joint Surg Am*2013;95(24):2177–84.
- [2] Kurtz S, Lau E, Ong K, Mowat F, Halpern M, editors. The future revision burden in the United States: National projections from 2005 to 2030. Transactions of the 52nd Annual Meeting of the Orthopaedic Research Society; 2006.
- [3] Youssef B, Pavlou G, Tsiridis E. Philadelphia 2013: international consensus meeting on periprosthetic joint infection. *Hip international : the journal of clinical and experimental research on hip pathology and therapy*2014 Jan-Feb;24(1):3–4.
- [4] Matthews PC, Berendt AR, McNally MA, Byren I. CLINICAL REVIEW-Diagnosis and management of prosthetic joint infection. *BMJ (CR)-print*2009;338(7707):1378.
- [5] Mühlhofer H, Gollwitzer PDH, Lenze F, Feigl S, Pohlig F, von Eisenhart-Rothe R, Schauwecker J. Periprothetischer Infekt des Hüftgelenks. *Der Orthopäde*2015;44(5):357–65.
- [6] Schinsky MF, Della Valle CJ, Sporer SM, Paprosky WG. Perioperative testing for joint infection in patients undergoing revision total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*2008;90(9):1869–75.
- [7] Tsukayama DT, Estrada R, Gustilo RB. Infection after total hip arthroplasty. A study of the treatment of one hundred and six infections. *J Bone Joint Surg Am*1996 Apr;78(4):512–23.
- [8] Banke I, von Eisenhart-Rothe R, Mühlhofer H. Epidemiologie und Prophylaxe periprothetischer Infektionen. *Der Orthopäde*2015;44(12):928–33.
- [9] Gutowski CJ, Chen AF, Parvizi J. The Incidence and Socioeconomic Impact of Periprosthetic Joint Infection: United States Perspective. *Periprosthetic Joint Infections*: Springer; 2016. p. 19–26.
- [10] Bozic KJ, Lau E, Kurtz S, Ong K, Rubash H, Vail TP, Berry DJ. Patient-related risk factors for periprosthetic joint infection and postoperative mortality following total hip arthroplasty in Medicare patients. *J Bone Joint Surg Am*2012 May 2;94(9):794–800.
- [11] Bozic KJ, Ward DT, Lau EC, Chan V, Wetters NG, Naziri Q, Odum S, Fehring TK, Mont MA, Gioe TJ, Della Valle CJ. Risk factors for periprosthetic joint infection following primary total hip arthroplasty: a case control study. *J Arthroplasty*2014 Jan;29(1):154–6.
- [12] Jansen E, Nevalainen P, Eskelinen A, Huotari K, Kalliovalkama J, Moilanen T. Obesity, diabetes, and preoperative hyperglycemia as predictors of periprosthetic joint infection: a single-center analysis of 7181 primary hip and knee replacements for osteoarthritis. *J Bone Joint Surg Am* 2012 Jul 18;94(14):e101.
- [13] Parvizi J, Ghanem E, Azzam K, Davis E, Jaber F, Hozack W. Periprosthetic infection: are current treatment strategies adequate? *Acta orthopaedica belgica*2008;74(6):793.
- [14] Ong KL, Lau E, Suggs J, Kurtz SM, Manley MT. Risk of subsequent revision after primary and revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res*2010 Nov;468(11):3070–6.
- [15] Tande AJ, Patel R. Prosthetic joint infection. *Clin Microbiol Rev*2014 Apr;27(2):302–45.
- [16] Winkler T, Trampuz A, Hardt S, Janz V, Kleber C, Perka C. Periprothetische Infektion nach Hüftendoprothetik. *Der Orthopäde* 2014;43(1):70–8.
- [17] Krenn V, Perino G, Krenn V, Wienert S, Saberi D, Hügler T, Hopf F, Huber M. Histopathologische Diagnostik von Gelenkendoprothesen-assoziierten Erkrankungen. *Der Hautarzt*2016;67(5):365–72.
- [18] Leone S, Borrè S, Monforte AdA, Mordente G, Petrosillo N, Signore A, Venditti M, Viale P, Nicastrì E, Lauria FN. Consensus document on controversial issues in the diagnosis and treatment of prosthetic joint infections. *International Journal of Infectious Diseases*2010;14:S67–S77.
- [19] Schulz-Stübner S. Empirische antibiotische Kombinationstherapie: Wann, wie, warum? *Krankenhaushygiene up2date*2014;09(01):37–53.
- [20] Karow T. Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie: Thomas Karow; 2012.
- [21] Grados F, Lescure FX, Senneville E, Flipo RM, Schmit JL, Fardellone P. Suggestions for managing pyogenic (non-tuberculous) discitis in adults. *Joint, bone, spine : revue du rhumatisme*2007 Mar;74(2):133–9.
- [22] Fleege C, Wichelhaus TA, Rauschmann M. Systemic and local antibiotic therapy of conservative and operative treatment of spondylodiscitis. *Orthopäde*2012 Sep;41(9):727–35.



Informationen zum elektronischen Heilberufsausweis (eHBA): ab Januar 2017 erhältlich

Gemäß dem hessischen Heilberufsgesetz ist die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) Herausgeberin von elektronischen Heilberufsausweisen. Auf der Delegiertenversammlung im September wurde die Grundlage dafür geschaffen, dass die LÄKH trotz weiterhin bestehender Bedenken zur Sicherheit der Telematik-Infrastruktur den Verträgen mit der Bundesärztekammer (BÄK) und dem Dienstleister Medisign beigetreten ist. Ab Januar 2017 können hessische Ärztinnen und Ärzte bei Medisign einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) erwerben.

Innerhalb der LÄKH wird die Abteilung „Zentrales Mitgliederdatenmanagement“ die Herausgabe des eHBAs übernehmen. Die Kontaktdaten sowie den Link zu den ausführlichen Informationen zum eHBA der Bundesärztekammer finden Sie am Ende des Artikels (und in Kürze auf der Homepage).

Sie überlegen, einen eHBA zu erwerben? Um Sie bei Ihrer Entscheidung zu unterstützen, haben wir einige Informationen für Sie zusammengestellt:

Die monatlichen Kosten für den eHBA betragen derzeit 7,90 Euro. Durch die Signaturfunktion des eHBAs können Sie eArztbriefe qualifiziert elektronisch signieren und übermitteln, um die Förderung in Anspruch zu nehmen, die gemäß E-Health-Gesetz ab 1. Januar 2017 startet. Neben dem eHBA benötigen Sie dazu folgende Ausstattung in Ihrer Praxis:

- Einen Anschluss an das sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und dort die Freischaltung für KV-Connect als Kommunikationsdienst im sicheren Netz für die sichere Übermittlung der eArztbriefe.
- Ein von der KBV zertifiziertes PVS-eArztbrief-Modul muss in Ihrer Software freigeschaltet werden. Die notwendigen Schritte können Sie mit Ihrem Softwarehersteller abstimmen.
- Es muss sichergestellt werden, dass Ihr Kartenlesegerät für die Verwendung mit dem eHBA geeignet ist. Fragen Sie auch dazu Ihren Softwarehersteller.

Die Förderung für den eArztbrief hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einer Richtlinie geregelt. Details können Sie der von der KBV herausgegebenen Informationsbroschüre „Praxiswissen E-Health“ entnehmen, die Sie auf der Website der KBV (www.kbv.de) finden. Beachten Sie bitte, dass die Förderung von 55 Cent pro übermitteltem Arztbrief nach dieser Richtlinie auf Sender und Empfänger aufgeteilt wird. Der Sender erhält 28 Cent für das Versenden des eArztbriefes, der Empfänger 27 Cent. Diese Aufteilung erfolgte, da Sender und Empfänger gleichermaßen in die technische Infrastruktur investieren müssen. Sollten Sie allerdings als Sender

die Förderung für den eArztbrief in Anspruch nehmen, können Sie für diesen Brief nicht mehr die Kostenpauschale nach EBM 40120 in Abrechnung bringen.

- **Ansprechpartner** der LÄKH für Fragen zum eHBA: Abteilung Zentrales Mitgliederdatenmanagement, Fon: 069 97672-404
- **Link** zur Information der BÄK: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/telematiktelemedizin/earztausweis/>

Ralf Münzing
Abteilungsleiter EDV
und Organisationsentwicklung der LÄKH

Belastungssymptome reduzieren

Kongress anlässlich 20 Jahre Psychosomatik am Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt/Main

Als erste psychosomatische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus in Hessen wurde am 1. Oktober 1996 die Psychosomatische Klinik am Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt eröffnet. Im Laufe der vergangenen 20 Jahre hat sie sich zu einer zentralen psychosomatischen Klinik mit 30 stationären Betten, 50 psychosomatischen Tagesklinikplätzen, acht Schmerzbetten, Konsiliardienst, Ambulanz und Psychoonkologie entwickelt. „Wer nicht das Unmögliche wagt, wird das Mögliche niemals erreichen“, zitierte Chefarzt Dr. med. Wolfgang Merkle den russischen Revolutionär Michail A. Bakunin zum Auftakt des Kongresses, mit dem die Klinik ihr Jubiläum im Frankfurter Haus am Dom feierte. Der Psychoanalytiker Prof. Dr. med. Peter Joraschky, der den Kongress über Schwerpunkte der psychosomatischen Forschung und Therapie moderierte, nannte Merkle den „guten Geist“ vom Heilig Geist Hospital und Wegbereiter für viele andere psychosomatische Kliniken.

Frühkindliche Stresserfahrung

Wie wirkt das Psychosoziale auf die Psyche? „Belastende Ereignisse spielen eine große Rolle für die psychosomatische Medizin“ sagte Prof. Dr. med. Harald Gündel, Ärztlicher Leiter der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm, in seinem Vortrag „Neurobiologie und Epigenetik in der Psychosomatik – Deutsche und internationale Trends in der psychosomatischen Behandlung“. So zeigten etwa Untersuchungen mit Mäusen, dass sich bei Tieren mit frühkindlicher Stresserfahrung Stressoren im Erwachsenenleben wesentlich stärker auswirkten als bei ihren Altersgenossen. Ein Phänomen, das auch bei Menschen in Erscheinung trete und sich in erhöhter Vulnerabilität für vielfältige seelische und körperliche Probleme äußere.

Diese Verletzlichkeit kann über Generationen hinweg bestehen. Studien belegen: Wer in seiner Kindheit Gewalt oder

Vernachlässigung erlebt hat, trägt ein erhöhtes Risiko, diese negativen Erfahrungen auch an sein Kind weiterzugeben. Beispielhaft nannte Gündel das interdisziplinäre Kooperationsprojekt „Meine Kindheit – Deine Kindheit“ zum Einfluss von Kindheitserfahrungen auf Mütter und deren neugeborene Kinder an der Frauenklinik Ulm aus dem Jahr 2015. Im Rahmen der Studie hatten Ärzte, Psychologen und Biologen der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg und der Universität Ulm erstmals untersucht, wie Gewalterfahrungen in der Kindheit Gehirnstrukturen verändern und warum Eltern negative Erlebnisse an die eigenen Kinder weitergeben. Dazu werteten die Wissenschaftler Informationen über Kindheitserfahrungen der Mutter und die Beziehung von Mutter und Kind aus. Im Ergebnis konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen traumatischer Erfahrung in Kindheit und Jugend und vermehrtem Stresserleben im Erwachsenenalter festgestellt werden. Parallel wurden biologische Faktoren untersucht. Dabei wiesen Mütter mit belastenden Kindheitserfahrungen und ihre Kinder verkürzte Telomere auf.

Transgenerationale Effekte

Auch ließen sich in der Studie transgenerationale Effekte beobachten. So reagierten Kinder, deren Mütter frühkindliche Belastungen erlebt hatten, in Stress-Situationen (getrennt von der Mutter und allein gelassen mit einem Fremden) weniger gestresst als Kinder von Müttern ohne frühkindliche Belastungen. Ein möglicher Resilienz-Effekt, der auch bei Kindern von Holocaust-Opfern festgestellt wurde. Andererseits zeigte die Studie einen deutlichen Zusammenhang zwischen frühkindlicher Belastung und erhöhter Entzündungsneigung. Gündel zitierte die Neuroforscherin und Sozialpsychologin Naomi Eisenberger von der University of California mit der Behauptung, dass seelischer Schmerz mehr oder

weniger die gleichen neurophysiologischen Effekte wie körperlicher Schmerz habe. Belastungen wie soziale Ablehnung gingen mit einem Anstieg von Entzündungswerten einher.

Gündel ergänzte, dass chronische Entzündungen zudem mit einer erhöhten Vulnerabilität für Depressionen verbunden seien. Auch Trennungsergebnisse führten immer wieder zu Erkrankungen. So habe eine Studie der Universität Ulm und der University of Arizona gezeigt, dass das Risiko eines Herzinfarkts mindestens sechs Wochen nach dem Verlust eines nahen Angehörigen erhöht ist. Nach Verabreichung von Aspirin sei die Inflamationsneigung zurückgegangen; zugleich habe die Aspiringabe auch zu einer Abnahme von Depressionen geführt. Damit legen die Forschungsergebnisse nach Gündels Überzeugung nahe, dass Depressionen von chronisch entzündlichen Vorgängen begünstigt werden. Die Verankerung des Menschen in der psychosozialen Umwelt präge seine Biologie, resümierte Gündel. Am gefährlichsten seien zwischenmenschlichen Stressoren.

Depression und Diabetes

Am Beispiel Diabetes referierte Prof. Dr. med. Johannes Kruse, Präsident der Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, über „Depression und körperliche Erkrankung – Wechselwirkungen und psychosomatische Behandlung“. Psychische und körperliche Erkrankungen verstärkten sich wechselseitig, unterstrich Kruse. In Verbindung mit chronischen körperlichen Erkrankungen gingen psychische Störungen mit einer deutlich verkürzten Lebenserwartung einher. Dass Depressionen bei Menschen mit Typ-2-Diabetes doppelt so häufig auftreten wie bei jenen, die nicht unter der Stoffwechselerkrankung leiden, sei bekannt. Darüber hinaus zeigten Untersu-

chungen, dass sich Depressionen negativ auf den Krankheitsverlauf auswirkten und die Betroffenen im Durchschnitt schneller sterben. Die chronische Krankheit verändere das Selbstbild der Betroffenen, erläuterte Kruse. „Die Tatsache, chronisch krank zu sein, kränkt viele Patienten“. Sie fühlten sich von Ärzten abhängig, seien gezwungen, die Therapie in den Alltag zu integrieren und fürchteten sich vor den Folgeerkrankungen. Diabetes werde allgemein als Auslöser von Depressionen, Angststörungen und chronischen Stresszuständen betrachtet: „Für Psychosomater ist allerdings die umgekehrte Entwicklung spannend, nämlich die Frage: Rufen Depressionen Diabetes hervor?“ Kruse bezeichnete die Depression als Indikator für einen chronischen Stresszustand. Wie eine dänische Studie zeige, könne pränataler Stress im Erwachsenen-

leben Diabetes auslösen. So entwickelten Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft eine wichtige Bezugsperson verloren hatten, im Laufe der nächsten 20 Jahre mehr Diabetes als die Kontrollgruppe. Auch Extremlastungen in der Kindheit bergen nach Kruses Aussagen die Gefahr, in späterem Alter an Typ 2-Diabetes zu erkranken. An dritter Stelle nannte er Stress im Berufsleben als auslösenden Faktor. Die Diabetesrate bei Arbeitnehmern mit hohem Arbeitsstress sei höher als bei Menschen mit niedriger Stressbelastung. „Es spricht viel dafür, dass Stress die Entwicklung von Diabetes beeinflusst“, erklärte Kruse. Auch seien die Folgen für den Verlauf der Erkrankung gravierender und das Sterberisiko um das Doppelte erhöht. Kruse wies auf die Verbindung von Depression, Stress und Hyperkortisolismus

hin: Kortisol führe zu Insulinresistenz, die wiederum für eine erhöhte Mortalität verantwortlich sei. „Psychosomatische Faktoren sind Risikofaktoren für die Entstehung eines Typ 2-Diabetes im Erwachsenenalter“, so Kruse. Bei Integration der psychosomatischen Behandlung in einen Gesamtbehandlungsplan lägen die Therapieziele darin, die seelischen Belastungssymptome zu reduzieren und die Lebensqualität zu steigern. „Was wir brauchen, sind niedrigschwellige, psychosomatische Therapieangebote, Patientenschulungen zu Ernährung und Bewegung und eine qualifizierte somatische Behandlung“, schloss Kruse unter Hinweis auf das Integrierte psychosoziale Versorgungsmodell am Uniklinikum Gießen und Marburg.

Katja Möhrle

Deutsche Psychosomatik und Psychotherapie in China

In seinem Vortrag „20 Jahre Erfahrungstransfer nach China – Deutsche Psychosomatik und Psychotherapie in einer Umbruchgesellschaft“, ging PD Dr. med. Dipl.-Soz. Alf Gerlach zunächst auf die Besonderheiten Chinas bezüglich der Dichte der Bevölkerung und seiner wirtschaftlichen Situation ein. In der kulturellen Tradition stellten Konfuzianismus, Buddhismus und Daoismus noch immer die Basisorientierung dar. Zugleich finde ein großer Wandel in Gesellschaft und Kultur parallel zur wirtschaftlichen Dynamik statt. Auch Migration, Landflucht, die Ein-Kind-Politik und die Veränderung der traditionellen Familienstruktur schafften Probleme. Das politische System bezeichnete Gerlach als autoritär, aber nicht mehr totalitär.

Der Erfahrungstransfer von Deutschland nach China und umgekehrt werde auch in der Psychosomatischen Medizin durch die unterschiedlichen Sprachen und die Übersetzung zunächst ins Englische erschwert. Wie Gerlach berichtete, reichen die chinesisch-deutschen Beziehungen bis in den Beginn des vergangenen Jahrhunderts zurück. So war zwischen 1920 und 1949 das Interesse an westlicher Psychotherapie und Psychoanalyse beson-

ders groß, auch wenn es zu jener Zeit für ganz China mit über 1 Milliarde Menschen nur 60 Psychiater gab. Die Kulturrevolution von 1966 bis 1976 brachte das gesamte kulturelle Leben zum Erliegen. Auch Psychotherapie und Psychoanalyse spielten vor dem Hintergrund von Gräueltaten und sozialem Chaos keine Rolle.

Erst nach der Kulturrevolution trauten sich drei deutsche Psychotherapeutinnen – Margarete Haass-Wiesegart, Doris Biedermann und A.-K. Scherer – erstmals nach China zu gehen. 1978 wurde eine psychologische Fakultät an der Universität Peking gegründet, auf Betreiben Haass-Wiesegarts wurden 1985 chinesische Psychiater und Psychologen nach Deutschland, unter anderem ans Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt und an die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik von Prof. Mentzos an der Uniklinik Frankfurt eingeladen. Das erste deutsch-chinesische Symposium für Psychotherapie fand 1988 statt, weitere folgten. 1995 wurde die deutsch-chinesischen Akademie für Psychotherapie gegründet: Ausgangspunkt für den Transfer von Psychotherapie aus Deutschland nach China.

Einen weiteren Schritt zum Wissenstransfer unternahm die Psychosomati-

sche Klinik am Hospital zum Heiligen Geist. Gemeinsam mit Mitarbeitern bot Dr. med. Wolfgang Merkle chinesischen Kollegen Einblicke in die Teamarbeit in einer psychosomatischen Klinik, die Psychosomatische Pflege, die Kunsttherapie und die Konzentrative Bewegungstherapie als zentrale Instrumente der intensiven multimodalen stationären Behandlung an. Dass dieses Angebot sehr gut angenommen wurde, zeigt das chinesische Bedürfnis, Psychosomatik sowohl an psychiatrischen Kliniken als auch an den internistischen Kliniken einzuführen. Die Integration der stationären Psychosomatik gehe auch in China weiter, sagte Gerlach. So sollen weitere Kurse stattfinden, um die einzelnen Teams an den Kliniken bei der Implementierung von psychosomatischen Abteilungen in ihren Krankenhäusern zu unterstützen.

Dr. med. Wolfgang Merkle

Chefarzt der Psychosomatischen Klinik
am Hospital zum Heiligen Geist,
Arzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie,
Arzt für Psychiatrie, Psychoanalyse,
Spezielle Schmerztherapie

Akute Leptospirose mit lymphozytärer Meningitis

Ein 33-jähriger Patient mit einem Infekt unklarer Genese stellte sich in unserer internistischen Notaufnahme vor. Laborchemisch lagen erhöhte Entzündungsparameter und eine Thrombozytopenie vor. Es bestanden fieberhafte Temperaturen. Im klinischen Verlauf entwickelten sich zudem eine Hepatitis und eine lymphozytäre Meningitis. Serologisch konnte eine akute Leptospirose nachgewiesen werden. Die Erreger waren durch einen Rattenbiss überragen worden. Unter antibiotischer Therapie mit Unacid und Doxycyclin kam es zu einer klinischen Verbesserung und zu einer Normalisierung der pathologischen Laborwerte.

Die Leptospirose ist eine Zoonose, die durch direkten oder indirekten Kontakt mit dem Urin infizierter Nagetiere (Ratten, Mäuse) übertragen wird. Als Risikogruppen gelten unter anderem bestimmte Berufsgruppen wie Kanalarbeiter oder in der Landwirtschaft bzw. im Veterinärwesen Tätige. Die akute Leptospirose nimmt einen biphasischen Verlauf und wird antibiotisch therapiert.

Anamnese

Ein 33-jähriger Patient kam mit Übelkeit, Schüttelfrost und rechtsseitigen Oberbauchschmerzen in die internistische Notaufnahme unseres Klinikums. Zudem bestanden Algurie und Hämaturie. Auf Nachfrage lag seit vier Wochen urethraler Ausfluss vor. In einer hausärztlichen Laboruntersuchung bestanden bereits erhöhte Entzündungsparameter (Leukozyten 14.200/ μ l, CRP 13,6 mg/dl; Normwerte: Leukozyten 4.300 bis 11.300/ μ l, CRP < 0,5 mg/dl). In der Eigenanamnese verwies der Patient auf eine Depression, als einzige Vormedikation wurde Valdoxan genannt. Allergien oder weitere Vorerkrankungen wurden verneint. Es bestand eine feste Lebensgemeinschaft. Eine Reise- bzw. Haustieranamnese wurde zunächst nicht erhoben.

Klinische Aufnahmeuntersuchung

Bei der Aufnahmeuntersuchung sahen wir einen Patienten im guten Allgemeinzustand (58 Kilo, 1.80 Meter). Einzig bei der Palpation des Abdomens gab der Patient ei-

nen Druckschmerz im Oberbauch ohne Abwehrspannung an. Die weitere körperliche Untersuchung erwies sich als unauffällig.

Laborparameter

Im Aufnahmelabor zeigten sich eine Leukozytose (14.000/ μ l) und ein erhöhtes C-reaktives Protein (16,1 mg/dl). Im Vergleich zum ambulanten Vorbefund zeigten aber die Thrombozyten eine abfallende Tendenz (109.000/ μ l, zuvor 164.000/ μ l; Normwerte: 150.000 – 300.000/ μ l). Weitere erhobene Routineparameter lagen im Normbereich.

Therapie und Verlauf

Bei am Aufnahmetag aufgetretenem Fieber bis 39°C begannen wir eine Fokussuche und entnahmen Blutkulturen. Thoraxradiologisch und abdomensonographisch ergaben sich keine wegweisenden Befunde, die Echokardiographie war ebenfalls unauffällig. Wir gingen daher primär von einem fieberhaften Harnwegsinfekt DD einer venerischen Erkrankung aus. Unter dieser Arbeitsdiagnose begannen wir eine empirische parenterale Antibiose mit Ciprofloxacin. Die Serologie für Treponema pallidum, Hepatitis und HIV blieb negativ. Zwei Tage nach der stationären Aufnahme zeigten sich in der Laborkontrolle ein weiterer Abfall der Thrombozyten bis auf 59.000/ μ l und ein CRP-Anstieg bis auf 22 mg/dl. Die Temperaturen blieben erhöht bei 39°C. Parallel dazu verfärbte sich die Haut ikterisch. Laborchemisch verzeichneten wir einen Anstieg der Transaminasen (GOT 81 U/l, GPT 91 U/l; Normwerte GOT 0 – 34 U/l, GPT 0 – 45 U/l). Die Cholestaseparameter waren bis auf eine grenzwertig erhöhte Gamma-Glutamyl-Transferase (77 U/l, Normwert: 6 – 55 U/l) unauffällig. Valdoxan wurde auf-

grund seiner hepatotoxischen Nebenwirkungen pausiert. Da sich der Allgemeinzustand weiterhin verschlechterte, wurde eine parenterale Ernährung notwendig. Zudem stellten wir die antibiotische Therapie auf Unacid intravenös um.

Im Verlauf beklagte der Patient frontale retrobulbäre Kopfschmerzen mit Visuseinschränkung. Sensible oder motorische Ausfälle bestanden nicht. Ein kraniales Computertomogramm zeigte keine akuten intrakraniellen Pathologien. Die durchgeführte Liquorpunktion ergab das Bild einer lymphozytären Meningitis, siehe Tabelle 1:

Tabelle 1

Liquordiagnostik	Zellzahl 15/ μ l
	• 95 % Lymphozyten, 5 % Monozyten • Nachweis oligoklonaler Banden • Keine intrathekale IgG-Synthese

Erst nach wiederholtem Nachfragen gab der Patient zu, vor circa zwei Wochen von seiner Ratte in den Finger gebissen worden zu sein. Die Ratten stammten aus einem privaten Haushalt aus einem Nachbarort. Die daraufhin erweiterte Diagnostik ergab keinen Hinweis auf Rickettsien, Legionellen, Borrelien oder Hantaviren. Die Leptospiren-Serologie dagegen erbrachte einen positiven Befund.

Leptosp. interrogans-IgG	< 10 U/ml (Norm < 10 U/ml)
Leptosp. interrogans-IgM	110 U/ml (Norm < 15 U/ml)

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

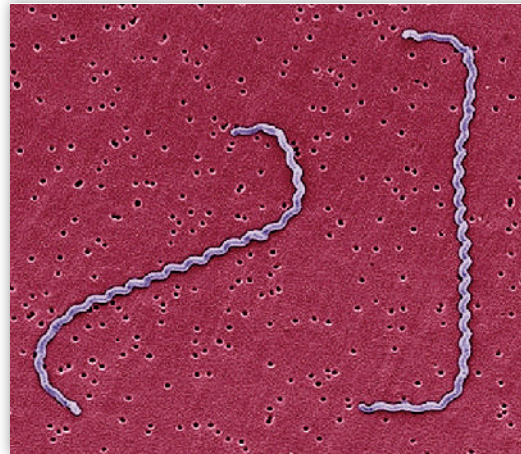
Haben Sie einen interessanten Fall, den Sie gerne im Hessischen Ärzteblatt vorstellen würden?

Die Redaktion freut sich über Zusendungen per E-Mail an: haebl@laekh.de

Diagnose

Akute Leptospirose mit lymphozytärer Meningitis, Begleithepatitis und Thrombozytopenie

Die antibiotische Therapie wurde um Doxycyclin erweitert. In weiteren Laborkontrollen waren die Transaminasen und die Thrombozytopenie regredient. Die erhöhten Entzündungsparameter waren ebenfalls rückläufig und der Allgemeinzustand zeigte eine deutliche Besserung. Eine Entlassung war nach insgesamt 14 Tagen möglich. Der Patient trennte sich nach dem Krankenhausaufenthalt von den Tieren.



Rasterelektronenmikroskop-(REM-) Aufnahme des Bakteriums *Leptospira interrogans* der Gattung *Leptospira*. Es ist ein gram-negatives, etwa 0,1 µm dickes und im Mittelstück schraubenförmig gewundenes Bakterium. Die Länge variiert zwischen 6 und 20 µm. Die Enden sind hakenförmig oder knopfartig verdickt. Durch ein axiales kontraktives Element ist *L. interrogans* beweglich.

(Quelle: Wikipedia/Mauritius Images)

Foto: Mauritius Images / BSIP-CDC – Janice Carr

Diskussion

Die Leptospirose ist eine Zoonose, die durch direkten oder indirekten Kontakt mit dem Urin infizierter Tiere übertragen wird. Eine Infektion ist daher möglich über Hautläsionen, konjunktival oder über die Schleimhaut des Mund-/Rachenraumes [9]. Die Erkrankung kann des Weiteren durch den Biss einer infizierten Ratte ausgelöst werden [1, 2, 8, 9].

In Deutschland gelten Nagetiere (Ratten, Mäuse) nach wie vor als Hauptreservoir der Leptospirose [4]. Diese Reserviertiere erkranken dabei in der Regel nicht an einer Leptospirose, scheiden jedoch den Erreger zum Teil lebenslang im Urin aus [3].

In Zentraleuropa zeigt die Leptospirose eine saisonale Häufigkeit vor allem in den Monaten Juli bis November [9]. Im infektionsepidemiologischen Jahrbuch des Robert Koch-Institutes für 2012 wurden 85 Erkrankungsfälle registriert, von denen 70 zwischen Juni und November auftraten. Besonders hoch waren die Fallzahlen im August und September (16 bzw. 21) [7]. Die Erkrankung kann aber besonders bei Urlaubern, die aus tropischen Regionen zurückkehren, zu jeder Jahreszeit auftreten [3].

Erfahrungsgemäß sind bestimmte Berufsgruppen wie Kanalarbeiter, Laborpersonal, in der Landwirtschaft und im Veterinärwesen Tätige aufgrund des Kontaktes mit von Rattenurin kontaminiertem Wasser oder durch den Umgang mit infizierten Nutztieren besonders gefährdet, an einer Leptospirose zu erkranken [3]. Bei entsprechendem Nachweis der Leptospiren am Arbeitsplatz und

nach einer bestimmten zeitlichen Exposition kann die Leptospirose als Berufskrankheit anerkannt werden [5].

Die Inkubationszeit beträgt zwei bis 30 Tage. Die Erkrankung nimmt häufig einen biphasischen Verlauf (Leptospirämie und Organmanifestation). Eine akute oder septikämische Phase geht nach ungefähr einer Woche in die Immunphase über, die durch Antikörperproduktion und Ausscheidung der Leptospiren im Urin gekennzeichnet ist [3]. Die erste Krankheitsphase, in der der Erregernachweis im Blut möglich ist, wird von unspezifischen Symptomen wie Fieber, Schüttelfrost, Myalgien und Kopfschmerzen dominiert [10]. Die klassische Trias aus Nierenversagen, Ikterus und Splenomegalie wird in der Literatur auch als Morbus Weil beschrieben. Der Ikterus ist dabei typischerweise nicht mit Leberzellnekrosen assoziiert, sondern beruht auf einer intrahepatischen Störung bei der Sekretion von Gallensäuren [3]. Weiterhin werden in der Literatur Verläufe mit einer Pankreatitis, Cholecystitis und einer Rhabdomyolyse beschrieben [3].

Während für leichte Krankheitsverläufe Doxycyclin empfohlen wird, wird bei der schweren Leptospirose Penicillin G oder

Ceftriaxon eingesetzt [3]. Nach dem Bundeseseuchengesetz Artikel 3 besteht eine gesetzliche Meldepflicht bei Erkrankung und Tod [6]. Unser Patient befand sich bereits in der zweiten Phase der Erkrankung, da in den Blutkulturen kein Erregewachstum nachweisbar war und die Diagnose letztendlich durch den Antikörpernachweis im Blut gelang. Zusammenfassend handelt es sich um eine akute Leptospirose mit Hepatitis, Thrombozytopenie und lymphozytärer Meningitis.

Dr. med. Julia Eisenträger
Dr. med. Heinz Berkermann
Dr. med. Martha Krauß

Klinikum Werra-Meißner,
Abteilung Gastroenterologie
Elsa-Brandström-Straße 1
37269 Eschwege

E-Mail:
Julia.Eisentraeger@klinikum-wm.de

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

Morbus Weil

Leptospirose wurde 1882 erstmalig beim Hund beschrieben und unter dem Begriff „Stuttgarter Hundeseuche“ bekannt, da sie anlässlich einer Hundeausstellung in Stuttgart auftrat. Der Arzt Adolf Weil (1848–1916) beschrieb die

Erkrankung 1886 in Heidelberg erstmalig als Krankheitseinheit beim Menschen als sogenannte Weilsche Krankheit (Morbus Weil) oder Feldfieber. In Deutschland werden ca. 15 bis 20 Fälle pro Jahr gemeldet.

Literatur zum Artikel:

Akute Leptospirose mit lymphozytärer Meningitis

von Dr. med. Julia Eisenträger, Dr. med. Heinz Berkermann und Dr. med. Martha Krauß

- [1] Cerny A, Ettlin D, Betschen K, Berchtold E, Hottinger S, Neftel KA. Weil's disease after a rat bite. Eur J Med 1992; 1: 315–316
- [2] Gollop JH, Katz AR, Rudoy RC, Sasaki DM. Rat-bite leptospirosis. West J Med 1993; 159: 76–77
- [3] Jansen A, Stark K. Leptospirose. Aus: Hofmann F (eds). Handbuch der Infektionskrankheiten. Landsberg/Lech: EcoMed, 2006
- [4] Robert Koch-Institut. Leptospirose bei zwei Sportlern nach Triathlons in Baden-Württemberg. Epid Bull 2006; 38: 329
- [5] Internet: <http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/672192/publicationFile/>
- [6] <http://www.gapinfo.de/gesundheitsamt/alle/gesetz/seuche/bsg/absch02.htm>
- [7] Robert Koch-Institut. Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2012. Berlin, 2013
- [8] Luzzi GA, Milne LM, Waitkins SA. Rat-bite acquired leptospirosis. J Infect 1987; 15: 57–60
- [9] Roczek A, Forster C, Raschel H, Hörmansdorfer S, Bogner KH, Hafner-Marx A, Lepper H, Dobler G, Büttner M, Sing A. Severe course of rat bite-associated Weil's disease in a patient diagnosed with a new Leptospira-specific real-time quantitative LUX-PCR. J Med Microbiol 2008; 57 (5): 658–663
- [10] Wasiński B, Dutkiewicz J. Leptospirosis – current risk factors connected with human activity and the environment. Ann Agric Environ Med 2013; 20 (2): 239–244

Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika (EVA)

Teil III: Behandlung von Atemwegsinfektionen – Daten aus Hessen 2016 im Vergleich mit Leitlinien

Angelika Hausemann, Ursel Heudorf, André R. Zolg

Die meisten Infektionen der Atemwege sind viraler Genese; in solchen Fällen ist eine Antibiotikatherapie weder erforderlich noch sinnvoll und sollte unterbleiben. Einerseits, um die Darmflora der Patienten nicht (unnötig) zu schädigen, andererseits, um der Entwicklung von Antibiotikaresistenzen bei Bakterien entgegen zu wirken. Hierzu wurde in Hessen das Projekt „Weniger ist mehr – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen“ gestartet. Die kostenlos erhältlichen Plakate und Flyer informieren Patienten und Angehörige, dass bei den meisten Infektionen der oberen Atemwege keine Antibiotika erforderlich sind. Den Patienten wird dargelegt, was sie selbst tun können, um ihre Erkältungsbeschwerden zu lindern („Hausmittel“). Das Hessische Ärzteblatt hat mehrfach darüber berichtet [1, 2].

Vergleich der von den Teilnehmern der Befragung bei bakteriellen Atemwegsinfektionen (Pneumonie) am häufigsten eingesetzten Antibiotika...

Im Rahmen der EVA-Studie 2016, einer Befragung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Hessen zu Einflussfaktoren auf die Verschreibung von Antibiotika

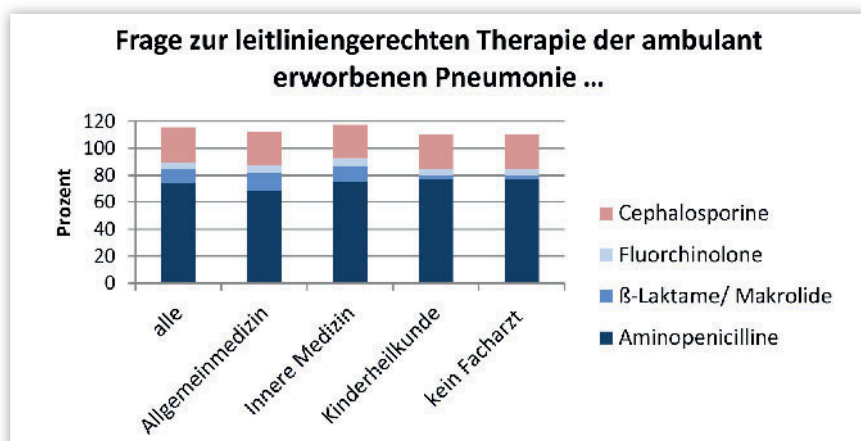


Abb. 8: Antibiotikannennungen bei der Frage nach Leitlinien zur Behandlung der unkomplizierten ambulant erworbenen Pneumonie – nach Facharztgruppen (Mehrfachnennungen sind möglich)

[siehe 3, 4] wurden die Teilnehmer auch nach ihrem Vorgehen bei Atemwegsinfektionen gefragt. 608 Ärzte hatten die Frage nach den häufigsten Infektionen in ihrer Praxis beantwortet, 188 Ärzte gaben an, dass sie in ihrer Praxis die Indikation zu einer Antibiotikatherapie am häufigsten bei Infektionen der Atemwege stellen. Bei Notwendigkeit einer Antibiotikatherapie wird am häufigsten mit Amoxicillin

(37 Prozent [%]) behandelt, an zweiter Stelle folgt Cefuroxim (21,7 %), danach Azithromycin (13 %) und Doxycyclin (8,1 %). Diese Rangfolge trifft sowohl für Fachärzte für Allgemeinmedizin als auch für Internisten zu. Kinderärzte setzten bei bakteriellen Atemwegsinfektionen am häufigsten Cefaclor und Amoxicillin ein (jeweils 42 %), eine Bewertung ist wegen der geringen Anzahl der teilneh-

S3-Leitlinie „Behandlung von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie und Prävention – Update 2016: Leichtgradige Pneumonie

Leichtgradige Pneumonie ohne Ko-Morbidität (Auszug):

„**Amoxicillin ist Mittel der Wahl.** Bei Penicillinallergie oder -unverträglichkeit sollte ein Fluorchinolon (Moxifloxacin oder Levofloxacin) eingesetzt werden. Moxifloxacin hat unter den Fluorchinolonen die beste Pneumokokkenwirksamkeit. Makrolide (Clarithromycin und Azithromycin) sind Alternativen, allerdings mit ca. 10 % Resistenzen gegenüber Pneumokokken von nachgeordneter Bedeutung. Ciprofloxacin als Monotherapie ist bei ambulant erworbener Pneumonie aufgrund seiner schlechten Pneumokokkenwirksamkeit, der raschen Selektion resistenter Pneumokokken und konsekutivem Therapieversagen kontraindiziert.

Orale Cephalosporine werden nicht empfohlen. Die Gründe dafür sind:

- Die Dosierungen aus den Zulassungsstudien stellen regelhaft eine Unterdosierung dar.

- Orale Cephalosporine sind ein Risikofaktor für die Ausbreitung von ESBL, auch im ambulanten Bereich, andererseits aufgrund guter Alternativen entbehrlich.
- Orale Cephalosporine wurden als signifikant mit einem Therapieversagen und nachfolgender Hospitalisierung assoziiert gefunden (OR 2.86).
- Orale Cephalosporine begünstigen die Selektion von *Clostridium difficile*.

Tab. 6: EVA-Studie Hessen 2016. Eingesetzte Antibiotika bei bakteriellen Atemwegserkrankungen – nach Facharztgruppen

Atemwege	Alle Ärzte		Allgemeinmedizin		Innere Medizin		Kinderheilkunde		kein Facharzt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Penicilline β-Laktam Antibiotika										
Amoxicillin	60	37,3	33	35,1	16	44,4	5	41,7	2	28,6
Amoxicillin/ Clavulansäure	2	1,2			2	5,6				
Sultamicillin	2	1,2			2	5,6				
Fluorchinolone										
Moxifloxacin	1	0,6	1	1,1						
Levofloxacin	3	1,9	3	3,2						
Ciprofloxacin	1	0,6			1	2,8				
Makrolide										
Azithromycin	21	13,0	16	17	3	8,3			1	14,3
Clarithromycin	5	3,1	2	2,1	3	8,3				
Roxithromycin	5	3,1	3	3,2	1	2,8				
Makrolid	2	1,2	1	1,1	1	2,8				
Cephalosporine										
Cefaclor	9	5,6	2	2,1			5	41,7		
Ceftriaxon	1	0,6			1	2,8				
Cefuroxim	35	21,7	23	24,5	5	13,9	2	16,7	3	42,9
Doxycycline	13	8,1	9	9,6	3	8,3			1	14,3
Clindamycin	1	0,6	1	1,1						
Gesamt	161		94		36		12		7	

menden Kinderärzte aber nicht belastbar möglich (Tab. 6).

Auch bei der Frage nach leitliniengerechter Antibiotikatherapie der unkomplizierten ambulant erworbenen Pneumonie gaben drei Viertel der Ärzte Aminopenicilline und etwa ein Viertel Cephalosporine an (Abb. 8). Cephalosporine sollten jedoch nach der 2016 aktualisierten S3-Leitlinie nicht eingesetzt werden (siehe Kasten).

... mit den Leitlinien der DEGAM (2014)

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

empfiehlt in ihrer Leitlinie „Akuter Husten“ aus dem Jahr 2014 [5] eine genaue Anamnese und körperliche Untersuchung. Bei fehlendem Hinweis auf einen gefährlichen Verlauf wird der Verzicht auf technische Untersuchungen empfohlen. Die DEGAM weist darauf hin, dass die Farbe des Sputums keine Indikation für eine Antibiotikatherapie ist und dass eine CRP-Untersuchung keine Sicherheit zur Differenzierung zwischen viralen und bakteriellen Infektionen gibt. Die Empfehlung der DEGAM: „Kein Labor, Röntgen-Thorax oder Sputumdiagnostik bei akuter unkomplizierter Bronchitis“. Diese

ist meist viraler Genese, hier soll kein Antibiotikum gegeben werden. Bei Pneumonie mit den typischen Symptomen produktiver Husten, Fieber > 38,5°C, Abgeschlagenheit, Tachypnoe und Tachykardie, atemabhängige Schmerzen empfiehlt die DEGAM weiterhin keine routinemäßige Sputum-Diagnostik, aber sie empfiehlt neben der guten Anamnese und körperlichen Untersuchung eine Röntgenaufnahme des Thorax. Bei akuter Pneumonie muss laut DEGAM eine Antibiose mit Aminopenicillin (Amoxicillin; Alternativ Makrolide und Doxycyclin) rasch eingeleitet werden.

Tab. 7: Auszug aus der S3-Leitlinie: Empfehlungen zur initialen kalkulierten Therapie von Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie

(S3-Leitlinie, update 2016)

Schweregradklasse	Primärtherapie (Tagesdosis p.o.)	Alternativtherapie (Tagesdosis p.o.)
Leichte Pneumonie ohne Komorbidität (orale Therapie)	Amoxicillin (3x750–1000mg)	Moxifloxacin (1x400mg) Levofloxacin (1–2x500mg) Clarithromycin (2x500mg) Azithromycin (1x500mg) Doxycyclin (1x200mg)
Leichte Pneumonie mit Komorbidität (orale Therapie) - chron. Herzinsuffizienz - ZNS-Erkrankungen mit Schluckstörungen - Schwere COPD, Bronchiektasen - Bettlägerigkeit, PEG	Amoxicillin/Clavulansäure (2–3x1g)	Moxifloxacin (1x400mg) Levofloxacin (1–2x500mg)
Mittelschwere Pneumonie (in der Regel Sequenztherapie)	Amoxicillin/Clavulansäure (2–3x1g) # Ampicillin/Sulbactam (i.v.) # Cefuroxim (i.v.) # Ceftriaxon (i.v.) # Cefotaxim (i.v.) #	Moxifloxacin (1x400mg) Levofloxacin (1–2x500mg)
Schwere Pneumonie (Beginn immer i.v., Sequenztherapie prinzipiell möglich)	Piperacillin/Tazobactam (i.v.) ## Ceftriaxon (i.v.) ## Cefotaxim (i.v.) ##	Moxifloxacin (1x400mg) Levofloxacin (1–2x500mg) (Monotherapie nicht im septischen Schock)

S3-Leitlinie: „In jedem Schweregrad zu beachten: Risiko für definierte Erreger (siehe Tab. 10 und Abschnitt 5.1.1.3). Risiko für MRE (siehe Abschnitt 5.1.3), in diesen Fällen ggf. spezifische Therapie.“

Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass sowohl für Moxifloxacin als auch für Levofloxacin ein Rote Hand-Brief mit einer Indikationseinschränkung vorliegt. Demnach sollen beide Substanzen nur zum Einsatz kommen, wenn keine gleich gute Alternative verfügbar ist. # +/- Makrolid für 3 Tage; ## jeweils + Makrolid für 3 Tage

... und der AWMF

Im Februar 2016 erschien die aktualisierte Version der S3-Leitlinie „Behandlung von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie und Prävention – Update 2016“ [6]. In dieser mehr als 100 Seiten starken Leitlinie werden differenzierte Empfehlungen für die Behandlung leichtgradiger ambulant erworbener Pneumonien mit und ohne Komorbidität, mittelschwerer und schwerer Pneumonien gegeben. In Tabelle 7 werden Auszüge zur Empfehlung bei leichtgradiger Pneumonie zitiert mit der Empfehlung für Amoxicillin bei leichter Pneumonie ohne Komorbidität resp. Amoxicillin/Clavulansäure mit Komorbidität. Cephalosporine werden explizit nicht empfohlen. Im Kasten sind die Begründungen für die empfohlenen respektive nicht empfohlenen Antibiotika bei Atemwegsinfektionen kurz aufgeführt.

Der umfassende Bericht zur EVA-Studie Hessen 2016 kann beim MRE-Netz Rhein-Main kostenlos bestellt werden. Er enthält neben den Ergebnissen auch die wichtigsten Informationen aus den aktuellen Leitlinien (Atemwegserkrankungen, Harnwegsinfektionen, Infektionen des HNO-Bereichs wie Otitis, Rhinosinusitis und Tonsillitis) sowie weitere Informationen zu den wichtigsten multiresistenten Erregern und den MRE-Netzwerken, insbesondere die Angebote des MRE-Netz Rhein-Main. Der Bericht ist auch auf der Website des MRE-Netz Rhein-Main eingestellt; dort finden Sie auch Links zu den einschlägigen Leitlinien.

Angelika Hausemann,
MRE-Netz Rhein-Main

André R. Zolg, M.Sc.
Landesärztekammer Hessen

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf
MRE-Netz Rhein-Main

Korrespondenzadresse:
MRE-Netz Rhein-Main

Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt am Main
E-Mail: ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de

Alle drei Teile der EVA-Studie, die im Hessischen Ärzteblatt (HÄBL) erschienen sind, finden Sie auf der Website des HÄBL unter www.laekh.de auf der Startseite für 2016 eingestellt.

Die EVA-Studie kann im Internet heruntergeladen werden:
www.mre-rhein-main.de/eva.php
Die Broschüre kann auch kostenfrei angefordert werden: MRE-Netz Rhein-Main, Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt

Literatur zum Artikel:

Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika (EVA)

Teil I bis III

- [1] Velasco E, Eckmanns T, Espelage W, Barger A, Krause G: Einflüsse auf die ärztliche Verschreibung von Antibiotika in Deutschland (EVA-Studie). Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Robert Koch-Institut, Berlin, 2009.
- [2] Von Knoblauch zu Hatzbach: Einflüsse auf die Verordnung von Antibiotika (EVA) bei niedergelassenen Ärzten. Eine Umfrage des MRE-Netzes Rhein-Main und der Landesärztekammer Hessen. Hessisches Ärzteblatt 2016, Seite 208.
- [3] Heudorf U. „Weniger ist mehr – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen“. Ein Kooperationsprojekt zur Vorbeugung von Antibiotikaresistenzen in Hessen. Hessisches Ärzteblatt (2015) 76: 550.
- [4] Buchalik M, Heudorf U. Weniger ist mehr: Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen Expertinnenrunde informierte über die richtige Therapie von Grippe & Co. Hessisches Ärzteblatt (2016) 77: 209.
- [5] Hausemann A, Zolg A, Heudorf U. Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika (EVA). Teil I: Ergebnisse der Befragung niedergelassener Ärzte in Hessen 2016 im Vergleich zur bundesweiten Befragung 2008. Hessisches Ärzteblatt (2016) 77: 512–513.
- [6] Hausemann A, Zolg A, Heudorf U. Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika (EVA). Teil II: Antworten der Teilnehmer in Hessen 2016 nach Facharztweiterbildung Hessisches Ärzteblatt (2016) 77: 634–635.
- [7] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): Akuter Husten (2014)/chronischer Husten (2014).
- [8] S3-Leitlinie: Behandlung von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie und Prävention – Update 2016.

Detektivarbeit am Krankenbett

Bad Nauheimer Gespräch mit Professor Jürgen Schäfer, dem deutschen Dr. House

Wer seltene und unerkannte Krankheiten für exotische Ausnahmeerscheinungen hält, irrt. Rund 8.000 der über 13.000 bekannten Krankheiten gelten als selten. Allein in Deutschland sind mehr als 4,3 Millionen Menschen davon betroffen. „Wenn sie eine Partei gründen wollten, könnten sie in den Bundestag einziehen“, scherzte der Internist und Kardiologe Prof. Dr. med. Jürgen Schäfer, Gründungsdirektor und Leiter des Zentrums für unerkannte und seltene Erkrankungen – ZusE – am Universitätsklinikum Gießen und Marburg zum Auftakt des Bad Nauheimer Gesprächs im Haus der Landeszahnärztekammer in Frankfurt. „Allerdings haben diese Menschen keine Lobby.“ Ihre Behandlung sei kostenintensiv und im DRG-System würden die Diagnosekosten nicht fair honoriert. Dass die Geschäftsführung des privatisierten Uniklinikums Gießen und Marburg dennoch entschied, „Komm, wir machen es“ und das ZusE 2013 eröffnet werden konnte, nennt Schäfer einen Glücksfall.

Nicht zuletzt dürfte die Entscheidung dem mitreißenden Engagement des Arztes und Hochschullehrers zu verdanken sein, der Studierenden die Fähigkeit vermitteln will, „auch einmal um die Ecke zu denken“, wie Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, 1. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Bad Nauheimer Gespräche, erklärte. 2008 hatte sich Schäfer von der amerikanischen Fernsehserie „Dr. House“ zu der Vorlesungsserie „Dr. House revisited“ am Marburger Universitätsklinikum inspirieren lassen. Obwohl seltene Krankheiten nicht examensrelevant sind, bot Schäfer die Vorlesungsreihe an und hatte damit Erfolg. Die gut besuchten Seminare wurden inzwischen von Samstagvormittag auf Dienstagabend verlegt.

Lösungsstrategien finden

Schäfers Ziel ist, die Studierenden nicht Symptome auswendig lernen, sondern Lösungsstrategien finden zu lassen. Detektivarbeit am Krankenbett: Als bekennende „Dr. House“-Fans hatten Schäfer und seine Frau, eine Gastroenterologin,



Ein starkes Team (v. l.): Dr. med. Alexander Liesenfeld (Allgemeinmedizin), Prof. Dr. med. Jürgen Schäfer, Dr. med. Yulia Sharkova (Kardiologie), Dr. med. Beate Kolb-Niemann (Psychosomatik), Dr. med. Birgit Kortus-Götze (Nephrologie), Dr. med. Elke Neuwohner (Allgemeinmedizin), Sabine Battenfeld, (Sekretariat), Prof. Dr. med. Andreas Burchert (Onkologie), Dr. med. Andreas Jerrentrup (Pneumologie)

die Fälle nach jeder Sendung überprüft, in Büchern geblättert oder in Medizinportalen recherchiert und festgestellt: Die Fakten stimmten, auch wenn sie mit viel spektakulärem Beiwerk garniert waren. Neuropathie durch Gebisscreme? Aufgrund des Zinkgehalts der Paste durchaus möglich. Chronische Kobaltvergiftung als Folge eines defekten Hüftimplantats? Auch das ist realistisch, wie Schäfer einige Monate, nachdem der Fall bei „Dr. House“ zu sehen war, im ZusE bei einem Patienten selbst feststellte. Über die Veröffentlichung des Falls in „The Lancet“ wurden 2014 auch die Medien auf den „deutschen Dr. House“ aufmerksam.

Seither zieht Schäfer nicht nur Medizinstudierende und erfahrene Ärzte, sondern auch interessierte Laien mit „Infotainment“ – ebenso spannenden wie unterhaltsamen Schilderungen ärztlicher Diagnosearbeit – in seinen Bann. 2015 erschien sein Buch „Der Krankheitsermittler“, in dem er medizinisch interessante Fallgeschichten, darunter die Kobaltvergiftung durch eine defekte Metall-Hüftkopfprothese – allgemein verständlich aufbereitet hatte. Schäfer geht es darum, Bewusstsein für ungewöhnliche Krankheiten und Krankheitssymptome zu schaffen. Viel zu oft würden in solchen

Fällen psychiatrische oder psychosomatische Diagnosen gestellt, bevor eine profunde internistische Abklärung erfolge. Etwa bei einer 38-jährigen Patientin, die sich nach langere Odyssee bei verschiedenen Ärzten im ZusE vorgestellt hatte. Die seit vier Jahren krankgeschriebene Frau, die wegen ihrer Beschwerden bereits einige Monate in der Psychiatrie verbracht hatte, klagte über Depressionen, Kopfschmerzen und Schwindel.

Zeit für die Anamnese nehmen

„Die Anamnese war unauffällig“, berichtete Schäfer. „Allerdings stellte sich heraus, dass die Beschwerden während der Schwangerschaften der Patientin deutlich rückläufig gewesen waren.“ Die Enddreißigerin nahm keine Medikamente, mit Ausnahme einer Gestagen freisetzenden Spirale. „Drei Monate nach der Entfernung der Hormonspirale war die Frau beschwerdefrei; heute geht es ihr blendend“, erzählte Schäfer. Der Fall zeige, wie dünn das Eis in der Medizin sein könne. Tatsächlich zählten Depressionen und die anderen Symptome, unter denen die Patientin gelitten hatte, zu den möglichen Nebenwirkungen einer Hormonspirale. Allerdings habe der Hausarzt nichts von der Spirale gewusst und der Gy-

näköologe nichts von den Depressionen. Der Psychiater wiederum habe sich um beides nicht gekümmert. Dies zeige einmal mehr die Notwendigkeit, dass sich Ärzte Zeit für die Anamnese nehmen“, sagte Schäfer. „Im ZusE ist die Anamnese das Wichtigste überhaupt. Aus diesem Grund haben wir einen strukturierten Fragebogen für unsere Patienten erarbeitet.“

Dramatisch auch der Fall eines ZusE-Patienten mit nicht erkannter Bilharziose: Fünf Jahre lang hatte der Mann unter Darmbeschwerden gelitten. Die Stuhluntersuchung, bei der verschiedene DNA – die des Menschen, seiner Nahrung etc. – isoliert wurden, zeigte ein Signal für Schistosomiasis, eine Wurmkrankheit, die in warmen Binnengewässern durch die Posthornschnecke als Zwischenwirt verbreitet wird. „Wir haben gesucht, wie verrückt“, erinnert sich Schäfer. Ein mit der weiteren Stuhluntersuchung beauftragter Tierarzt und Parasitologe am Uniklinikum Gießen und Marburg entdeckte schließlich ein Schistosoma-Ei. Wie war es zu dieser Infektion gekommen? Die Befragung des Patienten ergab, dass sich dieser noch nie in einem Land



Prof. Dr. med. Jürgen Schäfer mit Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, 1. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Bad Nauheimer Gespräche

aufgehalten hatte, in dem er sich mit Bilharziose hätte infizieren können. Aber die ZusE-Ärzte wurden dennoch fündig: Quelle der Ansteckung war das Aquarium in der Wohnung des Mannes, das tropische Fischkulturen hielt. Die Fische hatte er sich über das Internet bestellt. „Da bekommt der Begriff ‚Morbus Amazon‘ eine ganz andere Bedeutung“, schmunzelte Schäfer und wurde umgehend wieder ernst: Mit Internet-Importen ließen sich Zoonosen einfliegen, die

nicht vom Gesetzgeber kontrolliert werden könnten, warnte er.

Keine Angst vor dem Computer

Dienstagnachmittags finden im ZusE Teambesprechungen statt, in denen die Fälle von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen diskutiert werden: „Da macht Medizin trotz DRGs wieder richtig Spaß.“ Eine der wichtigsten Kolleginnen sei die Psychosomatikerin, so Schäfer. „Außerdem haben wir ein Forschungslabor.“ Die Sichtung der neuen Anfragen – bis 9. September waren es 2016 insgesamt bereits 6.174 – könne Tage dauern. „Wir schaffen das kaum mehr, daher arbeiten wir mit hocheffizienter digitaler Unterstützung, dem Computerprogramm Watson.“ Mit Hilfe des Programms lassen sich in kurzer Zeit Diagnosevorschläge erstellen. Für Schäfer ist die IT keine Gefahr, sondern Hilfe in vielerlei Hinsicht. „In der Inneren Medizin wird der Computer die Hierarchien nachhaltig und positiv verändern.“

Katja Möhrle

Medizinische Fachangestellte



MFA-Bestenennung des Verbandes Freier Berufe in Hessen: 49 junge Frauen und Männer zählen zu den besten hessischen Absolventen der Prüfung zur/zum Medizinischen Fachangestellten 2016. Sie hatten die Winterprüfung 2015/16 bzw. die Sommerprüfung 2016 mit „sehr gut“ bestanden. Neben anderen Ausbildungsberufen der freien Berufe wurden die frischgebackenen MFA im Herbst bei der Bestenennung des Verbandes Freier Berufe in Hessen ausgezeichnet. Im Rahmen einer Feierstunde in Wiesbaden nahmen 19 von ihnen ihre Urkunden und ein kleines Präsent persönlich entgegen. Der hessische Kultusminister Prof. Dr. Alexander Lorz lobte das Konzept der dualen Berufsausbildung und hob die Leistung der niedergelassenen Praxen sowie der Berufsschulen hervor. „Auch wenn Sie nicht mehr in die Schule müssen. Das Lernen hört nie auf!“, gab Lorz den Absolventen mit auf ihren Berufsweg.

Dialog zwischen Fremden

Giacometti und Nauman in der Frankfurter Schirn

Foto: © Alberto Giacometti Estate (Fondation Alberto et Annette Giacometti + ADAGP) Paris, 2016



Alberto Giacometti, Grande femme IV (1960), Louisiana Museum of Modern Art, Humlebæk, Denmark, Donation: The New Carlsberg Foundation

„Durch diese hohle Gasse muss er kommen“: Wer bei Bruce Naumans Installation „Corridor with Mirror and White Lights“ an Schillers „Wilhelm Tell“ denkt, fragt sich zugleich, wie „er“ beschaffen sein müsste, um durch den überaus schmalen Gang zu gelangen. Vor dem inneren Auge ließe sich eine der fadendünnen Figuren Alberto Giacomettis beim Durchschreiten des engen Spalts imaginieren. Noch bis zum 22. Januar 2017 stellt die Schirn Kunsthalle Frankfurt die Werke der beiden Künstler Alberto Giacometti (1901– 1966) und Bruce Nauman (geb. 1941) in einer beeindruckenden Ausstellung gegenüber.

Sie könnten kaum unterschiedlicher sein: Der eine wuchs im Graubündener Bergdorf Stampa in einer Künstlerfamilie auf und zählt zu den bedeutendsten Bildhau-

ern des 20. Jahrhunderts. Der andere kam in Fort Wayne, Indiana, USA zur Welt und steht mit seinem vielseitigen Œuvre für die radikalen Umwälzungen der Gegenwartskunst seit 1960. Doch die ungewöhnliche Konfrontation von insgesamt 70 Arbeiten – Skulpturen und Gemälde des Schweizer Bildhauers sowie Videos, Zeichnungen, Skulpturen und raumgreifenden Installationen des US-amerikanischen Multimediakünstlers – zeigt vielfältige Berührungspunkte.

Radikale Ausdrucksformen

Die Künstler waren Einzelgänger. Im Zentrum ihres Schaffens steht die *conditio humana*, und ihre Ausdrucksformen sind radikal. Während Giacometti sich in seinen Arbeiten fast ausschließlich mit der menschlichen Gestalt beschäftigt und nach 1945 seinen charakteristischen Figurenstil entwickelt hatte, kreiste Naumans Arbeit in den 60er- und 70er-Jahren vorrangig um den eigenen Körper. Er war für ihn Ausgangspunkt für grundlegende Fragen nach dem Wesen des Menschseins. Performances, Fotografie, Videoinstallationen, Skulpturen und Neonleuchten gehören zu seinem künstlerischen Repertoire.

Als verbindende Elemente liegen den Werken Giacomettis und Naumans das Scheitern, das Abwegige und das Fragmentarische zugrunde. So spiegeln die künstlerischen Schaffensphasen des Schweizer seine ständige Suche nach der Beziehung zwischen Objekt und Raum und die Zweifel an der Darstellbarkeit des menschlichen Körpers wider. „Es sind auch eher Wut und Frustration, die mich immer wieder zur Kunst treiben“, hat Nauman einmal in einem Interview mit der ZEIT gesagt. Die Unfähigkeit sich zu entwickeln, sich zu verändern, dieses Gefühl, sich selbst nicht entkommen zu können, spiele in vielen seiner Videos eine Rolle.

Lichtstrahler auf die Leere

Die Frankfurter Ausstellung ist nach Themenbereichen strukturiert: „Die Leere“, „Figur und Raum“, „Theater des Absurden“, „Objekte der Begierde“, „Malerei und Prozess“, „Das Maß der Dinge“ und „Körper und Fragment“. Zu jedem dieser Bereiche treten Werke Giacomettis und Naumans räumlich und inhaltlich in Dialog miteinander. Dass für beide Künstler die Leere ein zentrales Thema war, zeigt die Gegenüberstellung von zwei Frühwerken:



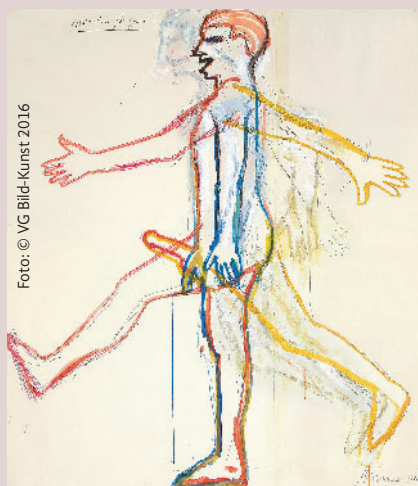
Foto: © Schirn Kunsthalle

Giacometti-Nauman, Ausstellungsansicht

In Giacomettis „L'Objet invisible (Mains tenant le vide)“ aus dem Jahr 1934/35 umgreifen die Hände einer weiblichen Bronzefigur ein unsichtbares Objekt; in Naumans „Lighted Center Piece“ (1967/68) beleuchten vier Lichtstrahler die Leere auf einer Aluminiumplatte.

Während Giacomettis rätselhaftes Skulptur seinen künstlerischen Bruch mit dem Surrealismus dokumentiert, sind sowohl Naumans „Lighted Center Piece“ als auch die Installation „Storage Capsule for the Right Rear Quarter of My Body“ (1966) – ein Gefäß für seinen abwesenden Körper – Allegorien auf die Abwesenheit. Seine Auseinandersetzung mit Fragen der menschlichen Sinneswahrnehmung fällt oft irritierend, gelegentlich gar schockierend aus: In der Schirn kontrastieren Naumans bunte, an Drähten baumelnde Wachsköpfe mit offenen Mündern und teilweise herausgestreckten Zungen („Ten Heads Circle/In and Out“, 1990) mit Giacomettis „Tête sur tige“ aus dem Jahr 1947 – einem aufgespießten Bronzekopf, dessen Lippen zu einem stummen Schrei geöffnet sind.

Sie scheinen vom Ausgeliefertsein des Menschen in einer feindlichen Umgebung zu erzählen: Giacomettis dünne, überlange



Bruce Nauman, *Marching Figure* (1985),
Courtesy of Sperone Westwater

Skulpturen – Figuren und Figurengruppen – wirken zerbrechlich und im Raum verloren. Stehend, die Hände an die Hüften gelegt und mit mächtigen Füßen im Boden verwurzelt, ragt die „Grande Femme IV“ (1960) in die Höhe. Ihr Gegenbild ist der „Homme qui marche“ (1958), der gehende Mann, der suchend immer weiterschreitet. Dagegen mutet Naumans „Marching Figure“ aus dem Jahr 1985 geradezu fröhlich an: Eine farbige Bewegungsstudie, die



Alberto Giacometti arbeitet am Gips für seine Skulptur „Homme qui marche“ (1958, Fotografie von Ernst Scheidegger)

im Unterschied zu Giacomettis zögernder Suche beschwingte Entschlossenheit verkörpert. Ein Besuch der spannenden Schirn-Ausstellung sei jedem empfohlen, der einen neuen Blick auf die Werke zweier großer Künstler werfen möchte.

Schirn Kunsthalle, Römerberg
60311 Frankfurt am Main
Internet: www.schirn.de

Katja Möhrle



EZB Frankfurt 02 –
Acryl auf Leinwand
(100x50 cm)

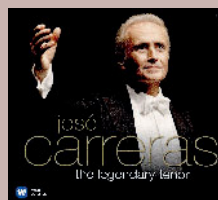
Jörgen Bruchhäuser stellt in Wiesbaden aus

„Beim Malen hört das Zittern auf: Für den Parkinson-Patienten Jörgen Bruchhäuser ist Kunst Therapie“ – so war in Ausgabe 02/2016 des Hessischen Ärzteblattes ein Parlando-Beitrag überschrieben. Im Jahr 2004 erhielt Jörgen Bruchhäuser diese Diagnose, vier Jahre später greift er eher zufällig zum Pinsel und entdeckt einen Weg, im Prozess des Malens das Zittern zu überwinden.

Nun stellt der 74-Jährige in Wiesbaden seine Werke aus: Bis zum 31. März 2017 sind diese in der Helios Aukamm-Klinik (Leibnizstraße

21) zu sehen und auch zu erwerben – für einen guten Zweck: Bruchhäuser hat im abgelaufenen Jahr 2016 Bilder für 4.200 Euro verkauft und diesen Betrag dem Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e. V. (FATRA), einer psychosozialen Beratungsstelle für Flüchtlinge und Folteropfer, sowie der Flüchtlingshilfe Neu-Isenburg, wo er seit 30 Jahren wohnt, gespendet. (asb)

Musiktipps



José Carreras zum 70. Geburtstag

José Carreras – The Legendary Tenor, Warner Classics, 3 CDs, ca. 14 € Barcode: 190295923013

Wenn er 70 werde, sei ein guter Zeitpunkt aufzuhören, sagte der Startenor José Carreras in einem Interview – und bald werden sich seine Fans endgültig von seinen Auftritten verabschieden müssen. Am 5. Dezember 2016 feierte Carreras seinen 70. Geburtstag. Viele seiner Facetten vereint das Album „José Carreras – The Legendary Tenor“, mit arrangierten Klassik-Melodien, spanischen & italienischen Liedern und natürlich Werken aus Oper & Operette. Im Rahmen seiner finalen Welttournee mit dem Titel „A Life in Music“ konzertiert Carreras am 15. Januar 2017 in der Alten Oper in Frankfurt/Main. (asb)

Organspende: Auszeichnung für die Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim

Für ihr herausragendes Engagement bei der Organspende wurde die Kerckhoff-Klinik vom Hessischen Gesundheitsminister Stefan Grüttner und der Geschäftsführerin der Deutschen Stiftung Organtransplantation in der Region Mitte, PD Dr. med. Ana Paula Barrios, ausgezeichnet. Den Krankenhäusern komme bei der Organspende eine Schlüsselstellung zu, so Grüttner. Alle Partner müssten sich gemeinsam der Herausforderung Organspende stellen, um die Situation der Patienten zu verbessern. Dass im vergangenen Jahr 14 Herzen übertragen werden konnten, bezeichnete Dr. med. Manfred Richter, Transplantationsbeauftragte der Klinik, als wichtige Motivation. Neben höchster medizinischer Kompetenz legt die Einrichtung besonderen Wert auf die umfassende Betreuung und Aufklärung der Angehörigen von Organspendern.

Neues Universitäres Centrum für Infektionskrankheiten in Frankfurt

Als internationales Drehkreuz ist Frankfurt immer einem besonderen Risiko durch importierte Krankheitserreger ausgesetzt. Um sich künftig gegen die Gefahren von ZIKA, Ebola & Co. zu wappnen, wird am Universitätsklinikum Frankfurt ein Universitäres Centrum für Infektionskrankheiten (UCI) aufgebaut. Das Zentrum solle zum Schutz der Bevölkerung dienen, die Forschung auf dem Feld der Infektionskrankheiten voranbringen und die Vernetzung von nationalen und interna-

tionalen Akteuren fördern, so Prof. Dr. med. Jürgen Graf, Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Frankfurt. Die interdisziplinäre Versorgung der Patienten soll durch Vernetzung und übergeordnete organisatorische Strukturen sowie gemeinsame Forschungsprojekte gewährleistet werden.

DAK-Studie: Jeder zwölfte Junge süchtig nach Computerspielen

Laut der Untersuchung „Game over: Wie abhängig machen Computerspiele?“ der Krankenkasse DAK-Gesundheit und dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen ist jeder zwölfte Junge oder junge Mann süchtig nach Computerspielen. Erstmals wurde in der Studie die Häufigkeit der Abhängigkeit in Deutschland untersucht. Die exzessive Nutzung von Computerspielen verursacht massive Probleme bei den Betroffenen. Dazu zählen unter anderem Schwierigkeiten mit dem sozialen Umfeld. Weiterhin fühlten sich die Betroffenen unglücklich, weil sie nicht spielen konnten oder gaben an, das Spielen gegen den Rat anderer Menschen nicht reduzieren zu können. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, bewertet die Ergebnisse als „beunruhigend“ und kündigte Konsequenzen an.

Gemeinsames Transplantationszentrum Fulda-Kassel

Das Klinikum Fulda und das Klinikum Kassel arbeiten künftig bei der Nierentransplantation enger zusammen und haben

dafür das Transplantationszentrum Fulda-Kassel ins Leben gerufen. Mit dem Zentrum fülle man auf der Karte der Transplantationszentren den bisher weißen Fleck Nordhessen, erläutert Karsten Honsel, Vorstandsvorsitzender der Gesundheit Nordhessen und Geschäftsführer des Klinikums Kassel. Künftig wird die Transplantation im Klinikum Fulda erfolgen, während das Klinikum Kassel die Vorbereitung und auf Wunsch auch die stationäre Behandlung nach der Transplantation sowie die ambulante Nachsorge übernimmt. Beide Einrichtungen arbeiten seit Jahren erfolgreich zusammen, das Transplantationszentrum ist ein weiterer Schritt in der gemeinsamen Gesundheitsversorgung der nordhessischen Patienten.

Forderung: Verbindliche Personalstandards in stationärer Pflege

Im Gesundheitsausschuss des Bundestags hat sich Prof. Dr. Klaus Stegmüller vom Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Hochschule Fulda zur Personalsituation in Kliniken und Altenpflegeheimen positioniert. Er empfahl die sofortige Umsetzung eines umfassenden Maßnahmenpakets, um die Personalausstattung zu verbessern. „Es besteht akuter Handlungsbedarf“, betonte Stegmüller. Eine bessere Personalausstattung sei eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der Versorgungsqualität in der stationären Pflege und könne dazu beitragen, den Pflegeberuf wieder attraktiver zu machen. Die notwendigen Kosten sollen zu je einem Drittel von Bundesländern, Kostenträgern und Kliniken gedeckt werden, so Stegmüller.

Zehn Jahre Psychosomatik am Klinikum Darmstadt

2006 forderte das Hessische Sozialministerium den gezielten Aufbau von Psychosomatischen Kliniken an Akutkrankenhäusern. Heute, zehn Jahre später, behandelt das Klinikum Darmstadt das gesamte Spektrum psychosomatischer Erkrankungen, Depressionen und alle Formen der Angsterkrankungen. Während die Psychosomatik früher vor allem in spezialisierten Kliniken verortet war, bietet das Konzept des Klinikums Darmstadt eine wohnortnahe Versorgung und Nachsorge. Auch von der Vernetzung mit Sozialberatungen, ambulanten Diensten und Hilfsangeboten, dem Bündnis gegen Depression, Selbsthil-

fegruppen sowie mit niedergelassenen Psychotherapeuten profitieren die Patienten.

In den vergangenen Jahren wurde zudem ein Konsiliardienst etabliert und ein vollstationärer Bereich eröffnet. Auch eine Tagesklinik ist nun in den stationären Bereich integriert, so können die Patienten stufenweise entlassen werden. Mittlerweile verfügt die Klinik über 20 Betten und 30 Tagesplätze. Neben Fachärzten und Ärzten mit dem Schwerpunkt Psychotherapie arbeiten Psychologen in einem multidisziplinären Team mit Spezialtherapeutinnen und Pflegekräften eng zusammen. (red)



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!

Qualifikation Tabakentwöhnung

Aufbaumodul Tabakentwöhnung

Sa., 17. März 2017

Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)

Leitung: D. Paul, Frankfurt

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

Infektiologie

Antibiotic Stewardship

Termine auf Anfrage!

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf,
Prof. Dr. med. H.-R. Brodt,
PD Dr. med. B. Jahn-Mühl, Frankfurt,
et al.

Gebühr: auf Anfrage

Max. Teilnehmerzahl: 30

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

Kinder- und Jugendmedizin

Mi., 22. März 2017

Endokrinologie, Pädiatrische Notfälle

Leitung: PD Dr. L. Schrod, Frankfurt-Höchst

Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

Rechtsmedizin

Theorie und Praxis der Leichenschau werden in insgesamt vier Kursteilen erarbeitet.

Mi., 15. Februar 2017, Mi., 22. Februar 2017,

Mi., 01. März 2017, Mi., 08. März 2017,

jeweils 15:00 - 16:45 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. M. Verhoff, Frankfurt

Teilnahmegebühr: € 240 (Akademiestatistiker € 216)

Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin

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

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

FOBI: Mi., 25. Januar 2017, 14:00 – 19:00 Uhr 6 P

FOBI Mi., 08. März 2017, 14:00 – 19:00 Uhr 6 P

Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden

Gebühr: € 110 (Akademiestatistiker € 99)

Max. Teilnehmerzahl: 25

Auskunft/Anmeldung: K. Kübler, Fon: 0611 977-4825,
E-Mail: karin.kuebler@laekh.de

Notfallmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Fr., 17. – So., 19. März 2017

Gebühr: € 400 (Akademiestatistiker € 360)

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

Seminar Leitender Notarzt

Sa., 22. – Di., 25. April 2017

Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel

Gebühr: € 780 (Akademiestatistiker € 702)

Ort: Kassel, Hess. Landesfeuerwehrschule

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

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

Mi., 29. März 2017, 15:30 – 20:00 Uhr 6 P

Teil 1: Prävention – Chancen und Umsetzungsmöglichkeiten

Teil 2: Metabolisches Syndrom – aktuelle therapeutische Strategien

Leitung: Dr. med. D. Winter, Bad Nauheim

Dr. med. B. Fischer, Gießen

Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

Veranstaltungsreihe Personalisierten Medizin

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer Hessen.

Mi., 22. März 2017

Mi., 10. Mai 2017

Leitung: Prof. Dr. med. K.-G. Genth,
Bad Nauheim
Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber,
Frankfurt

Gebühr: € 60 (Akademiestatistiker € 54)

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

Ultraschall

Gefäße

Interdisziplinärer Grundkurs der Doppler-Duplex-Sonographie für die Angiologie

Do., 23. – Fr., 24. Februar 2017 (Theorie)

Sa., 25. Februar 2017 (Praktikum)

Gebühr: € 490 (Akademiestatistiker € 441)

Ort Praktikum: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

Aufbaukurs der Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren Arterien und Venen

Do., 22. – Fr., 23. Juni 2017 (Theorie)

Sa., 24. Juni 2017 (Praktikum)

Gebühr: € 410 (Akademiestatistiker € 369)

Leitung der Kurse Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,
Frankfurt

für Gefäße: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Abdomen und Retroperitoneum (inkl. Schilddrüse)

Grundkurs

Sa., 14. und So., 22. Januar 2017 (Theorie)

+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum

Gebühr: € 490 (Akademiestatistiker € 441)

Aufbaukurs

Sa., 11. und So., 12. März 2017 (Theorie)

+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum

Gebühr: € 490 (Akademiestatistiker € 441)

Ort Praktikum: Frankfurt, Kliniken Rhein-Main-Gebiet

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

Kurs und Aufbaukurs: Schilddrüse

Sa., 10. Juni 2017, 09:00 – 18:00 Uhr

Gebühr: € 250 (Akademiestatistiker € 225)

Ort: Frankfurt, Uniklinikum

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

Weitere Kurse unter www.akademie-laekh.de oder

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-211,
E-Mail: adiel.candelo-roemer@laekh.de

Geriatrische Grundversorgung

Block II: Fr., 13. – So., 15. Januar 2017

22 P

Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt

Gebühr: € 330 (Akademiestatistiker € 297)

Block III: Fr., 17. – So., 18. Februar 2017

14 P

Leitung: PD Dr. med. M. Pfisterer,
Dr. med. P. Groß, Darmstadt

Gebühr: € 210 (Akademiestatistiker € 189)

Weitere Blöcke unter www.akademie-laekh.de

Max. Teilnehmerzahl: 30

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

Fachgebundene genetische Beratung

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

Blended Learning Veranstaltung in Kooperation mit der Laborarztpraxis Dres. Walther, Weindel und Kollegen.

Modul 1: Vorgeburtl. Risikoabklärung, Sa., 21. Jan. 2016 **8 P**

Modul 2: Schwerpunkt Humangenetik, Sa., 13. Feb. 2016 **15 P**

Beginn Telelernphase: **12. Jan. 2016**

Gebühr: je € 200 (Akademiestatistiker € 180)

Ort: Frankfurt, Laborarztpraxis

Leitung: Dr. med. Dipl. Biol. E.-M. Schwaab,
Wiesbaden

Wissenskontrolle zum Nachweis der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung für zahlreiche Fachgebiete: Sa., 25. März 2017

Gebühr: je € 50 (Akademiestatistiker € 45)

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

Psychosomatik

Interdisziplinäre Schmerztherapie und Psychosomatik

Sa., 04. März 2017

7 P

Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider

Gebühr: € 90 (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

Psychotherapie

Muslimische Patienten in der Psychotherapie

Sa., 28. Januar 2017, 10:00 – 16:00 Uhr

Leitung: Dr. med. I. Rüschhoff, Rüsselsheim
Dipl.-Psych. M. Laabdallaoui, Mainz

Gebühr: € 60 (Akademiestatistiker € 54)

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

Dermatologie**Hautkrebs-Screening**

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Fr., 17. März 2017, 13:00 – 21:00 Uhr **11 P**

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechtheim
Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)
zzgl. € 70 Schulungsmaterial

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

Einführung in das Medizinrecht

Mi., 10. Mai 2017

Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth,
RAin M. Strömer, Frankfurt

Gebühr: € 90 (Akademiestatistiker € 81)

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

Medizinische Informatik

Sa., 22. April 2017

Leitung: A. Zolg, M.Sc., A. Wolf, Frankfurt

Gebühr: € 70 (Akademiestatistiker € 63)

Max. Teilnehmerzahl: 16

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

Hämotherapie**Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter**

Do., 27. – Fr., 28. April 2017 **16 P**

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

Gebühr: € 340 (Akademiestatistiker € 306)

Max. Teilnehmerzahl: 30

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

**Hygiene und Umweltmedizin,
Öffentliches Gesundheitswesen****Leitliniengerechter Einsatz von Antibiotika
– Was gibt es Neues?**

Sa., 28. Juni 2017

Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt
auf Anfrage

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

Begutachtung**Medizinische Begutachtung**

Modul Ia: **Fr., 10. – 11. März 2017** **11 P**

Gebühr: € 200 (Akademiestatistiker € 180)

Modul Ib: **Fr., 21. – Sa., 22. April 2017** **12 P**

Gebühr: € 200 (Akademiestatistiker € 180)

Modul Ic: **Fr., 12. – Sa., 13. Mai 2017** **16 P**

Weitere Module unter www.akademie-laekh.de

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

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

**Hygiene und Umweltmedizin,
Öffentliches Gesundheitswesen****Hygienebeauftragter Arzt**

Mo., 27. Februar – Fr., 03. März 2017 **40 P**

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

Gebühr: € 740 (Akademiestatistiker € 666)

Ort: Gießen, Universitätsklinikum

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

Kinder- und Jugendmedizin

In Kooperation mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Landesverband Hessen

**Untersuchen, zuhören, durchblicken, beraten –
ja was denn noch alles?**

Mi., 08. Februar 2017

Leitung: Dr. med. L. Müller, Offenbach

Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

Intensivmedizin**36. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar**

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

Mo., 27. März – Fr., 31. März 2017

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

Gebühr: € 620 (Akademiestatistiker € 558)

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

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



Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs C	Sa., 04. Februar 2017	
Leitung:	Prof. Dr. med. Erika Baum, Marburg Herr Dr. med. Robert Gerst, Baden-Baden	
Kurs A	Fr., 05. – Sa., 06. Mai 2017	20 P
Leitung:	Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt	
Kurs B	Fr., 22. – Sa., 23. September 2017	20 P
Leitung:	Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt	
Gebühren:	Kurs A und B je Kurs € 300 (Akademiestgl. € 270) Kurs C € 150 (Akademiestgl. € 135)	
Für Teilnehmer des Weiterbildungskollegs der Kompetenzzentren gelten ermäßigte Gebühren. Bitte fragen Sie uns.		
Auskunft/Anmeldung:	J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203, E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de	

Einsteigerseminar

Bereitschaftsdienst im Krankenhaus: Zielorientiertes ärztliches Handeln bei notfallmedizinischen Krankheitsbildern, rechtliche Rahmenbedingungen und organisatorische Fallstricke
Mi., 25. Januar 2017

Leitung:	Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt Prof. Dr. med. K. Mayer, Gießen Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen, Frankfurt
Teilnahmegebühr:	€ 180 (Akademiestgl. € 162)
Auskunft/Anmeldung:	B. Buß, Fon: 06032 782-202 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Suchtmedizinische Grundversorgung

Kursteil 1:	Fr., 13. – Sa., 14. Januar 2017
Ort:	Frankfurt, Bürgerhospital
Kursteil 2:	Fr., 10. – Sa., 11. Februar 2017
Ort:	Frankfurt, Bürgerhospital
Kursteil 3 /Wahlthema:	Fr., 17. – Sa., 18. Februar 2017
Ort:	Frankfurt, Bürgerhospital
Kursteil 4:	Fr., 03. – Sa., 04. März 2017
Ort:	Friedrichsdorf, Salus Klinik
Leitung:	D. Paul, Frankfurt
Teilnahmegebühr:	€ 180 je Kursteil (Akademiestglieder € 162)
Auskunft/Anmeldung:	I. Krahe, Fon: 06032 782-208, E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Fr., 27. – So., 29. Januar 2017	G1 – G3
Fr., 31. – So., 02. April 2017	G4 – G6
Fr., 23. – So., 25. Juni 2017	G7 – G9
Fr., 15. – So., 17. September 2017	G10 – G12
Fr., 01. – So., 03. Dezember 2017	G13 – G15

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Sa., 25. – So., 26. Februar 2017	GP
Sa., 01. – So., 02. April 2017	GP
Sa., 24. – So., 25. Juni 2017	GP
Sa., 23. – So., 24. September 2017	GP
Sa., 02. – So., 03. Dezember 2017	GP

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

Palliativmedizin

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

Aufbaukurs Modul I:	Di., 14. – Sa. 18. März 2017	40 P
Leitung:	C. Riffel, Darmstadt	
Aufbaukurs Modul II:	Mo., 28. Aug. – Fr., 01. Sep. 2017	40 P
Leitung:	Dr. med. W. Spuck, Kassel	
Fallseminar Modul III:	Mo., 20. – Fr., 24. November 2017	40 P
Leitung:	Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden Dr. med. B. O. Maier, Wiesbaden	
Basiskurs	Di., 05. – Sa. 09. Dezember 2017	40 P
Leitung:	Dr. med. K. Mattek, Hanau	
Gebühren:	Basiskurs, Aufbaukurs Modul I und II je € 650 (Akademiestglieder € 585) Fallseminar Modul III € 750 (Akademiestglieder € 675)	
Auskunft/Anmeldung:	B. Buß, Fon: 06032 782-202, E-Mail: baerbel.buss@laekh.de	

Psychosomatische Grundversorgung

23. 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 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 ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.

Fr., 13. – So., 15. Januar 2017 (ausgebucht) 20 P

Fr., 17. – So., 19. Februar 2017 (ausgebucht) 20 P

Fr. 19., – So., 21. Mai 2017 20 P

Fr., 18. – So., 20. August 2017 20 P

Fr., 27. – So., 29. Oktober 2017 20 P

Fr. 17. – So., 19. November 2017 20 P

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

Gebühren je Block: € 350 (Akademiestatistiker € 315)

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

Krankenhaushygiene

Modul I: Mo., 27. Februar – Fr., 03. März 2017 40 P

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, K.-U. Wucher

Gebühr: € 740 (Akademiestatistiker € 666)

Ort: Gießen, Universitätsklinikum

Modul IV: Mo., 11., – Do., 14. September 2017 32 P

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

Dipl. Ing. S. Harpel

Gebühr: € 590 (Akademiestatistiker € 531)

Ort: Gießen, Universitätsklinikum

Modul V: in Planung für 2017

Leitung: PD Dr. med. habil. C. Brandt,

PD Dr. med. habil. B. Jahn-Mühl

Gebühr: € 590 (Akademiestatistiker € 531)

Modul VI: Mo., 29. Mai – Do., 01. Juni 2017 32 P

Leitung: Prof. Dr. med. Thomas Eikmann

Gebühr: € 590 (Akademiestatistiker € 531)

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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Fr., 09. – Sa., 10. Juni 2017 16 P

Gesamtleitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt

Gebühr: € 260 (Akademiestatistiker € 234)

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

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.

Die Blöcke werden als Blended-Learning-Kurse angeboten, ihnen geht eine Teilerlernphase voraus.

Die ArbMedVV „Lärm“ ist in den Block B1 und die ArbMedVV „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen“ in den Block B2 integriert.

A1: Beginn der Teilerlernphase: Sa., 17. Dezember 2016

A1: Präsenzphase: Sa., 21. – Fr., 27. Januar 2017 60 P

B1: Beginn der Teilerlernphase: Sa., 11. Februar 2017

B1: Präsenzphase: Sa., 11. – Fr., 17. März 60 P

C2: Beginn der Teilerlernphase: Sa., 24. März 2017

C2: Präsenzphase: Sa., 22. – Fr., 09. April 2017 60 P

Gebühren: je Block € 570 (Akademiestatistiker € 513)

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

Block A: Fr., 03. – Sa., 04. März 2017 20 P

Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel

Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf

Teilnahmegebühr: € 260 (Akademiestatistiker € 234)

Block D: Fr., 12. – Sa., 13. Mai 2017 20 P

Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt

Teilnahmegebühr: € 260 (Akademiestatistiker € 234)

Block C: Fr., 01. – Sa., 02. September 2017 20 P

Leitung: C. Drefahl, Frankfurt

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Teilnahmegebühr: € 260 (Akademiestatistiker € 234)

Block B: Fr., 03. – Sa., 04. November 2017 20 P

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

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Orte: Block A, C, D **Bad Nauheim**, FBZ

Block B **Kassel**, Klinikum

Teilnahmegebühr: € 260 (Akademiestatistiker € 234)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Sozialmedizin

AK I: Mi., 01. – Fr., 10. Februar 2017

AK II: Fr., 19. – Fr., 28. April 2017

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

Gebühren: je Kurs € 680 (Akademiestatistiker € 612)

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 24. – Sa., 29. April 2017 **insg. 63 P**

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

Gebühr ges.: € 540 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 486)

Gebühr/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

Notfallmedizin

Marburger Kompaktkurs (Zusatzbezeichnung Notfallmedizin)

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

Fr., 17. – Sa., 25. Februar 2017

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

Ort: **Marburg**, Universitätsklinikum

Gebühr: € 770 (€ 695 für Mitarbeiter UKGM)

Auskunft/Anmeldung: Simulationszentrum Mittelhessen,
Fon: 06421 950 2140
E-Mail: simulations@rdmh.de

Qualitätsmanagement

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block I : Di., 07. – Sa., 11. November 2017

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

Block II a : Do., 01. – Sa., 03. März 2018

Block II b : Mi., 13. – Sa., 16. Juni 2018

Block III a : Mi., 12. – Sa., 15. September 2018

Telelernphase: 16. September – 06. November 2018

Block III b : Mi., 07. – Sa., 10. November 2018

Gebühren: Block II a + b, III a + b ,
inkl. Telelernphase
je € 770 (Akademiemitgl. € 693)

Leitung: N. Walter, Frankfurt

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

Anmeldung: Im Internet schnell und kostenfrei unter:

<https://portal.laekh.de> oder <http://www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie/veranstaltungsangebot> 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 AGB und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn Veranstaltungen kurzfristig absagt werden müssen, werden Sie von der Akademie 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.

Gebühr (sofern nicht anders angegeben):

Gilt inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung.

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

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Gebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Der Jahresbeitrag der Akademie-Mitgliedschaft beträgt € 100. Ärztinnen/Ärzte in erster Facharztweiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit zahlen die Hälfte des Jahresbeitrags (€ 50,00). Die Mitgliedschaft für Studenten/-innen der Medizin ist nach Vorlage einer gültigen Studienbescheinigung bis zur Mitgliedschaft in der Ärztekammer 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.

Akademie online:

www.akademie-laekh.de

E-Mail: akademie@laekh.de





NäPA (Nichtärztliche/r Praxisassistent/in)

Die Fortbildung zur/zum NäPA basiert auf dem Curriculum der Bundesärztekammer. Vor dem Hintergrund des Ärztemangels 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. **Flyer mit Terminen sind auf unserer Website (www.carl-oelemann-schule.de) eingestellt.** Gerne übersenden wir Ihnen auf Anfrage eine Information. Fragen bitte per E-Mail an: verwaltung.cos@laekh.de
Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Strahlenschutzkurse

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

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

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

Termin: ab Fr., 24.02.2017 (insgesamt 90 Std.)

Gebühr: € 950 zzgl. € 50 Prüfungsgebühr

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

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

Termin: Fr., 03.03.2017, 08:30 – 16:00 Uhr und

Sa., 04.03.2017, 08:30 – 17:00 Uhr

Gebühr: € 245 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

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

Termin: Sa., 04.03.2017, 08:30 – 17:00 Uhr

Gebühr: € 105

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

Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Azubi

Abrechnung: EBM (PVK 1)

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

Termin: Sa., 01.04.2017, 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 75,00

Abrechnung: GOÄ / UV-GOÄ (PVK 2)

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

Termin: Sa., 21.01.2017, 10:00–16:30 Uhr oder

Sa., 22.04.2017, 10:00–16:30 Uhr

Gebühr: € 75

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)

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

Der Termin ist vorrangig für Teilnehmer/innen, die ihre praktische Abschlussprüfung im Frühjahr 2017 absolvieren.

Fr., 27.01.2017, 09:30–17:45 Uhr

Gebühr: € 95

Präsenzlabor und EKG praktisch (PVK 5)

Inhalte: Glucose- und Cholesterinmessungen mit Kapillarblut, BSG-Bestimmung, Urinuntersuchungen inkl. Keimzahlbestimmung, Screening-Test auf „Occultes Blut im Stuhl“, Mikroskopierübungen: Harnsediment, Leukozytenzählung, Blutdruckmessung und Pulsfrequenzmessung, Ruhe-EKG, Messungen zur BMI-Bestimmung

Termin: Sa., 14.01.2017, 09:15–17:30 Uhr oder

Mo., 22.05.2017, 09:15–17:30 Uhr

Gebühr: € 95

Praxisorganisation Teil 1 „Verwaltung und Wirtschaftskunde“ (PVK 6)

In Teil 1 stehen der Zahlungsverkehr und die allgemeine Praxisorganisation im Mittelpunkt.

Termin: Sa., 25.03.2017, 10:00–16:30 Uhr

Gebühr: € 75

Praxisorganisation Teil 2 „Verwaltung und Wirtschaftskunde“ (PVK 7)

In Teil 2 werden rechtliche Grundlagen behandelt.

Termin: Sa., 08.04.2017, 10:00–16:30 Uhr

Gebühr: € 75

Information: Christina Glaubitz-Harbig, Fon: 06032 782-175, Fax: -180



Schwerpunkt Patientenbetreuung/ Praxisorganisation

Telefongespräche mit schwierigen Patienten (PAT 4)

Inhalte: Im Mittelpunkt der Übungen steht die Zufriedenheit der Patienten und die Zufriedenheit des Praxisteams durch stressfreies, patientenorientiertes Telefonieren.

Termin in der Bezirksärztekammer Wiesbaden:

Sa., 04.02.2017, 10:00 – 16:30 Uhr

Termin in Bad Nauheim: Interessentenliste

Gebühr: € 105,00

Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)

Inhalte: Die Fortbildung richtet sich insbesondere an Berufsanfänger und Wiedereinsteiger/innen, für die das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Abrechnung neu ist.

Termin: Sa., 18.03.2017, 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 105

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

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

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die Module:

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

Durch die Kombination von **300 Stunden Pflichtteil** und **120 Stunden medizinischen Wahlteil** hat der/die Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Bereich des Praxismanagements, wie auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin. Als medizinischer Wahlteil werden u. a. Fortbildungskurse gemäß den Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Gerne übersenden wir Ihnen das Fortbildungsprogramm der Carl-Oelemann-Schule, in dem u. a. die Qualifizierungslehrgänge, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden, beschrieben sind. Tätigkeitsbeschreibung siehe im Internet unter: www.fortbildung-mfa.de.

Termin: ab 18.05.2017

Gebühr Pflichtteil: € 1.560

Prüfungsgebühren: € 200

Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage.

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

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin Aufbaulehrgang

Der Aufbaulehrgang wurde für Absolventen des 60-stündigen Curriculums „Betriebsmedizinische Assistenz“ der LÄKH entwickelt, die ihre Qualifikation auf das Niveau des neuen 140-stündigen Curriculums erweitern möchten. Angesprochen sind Inhaber des Zertifikates „Betriebsmedizinische Assistenz“ sowie Teilnehmer/innen, denen zur Ausstellung des Zertifikates nur noch das Modul „Allgemeine Grundlagen“ fehlt.

Beginn: Mi., 26.04.2016 (72 Stunden)

Gebühr: € 950 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Aufbaufortbildungen Onkologie

Die Aufbaumodule Onkologie werden unter Bezug auf die Onkologievereinbarung angeboten (Anlage 7, § 7 Abs. 3 zu den Bundesmantelverträgen).

Versorgung und Betreuung von Patienten mit subkutanen Therapien (ONK A1_1_1)

Inhalte: Berufliche Entwicklung/Selbstreflexion und verändertes Rollenbild der MFA, medizinische Grundlagen subkutaner Therapien, Arzneimittelverordnung, altersunabhängige, therapierelevante Multimorbidität, Recherche, Einführung in die Patienten- und Angehörigenedukation.

Termin: Do., 09.02.2017 bis Sa., 11.02.2017, (24 Std.)

Gebühr: € 280

Versorgung und Betreuung von Patienten mit oralen Tumortherapeutika (ONK A 1_2)

Inhalte: Medizinische Grundlagen oraler, zytoreduktiver Therapien; Arzneimittelversorgung; altersunabhängige, therapierelevante Multimorbidität; Recherchen; Patienten- und Angehörigenedukation. Die Inhalte der Aufbaufortbildung **ONK A1_1_1** werden vorausgesetzt.

Termin: Do., 09.03.2017 bis Sa., 11.03.2017, (24 Std.)

Gebühr: € 280

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: Bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax an.

Veranstaltungsort: (soweit nicht anders angegeben):

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

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

Alles, was Sie zur Behandlung von Unfallverletzten und zur Abrechnung von Arbeitsunfällen wissen müssen!



NEU

Barbara Berner (Bisab.)
Handbuch UV-GOÄ
Abrechnung der Heilbehandlung der gesetzlichen
Unfallversicherung
Stand April 2016

2016, 694 Seiten, mit CD-ROM
ISBN 978-3-7691-3549-7
broschiert Einzelbezug € 69,99
im Abonnement € 59,99

Top aktuell:

- Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger mit Stand 01.01.2016
- Leistungs- und Gebührenverzeichnis Ärzte mit Stand 01.04.2016 und Gebührenverzeichnis Psychotherapeuten mit Stand 01.03.2016
- Arbeitsinweise der Unfallversicherungsträger mit Stand 01.01.2016

Expertenwissen:

- Aktuelle Kommentierung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger durch Vertragspartner
- Erstmals: Praxisnahe Kommentierung der UV-GOÄ durch aktive D-Ärzte
- Alle relevanten Richtlinien, Abkommen und Vereinbarungen sowie Adress- und Zuordnungsverzeichnis der Unfallversicherungsträger auf CD-ROM



Rechtsanwältin
Barbara Berner
Rechtsabteilung der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

**> Sichern Sie sich jetzt
das aktuellste Fachwissen!**

Direkt bestellen: www.aerzteverlag.de/buecher

> Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands bei Online-Bestellung
E-Mail: bestellung@aerzteverlag.de | Telefon: 02234 7011-314

 **Deutscher
Ärzteverlag**

Ausfüllen und an Ihre Buchhandlung oder den Deutschen
Ärzteverlag senden. Fax und fertig:

02234 7011-476

oder per Post

Deutscher Ärzteverlag GmbH
Kundenservice
Postfach 400244
50832 Köln

Ja, hiermit bestelle ich mit 14-tägigem Widerrufsrecht
Berner (Bisab.), Handbuch UV-GOÄ
— Einzelbezug € 69,99
— im Abonnement € 59,99
ISBN 978-3-7691-3549-7

☐ Herr ☐ Frau

Name, Vorname

Fachgebiet

Klinik/Praxis/Firma

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse ☐ (Die Deutsche Ärzteverlag GmbH darf mich per E-Mail zu
Werbemaßnahmen über verschiedene Angebote informieren)

Datum

Unterschrift

A61306 MM1//D&A

Vertriebspreis/Preis der Ausgabe vorabdruck: Preis zzgl. Versandkosten
€ 4,50. Deutscher Ärzteverlag GmbH – Sitz Köln – HRB 106 Amtsgericht
Köln. Geschäftsführung: Norbert A. Froitzheim, Jürgen Fährer

Was haben Kohle, Öl und Gas mit unserer Rente zu tun?

Der Klimawandel als Bedrohung für die weltweite Gesundheit

Der Klimawandel und seine gesundheitlichen Folgen sind in der deutschen Ärzteschaft bislang kaum ein Thema, obwohl die WHO ihn als „die entscheidende Herausforderung für die öffentliche Gesundheit“ in diesem Jahrhundert bezeichnet hat [1] und der Lancet 2015 erneut notiert, dass der Klimawandel die „größte Bedrohung für die globale Gesundheit im 21. Jahrhundert“ darstellt [2]. Bereits heute sind die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels und der Verbrennung fossiler Brennstoffe gravierend und sie werden mit fortschreitender Erderwärmung drastisch zunehmen. Die Maßnahmen zum Klimaschutz hingehen bringen erhebliche Vorteile für die Gesundheit mit sich [3].

Im Gesundheitssektor der USA, in Australien, besonders aber in Großbritannien spielt das Thema Klimawandel und seine gesundheitlichen Folgen eine viel größere Rolle: Dort engagieren sich hoch angesehene medizinische Institute, Fachjournale wie The Lancet und das BMJ, die British Medical Association (BMA) und fast alle wichtigen medizinischen Fachgesellschaften (Royal Colleges) in dieser Frage.

Das BMJ war mit dem Editorial „Climate Change and human survival“ vom Juni 2014 der Wegbereiter für den Beschluss der BMA, der Ärzte und ärztliche Institutionen aufforderte, ihr Geld aus Unternehmen der fossilen Energieindustrie abzugiehen, in Erneuerbare Energien zu reinvestieren und Klimawandel und Gesundheit zu einem zentralen Thema der ärztlichen Debatte und der Gesundheitspolitik zu machen. Als Hauptargument wird angeführt, dass es falsch ist von einer Industrie zu profitieren, deren Kerngeschäft die Gesundheit des Menschen und des Planeten gefährdet. Denn es gehört zu den Grundlagen der ärztlichen Ethik, niemandem Schaden zuzufügen [4].

Dem Beschluss der BMA folgten 2015 die nationalen Ärzteverbände Kanadas (CMA), der größte Ärzteverband Australiens (RACP), der Weltverband der Public



Kohlekraftwerke sind ein Auslaufmodell, denn die Verbrennung fossiler Brennstoffe gefährdet das Weltklima. Institutionen wie die Versorgungswerke der Ärzteschaft sind daher u. a. von WHO und Weltärztebund aufgerufen, ihre Gelder in klimafreundliche Anlagen zu investieren.

Health Associations und der Weltärztebund (WMA).

Breite Klimaallianzen im Gesundheitssektor setzen sich national und international für Klimawandel und Gesundheit ein [5, 6, 7]. Die Stimme der deutschen Ärzteschaft und des deutschen Gesundheitssektors vermisst man in dieser Debatte bislang. Daher stellt sich die Frage: Wie kommt es hierzulande zu dieser Gleichgültigkeit gegenüber einem Thema, das von so überragender Bedeutung für das Überleben der Menschheit und für deren Gesundheit ist?

Beteiligungen an Kohle, Öl und Gas: Das finanzielle Risiko

Um möglichst unter der zwei Grad Erwärmung zu bleiben – wie im Pariser Klimaabkommen vereinbart – dürfen nur noch etwa 20 Prozent aller bekannten Vorräte fossiler Brennstoffe verbrannt werden. Daher ruft eine internationale, schnell wachsende zivilgesellschaftliche Klimaschutzbewegung, unterstützt von zahlreichen Wissenschaftlern und renommierten Institutionen, zum „Divestment“ auf. Dies meint den Abzug aller finanzieller Beteiligungen aus Unternehmen und Industrien, die wesentliche Teile ihrer Einkünfte aus der Förderung oder Nutzung fossiler Energien beziehen.

Inzwischen haben sich fast 600 Institutionen aus 45 Ländern mit einem Anlagevermögen von 3.4 Billionen Dollar verpflichtet, Gelder aus fossilen Energien abzugiehen. Darunter befinden sich auch zahlreiche große Investoren wie der Norwegische Pensionsfond, die Versicherungskonzerne Allianz AG und Axa, die Rockefeller Brother Stiftung und Pensionsfonds [8].

Die Institutionen entscheiden sich nicht zuletzt aus finanziellen Gründen für den Abzug ihrer Gelder. Denn vor den großen Risiken solcher Investments sowohl für die Anleger als auch für die internationale Finanzstabilität warnen mittlerweile viele große Finanzinstitute – darunter die Bank of England, der Präsident der Weltbank, der IWF – aber auch die Generalsekretärin der WHO, Nobelpreisträger und viele andere. Divestment entzieht den Unternehmen notwendiges Kapital und erhöht so deren Refinanzierungskosten. Vor allem aber sendet es ein Signal an Politik, Unternehmen und Investoren, dass ein auf der Verbrennung fossiler Brennstoffe basierendes Geschäftsmodell angesichts des Klimawandels keine Legitimität mehr beanspruchen kann. Denn wenn die Beschlüsse des Pariser Klimagipfels umgesetzt (CO₂-Neutralität bis Mitte dieses Jahrhunderts) werden, wenn fossile Energien nicht mehr subventioniert, CO₂-Emissionen zunehmend be-

preist und die Finanzströme zu Erneuerbaren und klimafreundlichen Anlagen umgelenkt werden, verlieren Investitionen in fossile Energien bzw. CO₂-intensive Unternehmen dramatisch an Wert [9,10].

2.700 Ärztinnen und Ärzte appellieren an ihre Versorgungswerke

Fast alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sind Mitglieder einer „Ärzteversorgung“ (ÄV). Die 19 Ärztepensionskassen verwalten insgesamt ein Anlagevermögen von über 90 Mrd. Euro. Um die Renten für ihre Mitglieder mittel- und langfristig garantieren zu können, muss dieser hohe Betrag möglichst sicher und rentabel angelegt werden. Während bei den Anlagestrategien einiger ÄV ethische Aspekte eine Rolle spielen, kommen sie bei anderen offiziell überhaupt nicht vor, obwohl sich bereits zwei Deutsche Ärztetage für ein ethisch-sozial-nachhaltiges Investment der Versorgungswerke ausgesprochen haben. So wenig es für uns vorstellbar ist, dass eine ÄV ihre Rendite über die Finanzierung von Sprengbomben, Minen, Kinderarbeit, Landraub, Korruption u.ä. erwirtschaftet, so wenig sollte sie von Investitionen in die fossile Brennstoffindustrie profitieren. Nicht nur aus ethischen Überlegungen; auch aus der treuhänderischen Verantwortung gegenüber den Mitgliedern sind fossile Investments möglichst schnell und umfassend zu beenden, da sie mittlerweile ein zunehmend hohes finanzielles Risiko beinhalten. Dem Beispiel und den Argumenten des Gesundheitssektors in Großbritannien und anderswo folgend haben im Frühjahr 2015 110 Berliner Ärztinnen und Ärzte an ihre ÄV appelliert, aus der fossilen Brennstoffin-

dustrie vollständig und so schnell wie möglich zu divestieren. Im Dezember 2015 hat die Berliner ÄV beschlossen, Investitionen in CO₂-intensive Anlagen zu beenden und ist nun dabei, diesen Beschluss umzusetzen.

Im April 2016 wandte sich eine bundesweite Initiative mit einem Appell (<https://we-act.campact.de/efforts/aerzte-appell>) an alle ärztlichen Versorgungswerke, ihre Investitionen in fossile Energieträger zu beenden. Dieser Appell wird von sechs Medizinerorganisationen unterstützt und wurde bis Oktober 2016 von über 2.700 Ärzten unterzeichnet.

Die Reaktionen der einzelnen ÄV auf den Appell sind bislang recht unterschiedlich: Während sich einige gesprächsbereit und offen zeigen – ein erstes Gespräch mit dem hessischen Versorgungswerk verlief sehr konstruktiv –, reagiert ein Teil eher defensiv und signalisiert „lasst uns in Ruhe, das machen wir schon alles“.

Problematisch hierbei ist die mangelnde Transparenz. Für den Außenstehenden werden die Entscheidungen nicht nachvollziehbar belegt. Anlage- bzw. Nachhaltigkeitsstrategien gelten meist als intern und sind nicht einmal den eigenen Mitgliedern zugänglich. Ohne Transparenz und eindeutige Positiv- und Negativkriterien in der Anlagestrategie lassen sich solche Aussagen jedoch nicht überprüfen.

Uns erschließen sich die Gründe für die mangelnde Transparenz bisher nicht, hier besteht dringender Nachholbedarf. Die Versorgungswerke der Ärzteschaft sollten entsprechende Veränderungen in die Wege leiten, bevor gesetzliche Regelungen diese möglicherweise erzwingen.

Wir als Initiatoren des Appells haben der „Ständigen Konferenz ärztliche Versor-

gungswerke“ in der Bundesärztekammer daher Anfang September konkrete Vorschläge zum Divestment aus fossilen Brennstoffen sowie aus anderen nicht-nachhaltigen Investments und zur Transparenz unterbreitet. Wir haben weiterhin das Deutsche Ärzteblatt aufgefordert, der Berichterstattung über Klimawandel und Gesundheit endlich den Raum zu geben, der der Bedeutung des Themas angemessen ist und wie es in international hoch angesehenen Zeitschriften wie dem Lancet und dem BMJ üblich ist. Auch die Bundesärztekammer sollte dem Beispiel der BMA und vieler Royal Colleges folgen und Klimawandel als umfassende präventive gesundheitspolitische Aufgabe begreifen. Sie sollte dies in der Ärzteschaft und gegenüber der Politik zum Thema machen, wie erst kürzlich wieder von der WHO und dem Weltärztebund gefordert [11].

Der Klimawandel ist *die* Herausforderung für die globale Gesundheit. Sie muss aber in der verfassten deutschen Ärzteschaft als solche erst einmal wahr- und angenommen werden.

Dr. med. Dieter Lehmkuhl, Berlin

Dr. med. Winfried Zacher, Bonn

Kontakt per E-Mail:

dieterlehmkuhl@gmx.net

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

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

Spendenbox-Aktion der Clown Doktoren

„Lachen hilft heilen“: Unter diesem Motto begleiten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Vereins „Die Clown Doktoren“ seit 22 Jahren Kinder und Senioren während ihres Genesungsprozesses und vertreiben für eine Weile die Sorgen aus den Krankenzimmern.

Spendenbox-Aktion: Praxen und Apotheken können die Arbeit der Clown Doktoren unterstützen, indem sie sich bereit erklären, eine Spendenbox in ihren Räumlichkeiten aufzustellen und Informationsmaterial auszulegen. Die Spendenbox wird Ihnen auf Wunsch vom Verein zugeschickt und nach Ende eines vereinbarten Zeitraum wieder abgeholt.



Kontakt:

Die Clown Doktoren e. V.

Oranienstraße 23, 65185 Wiesbaden

Fon: 0611-941 0176, E-Mail: info@clown-doktoren.de

Internet: www.clown-doktoren.de

Spendenkonto:

IBAN: DE66 5105 0015 0100 1930 00

Literatur zum Artikel:

Was haben Kohle, Öl und Gas mit unserer Rente zu tun?

Klimawandel als DIE Bedrohung für die weltweite Gesundheit

von Dr. med. Dieter Lehmkuhl und Dr. med. Winfried Zacher

- [1] WHO Director -General Addresses Human Rights Council on climate change <http://www.who.int/dg/speeches/2016/human-rights-council/en/>
- [2] The 2015 UCL-Lancel Commission on Health and Climate Change: Policy responses to protect public health <http://www.thelancet.com/commissions/climate-change-2015>
- [3] Health and Environmental Alliance (HEAL): Klimaschutz als Präventionsstrategie <http://www.env-health.org/policies/climate-and-energy/klimaschutz-als-247/>
- [4] bmj: letter from doctors urging Welcome Trust to divest from fossil fuels nears 1000 signatories <http://search.proquest.com/openviewc105cfc14d40c8cab6c6a9e902e035a1/1.pdf?pq-origsite=gscholar>
- [5] Climate and Health Council http://www.climateandhealth.org/the_council.html
- [6] Climate and Health Alliance <http://caha.org.au>
- [7] UK Health Alliance on Climate Change <http://www.ukhealthalliance.org/members/>
- [8] Divestment Commitments <http://gofossilfree.org/commitments/>
- [9] Carbon Tracker: Unburnable Carbon 2013: Wasted Capital and stranded assets <http://carbontracker.live.kiln.digital/Unburnable-Carbon-2-Web-Version.pdf>
- [10] OECD: Divestment and Stranded Assets in the low carbon transition (background paper) <https://www.oecd.org/sd-roundtable/papersandpublications/Divestment%20and%20Stranded%20Assets%20in%20the%20Low-carbon%20Economy%2032nd%20OECD%20RTSD.pdf>
- [11] Conference on health and climate sets European priorities (WHO Europe, July 2016) <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Climate-change/news/news/2016/07/conference-on-health-and-climate-sets-european-priorities>

Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein feiert 90. Geburtstag

Am 28. November feierte Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein seinen 90. Geburtstag. Er kann auf ein bewegtes und ereignisreiches Leben zurückschauen. Geprägt durch den eigenen Kriegseinsatz und eine zweijährige Kriegsgefangenschaft setzt sich Gottstein seit vielen Jahrzehnten für Frieden und Versöhnung ein.

Im Jahr 1947 schrieb sich der damals 21-Jährige für das Studium der Humanmedizin an der Universität Berlin ein. Seine Facharztanerkennung für Innere Medizin erhielt er 1960 – ebenso wie die Venia Legendi. Seine Habilitationsschrift trug den Titel: „Möglichkeiten und Grenzen einer pharmakologischen Beeinflussung der Hirndurchblutung.“ Von 1971 bis zu seiner Emeritierung 1991 war Gottstein Chefarzt der Medizinischen Klinik des Bürgerhospitals in Frankfurt und Professor für Innere Medizin an der Goethe-Universität. Als Kliniker und Wissenschaftler verschaffte Gottstein sich im Laufe seiner Karriere große Anerkennung. Er ist unter anderem Gründungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Angiologie und war bis 1987 in deren Vorstand vertreten. Zudem war Gottstein von 1981 bis 1995 Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und 20 Jahre lang Fortbildungsbeauftragter



Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein bei seiner Festrede anlässlich einer Ausstellungseröffnung der deutschen Sektion der IPPNW im Haus am Dom in Frankfurt/Main im Sommer 2015

der Landesärztekammer Hessen. Seit 1993 ist er Mitglied im Gesundheitsausschuss der Stadt Frankfurt.

Neben seiner wissenschaftlichen und klinischen Arbeit widmete Gottstein seine Zeit vor allem dem sozialen Engagement: Als Gründungsmitglied der deutschen Sektion der IPPNW (Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges) setzt er sich seit 1981 für eine atomwaffenfreie Welt ein. Als die IPPNW 1985 den Friedensnobelpreis erhielten, hielt Gottstein eine Dankesrede im Osloer Rathaus. Darüber hinaus war er ab 1991 mehrfach humanitär in Krisengebieten im Einsatz, besonders in Jugoslawien und Irak. Im Jahr 1991 gründete Gottstein auch die

„IPPNW-Kinderhilfe Irak“, begleitete selbst mehrmals Hilfstransporte in das Land und organisierte ab dem Jahr 2003 Operationen und Unterbringung für irakische Kinder in deutschen Kliniken.

Neben seinem Engagement in Krisengebieten setzte sich Gottstein in Deutschland für die Palliativmedizin und die Hospizarbeit ein. Im Jahr 1996 war er Gründungs- und Vorstandsmitglied des „Evangelischen Hospitals für Palliative Medizin“ in Frankfurt – das damals erste seiner Art in Hessen und das dritte deutschlandweit. Er ist Gründungs- und bis heute aktives Mitglied der „Arbeitsgruppe Palliativmedizin“ der Landesärztekammer Hessen. **Caroline McKenney**

Mensch und Gesundheit

Grußwort

20 Jahre Palliativmedizin im „Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin“ am Markus Krankenhaus Frankfurt

von Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein

Am 1. November 1996 hatten wir im „Evangelischen Hospital für Palliativmedizin“ in der Frankfurter Rechnergrabenstraße die ersten Patienten aufgenommen. Mit 20 Betten, drei Fachärzten, examinierten Schwestern und Pflegern, einer Pfarrerin (später einem Pfarrer) sowie Ehrenamtlichen bot die von der evangelischen

Kirche erbaute Klinik Kranken und ihren Angehörigen von Anfang an fachliche und menschliche Betreuung.

Wir gründeten einen Förderverein und erhielten dadurch, neben der Unterstützung durch die Kirche, die notwendigen Mittel, um vieles für das Wohl der Kranken anschaffen zu können, das nicht im Budget

der Krankenkassen enthalten war. Wir erlebten, wie glücklich die Kranken und ihre Angehörigen waren, wenn sie die Atmosphäre des Hauses spürten, in ein schönes Einzelzimmer kamen und sogleich eine wirksame Schmerztherapie erhielten. Anders als in Akutkrankenhäusern erlebten sie, dass sie nachts wieder schlafen konn-

ten und sich zu jeder Tag- und Nachtzeit ein Süppchen bestellen konnten.

Das neue Ziel der Palliativmedizin war nun nicht mehr die Heilung oder fortgesetzte Chemo- oder Strahlen-Therapie von Krebserkrankungen im Spätstadium, sondern die weitestgehende Befreiung von Schmerzen und quälenden Krankheits-symptomen. Dadurch sollte das verbleibende Leben bis zuletzt „lebenswert“ bleiben. Zudem konnten wir versprechen, dass der Tod ohne Ängste vor Erstickung und Verzweiflung friedlich sein werde, barmherzig und würdevoll. Für diese Aufgaben waren eine fachspezifische medikamentöse und pflegerische Therapie und eine seelisch-psychologische Betreuung der Patienten notwendig, mit Zeit für Gespräche, auch mit den Angehörigen. In unseren Vorträgen und ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen betonten wir immer wieder, dass Palliativmedizin nicht bedeutet, die Behandlung der Kranken aufzugeben, sondern im Gegenteil eine intensive Therapie für den ganzen Menschen – seinen Körper und seinen seelischen Frieden – darstellt.

Ich möchte nur kurz etwas über den Beginn dieses segensreichen Hospitals sagen, denn ich sprach darüber schon vor fünf Jahren im Markus Krankenhaus, als Dr. med. Angelika Berg und ihr Team den damals 15. Jahrestag der Gründung des Evangelischen Hospitals für Palliativmedizin feierten. Meine Rede wurde in vollem Wortlaut im Hessischen Ärzteblatt im Novemberheft 2012 ab Seite 75 gedruckt. Darin schilderte ich die Probleme, als ich 1992 nach Beendigung meiner Chefärzt-tätigkeit im Bürgerhospital auf Bitten von Pfarrerin Esther Gebhardt begann, mich für die Gründung eines Hospitals für Palliativmedizin zu engagieren. Zunächst galt es, Genehmigungen vom Ministerium in Wiesbaden zu erhalten. Da zu jener Zeit in Hessen noch keine palliativmedizinische Klinik oder Abteilung existierten, verfügten weder Ministerien noch Krankenkassen über entsprechende Erfahrungen. Um den sogenannten Bettenbedarfsplan der Stadt nicht zu überschreiten, durften damals keine neuen klinischen Abteilungen errichtet werden, wenn nicht gleichzeitig die identische

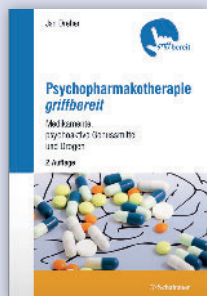
Bettenzahl in einem kurativen Krankenhaus gestrichen wurde. Das Markus Krankenhaus half uns und schloss 20 eigene Betten.

Heute, am 23. November 2016, feiern wir also 20 Jahre Palliativmedizin in Frankfurt. Sie nahm 1996 in der Rechneigrabenstraße ihren Anfang und wurde ab 1. Juli 2009 im Markus Krankenhaus als „Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin“ fortgeführt. Dankbar sind wir dafür, dass mit Dr. med. Angelika Berg als Ärztlicher Leiterin und mehreren der früheren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der gute Geist erhalten wurde. So blieben die „seelische Atmosphäre“ in der Abteilung und die immer hohe Qualität der ganzheitlichen Therapie und Pflegebetreuung unverändert.

Ich bin ein erfahrener Arzt und kein Theologe, aber ein gläubiger Christ. Deshalb meine ich es ernst, wenn ich sage, ich wünsche Dr. Berg und ihrem Team für ihre lebenswichtige Arbeit Gottes Beistand und seinen Segen.

Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein

Bücher



Jan Dreher: Psychopharmakotherapie griffbereit – Medikamente, psychoaktive Genussmittel und Drogen

Schattauer 2016, 2. vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage. 281 Seiten, 10 Abb., 15 Tab., kart. € 24.99
Print-ISBN: 9783794531837
E-Book-ISBN: 9783794590117

Dieses Buch bietet eine gute und praxisrelevante Übersicht über die relevanten Psychopharmaka und beschreibt in einfacher Sprache Wirkstoffklassen, Nebenwirkungen und Differenzialindikationen. Darüber hinaus weist es eine sehr erfreuliche Besonderheit auf: Der Autor erläutert nach Darstellung der Substanzen

seine persönliche Einschätzung und Erfahrung; überschreibt diesen klar getrennten Meinungsteil als „Mein persönliches Fazit“ und berichtet hier auch über seine persönliche Verordnungspraxis. So schreibt Dreher zu Citalopram:

„Citalopram ist sehr gut verträglich, geht kaum Wechselwirkungen ein und ist in den typischen Dosierungen sehr gut wirksam. Man kann es über lange Zeiträume verschreiben, ohne Schädigungen befürchten zu müssen....“ (Seite 36)

Zum Abschluss der Vorstellung der Antidepressiva kommt ein sehr praxisnahes Kapitel „Welches Antidepressivum gebe ich wem?“ Diese Bewertungen erleichtern die Orientierung und erscheinen mir hilfreich für junge Ärzte. Der erfahrene Kollege wird seine eigene Verordnungspraxis haben und kann diese mit der des Autors vergleichen. Fazit: für alle Anwender von Psychopharmaka empfehlenswert.

Dr. med. Peter Zürner

Die Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin im Bürgerhospital Frankfurt/Main hat einen neuen Chefarzt. Der Kinderarzt und Neonatologe **Prof. Dr. med.**



Foto: Bürgerhospital

Steffen Kunzmann Ihr Einsatz für die Kleinsten verbindet Prof. Dr. med. Steffen Kunzmann (links) und Prof. Dr. med. Werner Rettwitz-Volk, der 2001 die Klinik eröffnete und nun in den Ruhestand geht. Die Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin versorgt im Durchschnitt 350 Babys pro Jahr, die zu früh oder krank auf die Welt kommen. 2015 waren etwas mehr als 80 dieser Kinder extrem untergewichtig. Sie wogen weniger als 1.500 Gramm. Insgesamt entbinden jährlich über 3.000 Mütter im Bürgerhospital, häufig Mehrlingsschwangerschaften.

Dr. med. Susanne Johna (Foto), Internistin und Krankenhaushygienikerin aus Kiedrich sowie Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen, ist neu als Beisitzerin in den Bundesvorstand der Ärztegwerkschaft Marburger Bund gewählt worden. Bei den Wahlen galt erstmals eine Geschlechterquote, die vorsieht, dass mindestens drei Männer und drei Frauen unter den Beisitzern sein müssen. Dazu wurde die Zahl der Beisitzer von ursprünglich fünf auf sieben erhöht. Ohne Gegenkandidaten wurden der 1. und 2. Vorsitzende für weitere drei Jahre in ihren Ämtern bestätigt: **Rudolf Henke** und **Dr. med. Andreas Botzlar**.



Foto: Vera Friederich

Der **Theodor-Stern-Stiftungspreis** zur Förderung des Universitätsklinikums Frankfurt am Main wird in 2016 einem ganzen **Stationsteam** verliehen: der Dialektisch-Behavioralen Therapie- (DBT-) Station. Seit 2012 sind deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Anlaufstelle für Jugendliche mit schweren psychischen

Störungen wie Depressionen mit selbstverletzendem Verhalten, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Bulimie, Borderline oder Angststörungen. Die Wirksamkeit dieser Verfahren ist laut Mitteilung des Uniklinikums wissenschaftlich belegt, „aber sie werden dennoch bundesweit kaum genutzt“. „Mit großem Einsatz und Erfolg haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Aufbau der Station sowie der Etablierung und Weiterentwicklung des neuen Therapiekonzeptes beigetragen“, so die Laudatio. Leiterin der Station ist **Dr. med. Angelika Gensthaler**.

Die Strahlenklinik am Sana Klinikum Offenbach hat mit **Prof. Dr. med. Peter Niehoff** (Foto) einen neuen Chefarzt bekommen. Der



Foto: Sana Klinikum Offenbach

49-Jährige war seit 2011 Chefarzt der Strahlenklinik am Städtischen Klinikum Köln. Eines seiner medizinischen Spezialgebiete ist die

Brachytherapie bei strahlentherapeutischen Behandlungen von Brustkrebs und Prostatakarzinomen. Hierbei werden die Strahlen direkt an den Ort der Tumorzellen geführt, sodass die Belastung für das umgebende gesunde Gewebe und Organe auf ein Minimum reduziert bleibt. Der langjährige Chefarzt der Strahlenklinik, **Prof. Dr. Dr. med. Nikolaos Zamboglou**, war im Frühjahr in den Ruhestand gegangen (siehe HÄBL 07/08 2016, S. 465)

Prof. Dr. med. Jörg B. Engel (43) hat als Chefarzt die Leitung der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt/M übernommen. Der Spezialist für gynäkologisch-onkologische Chirurgie wird den Bereich der Onkologie in der Frauenheilkunde ausbauen und in die gut etablierten Strukturen des Interdisziplinären Onkologischen Zentrums integrieren. Er war zuletzt Leitender Arzt des Bereichs Gynäkologie und stellvertretender Klinikdirektor am Klinikum Aschaffenburg.



Foto: ankenhaus Nordwest

Virale Lungenentzündungen können zu lebensbedrohlichem akutem Lungenversagen führen. Vor dem Hintergrund, dass es bislang kaum wirksame

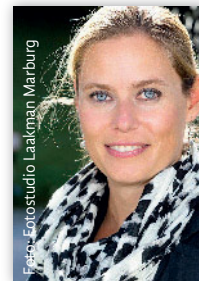


Foto: Fotostudio Laakman Marburg

Therapiemöglichkeiten gibt, wird sich ein Team um die Gießener Infektiologin und Pneumologin **Prof. Dr. med. Susanne Herold (PhD)** der Erforschung der Krankheit widmen. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft fördert die Klinische Forschergruppe 309 „Virus-induziertes Lungenversagen – Pathobiologie und neue Therapiestrategien“ ab 2017 mit insgesamt rund 4,3 Millionen Euro. Die Ärztin der Justus-Liebig-Universität Gießen (JLU) ist Leiterin der Nachwuchsgruppe „Akutes Lungenversagen“ am Deutschen Zentrum für Lungenforschung. Hier arbeiten Experten der JLU, der Philipps-Universität Marburg und des Max-Planck-Instituts für Herz- und Lungenforschung in Bad Nauheim.



Foto: privat



Foto: privat

Prof. Dr. med. Ute-Susann Albert (Frankfurt) und Prof. Dr. med. Mathias Kalder (Stellv. Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Uniklinikum Marburg)

Der Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis 2016 des Deutschen Netzwerkes für Versorgungsforschung (DNVF) e. V. wurde an **Dr. biol. hum. Christian Jacke** (Köln), **Prof. Dr. med. Ute-Susann Albert** (Frankfurt) und **Prof. Dr. med. Mathias Kalder** (Marburg) für ihre Arbeit mit dem Titel „The adherence paradox: guideline deviations contribute to the increased 5-year survival of breast cancer patients“, publiziert in BMC Cancer 2015, verliehen. Die Arbeit ist im Internet abrufbar: <http://bmccresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-5-700>. Informationen zur Preisverleihung: www.netzwerk-versorgungsforschung.de



Auf dem 50. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin wurde durch die Dr. Lothar Beyer-Stiftung der Deutsche Forschungspreis für Allgemeinmedizin 2016 vergeben. Unter den insgesamt sieben Preisträgern ging einer der 3. Preise zu je 3.000 Euro an die Arbeitsgruppe um **Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff** (Foto l.) der Abteilung für Allgemeinmedizin in Marburg zum Thema „Kognitive Strategien in der Primärversorgung“. Ebenfalls einen 3. Preis erhielt **Dr. med. Christiane Muth** (Foto r.) vom Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt mit internationalen Mitautoren für die Arbeit „The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations“. Infos zu den einzelnen Forschungsthemen im Internet: www.desam.de.

Die Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des Klinikums Kassel hat einen neuen Direktor: **Prof. Dr. med. Ralf Muellenbach** (Foto, 42) hat die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Michael**

Tryba angetreten, der in den Ruhestand gegangen ist. Zuvor war Muellenbach 14 Jahre an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg tätig, zuletzt als Geschäftsführender



Prof. Dr. med. Rudolf Weiner, Chefarzt der Klinik für Adipositas- und metabolische Chirurgie am Sana Klinikum Offenbach, gilt als einer der Pioniere der Adipositaschirurgie in Deutschland. Für sein Lebenswerk, dem Aufbau der bariatrischen



Chirurgie in Deutschland sowie seinen chirurgischen und wissenschaftlichen Leistungen in diesem Fachbereich, wurde Weiner im Jahr 2016 gleich zweimal ausgezeichnet. Durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) erhielt Weiner die Rudolf-Pichlmayr-Medaille und durch die American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) den Lead Award.

Zweiter Abschied für **Prof. Dr. med. Wolf-Joachim Stelter** (Foto) vom Klinikum Frankfurt-Höchst: Zum 1. Dezember 2016 hat der 74-Jährige das städtische Krankenhaus zum zweiten Mal verlassen. Von 1984 an – 23 Jahre lang – war er als Chefarzt der Chirurgischen Klinik tätig. Er gilt als einer der Pioniere der minimal-invasiven Chirurgie und entwickelte spezielle Stentprothesen für Aortenaneurysmen. 2007 ging Stelter in den regulären Ruhestand. Aber schon 2010 zog es ihn



wieder zurück, als Nachfolger seines Nachfolgers übernahm er auf Bitte des Chefarztes **Prof. Dr. med. Matthias Schwarzbach** als Konsiliararzt die Leitung der Gefäßchirurgie. Sechs Jahre danach (2013) nahm er auf Wunsch der damaligen Frankfurter Gesundheitsdezernentin Rosemarie Heilig einen Posten als Berater des kaufmännischen Geschäftsführers Thomas Steinmüller an. Professor Stelter wirkte unter anderem in den Verhandlungen zur Zusammenarbeit mit den Main-Taunus-Kliniken mit. (asb/FAZ)

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

Ehrenplakette der Landesärztekammer für Prof. Dr. med. Hansjürgen Bratzke

Prof. Dr. med. Hansjürgen Bratzke, Facharzt für Rechtsmedizin, wurde kürzlich für seine herausragenden Leistungen mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen ausgezeichnet. Bereits 1978 war Bratzke, Jahrgang 1946, Assistenzprofessor am Institut für Rechtsmedizin der FU Berlin und habilitierte sich 1981 im Fach Rechtsmedizin. Drei Jahre später wurde er zum C2 Professor auf Zeit an der FU Berlin und im selben Jahr zum C2 Professor auf Dauer am Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München berufen. Die Berufung zum C4 Professor für Rechtsmedizin erfolgte im Jahre 1991 in Frankfurt am Main. Von 1991 bis 2013 war Profes-



Der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (r.), hielt die Laudatio auf Prof. Dr. med. Hansjürgen Bratzke

sor Bratzke Direktor des Instituts für Rechtsmedizin im Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität. Für die Landesärztekammer Hessen ist

Bratzke seit 1992 als Prüfer im Gebiet der Rechtsmedizin und als Gutachter tätig. Seit 1995 gehört er der Ethikkommission der hessischen Ärztekammer als Mitglied an, seit 2007 ist er stellvertretender Vorsitzender. Darüber hinaus leitet Bratzke an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung Kurse im Gebiet „Verkehrsmedizinische Begutachtung“. Er ist Präsident des Berufsverbandes Deutscher Rechtsmediziner e. V., Vorsitzender des Sektorkomitees Forensische Medizin-Toxikologie-Biologie der Deutschen Akkreditierungsstelle und Vorsitzender der Nebenstelle des Landesprüfungsamtes in Frankfurt am Main. **Katja Möhrle**



Ärztliche Leitlinien: per se verbindlich?

Ärztliche Leitlinien werden von Medizinern und Juristen oft mit dem für die Bewertung einer Behandlung allein maßgebenden medizinischen Standard gleichgesetzt, was bei beiden Berufsgruppen zu Verunsicherungen führt und die Frage aufwirft, wie Leitlinien rechtlich einzuordnen sind.

Auch wenn sich in der Vergangenheit ein gegenteiliger Trend andeutete, werden in den aktuellen gerichtlichen Urteilen Leitlinien grundsätzlich als ungeeignet angesehen, den allein maßgebenden aktuellen medizinischen Standard konstitutiv zu bestimmen. Mit Urteil vom 15. April 2014 (GesR 2014, 404 ff) hat sich der Bundesgerichtshof (BGH) erneut mit der Frage der rechtlichen Verbindlichkeit von Leitlinien befasst, seine Rechtsprechungslinie bestätigt und folgende vier Leitsätze aufgestellt:

- Handlungsanweisungen in Leitlinien ärztlicher Fachgremien oder Verbände dürfen nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden.
- Leitlinien ersetzen kein Sachverständigengutachten.
- Leitlinien können im Einzelfall den medizinische Standard für den Zeitpunkt ihres Erlasses zutreffend beschreiben.
- Leitlinien können auch Standards ärztlicher Behandlung fortentwickeln oder ihrerseits veralten.

Entscheidungshilfen, aber rechtlich nicht verbindlich

Die Befolgung von Leitlinien wird von deren Herausgebern regelmäßig empfohlen. Nichtsdestotrotz weisen auch diese Herausgeber darauf hin, dass in jedem konkreten Fall eine genaue Prüfung dahingehend erfolgen muss, ob die Empfehlungen der Leitlinie tatsächlich anwendbar sind. Damit dienen Leitlinien als Entscheidungshilfen, sind aber rechtlich nicht verbindlich, was sie von Richtlinien unterscheidet. Trotz des erwähnten Empfehlungscharakters ist immer wieder von einer – mitunter sogar rechtlichen – Verbindlichkeit von Leitlinien die Rede. Dies ist falsch, weil Leitlinien nicht vom Bundes- bzw. einem Landesgesetzgeber verfasst werden, sondern von privaten Institutionen (Verbände, Gremien, Fachgesellschaften).

Diese Institutionen sind nicht berechtigt, verbindliches Satzungsrecht zu erlassen. Bei den Leitlinien handelt es sich mithin um unverbindliche Empfehlungen einer privaten Institution. Dennoch kommt der Leitlinie eine hohe Verbindlichkeit zu. Dies hat seinen Grund in der großen fachlichen Expertise der Leitlinienautoren, aufwendigen Evidenzrecherchen bei der Erstellung der Leitlinien und einem hohen Evidenzgrad (Stufe 3 und S2e) bzw. einer hohen methodische Qualität.

Juristisch zählt der aktuelle medizinische Standard

Vor Gericht zählt jedoch ausschließlich der medizinische Standard zum Zeitpunkt der Behandlung. Dessen Feststellung obliegt einem gerichtlichen Sachverständigen, der sich wiederum – unter anderem – medizinischer Leitlinien zur Erstellung seines Gutachtens bedient. Damit leisten Leitlinien zwar einen wichtigen Beitrag für die Bestimmung des medizinischen Standards, definieren ihn aber nicht konstitutiv. Aus diesem Grund können sie auch nicht als eigenständiger Beweiswert zur Feststellung des verbindlichen medizinischen Standards herangezogen werden.

Der BGH führt hierzu wörtlich aus „...Gesicherte medizinische Erkenntnisse, deren Missachtung einem Behandlungsfehler als grob erscheinen lassen kann, sind nicht nur die Erkenntnisse, die Eingang in Leitlinien, Richtlinien oder anderweitige ausdrückliche Handlungsanweisung gefunden haben. Hierzu zählen vielmehr auch die elementaren medizinischen Grundregeln, die im jeweiligen Fachgebiet vorausgesetzt werden.“

Sofern er denn besteht, ist die Ärzteschaft bei der Behandlung also an den aktuellen medizinischen Standard gebunden. Dieser findet sich im Idealfall in den Leitlinien als aktueller Erkenntnisstand des gesicherten medizinischen Wissens. Leitlinien sind somit nicht per se rechtlich verbindlich, vielmehr kann ihr Inhalt für eine konkrete Behandlung aber dann rechtlich verbindlich sein, wenn die Empfehlung der Leitlinie dem aktuellen medizinischen Standard entspricht. Dies ist beispielsweise regelmäßig bei den Hygiene-Leitlinien, wie beispielsweise die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und ART (Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie des Robert-Koch-Instituts) der Fall.

Hygiene-Leitlinien sind nach der Rechtsprechung (OLG Hamm, MedR 2008, 217; OLG Düsseldorf, VersR 2000, 1019; LG Freiburg, Urt. v. 30.10.2007, Az. 2 O 194/06) als verbindlich einzuhalten, da ihr Inhalt dem aktuellen medizinischen Standard entspricht.

Anders ausgedrückt, die Einhaltung des medizinischen Standards wird vermutet, wenn die Empfehlungen der KRINKO und ART beachtet werden. Im Umkehrschluss bedeutet dies: Bei Nichtbeachtung der Empfehlungen ist der gebotene hygienische Standard nicht gewahrt und stellt einen haftungsrelevanten Organisationsfehler der Klinikleitung dar.

Praxistipp

In der täglichen Praxis sollte der Arzt stets prüfen, ob es für den konkreten Fall Leitlinien gibt, ob diese Leitlinien dem medizini-

schen Standard entsprechen und ob im konkreten Fall sachliche Gründe oder der Patientenwille für ein abweichendes Vorgehen sprechen. Die ärztliche Methodenwahl ist eine höchst persönliche ärztliche Entscheidung, die innerhalb eines Korridors nicht oder nur begrenzt justiziabel ist. Werden Leitlinien vorbehaltlos befolgt, wird die von der Rechtsprechung dem Arzt stets zuerkannte ärztliche Methoden- und Therapiefreiheit aufgegeben. Leitlinien haben keinen individuellen Einzelfall zum Gegenstand, sondern bieten lediglich einen Entscheidungskorridor für standardisierte Fälle.



Dr. iur. Thomas K. Heinz
Rechtsanwalt, Fachanwalt
für Medizinrecht
E-Mail: dr.tkheinz@freenet.de

Vorsorgevollmacht: Inhaltliche Anforderungen

In der Oktober-Ausgabe des Hessischen Ärzteblatts wurden in dem Beitrag „Entscheidung über Leben und Tod“ (HÄBL 10/2016, S. 560) die rechtlichen Anforderungen an die Patientenverfügung dargestellt und insbesondere darauf hingewiesen, dass Äußerungen wie „ich wünsche keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ nach der Entscheidung des BGH unzulässig und nicht ausreichend sind. Gleiches gilt für die sogenannte Vorsorgevollmacht, so dass auch für diese in formeller Hinsicht bestimmte Mindestanforderungen gelten, die sich allerdings von der Patientenverfügung unterscheiden.

2016 hat der Bundesgerichtshof (BGH) mit einem Beschluss (Aktenzeichen: XII ZB 61/16) die inhaltlichen und formellen Anforderungen an Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht konkretisiert. Danach dürften viele der in Deutschland für den Ernstfall vorgehaltenen Dokumente, welche die zu treffenden Maßnahmen in bestimmten Gesundheitssituationen regeln sollen, unwirksam sein.

Der wesentliche Unterschied zwischen Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht besteht darin, dass der Betroffene mit der

Patientenverfügung selbst eine vorgezogene Entscheidung für bestimmte Krankheitssituationen trifft. Da er diese Entscheidung in der konkreten Behandlungssituation nicht mehr selbst treffen kann, ist es erforderlich, dass die vorgefasste Entscheidung so konkret wie nur möglich ausfällt. Daher fordert der BGH auch ausdrücklich, dass ein Mindestmaß an Konkretisierung hinsichtlich Behandlungssituation und zu treffender bzw. zu unterlassender Maßnahmen enthalten sein muss.

Anders ist dies bei der Vorsorgevollmacht. Diese enthält gerade keine eigene Entscheidung des Betroffenen, sondern überträgt diese auf eine bestimmte Person, die befugt sein soll, in einer bestimmten Behandlungs- oder Krankheitssituation die Entscheidung anstelle des Betroffenen zu treffen. Da die bevollmächtigte Person in diesem Fall eine eigene Entscheidung trifft, ist es nicht erforderlich, in der Vorsorgevollmacht die gleiche Konkretisierung vorzunehmen wie in der Patientenverfügung. Konkrete Gesundheitszustände bzw. zu treffende oder unterlassene Maßnahmen müssen daher nicht ausdrücklich genannt werden.

Dennoch ist es nach Auffassung des BGH – wie bei der Patientenverfügung – nicht ausreichend, der bevollmächtigten Person lediglich pauschal zu gestatten, „lebenserhaltende Maßnahmen“ zu unterlassen. Ebenso reicht es ausdrücklich nicht aus, lediglich auf § 1904 BGB zu verweisen. Formulierungen wie beispielsweise „unter Verweis auf § 1904 BGB wird der Person die Vorsorgevollmacht erteilt“ sind demnach nicht ausreichend.

Um den bezweckten Schutz des Betroffenen zu gewährleisten, muss der Vollmachtstext hinreichend klar umschreiben,

dass sich die Entscheidungskompetenz des Bevollmächtigten auf die § 1904 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 BGB genannten ärztlichen Maßnahmen (gefährliche Heileingriffe, Behandlungsabbruch) sowie darauf bezieht, diese zu unterlassen oder vorzunehmen. Es muss sich zudem unmittelbar aus der Vollmacht ergeben, dass sich der Betroffene darüber im Klaren ist, dass die jeweilige Entscheidung mit der begründeten Gefahr des Todes oder eines schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schadens verbunden sein kann.

In jedem Fall muss die Vorsorgevollmacht nicht ausdrücklich diejenigen Maßnahmen im Einzelnen aufzählen, über die der Bevollmächtigte entscheiden darf und über welche nicht. Insoweit sind die Anforderungen an die Vorsorgevollmacht deutlich weniger streng als an die Patientenverfügung. Vorsorgevollmachten, die den genannten Anforderungen nicht entsprechen oder bislang lediglich einen pauschalen Verweis auf § 1904 BGB enthalten, sollten allerdings dahingehend angepasst werden, dass konkret Bezug auf die im Gesetz genannten Maßnahmen genommen wird und sich auch aus dem Vollmachtstext unmittelbar ergibt, dass sich der Betroffene über die Gefahr des Todes bzw. dauerhafter Schäden im Klaren war.

Patientenverfügung: Tipps im Internet

Auf der Website der Landesärztekammer Hessen www.laekh.de finden Sie unter der Rubrik „Bürger & Patienten“ und dann im Bereich „Ihr gutes Recht“ weiterführende Links zum Erstellen einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht. Lesen Sie dazu auch den Artikel „Entscheidung über Leben und Tod“, HÄBL 10/2016, S. 597.

RA Rosemarie Sailer, LL.M.

Fachanwältin
für Medizinrecht
Wienke & Becker –
Köln
E-Mail: rsailer@kanzlei-wbk.de



Ehrungen MFA/ Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum **mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum:**

Ute Stöhr,
seit 50 Jahren tätig bei Dr. med. S. Agbaba-Leukel, Dr. med. E. Holle und S. Schachtrupp, vormalig in verschiedenen Praxen, Melsungen.

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

Ingrid Birk,
seit 25 Jahren tätig bei Dr. med. G. Beiter, Wiesbaden.

Goldenes Doktorjubiläum

- 01.02.: Dr. med. Iphigenia Haas, Frankfurt
02.02.: Dr. med. Heinke Dupont, Kassel
02.02.: Prof. Dr. Dr. med.
Helmut von Domarus, Lübeck
02.02.: Dr. med. Rita Herber-Slama,
Bad Camberg
03.02.: Dr. med. Holger Fischer,
Wiesbaden
14.02.: Dr. med. Evalotte Grimault-Bark,
Hanau
14.02.: Dr. med. Alois Putze, Limburg
14.02.: Dr. med. Abdul Baschir Rassech,
Wiesbaden
16.02.: Dr. med. Dieter Gerhold,
Eschwege
16.02.: Dr. med. Esrafil Khodajari,
Erzhausen
16.02.: Dr. med. Eleonore
Lege-Burkhardt, Bad Nauheim
16.02.: Dr. med. Werner Reck, Wiesbaden
17.02.: Prof. Dr. med. Uwe Töllner,
Künzell
17.02.: Prof. Dr. med.
Ludwig Zichner, Frankfurt
20.02.: Dr. med. Kurt Dworschak,
Alsbach-Hähnlein
23.02.: Prof. Dr. med. Manfred Weise,
Kassel
25.02.: Dr. med. Gudrun Burdinski,
Frankfurt

Medizinische Fachangestellte



22 Teilnehmerinnen freuen sich über die erfolgreiche Abschlussprüfung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“: Michelle Bichiou, Esra Borza, Jelica Bozic, Milène Dannenberg, Sindy Eckert, Manuela Gehrmann, Lena Gnau, Selma Karakaplan, Natascha Kirchner, Tamara Klier, Betül Kösen, Jessica Kraft, Silke Carina Männel, Annette Moor, Tatjana Nagel, Jennifer Puig Cortes, Valerie Schad, Celina Seibert, Natasa Simic, Anja Stahr, Romy Wenig und Laura Wlk
(alphabetisch, nicht alle Absolventinnen sind auf dem Foto)

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2017 (3. Mai bis 26. Juli 2017)

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2017 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

- **25. Januar und 1. Februar 2017**
- bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden (durch Einreichung des Anmeldeformulars).
Folgende Anmeldeunterlagen gehören dazu:

1. der Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) mit Beurteilungsprotokoll,
2. der Fragebogen über die Tätigkeit der Auszubildenden,
3. ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
4. bei vorzeitiger Abschlussprüfung zusätzlich:
die notwendige Notenbescheinigung der Berufsschule.

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen.

Zur Abschlussprüfung im Sommer 2017 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit nicht später als am 26. September 2017 endet,
2. Auszubildende, die die Abschlussprüfung vorzeitig abzulegen beabsichtigen (i. d. R. ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
3. Wiederholer/innen, die im vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
4. sogenannte Externe, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des Arzthelferin/Arzthelfers tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

**Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen:
Medizinische Fachangestellte**

Informationen im Internet unter: www.laekh.de → Aktuelles

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

Mittwoch, 8. Februar 2017, um 19 Uhr

im Hause der

Landeszahnärztekammer Hessen (LZKH)

Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt a. M. (Bürostadt)

ein

BAD NAUHEIMER GESPRÄCH

Begrüßung und Moderation:

Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich

REFERENT



Dr. med. Dr. med. dent. Frank Halling

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg,

Oralchirurg, Plastische Operationen

Lehrauftrag Universität Marburg/Lahn

Gesund beginnt im Mund

Was wir über Schnittstellen zwischen Zahn- und Humanmedizin wissen sollten: Zusammenhänge von Mund- und Allgemeingesundheit wurden erst in den letzten Jahren verstärkt Gegenstand der Forschung. Eine enge Kooperation von Human- und Zahnmedizinern ist in der Vorsorge und Therapie gefordert. Insbesondere bei Älteren und multimorbiden Patienten ist ein abgestimmtes und patientenadaptiertes Vorgehen erforderlich, um unnötige Risiken und Komplikationen zu vermeiden. Zur Erarbeitung gemeinsamer Strategien sind mehr interdisziplinäre Kontakte, zum Beispiel im Rahmen gemeinsamer Fortbildungen, wünschenswert. Die Bürger – nicht nur Patienten und Ärzte – müssen deshalb für das Thema Wechselwirkungen zwischen Mund- und Allgemeingesundheit sensibilisiert werden. Erfahren Sie, welche neuen Erkenntnisse auf diesem Gebiet für Alle von großer Bedeutung sind!

Eine Zertifizierung der Veranstaltung wurde beantragt.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/Main

Fon/Fax: 069 766350

www.bad-nauheimer-gespraeche.de

E-Mail: info@bad-nauheimer-gespraeche.de

Aufgrund §§ 5, 6a, 8, 10 und 17 Abs. 1 Nr. 7 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 5. Februar 2016 (GVBl. I S. 30 (34)), i.V.m. § 5 Abs. 6e der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (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 26. November 2016 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Kostensatzung
der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen vom 13. Dezember 1993 (HÄBL 1/1994, S. 30–31), zuletzt geändert am 3. Juni 2015 (HÄBL 7/8 2015, S. 454), wird wie folgt geändert:

Das Kostenverzeichnis als Anlage zur Kostensatzung wird wie folgt geändert:
In Gebührenabschnitt „I. 3. Berufsbildung: Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen“ wird der Gebührenpunkt „3.1.7 Überbetriebliche Ausbildung“ wie folgt neu gefasst:

Gebührenpunkt	Gegenstand	Gebühr
I.	Gebühren	Euro
3.	Berufsbildung: Medizinische Fachangestellte/ Arzthelfer/Innen	
3.1.7	Überbetriebliche Ausbildung	
3.1.7.1	Pauschalgebühr	675,00
3.1.7.2	Pauschalgebühr, sofern der Berufsausbildungsvertrag von einem Pflichtmitglied der Landesärztekammer Hessen abgeschlossen wurde	460,00

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. November 2016 beschlossene und vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration am 8. Dezember 2016 (Geschäftszeichen: V2B-18b2120–0001/2008/009) gemäß § 17 Abs. 2 des Hessischen Heilberufsgesetzes genehmigte Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 13. Dezember 2016
Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –



**Barbara Bojack, Tanja Heitmeier
(Hrsg.): Sexuelle Gewalt:
Internationale Studien, Folgen
& Versorgung, Erfahrungsberichte**

ZKS-Verlag 2016, € 18.90

ISBN Print: 9783934247833

ISBN Online: 9783934247529

Das pdf via Website www.zks-verlag.de
ist kostenlos

Von sexueller Gewalt sind viele Menschen betroffen. Etliche haben diese Erfahrungen so gut verdrängt, dass sie nicht unmittelbar erinnerlich sind. Häufig sind die Schädigungen und Verletzungen nicht direkt erkennbar und sichtbar. Oft treten die Traumata und deren Auswirkungen erst zu einem späteren Zeitpunkt ans Tageslicht.

Im Buch wird das Vorkommen von sexueller Gewalt in verschiedenen Bereichen und bei bestimmten Bevölkerungsgruppen dargestellt. Studien und Beiträge zeigen, welche Traumata entstanden sind und wie sie zu erkennen sind. Außerdem wird auf Versorgung und Behandlung der Traumatisierten eingegangen. Insgesamt sollen die Folgen der Traumatisierungen dargestellt, den Lesern aufgezeigt werden. Den Opfern soll eine Stimme gegeben werden.

Die Beiträge stammen von internationalen Experten, die sich mit ihren Fachkenntnissen am Buch beteiligt haben. Hervorzuheben ist, dass eine Traumatisierung die Betroffenen ein Leben lang begleitet und beeinträchtigt. Sie stellt eine Verletzung der Würde des Menschen dar. Notwendig sind weitere Forschungen. Auch sollte das Thema, das hoch mit Scham und Schuld besetzt ist, aus der Tabuzone geholt werden. Nur wenn es möglich ist, offen darüber zu sprechen, können Therapie und Prävention greifen. Gerade Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Therapeuten u. a. sind erste Ansprechpartner, die informiert und handlungsbereit sein sollten. Dasselbe gilt für Juristen, seien sie im Bereich der Gerichte oder auch als Anwalt tätig.

Dr. med. Barbara Bojack

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

„Nur noch die weibliche Form verwenden“

Zum gendergerechten Sprachgebrauch im Hessischen Ärzteblatt

Es wird ja im Hessischen Ärzteblatt immer wieder darauf hingewiesen, dass aus Gründen „der besseren Lesbarkeit manchmal nur die männliche Form verwendet wird“. Da ich auch keine Freundin von Wortungetümen mit Klammern und /in am Ende bin, möchte ich einen Vorschlag machen und ab sofort zur verbesserten Lesbarkeit nur noch die weibliche Form verwendet wissen.

Die Männer müssen sich dann mitgemeint fühlen. Das könnte man erst mal für einige Zeit so machen und dann neu überlegen.

Hat jemand damit ein Problem, so wäre ich sehr an der Erläuterung interessiert. Wir Ärzteschaft (oh, genial umschifft, diese Genderklippe) sind doch nicht etwa ein konservativer männerdominierter Verein? Wo die Medizin doch jetzt weiblich wird?? Dem könnte „man“ mit meinem Vorschlag doch aufs Allerschönste Rechnung tragen...

Eva Pauly

Fachärztin für Innere Medizin
Frankfurt/Main



Leserbriefe

Anmerkung der Redaktion

Die Redaktion des Hessischen Ärzteblatts ist sich der Problematik des gendergerechten Sprachgebrauchs bewusst und nimmt Hinweise dazu sehr ernst. Derzeit berät die Redaktion darüber, wie künftig mit dieser Frage umgegangen wird. Über weitere Leserzuschriften zum Thema freuen wir uns.
(red)

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Karl-Michael Bartelt, Darmstadt

* 20.06.1940 † 21.08.2016

Dr. med. Rolf Heinz Bluttner, Frankenberg

* 18.03.1940 † 31.10.2016

Dr. med. Uta-Maria Nesita Bodenstedt,
Frankfurt

* 20.12.1923 † 08.11.2016

Dr. med. Lore Dietrich, Kassel

* 19.02.1927 † 19.10.2014

Dr. med. Kaethe Gabler, Kronberg

* 23.05.1939 † 07.10.2013

Magdalena Heinmöller, Bad Nauheim

* 21.02.1917 † 22.09.2016

Prof. Dr. med. Ernst Lindner, Frankfurt

* 17.08.1918 † 21.01.2016

Wenzel Meixner, Frankfurt

* 20.06.1959 † 23.09.2016

Dr. med. Ursula Mikulicz, Kronberg

* 09.08.1934 † 11.02.2016

Dr. med. Ulrich Müller, Wiesbaden

* 23.02.1927 † 19.09.2016

MUDr. Miroslav Rohlik, Roßdorf

06.01.1938 † 12.10.2016

Dr. med. Ute Seidel, Frankfurt

* 11.09.1938 † 07.11.2016

Dr. med. Fritz Stiasny, Frankfurt

* 04.06.1929 † 19.10.2016

Dr. med. Renate Wulf, Kassel

* 17.02.1922 † 09.06.2014

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 5. Februar 2016 (GVBl. I S. 30), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „d“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 6. Mai 2015 (HÄBL 6/2016, S. 360), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. November 2016 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsord- nung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen

I.

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15. August 2005 (HÄBL Sonderheft 10/2005, S. 1–73), zuletzt geändert durch Satzung vom 5. Oktober 2016 (HÄBL 11/2016, S. 654–656), wird wie folgt geändert:

1.) Im Abschnitt B wird im Gebiet „7. Chirurgie“ der Absatz „Weiterbildungszeit“ der „Basisweiterbildung für die Facharztkompetenzen 7.1 bis 7.8“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit:

24 Monate Basisweiterbildung bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 6 Monate Notfallaufnahme
- 6 Monate Intensivmedizin in der Chirurgie oder in einem anderen Gebiet, die auch während der spezialisierten Facharztweiterbildung abgeleistet werden können
- 12 Monate Chirurgie, die auch im ambulanten Bereich abgeleistet werden können“

2.) Im Abschnitt B wird im Gebiet „33. Gebiet Urologie“, der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit:

60 Monate bei einem Weiterbildungs-

befugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon können

- bis zu 12 Monate in der stationären Patientenversorgung im Gebiet Chirurgie angerechnet werden
- 6 Monate in einem anderen Gebiet angerechnet werden
- bis zu 24 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden.

24 Monate stationäre Weiterbildung in der Urologie dürfen nicht unterschritten werden.“

3.) Im Abschnitt C wird bei der Zusatzweiterbildung „Röntgendiagnostik –fachgebunden–“ der erste Punkt der Aufzählung (Röntgendiagnostik Skelett) des Absatzes „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

- „12 Monate Röntgendiagnostik Skelett bei einem Weiterbildungsbefugten für Radiologie gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 oder bei einem Weiterbildungsbefugten für Röntgendiagnostik –fachgebunden– gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2, davon können bis zu –12 Monate während einer Facharztweiterbildung abgeleistet werden.“

II.

In-Kraft-Treten

Die Satzung tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. November 2016 beschlossene und vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration am 8. Dezember 2016 (Geschäftszeichen: V2–18b2120–0001/2008/004) 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, 13. Dezember 2016

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

Delegierte zum 120. Deutschen Ärztetag vom 23. bis 26. Mai 2017 in Freiburg

Die Delegiertenversammlung hat am 26. November 2016 beschlossen, folgende Ärztinnen und Ärzte zum 120. Deutschen Ärztetag 2017 in Freiburg zu entsenden und zu ggf. vor dem 120. Deutschen Ärztetag stattfindenden außerordentlichen Deutschen Ärztetagen zu entsenden:

	Delegierte	Stellvertretung
Liste 1	Fachärzte Hessen 1) Dr. med. Klaus König 2) Dr. med. Wolf Andreas Fach 3) Christine Hidas 4) Michael Waldeck 5) Dr. med. Edgar Pinkowski 6) Dr. med. Peter Zürner	7) Dr. med. Klaus Doubek 8) Dr. med. Hans-Martin Hübner 9) Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg 10) Dr. med. Michael Repschläger 11) Dr. med. Michael Weidenfeld 12) Dr. med. Wiegand Müller-Brodmann
Liste 2	ÄrztINNEN Hessen 1) Monika Buchalik 2) Jutta Willert-Jacob	3) Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß 4) Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke
Liste 3	Marburger Bund Hessen 1) PD Dr. med. Andreas Scholz 2) Dr. med. Lars Bodammer 3) Anne Kandler 4) Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci 5) Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph	6) Dr. med. Silke Engelbrecht 7) Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak 8) Yvonne Jäger 9) Dr. med. H. Christian Piper 10) Dr. med. Helge-Lothar Förster
Liste 4	Ältere Ärzte 1) Dr. med. Hansjoachim Stürmer	2) Dr. med. Gabriel Nick
Liste 6	Demokratische Ärztinnen und Ärzte 1) Dr. med. Barbara Jäger	2) Sabine Riese
Liste 8	Die Hausärzte 1) Michael Thomas Knoll 2) Michael Andor 3) Dr. med. Detlev Steininger	4) Erich Lickroth 5) Dr. med. Egbert Reichwein 6) Dr. med. Philipp Sänger

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060024545 ausgestellt am 06.02.2012 für
Daniel Carriero, Bad Hersfeld

Arztausweis-Nr. 060040405 ausgestellt am 26.10.2015 für
Said Hooboty Fard, Lahnau

Arztausweis-Nr. 060030622 ausgestellt am 25.07.2013 für
Dr. med. Katja Hüggele, Königstein

Arztausweis-Nr. 060025580 ausgestellt am 11.04.2012 für
Ilya Lyutrovny, Kassel

Arztausweis-Nr. 060044325 ausgestellt am 09.08.2016 für
Dr. med. Oliver Meub, Echzell

Arztausweis-Nr. 060044151 ausgestellt am 27.07.2016 für
Dr. med. Stephanie Peter, Willstätt

Arztausweis-Nr. 060040350 ausgestellt am 20.10.2015 für
Manuel Reissig, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060043010 ausgestellt am 03.05.2016 für
Anita Sommer, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060044385 ausgestellt am 15.08.2016 für
Theofilia Theodoridou, Frankfurt

Haushaltsplan 2017 liegt aus

Der von der Delegiertenversammlung am 26. November 2016 beschlossene Haushaltsplan 2017 (mit Anlagen) liegt gemäß § 2 Abs. 4 der Haushalts- und Kassenordnung (Stand: 1. Juli 2013) in der Zeit vom 16. bis 27. Januar 2017 im Verwaltungsgebäude der Landesärzte-

kammer Hessen in Frankfurt, Im Vogelsang 3, Zimmer des Kaufmännischen Geschäftsführers, während der allgemeinen Dienstzeiten (Montag bis Freitag von 9 bis 12 Uhr, Montag und Donnerstag von 14 bis 17 Uhr, Dienstag und Mittwoch von 14 bis 15:30 Uhr) für

alle Kammermitglieder zur Einsichtnahme aus.

Frankfurt/Main, 23. November 2016
gez. Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
 – Präsident –

LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
- Geschäftsstelle -

Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen auf der Grundlage des Bedarfsplans 2015 mit dem Arztstand 01.10.2016 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das HMSI

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 24. November 2016 unter zu Grunde Legung des Arztstandes 01.10.2016 folgende Beschlüsse gefasst:

- I. Es wird festgestellt, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in den Tabellen 1 bis 4 jeweils dargestellten Versorgungsebenen in den mit ÜV gekennzeichneten Planungsbereichen und Fachgruppen eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt.
- II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für diese Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.
- III. Bei den Planungsbereichen und Fachgruppen, in denen gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 26 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zulassungen erfolgen dürfen, ist die Anzahl der freien Sitze in den Tabellen 1 bis 4 ausgewiesen.

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind innerhalb von 6 Wochen nach Erscheinen der Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapie, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt, zu senden. Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,

- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z. B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit).

► siehe Anlage 1 bis 4

Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 24. November 2016 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte/Psychotherapie diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten/Psychotherapeuten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder dem für den Niederlassungsort zuständigen KVH-BeratungsCenter über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

Matthias Mann
Rechtsanwalt

Vorsitzender des Landesausschusses

Train the Trainer-Seminare für Weiterbilder in der Allgemeinmedizin

Die Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin in Hessen haben im Jahr 2016 ihre Aktivitäten um einen wichtigen Baustein erweitert: das Train the Trainer-Seminar für Weiterbilderinnen und Weiterbilder.

In dem 1,5-tägigen Seminar werden die Teilnehmer unter anderen über die Gestaltungsmöglichkeiten der Weiterbildung informiert. Sie erhalten zudem ein intensives „Feedback-Training“, eine Einführung zur Bedeutung der „Fehlerkultur“ in der Praxis mit praktischen

Übungen sowie Informationen über rechtliche und organisatorische Fragen.

Im Jahr 2016 haben 72 Weiterbilder aus Hessen teilgenommen. Aufgrund der hohen Nachfrage wurden zusätzliche Seminare angeboten.

Die Gebühren werden von den Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin getragen dank einer Förderung der Adolf Messer Stiftung und des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration.

Termine: 24./25. März 2017 oder
3./4. November 2017

Ort: Seminarhotel Jakobsberg, Grünberg bei Gießen

Anmeldung per E-Mail an:
weiterbildung@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Internet: <http://weiterbildung-allgemeinmedizin-hessen.de>

Dr. med. Armin Wunder,
Anne Messemaker,
Dr. phil. Monika Sennekamp,
Lia Pauscher

Anlage 1

HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

PLANUNGSBEREICH		Hausärzte	PLANUNGSBEREICH	Hausärzte
Allendorf (Eder)/Battenberg		3,50	Hofgeismar	ÜV
Alsfeld		0,50	Homburg (Efze)	ÜV
Bad Arolsen		ÜV	Hünfeld	ÜV
Bad Hersfeld		ÜV	Idstein	11,00
Bad Homburg/Oberursel/Friedrichsdorf		1,00	Kassel-Nord	ÜV
Bad Orb		ÜV	Kassel-Stadt	ÜV
Bad Schwalbach		ÜV	Kassel-Süd	8,50
Bad Wildungen		ÜV	Kirchhain	1,00
Bebra/Rotenburg a.d.Fulda		ÜV	Königstein/Kronberg/Schwalbach/ Bad Soden/Eschborn	ÜV
Bensheim/Heppenheim		2,50	Korbach	0,50
Biedenkopf		5,50	Lampertheim/Viernheim	8,00
Borken (Hessen)		1,00	Lauterbach	ÜV
Büdingen		4,50	Lich/Hungen/Reiskirchen	3,50
Butzbach		0,50	Limburg	7,50
Darmstadt		7,00	Marburg	ÜV
Dieburg/Groß-Umstadt		18,50	Meisungen	1,00
Eltville		ÜV	Michelstadt	3,00
Erbach		6,00	Neu-Isenburg/Dreieich/ Langen	6,00
Eschwege		ÜV	Nidda	ÜV
Frankenberg (Eder)		0,50	Offenbach	0,50
Frankfurt		ÜV	Rüdesheim/Gaisenheim	ÜV
Friedberg/Bad Nauheim		1,00	Rüsselsheim	19,50
Fritzlar		ÜV	Schlüchtern	ÜV
Fulda		ÜV	Schwalmstadt	ÜV
Gelnhausen		ÜV	Seligenstadt	ÜV
Giessen		ÜV	Sontra	0,50
Gladenbach		ÜV	Stadtlendorf	2,50
Grünberg/Laubach		ÜV	Taunusstein	0,50
Haiger/Dillenburg		2,00	Ussingen	ÜV
Hanau		2,50	Wächtersbach/Bad Soden-Salmünster	1,50
Hattersheim/Hofheim/Kelkheim		ÜV	Weilburg	ÜV
Herborn		1,50	Wetzlar	ÜV
Heringen (Werra)		ÜV	Wiesbaden	ÜV
Hessisch Lichtenau		ÜV	Witzenhausen	ÜV
Heusenstamm/Rödermark/Rodgau/Dietzenbach/Obertshausen		18,00	Wolfhagen	0,50
Hochheim/Flörsheim		ÜV	freie Arztstze gesamt	151,50

Beschluss Landesausschuss 24.11.2016
Arztbestand 01.10.2016

ÜV - Überversorgung
Versorgungsgrad 100 bis 110 %
Versorgungsgrad unter 100 %
Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Anlage 2

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

Beschluss Landesausschuss 24.11.2016
Arztbestand 01.10.2016

PLANUNGSBEREICH	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Urologen	Psychotherapeuten	freie Arztstze gesamt
Darmstadt, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Frankfurt am Main, Stadt	ÜV	ÜV	3,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	3,00
Offenbach am Main, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Wiesbaden, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Kreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Landkreis Darmstadt-Dieburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Kreis Groß-Gerau	ÜV	ÜV	0,50	0,50	1,00	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	3,00
Hochtaunuskreis	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Main-Kinzig-Kreis	1,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00**	2,50
Main-Taunus-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Odenwaldkreis	3,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	4,00
Landkreis Offenbach	0,50	ÜV	0,50	ÜV	0,50	ÜV	0,50	ÜV	0,50	ÜV	2,50
Rheingau-Taunus-Kreis	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00
Wetteraukreis	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	2,00
Landkreis Gießen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00
Kreis Limburg-Weilburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Landkreis Marburg-Biedenkopf	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Vogelsbergkreis	0,50	ÜV	1,00	0,50	ÜV	ÜV	1,00	0,50	ÜV	ÜV	3,50
Kassel, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Stadt und Landkreis Fulda	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00**	1,00
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	ÜV	ÜV	ÜV	1,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,50
Landkreis Kassel	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Schwalm-Eder-Kreis	0,50	ÜV	0,50	ÜV	1,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	2,50
Landkreis Waldeck-Frankenberg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Landkreis Werra-Meißner	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	1,00	0,50**	3,00
freie Arztstze gesamt	8,50	0,50	5,50	3,50	4,50	0,50	3,00	0,50	3,00	2,50	32,00

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

Versorgungsgrad unter 100 %

Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

ÜV Überversorgung

* geöffnet für KJP

** geöffnet für APT

Anlage 3

Beschluss Landesausschuss 24.11.2016
Arztbestand 01.10.2016

SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

Planungsbereich	Anästhesisten	Fachinternisten	Kinder- und Jugendpsychiater	Radiologen	freie Arztstze gesamt
Mittelhessen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Nordhessen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Osthessen	ÜV	ÜV	4	ÜV	4,00
Rhein-Main	ÜV	ÜV	11	ÜV	11,00
Starkenburger	ÜV	ÜV	6,5	ÜV	6,50
freie Arztstze gesamt	0,00	0,00	21,50	0,00	21,50

ÜV Überversorgung
Versorgungsgrad 100 bis 110 %
Versorgungsgrad unter 100 %
Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Anlage 4

Beschluss Landesausschuss 24.11.2016
Arztbestand 01.10.2016

GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

freie Arztsitze gesamt	3,00
Transfusionsmediziner	0
Strahlentherapeuten	0
Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner	3
Pathologen	0
Nuklearmediziner	0
Neurochirurgen	0
Laborärzte	0
Humangenetiker	0
PLANUNGSBEREICH	
Hessen	
ÜV Überversorgung	
Versorgungsgrad 100 bis 110 %	



Michael Broda, Barbara Stein: Psychotherapie mit körperlich Kranken

Reihe: Psychotherapie im Dialog,
Thieme Verlag Stuttgart 2016,
110 Seiten, 15 Abbildungen, € 37.00
Print-ISBN: 9783132060418
E-Book-ISBN: 9783132060517

Dieser Band bietet eine gute Übersicht über die bio-psycho-sozialen Verflechtungen und die Bedeutung von Psychotherapie im Zusammenhang mit körperlicher Krankheit. So berichten unter anderem Claus Vögele und André Schulz über verhaltensmedizinische Modelle bei körperlicher Erkrankung. Sie sehen drei wichtige Wechselwirkungen zwischen psychischen Faktoren und körperlicher Erkrankung: „Psychische Faktoren können

- ursächlich an der Entstehung körperlicher Erkrankungen beteiligt sein.
- die direkte oder vermittelte Folge einer körperlichen Erkrankung sein.
- und den Verlauf und die Behandlung körperlicher Erkrankungen beeinflussen.“

Oskar Mittag et al. berichten über die Epidemiologie psychischer Störungen bei chronisch körperlich Kranken. Bei diesen sei die Prävalenz psychischer Störungen deutlich höher, doch die psychische Komorbidität werde selten diagnostiziert und behandelt.

Verschiedene psychotherapeutische Behandlungsansätze werden in der Folge dargestellt; besonders hervorheben möchte ich den Artikel von Schiller et al. „Zur Akzeptanz- und Commitment- Therapie bei chronischen Schmerzen“. Den Autoren geht es darum, eine „annehmend-flexible Haltung gegenüber dem Schmerzerleben aufzubauen“ und eine Lebensperspektive zu entwickeln, „die nicht mehr vom Schmerzerleben dominiert wird, sondern sich an selbst gewählten Werten orientiert.“

Weitere Themen sind z. B. die Behandlung der somatischen Belastungsstörung und die Auseinandersetzung mit Tod und Sterben in der Psychotherapie. Abschließend behandelt Senf das Thema „Körperliche Erkrankung in der Richtlinienpsychotherapie“, zeigt anhand von Fallbeispielen Besonderheiten im Setting und der Behandlung auf und erläutert, wie die Krankheitsbewältigung unterstützt werden kann. Der Band ist eine Fundgrube für Kollegen, die sich für Psychotherapie und psychosoziale Unterstützung von körperlich Kranken interessieren.

Dr. med. Peter Zürner

ORGANISATORISCHE VORBEREITUNG AUF DEN ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN



Sie möchten am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen, dann erhalten Sie hier die notwendigen Voraussetzungen und Informationen zur Erteilung der Genehmigung.

Sie erfahren

- wie die KV Hessen die Struktur des ärztlichen Bereitschaftsdienstes regelt
- Tipps und Informationen über Ihre Tätigkeit im ÄBD, insbesondere bei Problemfällen
- mehr über wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweisen und Abrechnungsverfahren im ärztlichen Bereitschaftsdienst
- mehr über die Versteuerung Ihrer Bereitschaftsdiensteinnahmen

Zielgruppe:	nicht niedergelassene Ärzte, die im ÄBD arbeiten möchten
Hinweis:	Das Seminar ist Voraussetzung für den Erwerb der Genehmigung zur Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst.
Gebühr	25,00 € je Teilnehmer inkl. Getränke und Pausensnack

Anmeldungen bitte unter:
veranstaltung@kvhessen.de oder online:
www.kvhessen.de/veranstaltungsbuchung

6 Fortbildungspunkte sind beantragt

Termine:

Kursnummer 2047	Sa 29.04.17	KVH Frankfurt	09:30 – 14:00 Uhr
Kursnummer 2133	Sa 11.11.17	KVH Frankfurt	09:30 – 14:00 Uhr

Bitte geben Sie bei Ihrer Anmeldung Ihr Geburtsdatum und Adresse an. Diese Angaben benötigen wir aus erfassungstechnischen Gründen. Beachten Sie bitte unsere ATB auf der Homepage der KV Hessen unter www.kvhessen.de/nutzungshinweise

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

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
Caroline McKenney, stv. Ltd. Redakteurin
Dr. med. Alexander Marković
Sabine Goldschmidt M.A.

Dr. med. H. Christian Piper, Vertreter des Präsidiums der LÄK Hessen

Redaktionsassistent: 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 Vogelsang 3, 60488 Frankfurt/M.
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224
E-Mail: haebel@laekh.de

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

Geschäftsführung: 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

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 128,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00
Einzelheftpreis € 13,25, 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.

Leiterin Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil:
Katja Höcker, Tel.: +49 2234 7011-286, E-Mail: hoecker@aerzteverlag.de

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

Verkaufsleiter Medizin: Eric Henquinet, Mobil: +49 172 2363754,
E-Mail: henquinet@aerzteverlag.de

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

Sales Management: Nicole Ohmann, Tel.: +49 2234 7011-307,
E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiete

Nord: Götz Kneiseler, Tel.: +49 30 88682873, Mobil: +49 172 3103383,
E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Süd: Claudia Soika, Tel.: +49 89 15907146, Mobil: +49 172 2363730,
E-Mail: soika@aerzteverlag.de

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

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

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

Layout: Stephanie Schmitz

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

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln

Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

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

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 3, gültig ab 01.01.2017

Auflage Lt. IVW 3. Quartal 2016:

Druckauflage: 34.600 Ex.; Verbreitete Auflage: 34.289 Ex.



Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Fest-
stellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikati-
onsforschung im Gesundheitswesen e.V.

78. 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 Verlags-
rechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Bei-
trägen 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, Fotoko-
pien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Ver-
wertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Gren-
zen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeila-
gen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für
unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. über-
nimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete Ar-
tikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

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

Haftungsausschluss:

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allge-
meinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanlei-
tungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenstän-
diger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Be-
nutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation darge-
stellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern,
dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entspre-
chen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleis-
tung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publika-
tion dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden
materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnut-
zung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verur-
sacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches
oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

Aquarelle von Oskar Koller: Wasserkraft und Farbenspiel

ars mundi bei
EDITION
Deutscher Ärzteverlag

Oskar Koller (1925–2004) zählt zu den großen Aquarellisten des 20. Jahrhunderts. Für seine luftig-leichten Bilder wurde er vielfach ausgezeichnet und international bekannt. Die große Stärke Oskar Kollers war ein scheinbar müheloser Umgang mit der Farbe: in großer Perfektion setzte er Kleckse und Spritzer und erreichte so eine besonders naturgetreue zarte Dynamik.

Exklusiv bieten wir Ihnen vier herausragende Arbeiten von Oskar Koller als farbenprächtige Glöses auf Bütten an. Durch die hohe Auflösung und die hervorragende Papierqualität kommen die Farben besonders brillant zur Geltung. Limitierte Auflage je 299 Exemplare. Blattformat 51 x 42 cm (H/B). Geraht in anspruchsvoller Massivholzteile, staubdicht verglast. Format 57 x 48 cm (H/B).

Mehr von der Kunstwelt
online entdecken:

www.aerzteverlag.de/edition



1



2



3



4

1. „Roter Mohn mit grünen Stengeln“

Bestell-Nr. A66-488 365.R1

€ 440,-

2. „Oranger Mohn“

Bestell-Nr. A66-488 352.R1

€ 440,-

3. „Flamenco-Tänzerin“

Bestell-Nr. A66-724 165.R1

€ 440,-

4. „Spanischer Tanz“

Bestell-Nr. A66-724 157.R1

€ 440,-

Für Ihre Bestellung

Bitte einsenden an: EDITION Deutscher Ärzteverlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Ja, ich bestelle mit 14-tägigem Widerrufsrecht
(nur unversehrt und als frankiertes Paket):

- _ Expl. „Roter Mohn mit...“, A66-488 365.R1 € 440,-
- _ Expl. „Oranger Mohn“, A66-488 352.R1 € 440,-
- _ Expl. „Flamenco-Tänzerin“, A66-724 165.R1 € 440,-
- _ Expl. „Spanischer Tanz“, A66-724 157.R1 € 440,-

In Druck und Preisänderungen vorbehalten. Angebotstheoretisch. Die Bestellabwicklung und der Versand erfolgen nach den AGB unseres Kooperationspartners ars mundi. Die AGB können Sie unter www.arsmundi.de einsehen. Eine Widerrufsbelehrung und ein Widerrufsformular erhalten Sie mit der Rechnung.
Deutscher Ärzteverlag GmbH – Sitz Köln – AGG 106 Amtsgericht Köln.
Geschäftsführung: Norbert A. Rottländer, Jürgen Römer

Alle Preise verstehen sich inkl. MwSt. und zzgl. € 7,80 Versandkosten.

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
Telefon

.....
Datum / Ort

.....
PLZ, Ort

.....
Email-Adresse

.....
Unterschrift

607.71 A66