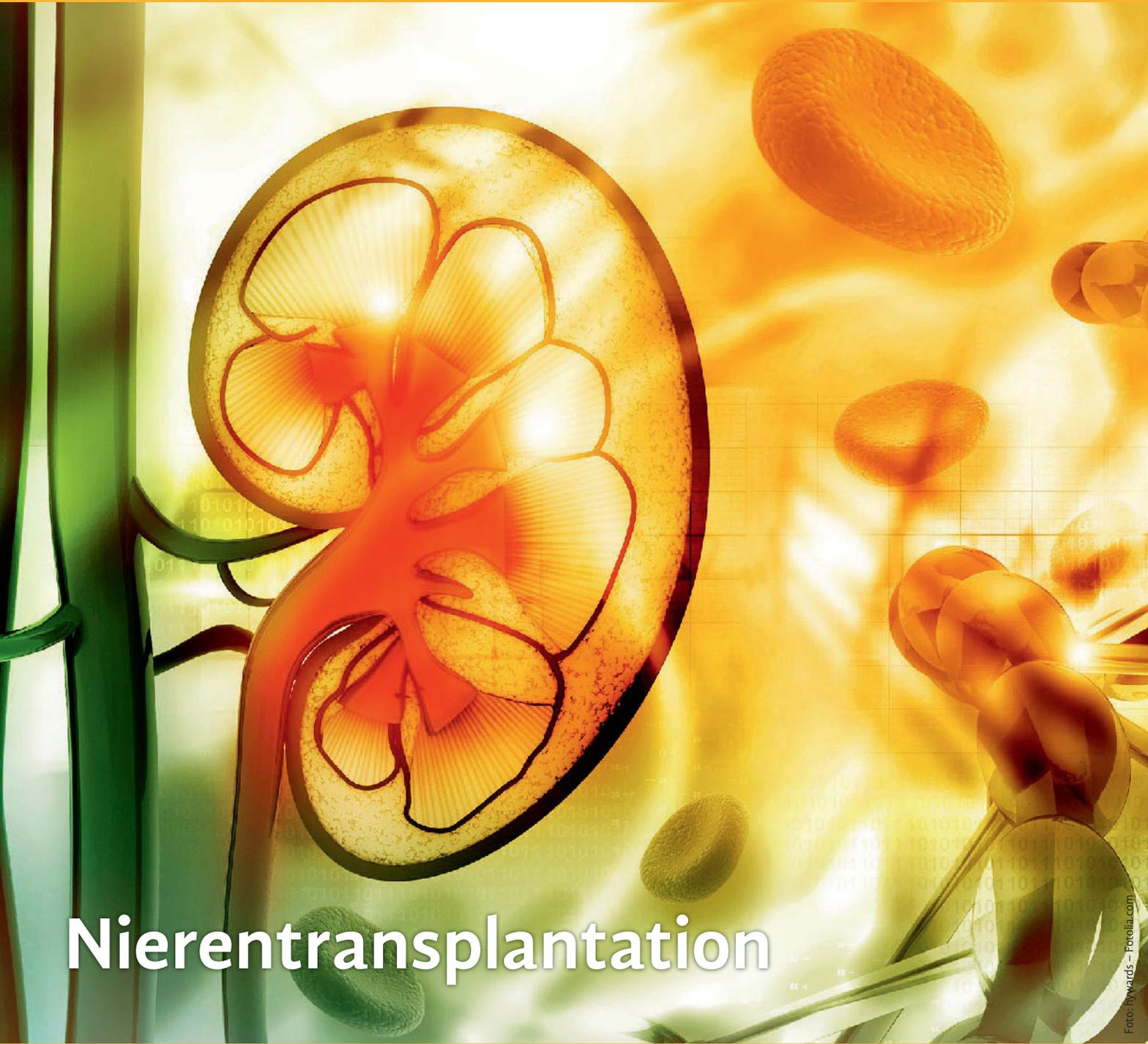


Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 5 | 2017
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 78. Jahrgang



Nierentransplantation

12. ordentliche Delegiertenversammlung
Auf dem Plan standen u. a. die neue MWBO und die Zusatz-Weiterbildung Ambulante Geriatrie

Im Gespräch mit dem neuen Vorstand der KV Hessen
Frank Dastych und Dr. med. Eckhard Starke sprechen über die Zusammenarbeit zwischen KVH und LÄKH

Emil von Behring: erster Nobelpreisträger für Medizin
Ein Porträt über einen Arzt, der sein Leben der Bekämpfung von Infektionskrankheiten widmete



© Fabio Parenzan

49. Internationaler Seminarkongress 27.08.-01.09.2017 in Grado/Italien

Eröffnungsvortrag am Sonntag, 27. August 2017 um 17:30 Uhr

Abendvortrag: „Medizin und Archäologie am Beispiel der Eismumie Ötzi“
am Dienstag, 29. August 2017 um 20:00 Uhr

Schwerpunkthemen der Seminare vom 28. August bis 1. September 2017:

- Nottfälle in der Praxis, Prof. Dr. med. Peter Sefrin, Würzburg
- Antiinfektive Therapie & Prophylaxe, Prof. Dr. med. Hans-Reinhard Brodt, Frankfurt
- Routine und Notfall: In der Hausarztpraxis eng nebeneinander, Dr. med. Simon Kostner, Bozen
- „Erkennen - Handeln - Helfen“ - Fälle aus der rechtsmedizinischen Praxis, Prof. Dr. med. Hansjürgen Bratzke, Frankfurt
- Chirurgische Indikationen beim alten Patienten und ihre Implikationen, Prof. Dr. med. Joachim Limmer, Saarbrücken
- Vom Mensch in der Umwelt und seinem Schmerz, Prof. Dr. med. Wilfried A. Nix, Mainz

Zusatzkurse:

- Notfall in der Praxis - Praktischer Teil, Prof. Dr. med. Peter Sefrin und Rainer Schmitt, Würzburg
- Power-Aging, Dr. med. Mathias Glück, Dr. med. Simone Glück, Markus Klaus, Kühbach

Die Teilnahme an der gesamten Seminarwoche wird von der Landesärztekammer Hessen mit 43 Fortbildungspunkten anerkannt.

Die Österreichische Ärztekammer und die Ärztekammer Südtirol erkennen diese Veranstaltung als Fortbildungsmaßnahme an.

Änderungen für alle Seminare und Kurse bleiben vorbehalten.

Die Insel Grado liegt, mit dem Festland durch einen Damm verbunden, an der oberen Adria. Die romantische venezianische Altstadt, die im Ortsbild integrierten Ausgrabungen aus römischer Zeit, der lange, gepflegte Sandstrand - und vieles mehr - bieten jedem Gast Möglichkeiten für eine anregende, erholsame und/oder sportliche Freizeit. Grado ist ein idealer Ausgangspunkt für Ausflüge: Triest ist eine gute halbe Stunde, Venedig knapp zwei Autostunden entfernt.

Kontakt:

Stephanie Pfaff
Landesärztekammer Hessen
Fon: 06032 782-222
E-Mail: stephanie.pfaff@laekh.de



© Katja Möhrle



© Massimo Crivellari



© Katja Möhrle

Kooperationspartner:





Masterplan Medizinstudium 2020

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nun liegt er also endlich vor, der Masterplan Medizinstudium 2020. Viele Punkte des 37 Einzelmaßnahmen umfassenden Plans sind zu begrüßen, mit dem das Studium praxisnäher, die Allgemeinmedizin gestärkt und die Versorgungssicherheit mit Ärzten garantiert werden soll.

Doch gerade die Erfolgsaussichten der ärztlichen Versorgungssicherheit scheinen mir mehr als fraglich, denn eine Erhöhung der Medizinstudienplätze ist kein Bestandteil des Masterplans. Auch zur Finanzierung der im Masterplan beschriebenen Maßnahmen heißt es nur: „Die vollständige Umsetzung des Masterplans steht unter Haushaltsvorbehalt.“

Hier bleibt also nur die Hoffnung, dass die entstehenden Kosten, die übrigens von einer Expertenkommission untersucht werden sollen, dann tatsächlich finanziert werden. Gerade die Zahl der Studienplätze ist aber ein wesentlicher Punkt, um die angestrebte Garantie einer ärztlichen Versorgungssicherheit tatsächlich gewährleisten zu können. Auf die allseits bekannte demografische Entwicklung in unserem Land und die damit verbundene höhere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im höheren Lebensalter will ich gar nicht näher eingehen.

Auch die in früheren Jahrzehnten übliche Selbstaussbeutung von Ärztinnen und Ärzten mit Wochenarbeitszeiten von 60 bis 100 Stunden wird glücklicherweise nicht wiederkehren.

Wie aber soll der Bedarf an Ärzten gedeckt werden, wenn nur ca. 10.800 Studienplätze für Medizin zur Verfügung stehen? Gab es im Wintersemester 1989 im früheren Bundesgebiet bei ungefähr 62,6 Millionen Einwohnern 85.091 Medizinstudierende, so standen dem im Jahr 2015 bei nun ca. 82,8 Millionen Einwohnern lediglich 89.998 Medizinstudierende gegenüber. Wenn ich nun gleichzeitig lesen muss, dass der CDU-Fachausschuss Gesundheit und Pflege dem sich abzeichnenden Ärztemangel mit einer Aufwertung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe entgegenzutreten will, bin ich keineswegs beruhigt.

Selbstverständlich verdienen die nichtärztlichen Gesundheitsberufe hohen Respekt. Bei den Worten von Minister Gröhe „Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen sind weit hinter dem zurückgeblieben, was die Versorgung braucht“ schwant mir allerdings drohendes Ungemach.

Es muss dabei bleiben: Delegation ja, Substitution nein! Wer einer Substitution ärztlicher Leistungen das Wort redet, verkennt, dass die Ausübung der Heilkunde im umfassenden Sinne dem Arzt vorbehalten ist. Hierzu bedarf es der Approbation als Arzt oder einer ärztlichen Berufserlaubnis. Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten,

Therapieentscheidung und Durchführung invasiver Therapien inklusive der Kernleistungen operativer Eingriffe stehen unter Arztvorbehalt und sind nicht substituionsfähig.

Wer den Anschein erwecken möchte, dass ein Physician Assistant, ein Physiotherapeut oder eine studierte Pflegekraft hier tätig werden darf, verkennt den Anspruch und die Verantwortung des ärztlichen Berufs. Wer suggeriert, dass ein „Arzt light“ mit Bachelorabschluss den Patienten so versorgen kann wie ein Facharzt mit sechs Jahren Studium und durchschnittlich sechsjähriger Weiterbildung, der wirft mit Nebelkerzen. Hier geht es nicht um eine Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung, sondern hier geht es um Sparmaßnahmen.

Ganz abgesehen davon: Gerade die Pflege kann wegen des dort ebenfalls existierenden Personalmangels keine weiteren Aufgaben übernehmen – ob nun per Delegation oder gar Substitution. Die Entwicklung neuer Gesundheitsberufe ist kein Heilmittel. Im Gegenteil, immer mehr Berufe schaffen immer mehr Schnittstellen und erhöhen zudem den Druck auf das Gesamtbudget, das sicher deswegen nicht aufgestockt wird. Das Interesse am Arztberuf ist immer noch sehr hoch. Der Staat muss jetzt mehr Studienplätze zur Verfügung stellen, damit in ca. zwölf Jahren erstmals wieder mehr Fachärztinnen und -ärzte für unsere Bevölkerung zur Verfügung stehen. Bis dahin müssen wir uns in der Tat anstrengen, alle Entlastungsmöglichkeiten für Ärzte zu nutzen, sei es per Delegation, per Verminderung unnötiger Bürokratie oder verbesserter Prävention.

Die Überarbeitung der Musterweiterbildungsordnung ist nicht ohne Grund ein so langwieriges Unterfangen, denn mit ihr werden die Weichen für die Zukunft gestellt. Die Festlegung der ärztlichen Weiterbildung, eine aus gutem Grund hoheitliche Aufgabe der Landesärztekammern, verdient jede Mühe, denn es geht um die künftige Qualität der Patientenbehandlung. Eine vergleichbare Sorgfalt und Augenmaß bei der Reformierung des Medizinstudiums, aber auch der Weiterentwicklung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe muss auch der Gesetzgeber walten lassen.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

– Präsident –

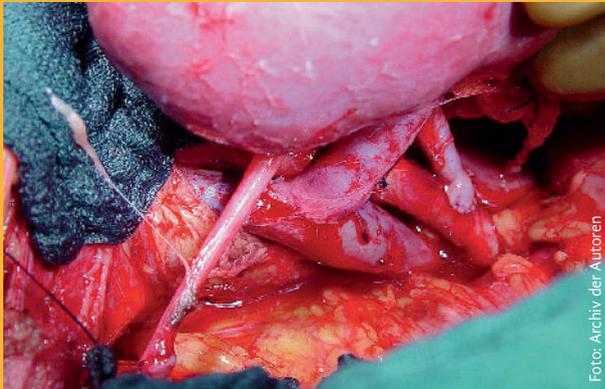


Foto: Archiv der Autoren

Schwerpunkt Niere

Im Nachgang zum Themenheft Transplantation (04/2017) informiert die zertifizierte Fortbildung in dieser Ausgabe rund um das Thema Nierentransplantation inklusive Lebendspende. Außerdem behandeln zwei Beiträge das Problem der Industrialisierung in der Medizin am Beispiel der Behandlung von Nierenleiden.

270/277/278



Foto: Katja Mährle

12. ordentliche Delegiertenversammlung

Während sich draußen der Frühling ankündigt, beriet das hessische Ärzteparlament Ende März in Bad Nauheim u. a. über die neue (Muster-) Weiterbildungsordnung und die Unterbrechung von Weiterbildungszeiten. Für heftige Diskussionen sorgte außerdem die Einführung der Zusatz-Weiterbildung Ambulante Geriatrie.

262

Editorial: Masterplan Medizinstudium 2020	259
Ärztchammer	
12. ordentliche Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen	262
GOÄ – Zwischenbilanz und Ausblick	282
Sechster Hessischer Asylkonvent der Landesregierung	303
Aus dem Versorgungswerk: Bericht des Versorgungswerkes	266
Im Gespräch mit der neuen KVH-Spitze Frank Dastych und Dr. med. Eckhard Starke	267
Junge Ärztinnen und Ärzte	
Zwei Kompetenzzentren in Hessen unterstützen die Weiterbildung Allgemeinmedizin	292
Ansichten und Einsichten	
Der leitende Arzt - leitend oder leidend?	300

Schwerpunkt Niere

■ Nierentransplantation inklusive Lebendspende	270
■ Leid mindern kann nur der kompetente Arzt! Sorge über die Industrialisierung in der Medizin	277
■ „Mensch ist nicht Maschine“ - Interview mit Dr. med. Michael Daschner	278



Foto: Katja Wöhrl

Im Gespräch mit dem neuen Vorstand der KVH
Seit Anfang des Jahres bilden Frank Dastych und Dr. med. Eckhard Starke die neue Spitze der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Im Gespräch mit dem Hessischen Ärzteblatt sprachen beide unter anderem über Perspektiven der Zusammenarbeit zwischen der KVH und der Landesärztekammer Hessen.

267



Foto: Philipps-Universität Marburg

Emil von Behring im Porträt

Der Arzt und Wissenschaftler Emil von Behring (1854 – 1917) widmete sein Leben der Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Mit seiner Forschung und der Entwicklung einer Diphtherie-Immunität war er so erfolgreich, dass er 1901 mit dem erstmals vergebenen Nobelpreis für Medizin geehrt wurde.

294

Aus den Bezirksärztekammern

150 Jahre Medizinische Gesellschaft Bad Homburg	280
Informations- und Willkommensabend in der BEZÄK Kassel	281
„Lassen Sie uns miteinander reden“ - Informationsveranstaltung des Ärzte Clubs Wiesbaden	299

Mensch und Gesundheit

Porträt über Emil von Behring, erster Nobelpreisträger für Medizin	294
Cannabis: „Was man weiß, was man wissen sollte“	296

Recht: Gastritis - oder mehr?	298
--------------------------------------------	-----

Leserbriefe	302
Personalia	301
Impressum	306

Bekanntmachungen

■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	304
■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	284
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	290



12. ordentliche Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

Zum ersten Mal in diesem Jahr lag ein Hauch von Frühling in der Luft, als die Delegierten am 25. März in Bad Nauheim eintrafen. Während draußen der blaue Himmel Aufbruchsstimmung verbreitete, wartete im Fortbildungszentrum ein umfangreiches Programm auf das hessische Ärzteparlament.

Vorrang nationaler Gesetzgebung

Vom Makro- zum Mikrokosmos: In seinem Lagebericht schlug Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach einen Bogen von der Europäischen Union, über Bundes- und Landes-themen bis zur Landesärztekammer Hessen. Am Beginn stand eine erfreuliche Nachricht: „Wir haben es bisher geschafft, die auf europäischer Ebene entwickelten Normen von Gesundheitsdienstleistungen abzuschmettern.“ Noch ist die Gefahr allerdings nicht gebannt: Während mittlerweile auch das Deutsche Institut für Normung e. V. (DIN) die Normung von Gesundheitsdienstleistungen klar ablehne, habe das Europäische Komitee für Normung (CEN) eine „Healthcare Services Focus Group“ gegründet, die Möglichkeiten ausloten soll, Gesundheitsdienstleistungen zu normieren. Von Knoblauch zu Hatzbach wies jedoch auf den im Januar 2017 im Europäischen Parlament eingebrachten Initiativbericht zur Europäischen Normung hin, der den Vorrang nationaler Gesetzgebung vor Normung und die Bedeutung des Gesundheitsschutzes betont.



Foto: Caroline McKenny

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Entwicklungen auf Bundesebene

Zu den bundespolitischen Themen, über die der Kammerpräsident informierte, zählte u. a. das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung, das am 16. Februar vom Deutschen Bundestag beschlossen wurde und in großen Teilen bereits im darauffolgenden Monat in Kraft trat. „Das Gesetz regelt unter anderem, dass Ärzte, die in Nebentätigkeit als Notärzte im Rettungsdienst tätig sind, von der Beitragspflicht zur Sozialversicherung befreit werden“, hob von Knoblauch zu Hatzbach hervor. Auch das Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung war Thema des Lageberichts des Präsidenten. Dieses wird voraussichtlich in wesentlichen Teilen im April 2017 in Kraft treten.

Dauerbrenner im Gespräch: GOÄ und Medizinstudium 2020

Am 26. Januar fand eine Auftaktveranstaltung mit ärztlichen Verbänden zur Bewertung der GOÄ neu statt, in deren Rahmen u. a. die Bewertungssystematik erläutert worden sei, berichtete von Knoblauch zu Hatzbach. In Gesprächen mit dem PKV-Verband am 6. und 7. Februar habe der größte Teil der Leistungslegendierung besprochen werden können. „Geplant ist, auf dem 120. Deutschen Ärztetag den Sachstand zur Bearbeitung des Leistungsverzeichnisses darzustellen“, kündigte der Ärztekammerpräsident an.

Für viele trägt das Projekt die Züge einer unendlichen Geschichte: der Masterplan Medizinstudium 2020. Zuletzt hatte die Kultusministerkonferenz eine Zustimmung zur Reform aufgrund der ungesicherten Finanzierung zum gegenwärtigen Zeitpunkt abgelehnt. Nun soll wieder Bewegung in den Prozess gekommen sein. Laut Bundesgesundheitsministerium werden die Gespräche zum Masterplan 2020 fortgeführt, teilte von Knoblauch zu Hatzbach mit. So soll die flächendeckende Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten vorangetrieben und das praktische Jahr künftig in Quartale unterteilt werden, von denen die Medizinstudierenden eines verpflichtend in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung leisten müssen. Die Allgemeinmedizin wird verpflichtendes Prüfungsfach im dritten Staatsexamen.

Zuspruch für Stellungnahme zum PsychKHG

Und was gab es Neues in Hessen? Am 28. Dezember 2016 trat das Zehnte Gesetz zur Änderung des Heilberufsgesetzes in Hessen in Kraft. Auch der Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten – Psychisch-Kranken-Hilfegesetz (PsychKHG) ist offensichtlich auf einem guten Weg. Bei der Ausschussanhörung im Hessischen Land-

Mandatsniederlegung und Nachfolge von Sitzen in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen für die Wahlperiode 2013–2018

Mandatsverzicht	mit Datum vom:	Nachrücker
Dr. med. Gerd Zimmermann Liste 8 Die Hausärzte (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie)	22.03.2017	Dr. med. Wolfgang Seher Liste 8 Die Hausärzte (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie)

tag am 12. Januar 2017 sei die Stellungnahme der Landesärztekammer allseits auf „den größten Zuspruch“ gestoßen, sagte von Knoblauch zu Hatzbach.

Außerdem setze man sich auf Landesebene derzeit mit dem großen bürokratischen Aufwand auseinander, mit dem sich viele Ärztinnen und Ärzte in Hessen aufgrund ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit für Flüchtlinge konfrontiert sehen. Ein aufwendiges Statusfeststellungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung (DRV) sei eine enorme Belastung für die Helfer. „Viele engagierte Kolleginnen und Kollegen setzen sich in den hessischen Erstaufnahmeeinrichtungen für die medizinische Versorgung von Flüchtlingen ein. Sie leisten hervorragende Arbeit und dafür möchte ich ihnen danken. Die Bürokratie, der sie sich nun stellen müssen, ist unzumutbar“, so der hessische Ärztekammerpräsident. Man habe das Thema im Präsidium behandelt und könne auch auf die Unterstützung des Hessischen Ministers für Soziales und Integration, Stefan Grüttner, bauen. Bislang zeige sich die DRV diesbezüglich jedoch nicht einsichtig.

Künftiger Verwaltungssitz

Da der Mietvertrag der bisherigen Räumlichkeiten der Landesärztekammer Hessen im Nordwesten Frankfurts im Frühjahr 2019 ausläuft, diskutierten die Delegierten ausführlich über den künftigen Verwaltungssitz der Körperschaft. Das Präsidium wurde beauftragt, Verhandlungen zu führen und Verträge zu schließen.

Kompetenzen im Fokus der neuen (Muster-) Weiterbildungsordnung

Über den aktuellen Stand zur Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) berichteten der Leiter der Weiterbildungsabteilung der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Viktor Karnosky, und Dr. med. Klaus König, Leiter der Weiterbildungskommission der LÄKH. „Bei der Überarbeitung der Weiterbildungsordnung stehen vor allem die Kompetenzen, das heißt die Weiterbildungsinhalte, im Fokus“, so Karnosky. Während die Dokumentation im Rahmen der Weiterbildung bislang in Papierform erfolgt, wird künftig auf eine elektronische Lö-



Vizepräsidentin Monika Buchalik

sung gesetzt: In einem E-Logbuch sollen Fortschritte kontinuierlich und zeitnah dokumentiert werden. Eine Voraussetzung dafür sei die Konkretisierung und die Bundeseinheitlichkeit der Weiterbildungsinhalte, so würde der Wechsel zwischen Kammern und Weiterbildungsstätten für die Ärzte in Weiterbildung erleichtert, erläuterte Karnosky.

Durch den neuen Dokumentationsweg würden auch Veränderungen auf die Weiterbildungsbefugten zukommen, so die Referenten. Künftig solle die Bescheinigung über das Können des ärztlichen Nachwuchses durch die Einschätzung des Ausbilders erfolgen, dessen Verantwortung somit gestärkt wird. „In den Logbü-

chern werden Dokumentation und Arbeitsschritte klar geregelt. Die Inhalte sind bislang allerdings noch nicht vollständig erarbeitet“, so König.

Für Ärzte, die bereits im Berufsleben stehen, soll die MWBO Möglichkeiten zu berufsbegleitenden Weiterbildungen schaffen, sodass Nachqualifizierungen ohne Unterbrechung der Erwerbsbiografie möglich werden. Die berufsbegleitende Weiterbildung soll sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich möglich sein und in Form von Hospitationen, Kurs-Weiterbildungen, Fallseminaren oder Falldokumentationen erfolgen.

Änderung von Rechtsquellen der Landesärztekammer

Als „schwer verdauliches Konvolut“ bezeichnete Justitiar Manuel Maier die Unterlagen zur vorgelegten Änderung der Satzung der Ethik-Kommission. Diese war durch eine in Kraft getretene Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln, das Vierte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften sowie das am 28. Dezember 2016 in Kraft getretene Heilberufsgesetz notwendig geworden. Bei der Humanarzneimittelverordnung gebe es ein völlig

Weiterbildungsabteilung der LÄKH unter neuer Leitung

Zum 1. April 2017 trat André Zolg (Foto) die Nachfolge des in den Ruhestand verabschiedeten Dr. med. Viktor Karnosky als Leiter der Weiterbildungsabteilung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) an. Nach seinem Studium der Humanmedizin an den Universitäten Heidelberg und Leipzig und der Approbation 2005 nahm Zolg seine ärztliche Tätigkeit in den Gebieten Psychiatrie und Neurologie auf. Im Jahr 2012 wechselte er in die Weiterbildungsabteilung der Landesärztekammer Hessen. In den kommenden Jahren absol-



Foto: Kaja Kölsch

vierte Zolg neben seiner beruflichen Tätigkeit die Zusatz – Weiterbildung und den (Online-) Aufbaustudiengang Medizinische Informatik, den er mit einem Master of Science abschloss. Bevor er sich ab 2016 wieder vollständig seiner Arbeit in der Weiterbildungsabteilung widmete, übernahm Zolg zwischenzeitlich die kommissarische Leitung der Abteilung Zentrales Mitgliederdatenmanagement der LÄKH. Als frischgebackener Leiter der Weiterbildungsabteilung freut er sich nun auf neue Herausforderungen.

neues Verfahren, das mit dem jetzigen Verfahren der Ethikkommission nicht mehr vereinbar ist, erläuterte Maier. Die Ethikkommission erteile keinen Bescheid mehr, sondern eine Bewertung. „Wir wollen die Satzung der Ethik-Kommission fit machen für dieses neue Verfahren.“ Bei einzelnen Enthaltungen wurde die Änderung ebenso einstimmig angenommen wie die Änderung der Meldeordnung. Sie musste erfolgen, da das Heilberufsgesetz den Katalog der an die Gesundheitsämter zu meldenden Daten der Kammer erweitert und die Weitergabe von Adressen zwecks Kammerwahl-Listenwerbung geregelt hat.

Unterbrechung von Weiterbildungszeiten neu geregelt

Die erste der beiden vorgetragenen Änderungen der Weiterbildungsordnung erwies sich als unstrittig: Im Paragrafenteil war § 4 Abs. 4 nach Satz 4 der Passus zur Spezifizierung von auf die Weiterbildung anrechenbaren Fehlzeiten neu zu fassen. Bisher sei es so, dass Fehlzeiten/Unterbrechungszeiten nicht auf die Weiterbildungszeiten angerechnet worden seien, erläuterte Maier. „Damit verleiten wir die Weiterbilder dazu, etwas Falsches zu unterzeichnen.“ Die Delegierten beschlossen

den Antrag des Präsidiums mit einer von Wolf Eckert (Die Hausärzte) eingebrachten Wortlautänderung ohne inhaltliche Veränderung: „Eine Unterbrechung der Weiterbildung sowie Zeiten, in denen eine Weiterbildung nicht erfolgt, können nicht als Weiterbildungszeit angerechnet werden. Dies gilt nicht für Unterbrechungen von insgesamt nicht mehr als sechs Wochen im Kalenderjahr wegen Krankheit, Schwangerschaft, Elternzeit, Betreuungszeit und Wehrdienst. Bei Weiterbildungsabschnitten unterhalb von zwölf Monaten innerhalb eines Kalenderjahres gilt diese Regelung anteilig. Tariflicher Erholungsurlaub stellt keine Unterbrechung dar.“

Heftige Debatten über Zusatz-Weiterbildung Ambulante Geriatrie

„Warum sollten wir eine Zusatz-Weiterbildung Ambulante Geriatrie einführen? Dabei geht es doch nur darum, eine Abrechnungsart der KV umzusetzen“, argumentierte Armin Beck (Die Hausärzte) in der hitzigen Diskussion um einen Antrag zur Einführung der genannten Zusatz-Weiterbildung. „Sie betrifft den Kernbereich der Hausärzte“, unterstützte Michael Andor (Die Hausärzte) seinen Kolle-

gen: „Jeder Arzt muss in der Lage sein, die Erkrankungen seines Fachgebietes altersadäquat behandeln zu können.“ Auf das Argument aus den Reihen der Hausärzte, die Zusatz-Weiterbildung sei überflüssig und existiere auch im Rest der Bundesrepublik nicht, entgegnete Dr. med. Edgar Pinkowski (Die Fachärzte), dass es diese sehr wohl bereits in Rheinland-Pfalz gebe. Außerdem würde sie das Tun der Hausärzte nicht beeinträchtigen: „Es geht lediglich um ein zusätzliches Assessment! Es steht jedem frei, sich diese Bezeichnung anzueignen. Damit die Versorgung in der Breite möglich ist, muss diese Qualifikation zu erwerben sein!“

Eigentlich sei man sich bislang einig darin gewesen, sich nicht nach Abrechnungsmöglichkeiten zu richten, entgegnete Dr. med. Sylvia Mieke. „Und nun weckt plötzliche eine verquere Politik der KV die Begehrlichkeit nach einer solchen Bezeichnung, und wir bedienen diesen Willen!“ Die Notwendigkeit einer solchen Bezeichnung solle doch erst einmal begründet werden, forderte Dr. med. Detlev Steininger (Die Hausärzte). Er argumentierte weiter: „Bei den Weiterbildungsinhalten handelt es sich um meinen Alltag! Warum brauche ich eine Zusatzbezeichnung für eine Tätigkeit, die ich täglich ausführe?“

Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen für Rainer Demare

Für seine besonderen Verdienste um die hessische Ärzteschaft ist Rainer Demare am 13. März 2017 mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen ausgezeichnet worden. In seiner Laudatio dankte Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach dem langjährigen Dozenten der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und der Carl-Oelemann-Schule für seine herausragenden Leistungen. Demare, Jahrgang 1943, war beruflich zuletzt bis Ende 2005 stellvertretender Geschäftsstellenleiter der Deutschen Unfallversicherung Landesverband Mitte. Seit 1998 lehrt er an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen und betreut



Rainer Demare (links) und Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (rechts)

dort seit 2006 die Weiterbildungskurse für Arbeitsmedizin. An der Überarbeitung des Kurses in den beiden vergangenen Jahren war er neben den ärztlichen Leitern maßgeblich beteiligt. „Sie sind für

die angehenden Arbeitsmediziner im Kurs stets ein wertvoller Ansprechpartner und eine wichtige Brücke von der medizinischen Theorie in den praktischen Arbeitsalltag“, hob von Knoblauch zu Hatzbach hervor.

Von 2002 bis 2015 war Demare außerdem als Seminarleiter und Dozent der Fortbildungen für arbeitsmedizinisches Assistenzpersonal und Dozent in der Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/in für ambulante med. Versorgung“ an der Carl-Oelemann-Schule tätig und trug gemeinsam mit Dr. med. Dieter Kobosil maßgeblich zur Entwicklung eines Curriculums für die Medizinischen Fachangestellten bei.

Katja Möhrle

„Bei dieser Zusatz-Weiterbildung handelt es sich um eine sinnvolle Geschichte“, erwiderte Dr. med. Wolf Andreas Fach. „Die Inhaltlichkeit muss im Fokus stehen. Intensiveres geriatrisches Assessment ist notwendig und kann im Rahmen dieser Weiterbildung in einer überschaubaren Zeit erworben werden. Die Vergütung der KV sollte hier keine Rolle spielen. Es geht um die Interessen der hessischen Ärzteschaft!“

Nach kontroversen Diskussionen, die durch einen Geschäftsordnungsantrag von Yvonne Jäger (Marburger Bund) beendet wurden, hat die Mehrheit der Delegierten der Landesärztekammer letztlich beschlossen, die Zusatz-Weiterbildung „Ambulante Geriatrie“ in die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen aufzunehmen.

Die Zusatzweiterbildung „Ambulante Geriatrie“ qualifiziert für das spezielle geriatrische Assessment in der ambulanten Versorgung. Sie kann einerseits auf der Grundlage von zwölf Monaten klinischer Weiterbildung zuzüglich einem 60-stündigen Kurs nach Curriculum der Bundesärztekammer erworben werden. Andererseits können Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Physikalisch-rehabilitative Medizin, die bereits in der Facharztweiterbildung geriatrische Inhalte erworben haben, berufsbegleitend nach 60 Stunden Kurs und 100 Stunden definierter Fallseminare und Hospitationen das gleiche Ziel erreichen. Die bisherige, schwerpunktmäßig auf die Versorgung im Krankenhaus ausgerichtete Zusatzweiterbildung „Geriatrie“ mit dem Erfordernis von 18 Monaten stationärer Weiterbildungszeit bleibt unverändert erhalten.

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

„Ein paar Aspekte unserer Arbeit aus dem Jahr 2016 würde ich an dieser Stelle gerne besonders hervorheben“, kündigte Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth, Vorsitzender der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, zu Beginn seines Vortrags zum Jahresbericht der Akademie an. Zu diesen Aspekten gehöre unter anderem die Einrichtung des Antibiotic Stewardship-Kurses (ABS), in dem es um den



Foto: Caroline McKenney

Dr. med. Wolf Andreas Fach

rationalen Umgang mit Antibiotika in der stationären Medizin geht. „Wir halten es für absolut notwendig, den hessischen Ärztinnen und Ärzten den Zugang zu einem so wichtigen Kurs zu ermöglichen“, so Genth. Die Einführung habe intensive und konstruktive Gespräche mit der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) erfordert, die letztlich ermöglicht habe, dass Hessen als erste Landesärztekammer einen vollständigen Kurs mit Zustimmung der DGI anbieten kann. „Wir sind stolz darauf, dass hessische Hygieniker und Infektiologen diese große Aufgabe übernehmen und eine solche Fortbildung auf den Weg gebracht haben“, betonte Genth. Weiterhin habe man auch 2016 alle Kurse evaluiert, um herauszufinden, was die Teilnehmenden sich von der Akademie erhoffen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich

38 Prozent der Befragten wünschen, dass die Kursinhalte ihnen zur Übernahme einer besonderen Qualifikation dienen, 25 Prozent wählen Kurse mit Zusatzweiterbildungsinhalten. Ein ebenso großer Anteil entscheidet sich für Angebote, die bestimmte Abrechnungsmodalitäten ermöglichen. „Insgesamt weist die Akademie für das Jahr 2016 sehr ordentliche Leistungszahlen auf“, resümierte Genth. Die Veranstaltungszahlen seien sehr stabil, ebenso wie die Teilnehmerzahlen, und die Stundenanzahl gehe in die Höhe.

Für das Jahr 2017 kündigte der Vorstandsvorsitzende der Akademie unter anderem an, die Zusammenarbeit mit Vorstand und Sachverständigen zu aktivieren und das Kursangebot insbesondere auf die Bedürfnisse junger Kolleginnen und Kollegen bzw. Berufseinsteiger abzustimmen. Dazu solle insbesondere der Austausch mit Weiterbildern in den Fokus gerückt werden, um herauszufinden, wo Inhalte „liegen bleiben“ und an die Veränderungen in der Medizin angepasst werden müssen. „Auch in 2017 hat die Akademie also ein volles Programm“, so Genth.

Nach einem abwechslungsreichen und intensiven Tag endete die Delegiertenversammlung am Abend. Mit den Worten: „Ich möchte Ihnen danken für Ihre Ausdauer und wünsche Ihnen einen schönen Restwochenende“, schloss der hessische Ärztekammerpräsident die Veranstaltung.

Katja Möhrle
Caroline McKenney

Anzeige

Bericht des Versorgungswerkes

Einleitend berichtete Dr. med. Brigitte Ende, Vorsitzende des Vorstandes, auf der Delegiertenversammlung am 25.03.2017 über die vergangene Legislaturperiode. Zentrale Herausforderungen ergaben sich dabei für das Versorgungswerk unter anderem durch Änderungen bei der Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft in der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und ein neues Rentenangebot.

Neue Regeln für die Befreiung von der DRV

Die Urteile des Bundessozialgerichtes aus dem Jahr 2012 zur Befreiung von der DRV haben zu neuen Abläufen und Aufgaben für das Versorgungswerk geführt. Angestellte Mediziner müssen nun, im Gegensatz zur früher üblichen Praxis, bei jedem Tätigkeitswechsel einen neuen Befreiungsantrag stellen. Dabei sollte darauf geachtet werden, diesen innerhalb von drei Monaten ab Tätigkeitsbeginn zu stellen, damit die Befreiung auch ab diesem Zeitpunkt erfolgt. Dies erfordert die aktive und fristgerechte Mitarbeit der Mitglieder ebenso wie die des Versorgungswerkes, das bei jedem Arbeitsplatzwechsel eine Prüfung über die ärztliche Tätigkeit vornehmen muss und sich ggf. mit der Kammer abstimmt. Kurzzeitverträge, komplexe Funktionsbeschreibungen und Anstellungen außerhalb von klassischen ärztlichen Arbeitsfeldern erfordern dabei erhöhten Aufwand, um die Mitglieder, wo immer möglich, bei der Befreiung zu unterstützen.

Einstieg in die Anlageklasse Infrastruktur

Ebenfalls in die letzten fünf Jahre fällt eine Umstrukturierung der Kapitalanlagen des Versorgungswerkes als Reaktion auf die anhaltende Niedrigzinspolitik. Vor diesem Hintergrund war es bereits 2011 erforderlich, neue Geldanlagen zu prüfen und in Folge einzuführen. Der Anteil an festverzinslichen Wertpapieren, vor 2011 mit über 75 Prozent [%] eine feste Größe in der Anlagestrategie des Versorgungswerkes, wurde zugunsten mehr Diversifika-

tion gesenkt. Bereits 2013 wurde mit Anlagen in Infrastruktur begonnen. Weiterhin wurde die Immobilienquote auf aktuell 7,4 % erhöht und der Anteil der Fondsanlagen auf jetzt 23,9 % aufgestockt. Rund 14 % aller Kapitalanlagen entfallen inzwischen auf Aktien. Um die damit verbundenen höheren Risiken tragen zu können, wurde das Eigenkapital des Versorgungswerkes erhöht und betrug im Jahre 2015 bereits 389 Mio. € (2011: 298 Mio. €). Entsprechend stieg der relative Anteil des Eigenkapitals im Verhältnis zur Deckungsrückstellung im gleichen Zeitraum von 4,6% auf 4,9%.

Absenkung des bilanziellen Rechnungszinses

Eine weitere Maßnahme zur Sicherung der Versorgung war die Verständigung auf eine Absenkung des bilanziellen Rechnungszinses. Als mittelfristiges Ziel wurde dabei ein Wert von 3,5 % festgelegt. Während sich

der bilanzielle Rechnungszins 2011 noch auf 3,85 % belief, konnte er bis 2015 auf 3,58 % abgesenkt werden und wird im Geschäftsjahr 2016 weiter auf 3,55% reduziert. Damit verbunden ist im Gegenzug eine Verstärkung der Deckungsrückstellung um insgesamt rund 730 Mio. €.

Flexibilisierung des Renteneintritts durch Teilrente

Für Mitglieder des Versorgungswerkes ist es seit 2015 möglich, ihre Anwartschaft anteilig (30, 50 oder 70 %) in eine vorgezogene Rente umzuwandeln. Auf die verbliebene Anwartschaft können weiterhin Beiträge eingezahlt werden. Die Teilrente kann frühestens mit Vollendung des 60. bzw. 62. (bei Begründung der Mitgliedschaft ab dem 01.01.2012) in Anspruch genommen werden.

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

Die Delegiertenversammlung wählt neuen Vorstand



In geheimer Wahl wurde der neue Vorstand des Versorgungswerkes für die Wahlperiode 2017 – 2022 gewählt. Der hessische Ärztekammerpräsident (links) und die Vizepräsidenten (3.v.l.) verabschiedeten Dr. med. Sabine Olischläger (2.v.l.) aus dem Vorstand des Versorgungswerkes und gratulierten den neuen Mitgliedern (ab 4.v.l.): Dr. med. Detlev Steininger, Dr. med. Brigitte Ende, Dr. med. Susan Trittmacher, Dr. med. Matthias Moreth, Dr. med. Alfred Möhrle, Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg und Angelika Bayer.



Neuer Vorstandsvorsitzender ist Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg, seine Stellvertretung wird Dr. med. Susan Trittmacher übernehmen.

„Wir müssen in Hessen überlegen, wo Kammer und KV gemeinsam hinwollen“

Im Gespräch mit der neuen KVH-Spitze Frank Dastych und Dr. Eckhard Starke

Bodentiefe, hochformatige Fenster prägen die Fassade des neuen Gebäudes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) im Frankfurter Europaviertel. Auch im Inneren erwartet den Besucher ein modernes Architekturkonzept. Büros und Sitzungssäle sind durchgestylt; auf den Schreibtischen herrscht die sogenannte „clean desk policy“. Aufgeräumt war auch die Atmosphäre bei dem Gespräch des Hessischen Ärzteblattes mit den beiden neu gewählten KVH-Chefs. Am 11. Januar 2017 wurde Frank Dastych, Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde aus Bad Arolsen auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung im Amt des Vorsitzenden des Vorstandes bestätigt; stellvertretender Vorstandsvorsitzender für die neue Legislaturperiode ist Dr. med. Eckhard Starke, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Offenbach. Er folgt auf Dr. med. Günter Haas, der nicht mehr kandidiert hatte.

Die KV Hessen hat es in den letzten Jahren verstanden, die Interessen der Hausärzte und Fachärzte konstruktiv zu vertreten und gemeinsame Lösungen zu erarbeiten. Was machen Sie anders als die Bundesebene?

Frank Dastych: Wir reden miteinander, und zwar viel. Das war schon so zu meinen Zeiten mit Günter Haas (von 2012 bis 2016 stv. Vorsitzender der KV Hessen, Anm. d. R.). Natürlich hatten wir gelegentlich unterschiedliche Ansichten, aber sie wurden auf der Sachebene besprochen. Auf diese Weise haben wir beide in den gemeinsamen vier Jahren unglaublich viel dazugelernt und Verständnis für die unterschiedlichen Arbeitsstrukturen der anderen Seite entwickelt. Hausärzte haben nämlich völlig andere Strukturen als Fachärzte.

Wenn man hier tiefer eindringt, wird deutlich, dass es trotz dieser Unterschiede überhaupt keine Polarisierung zwischen beiden Bereichen gibt. Mit dem Effekt, dass wir auf der KV-Ebene zusammenge-

fügt haben, was auf der Versorgungsebene schon längst klappt.

Dr. med. Eckhard Starke: Ja, auch im kommunikativen Umgang unterscheiden wir uns von der Bundesebene. Der Vorstand hat eine klare Vorbildfunktion. Wird sich auf dieser Ebene gestritten, führt das in der Vertreterversammlung selbstverständlich zu einer Spaltung. Viele Jahre war die Kassenärztliche Bundesvereinigung davon geprägt, dass sich der Vorstand nicht verstand. Anders in Hessen: Die gute Zusammenarbeit der Kollegen Dastych und Haas setzt sich auch heute unter der neuen Vorstandsspitze fort und ist Ergebnis eines Vertrauensprozesses, der schon vor langer Zeit eingesetzt hat. Unsere Einigkeit hier in Hessen färbt auf die Vertreterversammlung ab und wirkt damit auch in die Ärzöffentlichkeit hinein.

Dastych: Es kann keine Mehrheiten geben, wenn man die andere Versorgungsebene ausgrenzt. Wir haben uns als Fachärzte relativ schnell vom Wahlerfolg losgelöst und sind auf die Hausärzte zugegangen. Was die Sachpositionen angeht, spielen die Mehrheitsverhältnisse ohnehin keine Rolle. Wir können mit jedem eine Koalition bilden, der eine sachorientierte Politik betreibt. Vor zwölf Jahren war der hessische Hausärzterverband noch eine Kampftruppe. Heute, mit Armin Beck und Eckhard Starke, kommen wir bestens miteinander aus: Es menschtelt auf der Vertreterversammlung.

Sie sprechen ein wichtiges Thema an: Die deutsche Ärzteschaft kann nur erfolgreich sein, wenn sie möglichst geschlossen auftritt. Sehen Sie hier in der Zusammenarbeit von KV und Landesärztekammer weiteres Verbesserungspotential?

Starke: Ich sehe zunächst die Notwendigkeit, dass wir innerhalb der Landesärztekammer darüber reden, was die ambulante und die stationäre Ebene voneinander unterscheidet. Es gibt Dinge, die von Klini-

ken nicht so gut gemacht werden können, wie von Niedergelassenen und umgekehrt. Wenn ich als Kliniker auf die Ebene der ambulanten Versorgung gehe, sind bestimmte Regeln zu berücksichtigen. Die Landesärztekammer muss eine Plattform bieten, auf der geklärt wird, wo die Probleme in beiden Bereichen liegen. Die Krankenhäuser machen die ambulante Versorgung anders als wir Niedergelassene. So braucht beispielsweise nicht jeder Patient mit Rückenschmerzen ein CT, aber viele Kliniken bieten das in der Zeit der Bereitschaftsdienste an. Die Kosten dafür sprengen auf Dauer das Gesundheitssystem.

Dastych: Aber es geht auch um das jeweilige Rollenverständnis. Wenn uns die Kammerwelt bewusst Knüppel zwischen die Beine wirft, werde ich richtig sauer. Ein Beispiel dafür ist, wie lange die Landesärztekammer gebraucht hat, um die Entscheidung für die Einführung des Elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) zu verabschieden. Dabei waren wir uns schon vor über zwei Jahren mit dem Unternehmen Medisign über die Konditionen einig. Eigentlich sollten sich Kammer und KV bei neuen Gesetzesregelungen gegenseitig unterstützen. Das Verständnis der Schwesternkorperschaft müsste so sein: Wenn die KV-Welt das braucht, liefern wir es. Dadurch, wie die Dinge nun tatsächlich gelaufen sind, ist der elektronische Heilberufsausweis in Hessen jetzt faktisch tot. Wenn uns außerdem kommuniziert wird, dass die Landesärztekammer alleine für die Weiterbildung zuständig ist, besteht grundsätzlicher Diskussionsbedarf. Hier sind Grundfragen des Selbstverständnisses betroffen. Wenn wir Ärzte nicht mehr zusammenstehen – nach dem Motto „Da oben Kammer, da unten KV“ – ist das ein Worst Case Scenario.

Starke: Ich bedauere sehr, dass es zwischen Kammer und KV noch nicht so gut läuft, wie es laufen könnte. Wir haben die

verschiedenen Ebenen in der Kommunikation noch nicht richtig zusammen gebracht. Das ist das Problem. Wir müssen uns überlegen: Wo wollen wir in Hessen gemeinsam hin?

Dastych: Heute ist die Vertreterversammlung der KV ein Bollwerk des Miteinanders. Die Kommunikation, die der Schlüssel dazu war, brauchen wir auch mit der Kammer. Auf unserer Seite gibt es viel Verständnis für die Rolle und die Souveränität der Landesärztekammer. Für manche Dinge, die die Kammer regeln muss, möchte ich auch gar nicht verantwortlich sein. Aber da, wo wir Überschneidungen haben, da müssen wir mehr miteinander reden und ein größeres gegenseitiges Verständnis aufbringen.

Es gibt auf jeden Fall Verbesserungspotenzial. Ich will Horst Seehofer endlich abstrafen: Er hat nämlich einmal gesagt, er habe Angst, dass sich die Ärzteschaft einmal gemeinsam gegen die Politik stellen werde. Wir wollen beweisen, dass das gelingt.

Was sind Ihre wichtigsten Themen für die nächsten Jahre?

Dastych: An erster Stelle die Nachhaltigkeit. Die ist nötig, wenn man junge Kollegen für die Niederlassung begeistern will. Wir müssen dafür sorgen, dass junge Kollegen in den Strukturen eine Perspektive sehen. Der niedergelassene Hausarzt auf dem Land war und ist für die Versorgung unglaublich wichtig. In den letzten Jahren haben einige Betreiber angefangen, Hausärzte in MVZ zu beschäftigen. Und? Funktioniert das? Nein!

Die Diskussion darüber verunsichert und ist kontraproduktiv, was die Gewinnung von Hausärzten betrifft. Das Gleiche gilt für kleine Krankenhäuser, wenn sie für die ambulante Versorgung geöffnet werden sollen. Ja, was sollen die denn dann machen? Sie müssten ja voll in die hausärztliche Versorgung gehen. Völlig unrealistisch.

Starke: Wir sind angetreten, um die Kommunikation nach außen zu verbessern. Die Politik neigt dazu, alles in einen Topf zu werfen und wenn nachher die Suppe nicht schmeckt, der KV die Schuld daran zu geben.



Frank Dastych (55) ist Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Vorstandsvorsitzender der KV Hessen.

Sehen Sie die hausärztlichen Interessen in der KV ausreichend vertreten?

Starke: Ja, die sehe ich gut und ausreichend vertreten.

Die Wechselwirkungen von KV-Recht und Weiterbildungsrecht nehmen zu. Ist es sinnvoll, dass sich KV und Kammer hier noch besser abstimmen?

Dastych: Wenn es hier Regularien gibt, die Inhalte und Strukturen der Weiterbildung auch im ambulanten Bereich betreffen, bin ich nach wie vor der Meinung, dass die Kammer die Inhalte festlegen sollte.

Starke: Das kann ich nur unterstreichen. Die Zusammenarbeit und Kommunikation muss den praktischen Aspekten angepasst werden. Auch müssen wir dem Eindruck entgegen wirken, dass beide Körperschaften zentral von oben verwaltet werden. Seit über zehn Jahren ist überfällig, dass in der Weiterbildungsordnung zwischen ambulanter und stationärer Weiterbildung unterschieden wird.

Dies soll aber in der neuen Weiterbildungsordnung anders aussehen.

Dastych: Dann muss auch die KV in die Diskussion mit einbezogen werden. Unser Input betrifft die Strukturen und nicht die Weiterbildungsinhalte.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist auch für Privatärzte verpflichtend. Wie gehen Sie dieses Thema an und wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit von Kammer und KV?

Starke: Wir sind froh, eine Regelung gefunden zu haben, die Privatärzte mit in die



Dr. med. Eckhard Starke (65) ist Facharzt für Allgemeinmedizin aus Offenbach und stellv. Vorstandsvorsitzender der KV Hessen.

Bereitschaftsdienste zu nehmen. Die Zusammenarbeit mit der Kammer ist dabei gut.

Dastych: Bei dem Thema stellen sich allerdings zwei Fragen: Wer sind die Privatärzte überhaupt? Und in welchem Umfang ziehen wir sie zu den Diensten heran?

Aktuell ist die Notaufnahme ein heiß diskutiertes Thema, bei dem sich Differenzen zwischen ambulantem und stationärem Bereich zeigen. Wie kann der von Ihnen vorgeschlagene konstruktive Dialog zwischen Krankenhäusern und Vertretern der Vertragsärzte aussehen?

Starke: Zwischen uns Ärzten werden bestimmte Erfahrungen und Regelungen nicht genügend kommuniziert. Die Notfallversorgung ist im ambulanten und stationären Bereich ganz unterschiedlich geregelt. Öffentliche Auseinandersetzungen sind schlecht, denn sie werden nicht verstanden.

Portalpraxen sind keine ideale Lösung, aber man sollte darüber nachdenken, wie sich Kliniken besser mit Praxen vor Ort abstimmen und zusammenarbeiten. Dann werden sich auch die Patienten daran gewöhnen, wohin sie sich wenden müssen.

Dastych: Es gibt jedoch keine Patentlösung, weil das Problem zu vielschichtig ist. Die Patientenströme haben sich in den letzten zehn Jahren in bestimmte Richtungen entwickelt und wir Niedergelassene haben nicht früh genug interveniert.

Dreh- und Angelpunkt für einen konstruktiven Dialog ist, dass sich alle Akteure da-

rin einig sind, dass es verbindliche Regeln gibt. Wir erwarten aber auch von der Politik, dass sie gegen offensichtliche Fehlentwicklungen mit ihren Mitteln vorgeht.

Wie schätzen Sie die wirtschaftliche Lage der niedergelassenen Ärzte ein; wird die Unternehmertätigkeit ausreichend honoriert?

Dastych: Allenfalls mittelprächtigt in Hessen, und das verursacht zum Teil einen Investitionsstau.

Starke: Wir müssen zusehen, dass wir eine Vergleichbarkeit zwischen ambulant und stationär tätigen Ärzten erreichen.

Dastych: Um einen angestellten Arzt beschäftigen zu können, muss sich die betriebswirtschaftliche Situation einer Praxis entsprechend darstellen. Da muss zumindest ein kleiner Überschuss vorhanden sein.

Junge Ärzte arbeiten heute gerne angestellt und in Teilzeit. Wie stellt sich die KV auf diesen Trend ein?

Starke: Einerseits wird immer wieder von der Work-Life-Balance gesprochen, dabei andererseits aber oft vergessen, dass sich die Rollenverteilung geändert hat. Es ist notwendig, dass wir dieser Entwicklung ambulant und stationär gerecht werden. Ich werbe in diesem Zusammenhang für die Niederlassung, da sie viele Möglichkeiten, auch für Teilzeitarbeit, bietet.

Dastych: Die Gesundheitsprobleme der Menschen haben sich noch nicht so ganz der Work-Life-Balance der jungen Ärztesgeneration angepasst: Sie lassen sich nicht auf 38,5 Stunden pro Woche reduzieren. Wenn man zwei unvereinbare Welten miteinander vereinbaren will, kann man sie nicht so weiter driften lassen, sondern muss über Konsequenzen nachdenken, die sich daraus ergeben. Klar ist: Zwei Halbtagsstellen sind zwei Halbtagsstellen und nur zusammen eine Ganztagsstelle. Auch das Medizinstudium und die Weiterbildung können nicht um die Hälfte gekürzt werden. Wir müssen daher eine Frage an die Gesellschaft richten, die wir selbst nicht beantworten können: Wie viel Medizin wollt ihr?

Wie schätzen Sie die Auswirkungen einer weiteren Ökonomisierung der Medizin ein?

Dastych: So stark, wie sich die Politik derzeit auf die E-Health-Industrie fokussiert, ist der Weg in die totale Ökonomisierung aus meiner Sicht vorgebahnt. Die Strukturen, die sich da abzeichnen, werden das Arzt-Patienten-Verhältnis völlig neu ordnen. Ich bin angesichts dieser Entwicklung extrem pessimistisch, was die Zukunft dieses Verhältnisses betrifft. Leider wird unsere Kritik an der E-Health-Industrie von den Patienten nicht verstanden und wertgeschätzt.

Dass die Kommunikation auf elektronischem Wege verbessert werden kann, ist unstrittig, aber die Sammlung und Abfragemöglichkeit aller Daten ist nicht sinn-

voll. Auch die Annahme, dass alles, was festgestellt wird, auch behandelt werden kann, ist falsch.

Starke: Durch die Feststellung aller Daten lässt sich aus jedem Menschen ein behandlungswürdiger Patient machen. Schon jetzt erleben wir beispielsweise einen Boom psychischer Erkrankungen. Doch hier muss man hinterfragen: Was ist wirklich eine Krankheit und muss behandelt werden und was nicht? Ökonomische Überlegungen dürfen dabei nicht im Vordergrund stehen.

Interview:
Dr. med Peter Zürner
Katja Möhrle

Frank Dastych

Als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ist Frank Dastych in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft sowie als ambulanter Operateur und leitender Arzt der HNO-Abteilung in der Kreisklinik Wolfhagen tätig.

Seit 1998 widmet sich Dastych dem Feld der Berufspolitik. Zunächst als stellvertretender Bezirksvorsitzender der HNO Bezirksgruppe Kassel wird Dastych 2002 deren Bezirksvorsitzender und von 2006 bis 2010 der Landesvorsitzende der Lan-

desgruppe Hessen im Deutschen Berufsverband der HNO-Ärzte. Seit 2001 ist er darüber hinaus als Mitglied der Abgeordnetenversammlung der KV Hessen aktiv und besetzte dort bis zum Jahr 2013 verschiedene Ämter, unter anderem war er Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hessen und Mitglied im Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen Hessen. Seit 2013 ist er der fachärztliche Vorstand der KV Hessen und deren Vorstandsvorsitzender.

Dr. med. Eckhard Starke

Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Hessen, Dr. med. Eckhard Starke, war von 1988 bis 2014 niedergelassen in einer allgemeinmedizinischen Praxis in Offenbach und anschließend bis 2016 als angestellter Arzt tätig, nachdem er die Praxis einem jüngeren Kollegen übergeben hatte.

Seit 1998 hat der Allgemeinmediziner verschiedene berufspolitische Stationen durchlaufen, unter anderem als Delegierter der Landesärztekammer Hessen (2008–2018). Weiterhin war Star-

ke seit 1998 in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen aktiv, deren stellvertretenden Vorsitz er von 2013 bis 2016 innehatte. Seit 2014 ist er Vorsitzender des Palliativausschusses der Landesärztekammer Hessen und seit 2016 Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses angestellte Ärztinnen, Ärzte und Psychotherapeuten KBV. In diesem Jahr wurde der Allgemeinmediziner zum stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der KV Hessen gewählt.

Nierentransplantation inklusive Lebendspende

VNR: 2760602017074070007

Prof. Dr. med. Ingeborg A. Hauser*, Dr. med. Stefan Büttner*, Jürgen Engel*, Dr. med. Tilo Freiwald*, Dr. med. Despina Avaniadi*, Dr. med. Ewelina Sobkowiak*, PD Dr. med. Guido Woeste**, Prof. Dr. med. Helmut Geiger*, Prof. Dr. med. Wolf O. Bechstein**

Fortschritte in der Transplantationsmedizin haben die Nierentransplantation (NTX) zur Therapie der Wahl für Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz gemacht. Unter der gegenwärtig angewandten Standardimmunsuppression liegt die mittlere Transplantatüberlebensrate bei ca. 90 Prozent (%) im ersten Jahr und bei ca. 70–80 % nach fünf Jahren [1–3]. Nicht nur eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Normalisierung der Nierenfunktion wird mit der NTX im Unterschied zur chronischen Dialysebehandlung erreicht, sondern sie ist auch die kostengünstigere Nierenersatztherapie und führt darüber hinaus langfristig zu einer Verbesserung des Patientenüberlebens [4]. Deshalb sollte laut dem Transplantationsgesetz (TPG) und den Richtlinien der Bundesärztekam-

mer jeder prä- bzw. terminal nierenkranke Patient über die Möglichkeit der NTX durch postmortale oder Lebendspende aufgeklärt und für die Warteliste bei Eurotransplant, der Vermittlungsstelle für Organe, evaluiert werden.

Historie

Die erste erfolgreiche NTX wurde 1954 in Boston bei eineiigen Zwillingen durchgeführt. Die Operationsmethode der Implantation der Niere extraperitoneal an die Beckengefäße mit der Implantation des Ureters antirefluxiv in die Blase wurde damals etabliert (siehe Abb. 1). Am Universitätsklinikum Frankfurt (UKF) fand die erste erfolgreiche NTX schon 1968 statt, die erste Lebendspende (LSP) 1973 bei Blutsverwandten, so dass Frankfurt

nicht nur das größte TX-Zentrum Hessens, sondern auch das mit der längsten Erfahrung ist. Einige der in den Pionierjahren transplantierten Patienten haben noch heute ein funktionstüchtiges Organ. Die Transplantationsmedizin hat sich als interdisziplinäres Fach zwischen Chirurgie/Innere Medizin, aber auch Immunologie, Pharmakotherapie Infektiologie, Radiologie und Anästhesie immer weiter entwickelt.

Indikation zur Nierentransplantation

Jeder Patient mit chronischem Nierenversagen, der nach Aufklärung zur Transplantation sein schriftliches Einverständnis gegeben hat, kommt für die Transplantation in Betracht. Es gibt nur wenige absolute Kontraindikationen: Diese sind ein metastastisiertes Malignom, eine aktive, nicht beherrschte Infektion oder eine voraussichtliche Lebenserwartung < zwei Jahre. Höheres Lebensalter per se ist keine Kontraindikation. Wichtig ist, dass der Empfänger in der Nutzen-Risiko-Abwägung von der Transplantation profitiert. Die renale Grunderkrankung stellt keine Kontraindikation dar, wengleich in einigen Fällen ein Rezidiv im Transplantat auftreten kann [5, 6]. Das führt aber nur sehr selten zu einem frühen Transplantatverlust. Um die Organvergabe zu organisieren, werden an den TX-Zentren Wartelisten (WL) geführt. Vor Meldung auf die WL wird der Patient gründlich untersucht, (siehe Tabelle 1: „Untersuchungsprogramm“), um Risikofaktoren zu erkennen bzw. Begleiterkrankungen rechtzeitig zu behandeln. Es erfolgt die Vorstellung im TX-Zentrum (nephrologisch und chirurgisch) zum Aufklä-

Aktuelle Gesamtzahl der Transplantationen seit 1968	
Nierentransplantationen	2635
Nierenlebendspenden	354
Pankreas-Nierentransplantationen	76

Quelle: Aktuelle Eurotransplant-Statistik für das TX-Zentrum Frankfurt

Nierentransplantationen am Universitätsklinikum Frankfurt	
1968	Erste Nieren-Transplantation
1973	Erste Nierenspende
1988	Erste kombinierte Herz-Nierentransplantation
2002	Erste simultane Pankreas- Nierentransplantation
2006	Erste Blutgruppen-inkompatible Lebendspende
2011	Erste laparoskopische Lebendspendernephrektomie

Quelle: eigene Statistik Universitätsklinikum Frankfurt/Main (UKF)

* Medizinische Klinik III, Funktionsbereich Nephrologie am Universitätsklinikum Frankfurt/Main

** Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt/Main

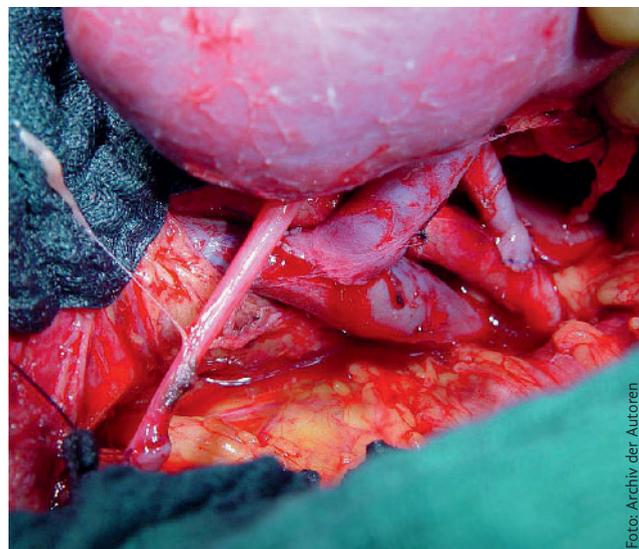
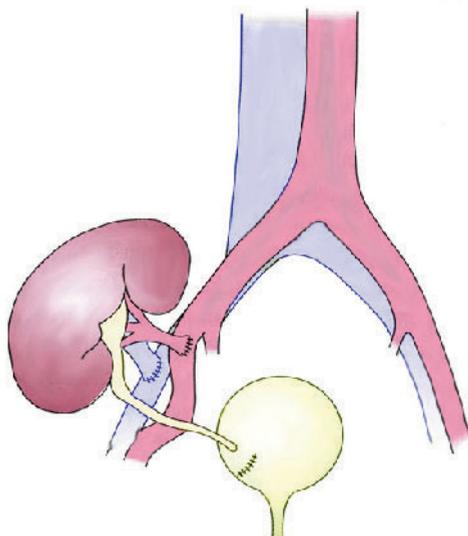


Abb. 1: Implantation der Transplantatniere in die Fossa iliaca (links) [29] und intraoperativer Situs nach Reperfusion (rechts)

zungsgespräch und zur immunologischen Diagnostik (Blutgruppe, HLA-Typisierung, Bestimmung der HLA-Antikörper), die heutzutage sensitive und spezifische Tests (Single-Antigen Bead oder Luminex® Assay) umfasst, die eine bessere Planung der Immunsuppression und Allokation der Organe ermöglichen [7, 8, 9]. Eine schwere Herzerkrankung ist unbedingt auszuschließen, ebenso wie eine hochgradige Verkalkung der Beckenarterien, welche eine Transplantation erschweren oder eine relative Kontraindikation darstellen kann.

Nach Komplettierung aller Unterlagen wird über die Aufnahme auf die Wartelis-

te in der interdisziplinären Nierenwartelistenkonferenz entschieden und mit Unterschriften der verantwortlichen Vertreter (Chirurg, Nephrologe, Anästhesist) autorisiert. Patient und zuweisender Nephrologe erhalten eine Nachricht über die Listung bei Eurotransplant (ET) und es wird von ET eine Wartelistennummer vergeben. Wird, was selten vorkommt, die Aufnahme eines Patienten auf die WL aus medizinischen Gründen abgelehnt, wird die Begründung mitgeteilt. Während der langen Wartezeit auf eine postmortale Spende werden jährliche Updates zum Gesundheitszustand der Patienten erhoben, insbesondere zu Immu-

nisierungsereignissen wie Blut-Transfusionen, dem kardiovaskulären Status oder neu diagnostizierten schwerwiegenden Erkrankungen.

Organvergabe/Allokation

In Deutschland warten aktuell ca. 8.000 Patienten auf eine Niere, ca. 3.000 Patienten werden pro Jahr neu auf die WL aufgenommen, aber es werden nur etwa 2.000 NTX/Jahr auf Grund des Organmangels durchgeführt. Die im Transplantationsgesetz (TPG) festgelegte Vermittlungsstelle der Organe ist ET mit Sitz in Leiden, Niederlande. ET wurde vor 50 Jahren ursprünglich mit acht Mitgliedsländern gegründet, um den Austausch immunologisch möglichst passender Organe zu ermöglichen.

Die Organvergabe erfolgt nach festgelegten Regeln, Hauptkriterien sind: Blutgruppe, Grad der immunologischen Übereinstimmung von Spender und Empfänger (HLA-Match), Wartezeit, die mit dem Datum der ersten Dialyse des Patienten beginnt, Konservierungszeit des Organs und die Länderbilanz. Diese Kriterien sind im Eurotransplant Kidney Allocation System (ETKAS), einem Computer basierendem Algorithmus, hinterlegt. Bei einem Organangebot wird ein Punktwert für jeden Empfänger berechnet und eine Rangliste erstellt. Das gespendete Organ wird einem Empfänger direkt zugeordnet und das jeweilige TX-Zentrum von ET infor-

Tabelle 1: Untersuchungsprogramm für die Aufnahme auf die Warteliste zur NTX am Universitätsklinikum Frankfurt (UKF)

- Anamnese, physikalische Untersuchung, Vitalparameter
- Bestimmung der Blutgruppe, HLA-Typisierung, Screening für HLA-AK und Spezifizierung mittels Lymphozytotoxizitätstest (LCT) und SAB Assay
- Laborscreening (inklusive CRP, PSA, HIV, Hepatitis, CMV, EBV, VZV-Serologie)
- Röntgen-Thorax, Spiral-CT-Becken nativ
- EKG und kardiovaskuläre Abklärung (Ruhe-EKG, Herzecho, Belastungstest, ggf. Koronarangiographie, Gefäßduplex, Angiographie)
- Abdomensonographie, Hämoocult, Koloskopie bei Alter > 50 Jahre
- Vorsorgeuntersuchungen (Gynäkologie)
- urologische Untersuchung bei Risiko urologischer Komplikationen
- Zahnarzt, ggf. HNO, Augenarzt

Quelle: UKF, Funktionsbereich Nephrologie

miert. Die Wartezeit in Deutschland beträgt in diesem Programm im Mittel > 7 Jahre [3].

Für ältere Patienten (Spender und Empfänger über 65 Jahre) gibt es das Eurotransplant-Senior-Programm (ESP), auch „old for old“ genannt. Im ESP wird eine schnelle regionale Verteilung der Organe mit kurzer Ischämiezeit einer optimalen immunologischen Übereinstimmung vorgezogen [10]. Im ESP beträgt die Wartezeit < 3 Jahre. Darüber hinaus gibt es kleinere Sonderprogramme für sogenannte marginale Nieren, die im beschleunigten Vermittlungsverfahren verteilt werden. Ein wichtiges Programm für hochimmunierte Patienten ist das „Acceptable Mismatch“-Programm mit hervorragenden Ergebnissen. Allerdings werden ET-weit nur 2 % derjenigen WL-Patienten akzeptiert, die die geringsten Chancen auf ein immunologisch passendes Organ haben.

Immunologische Voraussetzungen und Testverfahren

Die immunologische Individualität eines Menschen wird über die HLA-Merkmale definiert. Dabei werden historisch gewachsen HLA-A, -B und -DR – Genloci in der Allokation verwendet. Die Gewebekompatibilität wird durch das sog. HLA-Mismatch ausgedrückt, dem Grad der Nicht-Übereinstimmung der HLA-Merkmale von Spender und Empfänger, der Einfluss auf das Langzeit-Transplantatüberleben hat. Es wird aktuell eine Einbeziehung von HLA-C, -DQ und DP bei der Allokation diskutiert. Der Nierentransplantierte benötigt zur Prävention von Abstoßungsreaktionen eine dauerhafte Immunsuppression.

Ein wichtiger immunologischer Test ist das sog. Crossmatch, welches klinisch relevante präformierte, donorspezifische HLA-Antikörper (DSA) detektiert. Präformierte DSA können zu einer hyperakuten Abstoßung mit Thrombose des Organs innerhalb von Minuten führen. Ein positives Crossmatch schließt daher in der Regel eine Nierentransplantation aus [5, 6, 11].

Beim konventionellen Crossmatch werden Spenderlymphozyten, isoliert aus peripherem Blut oder Milz, zum Serum des Empfängers gegeben. In diesem Lymphocyte Cytotoxicity Test (LCT) kann bei Po-

sitivität eine Lyse der Spenderlymphozyten beobachtet werden. Beim virtuellen Crossmatch wird die Spezifität der HLA-Antikörper im Festphasentest (Single antigen bead assay [SAB]) bestimmt [7, 9]. In einem Folgeschritt werden diese Daten mit dem HLA-Typ des Donors verglichen, um zu bestimmen, ob DSA vorliegen. In Zukunft werden die ET-Richtlinien ein virtuelles Crossmatch zur Organallokation als ausreichend anerkennen. Ein konventionelles Transplantationscrossmatch wird bei immunisierten Patienten unmittelbar präoperativ aus aktuellem Serum zusätzlich durchgeführt.

Das herkömmliche Crossmatch ist ein Antikörpersuchtest und berücksichtigt somit nicht die zelluläre Komponente der Immunantwort des Empfängers. Die Nephrologie des UKF nimmt derzeit an einer multizentrischen Studie teil zur Untersuchung des Einflusses präformierter alloreaktiver T-Zellen des Empfängers auf das Ergebnis der Transplantation.

Immunsuppression nach NTX

Als Immunsuppressiva kommen in einer Kombinationstherapie Substanzen zum Einsatz, die mit unterschiedlichen Wirkmechanismen Einfluss auf die zelluläre und humorale Immunantwort nehmen. Der Vorteil der Kombinationstherapie ist es, nicht-immunologische Nebenwirkungen gering zu halten, und in der Summe ein höheres immunsuppressives Potenzial zu erreichen.

Gemäß internationaler Guidelines wird eine vierfach Immunsuppression, die unmittelbar vor der Operation beginnt, durchgeführt [11, 12].

Dazu gehören:

- 1) ein Biologikum zur Induktion, in Abhängigkeit vom Abstoßungsrisiko und Immunisierungsgrad meist ein Antikörper gegen T-Zellen oder T-Zell-Rezeptoren,
- 2) breit antientzündlich wirkende Glukokortikoide,
- 3) ein IMPDH Inhibitor (Mycophenolat-Mofetil bzw. Mycophenolsäure), der die Purinsynthese in Lymphozyten hemmt und
- 4) ein Calcineurininhibitor (CNI), Cyclosporin A (CsA) oder das häufiger eingesetzte und immunsuppressiv stärker

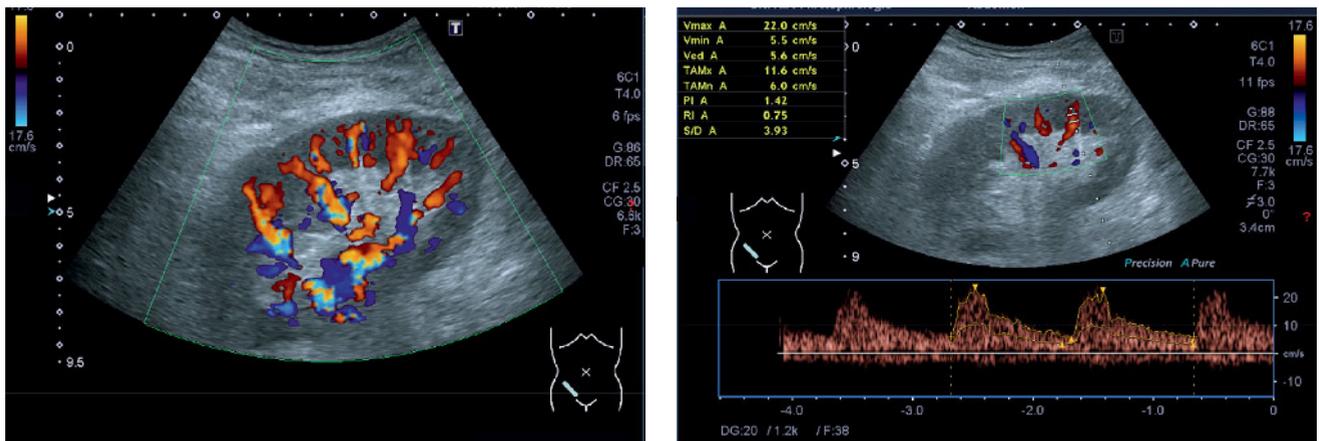
wirksame Tacrolimus (Tac), welche die IL2-Sekretion von T-Zellen vermindert. CNI sind, wie in Studien belegt, in der Frühphase nach NTX sehr wichtig, um Abstoßungsreaktionen zu verhindern. Nachteil ist, dass CNI nephrotoxisch sind und Bluthochdruck und Diabetesneigung fördern. Weitere in der Transplantation eingesetzte Immunsuppressiva sind mTOR Inhibitoren (mTOR's: Sirolimus oder Everolimus), die sich bei Auftreten von Hauttumoren [13], insbesondere Spinaliomen und zur Reduktion des Auftretens von CMV-Infektionen als günstig erwiesen haben [14]. Zusätzlich werden B-Zell Antikörper (Rituximab), zur Desensibilisierung vor ABO-inkompatibler Lebendspende eingesetzt.

Als Grundsatz gilt: soviel Immunsuppression wie nötig, so wenig wie möglich. Ein universelles Regime („one fits all“) gibt es nicht, sondern es muss an den Patienten und dessen Posttransplantationsverlauf angepasst werden.

Wichtig für den klinischen Alltag sind Arzneimittelinteraktionen der Immunsuppressiva CsA, Tac und mTOR's. Diese werden individuell nach Talspiegeln dosiert (nach aktuellem Kenntnisstand angestrebte Ziel-Talpiegel im Langzeitverlauf für CsA: 80–150ng/ml, Tac: 5–8ng/ml, Sirolimus und Everolimus: 3–8ng/ml) und über das Cytochrom P450 System der Leber abgebaut (CYP3A4, 3A5). Interaktionen mit Medikamenten, die auch über dieses Enzymsystem metabolisiert werden, sind zu beachten und können zu Unter- oder Überimmunsuppression führen. Beispielsweise verursacht die Einnahme von Johanniskraut eine Absenkung der Spiegel, andererseits führen Makrolidantibiotika und Fungistatika aus der Gruppe der Azole zu hochtoxischen Spiegeln von CNI's und mTOR's [6] (siehe Tabelle 2: „Arzneimittelinteraktionen“). Außerdem tragen Medikamente mit nephrotoxischer Wirkung zusätzlich zu einer Vermehrung der CNI-Nephrotoxizität bei. So zum Beispiel Aminoglykoside, und nichtsteroidale Antiphlogistika.

Eine besondere Situation stellt der intensivpflichtige, septische NTX-Patient dar. Er bedarf in dieser Situation nur minimaler Immunsuppression, da er durch die Sepsis als immunschwach gilt. Als Surrogatmarker zur Steuerung der Immunsuppression

Abb. 2: Duplexsonographie einer gut durchbluteten Transplantatnieren



Übersichtsbild

...mit Ableitung des Resistance Index (RI 0.75) Fotos: Steffen Platschek

kann in diesen Fällen nach unseren Erfahrungen die Bestimmung der CD4-Zellzahl dienen. Ausserdem ist nach langjähriger Einnahme der Glukokortikoide unter Stress wie bei Sepsis oder Operationen Hydrokortison zur Vermeidung einer relativen Nebenniereninsuffizienz sinnvoll (zum Beispiel 200 mg Hydrokortison/24h). In diesen Fällen ist ein erfahrener Transplantationsmediziner in der Betreuung hinzuzuziehen.

Organangebot und Transplantation

Praktischer und zeitlicher Ablauf einer Nierentransplantation

Das Nierenangebot von Eurotransplant kommt nicht planbar, häufig auch nachts. Ist das Angebot qualitativ geeignet und immunologisch passend, wird in Rücksprache mit dem ambulant betreuenden

Nephrologen der Empfänger unverzüglich einbestellt.

Vor Transplantation werden die allgemeine Operabilität und das Vorliegen von Kontraindikationen überprüft und die Aufklärung erneuert. Insbesondere müssen aber auch mögliche aktuelle Probleme für einen erfolgreichen Transplantationsverlauf identifiziert werden. Neben körperlicher Untersuchung und Laboranalysen, werden an apparativer Diagnostik ein EKG, ein Röntgenthorax und ggf. eine Überprüfung etwaiger Verkalkung der Beckengefäße mittels Nativ-CT durchgeführt. Eine Hämodialyse vor der Transplantation ist meist nur im Falle einer Hyperkaliämie oder Hypervolämie notwendig. Erst nach Abschluss der Aufnahmeuntersuchungen und bei Vorliegen eines negativen Crossmatch wird unmittelbar vor der Operation mit der immunsuppressiven Therapie begonnen (siehe oben). Die Operation dauert je nach OP-Situs und Komplexität 2 bis 4 Stunden. Eine

Duplexsonographie intraoperativ und direkt postoperativ erlaubt es, die Durchblutung des Transplantats zu beurteilen und gefährliche Komplikationen wie eine Thrombose der Transplantatvene oder -arterie frühzeitig zu erfassen.

In der postoperativen Behandlung, die am Universitätsklinikum Frankfurt auf der nephrologischen Bettenstation mit zentraler Monitorüberwachung erfolgt, sind tägliche Kontrollen von Vitalparametern, Gewicht, Flüssigkeitsbilanz, Blutzucker, Elektrolyten und Nierenfunktion unverzichtbar. Daneben dient die engmaschige duplexsonographische Untersuchung des Transplantates (siehe Abb. 2) zur Erkennung von Abstoßungsreaktionen und chirurgischen Frühkomplikationen, wie Hämatom, Urinom, Lymphozele oder Abflußhindernissen. Die Dosis der Immunsuppressiva wird individuell an regelmäßig bestimmte Wirkspiegel angepasst. Zusätzlich helfen mikrobiologische und virologische Untersuchungen (zum Beispiel Urinkultur, PCR im Blut auf CMV oder Polyomavirus) sowie HLA-Antikörperbestimmungen, Infektionen und Abstoßungen zu erkennen [6]. Bereits am 1. postoperativen Tag werden die Patienten mobilisiert und dürfen essen und trinken. Der intraoperativ gelegte Blasenkatheter wird am 5. postoperativen Tag entfernt, die Ureterschleife verbleibt für sechs Wochen und wird dann in einem weiteren Aufenthalt per Zystoskopie entfernt. Der komplikationslose Aufenthalt nach NTX dauert ungefähr zwei bis drei Wochen. In dieser Zeit werden die

Tabelle 2: Wichtige Arzneimittelinteraktionen der Immunsuppressiva CsA, Tac und mTOR's

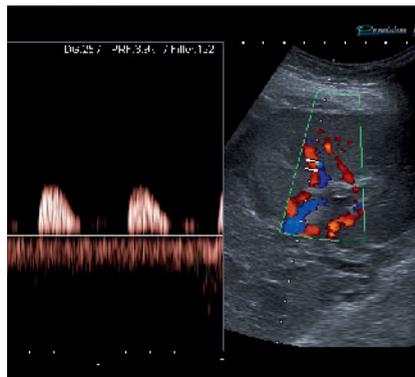
Erhöhung der Immunsuppressivspiegel durch:	Senkung der Immunsuppressivspiegel durch:
<ul style="list-style-type: none"> • Diltiazem • Verapamil • Erythromycin • Azolderivate 	<ul style="list-style-type: none"> • Rifampicin • Carbamazepin • Johanniskraut
<p>Grund: gemeinsamer Abbau über Cytochrom P450 oder Elimination durch das Multidrug-Resistenz-P-Glykoprotein</p>	

Quelle: [6]

Abb. 3: Ultraschall einer Transplantatniere mit akuter Abstoßungsreaktion



Übersicht geschwollenes Transplantat
Fotos: Dr. med. Christoph Betz



Duplexsonographie: reduzierte Perfusion mit Ableitung des RI (diastolischer Nullfluss)

Patienten geschult, Medikamente selbst zu richten, Vitalparameter zu dokumentieren und auf Besonderheiten, wie abnehmende Ausscheidung oder Fieber, zu achten.

Der Schlüssel zum langfristigen Transplantationserfolg ist eine enge Kooperation zwischen Transplantationszentrum, Transplantationsnachsorgeambulanz und niedergelassenen Nephrologen. Darüber hinaus wird im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung, sowohl der stationärer Aufenthalt, als auch die Nachsorge erfasst und zentral ausgewertet. In Zukunft werden diese Daten in einem bundesweiten Transplantationsregister dokumentiert

Komplikationen nach Nierentransplantation

Um den Transplantationserfolg langfristig zu sichern, gilt es, immunologische und nicht-immunologische Komplikationen rechtzeitig zu erkennen und individuell zu behandeln.

Zu den Frühkomplikationen gehört ein verzögerter Funktionsbeginn (ca. 20–30 %). Es handelt sich dabei um ein akutes in der Regel reversibles Transplantatversagen, das mit Dialyse zu überbrücken ist. Die wichtigsten operativen Komplikationen sind arterielle und venöse Thrombosen der Nierengefäße, die zum Verlust des Transplantates führen können (<1 %), aber auch Blutungen, Urinome bei

einem Harnleiterleck und Lymphocelen. Letztere bilden sich häufig von selbst zurück oder sind durch laparoskopische Fensterung behandelbar [5, 6].

Die wichtigste immunologische Komplikation ist die akute Abstoßungsreaktion, die sich klinisch andeutet durch Diureseeinbruch, Gewichtszunahme, Blutdruckanstieg und Verschlechterung der NTX-Funktion mit Anstieg des Serumkreatinins oder selten einer Proteinurie. Im Ultraschall der Transplantatniere zeigt sich ein erhöhter intrarenaler Gefäßwiderstand (RI) und manchmal ein geschwollenes Transplantat (siehe auch Abb. 3, Ultraschall einer Transplantatniere mit akuter Abstoßung). Die akute Rejektion wird in der Regel bioptisch und durch Nachweis donorspezifischer HLA-Antikörper bei humoraler Komponente gesichert. Die akute zelluläre Rejektion ist die leichtere Form der Abstoßung und mit Steroidstößen sowie Steigerung der Immunsuppression gut behandelbar. Die akute humorale Rejektion ist die schwerere zu behandelnde Form der Abstoßung, bei der zusätzlich Plasmaseparation sowie i.v.-Immunglobuline zur Immunmodulation eingesetzt werden. Abstoßungsreaktionen sind häufiger in der Frühphase (15 % im 1. Jahr), aber können auch bei relativer Unterimmunsuppression im Langzeit-(LZ)-Verlauf auftreten. Eine Abstoßungsreaktion bedeutet in der Regel keinen Transplantatverlust, meistens ist sie behandelbar und hat dann eine gute LZ-Prognose. Wichtig ist, zu wissen, dass nicht jeder S-Kreatininanstieg eine Abstoßungsreaktion bedeutet. Differentialdiagnostisch sollten immer prärenale, toxische, postrenale Ursachen und Infektionen ausgeschlossen werden, auch eine NAST der TX-Niere kann zur Nierenfunktionsverschlechterung führen [5, 6, 11, 15], siehe Tabelle 4: „Akutes Nierenversagen nach Nierentransplantation“, nur in der Online-Ausgabe.

Da die Immunsuppression zwar Abstoßungen verhindert, aber auch eine Immundefizienz bewirkt, die sich individuell unterschiedlich stark bemerkbar macht, sind Infektionen wichtige Komplikationen in der Früh- und Spätphase nach Transplantation [16, 17].

Gegen frühzeitig nach NTX auftretende opportunistische Infektionen werden Prophylaxen oder präemptive Therapien verabreicht bzw. Screenings durchgeführt:

Tabelle 3: CMV-Prophylaxe mit Valganciclovir nach de novo NTX
(Dosierung muss der Nierenfunktion angepasst werden)

CMV-Serologie	Empfänger pos.	Empfänger neg.
Donor pos.	Intermediäres Risiko* 3 Monate Prophylaxe	Hochrisiko 6 Monate Prophylaxe
Donor neg	Intermediäres Risiko* 3 Monate Prophylaxe	Niedrigrisiko Keine Prophylaxe

* Patienten mit intermediärem Risiko können alternativ statt Prophylaxe eine präemptive Therapie erhalten nach folgendem Schema:

- Abnahme einer CMV-PCR aus peripherem Blut wöchentlich für drei Monate
- bei positiver CMV-PCR also Nachweis einer Virusreplikation erfolgt eine Valganciclovir-Therapie bis die CMV-PCR aus peripherem Blut in zwei aufeinanderfolgenden Wochen negativ ist [20].

Tab. 4: Akutes Nierenversagen nach Nierentransplantation – Differenzialdiagnose der akuten Abstoßung

Kategorie	Ursache
prärenal	Hypovolämie/Hypotonie (z. B. bei Blutung, Sepsis, kardiogen etc.), Thrombose der Transplantatarterie oder -vene, Transplantatnierenarterienstenose, Vasokonstriktion durch Medikamente (z. B. CNI, NSAR)
intrarenal	Reperfusionsschaden, CNI-Tubulotoxizität oder Nephrotoxizität durch andere Substanzen, akute Pyelonephritis, interstitielle Nephritis, Polyomavirus-Nephropathie, de novo Glomerulonephritis oder Rezidiv der Grunderkrankung, Thrombotische Mikroangiopathie, hypertensive Nephrosklerose, Progression früherer Läsionen (Arteriolsklerose etc.)
postrenal	Lymphozele oder Hämatom mit Ureterkompression, Ureterstenose, Ureternekrose mit Urinom, benigne Prostatahyperplasie mit Blasenentleerungsstörung, Blasendysfunktion, Chronische Obstruktion/Reflux

Quelle: UKF, Funktionsbereich Nephrologie

dazu gehören die Pneumocystis jirovecii Pneumonie (PCP)-Prophylaxe mit Trimethoprim/Sulfamethoxazol (TMP/SFM) für mindestens sechs Monate, die Prävention der CMV-Infektion je nach Risikokonstellation gemäß Serologie von Spender und Empfänger mit Valganciclovir für drei bis sechs Monate oder wöchentlichem CMV-PCR Screenings im Blut für drei Monate (siehe Tabelle 3 CMV-Prophylaxe); das Screening mittels PCR ist auch das Vorgehen für die Polyomavirus-Infektion, für die es keinen therapeutisch zuverlässigen antiviralen Ansatz gibt außer vorsichtiger Reduktion der Immunsuppression, durch die die sog. Polyoma-Nephropathie verhindert werden kann. CMV Infektionen können in 10 % auch in der LZ-Nachsorge auftreten. Bei manifester Erkrankung kommt es zum CMV-Syndrom mit Fieber, Abgeschlagenheit und Leukopenien, und in schweren Fällen zu einer Organmanifestation mit interstitieller Pneumonie oder einer Colitis, die biopsisch mittels PCR gesichert wird. Die CMV-Erkrankung spricht auf eine Therapie mit Valganciclovir in der Regel an, es sei denn, es liegt eine Ganciclovirresistenz vor (Häufigkeit < 5 %). In Fällen mit Organbeteiligung sollte die Immunsuppression reduziert werden. Bei der CMV-Pneumonie besteht die Indikation für eine Cytomegalie-Hyper-

immunglobulin-Therapie [20]. Wichtig ist es, bei entsprechender Symptomatik an die CMV Infektion zu denken. Auch die Pneumocystis jirovecii Pneumonie stellt eine seltene aber wichtige Komplikation im LZ-Verlauf dar. Die Mortalität liegt bei 50 %, so dass bei unklarem trockenem Husten und LDH-Erhöhung ein Spiral-CT der Lunge nativ und eine Bronchoskopie frühzeitig zur Diagnosestellung durchgeführt werden sollten. Die Therapie beinhaltet Reduktion der Immunsuppression und Hochdosis i. v. Gabe von TMP/SFM [18].

Die häufigsten bakteriellen Infektionen nach NTX sind Harnwegsinfektionen – bis hin zur Urosepsis mit akutem Transplantatversagen- und Pneumonien. Die relative Häufigkeit letzterer nimmt im Langzeitverlauf sogar zu. Bei rezidivierenden Infektionen muss mit multiresistenten Erregern gerechnet werden. Infektionen verlaufen unter immunsuppressiver Therapie häufig zunächst wenig symptomatisch, zeigen aber eine rasche Progredienz bis zur Sepsis. Deshalb gilt es, in diesen Fällen rechtzeitig Kulturen zu gewinnen, frühzeitig eine bildgebende Diagnostik vorzunehmen und zügig mit einem Breitbandantibiotikum zu behandeln nach der Regel „hit early, hit hard“. Nach Möglichkeit sollte nach Erregernachweis die anti-infektive Therapie deeskaliert werden.

Weitere Komplikationen sind in Abhängigkeit vom Alter kardiovaskuläre Erkrankungen und der Posttransplantationsdiabetes. Die optimale Blutdruck-Einstellung ist essentiell für das Überleben des Empfängers und des Transplantats. Ein Posttransplantationsdiabetes ist gut einzustellen. Auch Tumore treten gehäuft nach Transplantation auf, allen voran Hauttumore und das Posttransplantationslymphom, das bei EBV-serologisch negativen Empfängern circa zehnmal häufiger auftritt. Um die Inzidenz dieser gefährlichen Komplikation gering zu halten, die insgesamt nach NTX bei 1–2 % liegt, gilt es, bei Risikopatienten eine minimale Immunsuppression zusammen mit einem Monitoring der EBV-PCR und ggf. einer CMV-Prophylaxe anzustreben. Bei Auftreten eines Lymphoms wird die Immunsuppression reduziert und nach raschem Staging gemäß aktuellen Studien v.a. mit Rituximab als first-line-Therapie behandelt [21]. Wichtig zu wissen ist, dass das neue Immunsuppressivum Belatacept, ein CTLA4-Fusionsprotein, welches ein kostimulatorisches Signal hemmt, wegen zusätzlich erhöhtem Lymphomrisikos bei EBV negativen Empfängern kontraindiziert ist. Belatacept hat andererseits langfristig Vorteile und ist mit niedrigerer Mortalität der Empfänger und hervorragender Nierenfunktion des Transplantats assoziiert [22]. Immunsuppressiva müssen im Langzeitverlauf sorgfältig und gezielt ausgewählt werden. Eine Umstellung der Immunsuppression sollte unbedingt dem TX-Zentrum vorbehalten bleiben. Um die LZ-Funktionsrate der Organe und das Patientenüberleben weiter zu verbessern, fokussieren sich aktuelle Forschungsprojekte auf die Untersuchung von Biomarkern zur Steuerung der Immunsuppression und die Suche nach Abstoßungstherapeutika für chronisch humorale Rejektionen, die bisher schwer zu behandeln sind [23].

Lebendspende (LSP)

Der Anteil der LSP an der Gesamtzahl der Nierentransplantation beträgt in Deutschland ca. 30 %. Gründe hierfür sind sehr gute Ergebnisse mit einer besseren TX-Überlebensrate und kürzerer Wartezeit als bei der postmortalen Spende, sowie die Möglichkeit der prä-emptiven NTX vor Dialysebeginn des Empfängers.

Tab. 5: Diagnostik vor Lebendspende beim Spender/in

- Immunologische Untersuchungen von Spender und Empfänger: Bestimmung der Blutgruppe, HLA-Typisierung, HLA Antikörper (LCT und SAB Assay beim Empfänger), allogenes Crossmatch mit dem Empfänger; Isoagglutinintiter bei BG-Inkompatibler Spende (beim Empfänger gg. die Spender-Blutgruppe)
- Umfangreiches Laborscreening beim Spender: Klinische Chemie, Eisenstoffwechsel, Serumelektrophorese, Hämatologie, Gerinnung, Auto-Antikörper (ANA, ANCAs), TSH, PSA, Urinstatus, Sediment, Kreatinin-clearance und Proteinurie im Sammelurin oder Spoturin (Mikroalbuminurie); Virusserologie (HIV, Hepatitis, CMV, EBV, VZV-Serologie)
- Abdomensonographie und Duplexsonographie der Nieren
- Röntgen-Thorax
- Ruhe-EKG und kardiovaskuläre Abklärung (Herzecho, Belastungs-EKG, 24h-Blutdruckmessung, Carotis-Doppler)
- Seitengetrennte Nierenfunktionsszintigraphie – MAG 3 Clearance
(*cave: Gesamtclearance beider Nieren sollte über der Altersnorm liegen*)
- Lungenfunktionstest
- CT Angiographie-Abdomen/Niere (Beurteilung der Gefäßversorgung der Nieren)
- Vorsorgeuntersuchungen (Gyn.)
- Psychologische/Psychosomatische Evaluation

Quelle: UKF, Funktionsbereich Nephrologie

Voraussetzung zur LSP und Spenderevaluation nach dem TPG ist die Freiwilligkeit der Spende durch einen in persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehenden Spender und der Ausschluss von Organhandel. Am Anfang steht ein ausführliches Erstgespräch, in dem alle Aspekte der Lebendspende erläutert und auf individuelle Besonderheiten und Fragen von Spender und Empfänger eingegangen wird. Es folgt ein ausführliches Untersuchungsprogramm, das die Nierenfunktion, den kardiovaskulären Status, evtl. Begleiterkrankungen sowie die Nierenanatomie erfasst (siehe Tabelle 5: „Diagnostik vor Lebendspende beim Spender/in“, nur in der Online-Ausgabe).

Das oberste Ziel ist es, das Leben und die Gesundheit des Spenders nicht zu gefährden. Er muss daher nierengesund sein (GFR möglichst > 90ml/min), aber auch andere Erkrankungen, die das OP-Risiko erhöhen oder die verbliebene Niere langfristig schädigen könnten, sind auszuschließen [5, 6, 24, 25]. Neben der internistischen

und chirurgischen Evaluation und Aufklärung ist eine psychologische/psychosomatische Begutachtung vorgeschrieben. Im Rahmen eines zweiten Aufklärungsgesprächs in Anwesenheit eines Zeugen wird die Einverständniserklärung unterschrieben und als letzter Schritt erfolgt die Vorstellung bei der Lebendspendekommission der LÄK. Nach Erhalt des Ethikvotums kann die Operation stattfinden, so dass die Vorbereitungszeit ca. drei bis sechs Monate beträgt. Vorteil: Die Operation ist planbar und Spender wie auch Empfänger können im Vorfeld optimal vorbereitet werden.

So ist die Lebendspende auch bei unverträglichen, inkompatiblen Blutgruppen möglich. Eine Desensibilisierung erfolgt mit entsprechender Immunsuppression und Plasmaaustausch oder Immunsorption und beginnt ca. vier Wochen vor der NTX mit Gabe von B-Zell-AK (Rituximab). Sie hat ähnlich gute Transplantatüberlebensraten wie die BG-kompatible Spende [26]. Eine Desensibilisierung

kann auch zur Reduktion niedrigtitriger donorspezifischer HLA-AK angewendet werden.

Die intra- und postoperative Sicherheit für den Lebendspender ist essenziell bei der Spenderoperation [27]. Mit dem Ziel, die Morbidität des Spenders minimal zu halten und gleichzeitig die Qualität der Nieren nicht zu gefährden, hat sich die chirurgische Technik von der offenen Lumbotomie über die offene „mini-incision“ Nephrektomie hin zu minimal invasiven laparoskopischen Entnahme entwickelt.

Die postoperative Morbidität bei der LSP ist niedrig, wobei Blutungen (1–3 %) die gravierendsten postoperativen Komplikationen darstellen und unbedingt vermieden werden müssen; wichtig dabei ist die optimale Gefäßversorgung beim Absetzen der Nierengefäße. Die perioperative Letalität ist mit 0,01 bis 0,03 % sehr niedrig.

Zur Vorbereitung der Lebendspende wird neben einer Funktionsdiagnostik immer eine radiologische Darstellung der Gefäßanatomie der Niere durchgeführt (zum Beispiel CT-Angiographie). Allgemein wird die linke Seite aufgrund der längeren Nierenvene bevorzugt. Entscheidend ist aber die Anatomie und die seitengetrennte Funktionsverteilung. Die „bessere“ Niere verbleibt kurz gesagt beim Spender.

Im eigenen Patientenkollektiv wurden am UKF seit 2011 (März) 94 laparoskopische Spendernephrektomien durchgeführt und die Exzision der Niere erfolgte über einen Pfannenstielschnitt. In keinem Fall war eine Konversion auf eine offene Operation notwendig. Keiner der Lebendspender ist verstorben und die 1-Jahresfunktionsrate der Organe lag bei 96,8 %.

Die wesentlichen Vorzüge der minimal-invasiven Operation liegen in der Reduktion postoperativer Schmerzen, einer schnelleren Erholung des Spenders, exzellenter kosmetischer Ergebnisse und einer Reduktion von Narbenhernien und Verwachsungen. Nach Donornephrektomie wird das Organ mit einer Konservierungslösung perfundiert und von Blut freigespült, bis es nach kurzer Zeit implantiert wird. Der stationäre Aufenthalt des Spenders beträgt ca. fünf bis sieben Tage.

Nach Entlassung werden Lebendspender regelmäßig nachgesorgt, so dass eine Funktionsverschlechterung des verbleibenden Organs frühzeitig erkannt und behandelt

werden kann. Erhöht ist die Inzidenz einer schwangerschaftsassozierte Nierenerkrankung (EPH Gestose) bei Einnierigkeit und über die Zeit gemäß einiger Studien das Auftreten von Bluthochdruck. In Einzelfällen wurden Müdigkeitssyndrome („Fatigue Syndrom“) nach Spende beschrieben. Häufigkeit und Risikofaktoren für das Fatigue-Syndrom werden gerade in einer deutschlandweiten BMBF-Studie untersucht. Das Risiko des Lebendspenders, innerhalb von 15 Jahren dialysepflichtig zu werden, ist mit <1 % sehr gering und vergleichbar dem einer gesunden Vergleichspopulation von Nichtspendern; trotzdem liegt, wie sich in publizierten retrospektiven Analysen zeigt, die Rate an dialysepflichtigen Personen numerisch etwas höher als bei den Nichtspendern. Der Spender wird über diese möglichen Risiken im Vorfeld ausführlich informiert [24, 25, 27, 28].

Um LZ-Risiken zu minimieren, sollte die Nachsorge des Spenders durch den Nephrologen im ersten Jahr ca. 6–8 Wochen, sechs und zwölf Monate nach LSP erfolgen und danach jährlich zur Erfassung des Überlebensstatus, der Nierenfunktion und des Blutdruckes als Minimalanforderung, wenn möglich im TX-Zentrum. Es findet für Spender und Empfänger eine Qualitätssicherung statt einschließlich der

Nachuntersuchungen bisher vom AQUA Institut und seit 2017 vom IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) in Berlin. Auch die Daten der Lebendspender werden, wie die der Empfänger, in Zukunft in einem Transplantationsregister dokumentiert.

Fazit

Den meisten nierenkranken Patienten geht es nach einer NTX deutlich besser, sie haben eine höhere Lebenserwartung als Dialysepatienten. Deshalb sollte der terminal nierenkranke Patient für die Transplantationswarteliste evaluiert werden. Zur Sicherung des langfristigen Transplantationserfolges müssen regelmäßige Kontrolluntersuchungen erfolgen. Eine Mitbetreuung durch einen transplantierten Nephrologen ist, vor allem bei ernstesten Erkrankungen des transplantierten Patienten wie Infektionen, Sepsis oder Operationen, aber auch bei kardiovaskulären Erkrankungen oder Eingriffen mit Kontrastmittel essenziell.

Wichtig beim Management des Transplantierten ist die Steuerung der Immunsuppression. Wegen unerwünschter Arzneimittelinteraktionen der Immunsuppressiva mit anderen Medikamenten, sollte zudem jede

Änderung der Medikation abgestimmt werden. Neben der postmortalen Spende hat die Lebendspende durch emotional oder blutsverwandte gesunde Lebendspender, sogar über Blutgruppen hinweg, zugenommen. Die Ergebnisse sind hervorragend, gerade auch mit der laparoskopischen Entnahmetechnik, wie am UKF durchgeführt.

Die Spenderauswahl unterliegt strengen Regeln und sollte immer unter dem Gesichtspunkt des Schutzes der Gesundheit des Spenders erfolgen. Auch der Lebendspender muss einmal pro Jahr nachuntersucht werden, um dessen Nierenfunktion und mögliche Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck und Diabetes rechtzeitig zu erfassen und zu behandeln. Das Transplantationsregister wird uns in Zukunft einen noch detaillierteren Überblick geben über die Langzeit-Ergebnisse von Transplantationen und Lebendspenden in Deutschland.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med.
Ingeborg A. Hauser
Leitende Oberärztin
Med. Klinik III
Funktionsbereich Nephrologie
Universitätsklinikum Frankfurt,
Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7, Haus 23A
60590 Frankfurt/Main

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „**Nierentransplantation inklusive Lebendspende**“ 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 Fortbildungspunkten ist aus-

schließlich online über das Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) vom **25.04.2017 bis 24.04.2018** 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 Autoren danken Prof. Dr. med. Nicholas Obermüller und Dr. med. Christoph Betz (Med. Klinik III, Nephrologie) für fruchtbare Diskussionen bei der Vorbereitung des Manuskripts.

Multiple Choice-Fragen:

Nierentransplantation inklusive Lebendspende

VNR: 2760602017074070007

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Ab wann wird die Wartezeit auf ein Nierentransplantat gerechnet?

- 1) Ab dem Zeitpunkt der Vorstellung in einem Transplantationszentrum.
- 2) Ab dem Zeitpunkt der Listung für eine Nierentransplantation.
- 3) Ab dem Zeitpunkt der Feststellung der chronischen Niereninsuffizienz im Stadium V nach WHO.
- 4) Ab dem Zeitpunkt der ersten Dialyse.
- 5) Nach Abschluss aller vorbereitenden Untersuchungen.

2. Was stellt keine Kontraindikation gegen eine Nierentransplantation dar?

- 1) Aktive nicht beherrschte Infektion
- 2) Alter über 65 Jahre
- 3) Metastasierendes Malignom
- 4) Voraussichtliche Lebenserwartung < 2 Jahre
- 5) Hochgradige Herzinsuffizienz (EF <15% im Herzultraschall)

3. Welche Aussage bezüglich der Nierentransplantation ist nicht korrekt?

- 1) Eine präemptive Nierentransplantation ist im Falle einer Lebendnieren spende möglich.
- 2) Ein positives Crossmatch schließt in der Regel eine Transplantation aus.
- 3) Die nierentransplantierten Patienten erhalten initial in der Regel eine 4-fach Immunsuppression.
- 4) Empfänger über 65 Jahre haben die Möglichkeit einer Nierentransplantation im Eurotransplant Senior Programm („old for old“) mit kürzerer Wartezeit.
- 5) Die nierentransplantierten Patienten haben eine kürzere Lebenserwartung als Dialysepatienten.

4. Was gehört eher nicht zu Hinweisen auf eine akute Abstoßung?

- 1) Eine Nierenfunktionsverschlechterung
- 2) Diureseeinbruch und Gewichtszunahme
- 3) Brennen beim Wasserlassen
- 4) Blutdruckanstieg
- 5) akute Perfusionsverschlechterung der TX-Niere mit Anstieg des intrarenalen Gefäßwiderstands im Verlauf

5. Was gehört nicht zu den Hauptkriterien der Vergabe eines Nierentransplantates im ETKAS Programm?

- 1) Wartezeit auf eine Nierentransplantation
- 2) Übereinstimmung der HLA-Merkmale (HLA-Match)
- 3) Renale Grunderkrankung des Empfängers
- 4) Konservierungszeit des Organs (Regionaler Faktor).
- 5) Blutgruppe

6. Was gehört nicht zu potenziellen Nebenwirkungen der Calcineurin-Inhibitoren?

- 1) Häufiges Auftreten einer Knochenmarksdepression
- 2) Bluthochdruck
- 3) Erhöhte Infektanfälligkeit
- 4) Verschlechterung der Blutzuckerwerte
- 5) Nephrotoxizität

7. Welche Aussage zur Lebendnierenspende in Deutschland ist nicht korrekt?

- 1) Der Spender muss kein Familienmitglied sein, aber dem Empfänger in persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen
- 2) Die Zustimmung einer Lebendspendekommission ist notwendig laut Transplantationsgesetz.

- 3) Eine psychologische/psychosomatische Begutachtung ist nicht unbedingt notwendig.
- 4) Der Lebendspender wird regelmäßig nachbetreut zur Überprüfung der Nierenfunktion und des Blutdrucks
- 5) ABO-inkompatible Nierentransplantationen sind möglich.

8. Welche Aussage bezüglich der infektiösen und malignen Komplikationen nach einer Nierentransplantation ist korrekt?

- 1) Die häufigsten Tumore, die nach einer Nierentransplantation entstehen können, sind Bronchialkarzinome.
- 2) Polyomavirusinfektionen können durch eine Prophylaxe mit Valganciclovir verhindert werden.
- 3) Harnwegsinfektionen und Pneumonien sind die häufigsten bakteriellen Infektionen im Langzeit-Verlauf nach Nierentransplantation.
- 4) Eine primäre EBV-Infektion ist nach Transplantation zu vernachlässigen.
- 5) Eine Pneumocystis jirovecii-Pneumonie stellt keine Gefahr dar, somit ist eine Prophylaxe mit TMP/SFM innerhalb der ersten sechs Monate postoperativ unnötig.

9. Welches der Medikamente gehört nicht zur Standard 4-fach Immunsuppression nach einer Nierentransplantation?

- 1) Steroide (z. B. Methylprednisolon)
- 2) Rituximab
- 3) Ein depletierender oder blockierender Antikörper gegen T-Zellen
- 4) Tacrolimus
- 5) Mycophenolat-Mofetil

10. Welche Aussage bezüglich immunsuppressiver Therapie und Arzneimittelinteraktionen ist falsch?

- 1) Makrolidantibiotika und Azolderivate führen zur Erhöhung des Cyclosporin A- und Tacrolimus-Spiegels.
- 2) Tacrolimus und mTOR-Inhibitoren werden über das Cytochrom P450-System abgebaut.
- 3) Eine Dosisanpassung von Tacrolimus erfolgt anhand der Blutspiegelmessung.
- 4) Die Spiegel der Immunsuppressiva sollten in regelmäßigen Abständen kontrolliert werden, um Spiegelschwankungen zu erkennen.
- 5) Beim Einsatz von Johanniskraut bei nierentransplantierten Patienten muss die Dosis von CsA oder Tacrolimus reduziert werden.

Literatur zum Artikel:

Nierentransplantation inklusive Lebendspende

von Prof. Dr. med. Ingeborg A. Hauser, Dr. med. Stefan Büttner, Jürgen Engel, Dr. med. Tilo Freiwald, Dr. med. Despina Avaniadi, Dr. med. Ewelina Sobkowiak, PD Dr. med. Guido Woeste, Prof. Dr. med. Helmut Geiger und Prof. Dr. med. Wolf O. Bechstein

- [1] Ergebnisse der Collaborative Transplant Study (CTS-Statistik: <http://www.ctstransplant.org>).
- [2] DSO-Jahresbericht mit Statistiken zu Organspenden und Transplantationen: (Quelle DSO-Statistik (www.dso.de)).
- [3] Annual report Eurotransplant ; Statistiken zur Transplantation <https://www.eurotransplant.org>
- [4] Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL, Ojo AO, Ettenger RE, Agodoa LY, Held PJ, Port FK. *N Engl J Med.* 1999 Dec 2; 341(23): 1725–30.
- [5] Handbook of Kidney Transplantation: 5th (fifth) Edition Paperback – October 19, 2010 by Gabriel M. Danovitch, Wolters Kluwer
- [6] Kapitel: Nierentransplantationen Ingeborg A. Hauser (Seite 235–335) in Lehrbuch Nierenerkrankungen: Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie, Geiger, Jonas, Lenz, Kramer; Schattauer Verlag 2003
- [7] Determination of unacceptable HLA antigen mismatches in kidney transplant recipients: recommendations of the German Society for Immunogenetics. Süsal C, Seidl C, Schöneemann C, Heinemann FM, Kauke T, Gombos P, Kelsch R, Arns W, Bauerfeind U, Hallensleben M, Hauser IA, Einecke G, Blasczyk R. *Tissue Antigens.* 2015 Nov; 86(5):317–23. doi: 10.1111/tan.12682.
- [8] Pretransplant human leukocyte antigen antibodies detected by single-antigen bead assay are a risk factor for long-term kidney graft loss even in the absence of donor-specific antibodies. Richter R, Süsal C, Köhler S, Qidan S, Schödel A, Holschuh L, Brzoska M, Asbe-Vollkopf A, Büttner S, Betz C, Herrmann E, Gauer S, Seifried E, Geiger H, Seidl C, Hauser IA. *Transpl Int.* 2016 Sep; 29(9): 988–98. doi: 10.1111/tri.12786. Epub 2016 Jun 14.
- [9] Value of Donor-Specific Anti-HLA Antibody Monitoring and Characterization for Risk Stratification of Kidney Allograft Loss. Viglietti D, Loupy A, Vernerey D, Bentlejewski C, Gosset C, Aubert O, Duong van Huyen JP, Jouven X, Legendre C, Glotz D, Zeevi A, Lefaucheur C. *J Am Soc Nephrol.* 2017 Feb;28(2):702–715. doi: 10.1681/ASN.2016030368. Epub 2016 Aug 4.
- [10] Evaluation of the Eurotransplant Senior Program. The results of the first year. Smits JM, Persijn GG, van Houwelingen HC, Claas FH, Frei U. *Am J Transplant.* 2002 Aug; 2(7):664–70.
- [11] KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. *Am J Transplant.* 2009 Nov; 9 Suppl 3: S1–155. doi: 10.1111/j.1600–6143.2009.02834.x
- [12] Reduced exposure to calcineurin inhibitors in renal transplantation. Ekberg H, Tedesco-Silva H, Demirbas A, Vitko S, Nashan B, Gürkan A, Margreiter R, Hugo C, Grinyó JM, Frei U, Vanrenterghem Y, Daloz P, Halloran PF; ELITE-Symphony Study. *N Engl J Med.* 2007 Dec 20; 357(25):2562–75.
- [13] Switch to a sirolimus-based immunosuppression in long-term renal transplant recipients: reduced rate of (pre-)malignancies and nonmelanoma skin cancer in a prospective, randomized, assessor-blinded, controlled clinical trial. Salgo R, Gossmann J, Schöfer H, Kachel HG, Kuck J, Geiger H, Kaufmann R, Scheuermann EH. *Am J Transplant.* 2010 Jun; 10(6): 1385–93. doi: 10.1111/j.1600–6143.2009.02997.x. Epub 2010 Feb 1.
- [14] Reduced Incidence of Cytomegalovirus Infection in Kidney Transplant Recipients Receiving Everolimus and Reduced Tacrolimus Doses. Tedesco-Silva H, Felipe C, Ferreira A, Cristelli M, Oliveira N, Sandes-Freitas T, Aguiar W, Campos E, Gerbase-DeLima M, Franco M, Medina-Pestana J. *Am J Transplant.* 2015 Oct; 15(10): 2655–64. doi: 10.1111/ajt.13327.
- [15] The Banff 2015 Kidney Meeting Report: Current Challenges in Rejection Classification and Prospects for Adopting Molecular Pathology. Loupy A, Haas M, Solez K, Racusen L, Glotz D, Seron D, Nankivell BJ, Colvin RB, Afrouzian M, Akalin E, Alachkar N, Bagnasco S, Becker JU, Cornell L, Drachenberg C, Dragun D, de Kort H, Gibson IW, Kraus ES, Lefaucheur C, Legendre C, Liapis H, Muthukumar T, Nicleleit V, Orandi B, Park W, Rabant M, Randhawa P, Reed EF, Roufosse C, Seshan SV, Sis B, Singh HK, Schinstock C, Tambur A, Zeevi A, Mengel M.

- Am J Transplant. 2017 Jan; 17(1): 28–41. doi: 10.1111/ajt.14107
- [16] Infection in renal transplant recipients. Fishman JA. *Semin Nephrol.* 2007 Jul; 27(4):445–61.
- [17] Rates of first infection following kidney transplant in the United States. Snyder JJ, Israni AK, Peng Y, Zhang L, Simon TA, Kasiske BL. *Kidney Int.* 2009 Feb;75(3):317–26.
- [18] Post-transplant *Pneumocystis jirovecii* pneumonia—a re-emerged public health problem? Chapman JR, Marriott DJ, Chen SC, MacDonald PS. *Kidney Int.* 2013 Aug;84(2):240–3. doi: 10.1038/ki.2013.212
- [19] Extended valganciclovir prophylaxis in D+/R- kidney transplant recipients is associated with long-term reduction in cytomegalovirus disease: two-year results of the IMPACT study. Humar A, Limaye AP, Blumberg EA, Hauser IA, Vincenti F, Jardine AG, Abramowicz D, Ives JA, Farhan M, Peeters P. *Transplantation.* 2010 Dec 27; 90(12): 1427–31.
- [20] Updated international consensus guidelines on the management of cytomegalovirus in solid-organ transplantation. Kotton CN, Kumar D, Caliendo AM, Asberg A, Chou S, Danziger-Isakov L, Humar A; Transplantation Society International CMV Consensus Group. *Transplantation.* 2013 Aug 27; 96(4):333–60. doi: 10.1097/TP.0b013e31829df29d.
- [21] Treatment of PTLD with rituximab and CHOP reduces the risk of renal graft impairment after reduction of immunosuppression. Trappe R, Hinrichs C, Appel U, Babel N, Reinke P, Neumayer HH, Budde K, Dreyling M, Dührsen U, Kliem V, Schüttrumpf S, Hauser IA, Mergenthaler HG, Schlattmann P, Anagnostopoulos I, Doerken B, Riess H. *Am J Transplant.* 2009 Oct; 9(10): 2331–7. doi: 10.1111/j.1600–6143.2009.02772.x. Epub 2009 Aug 6.
- [22] Belatacept and Long-Term Outcomes in Kidney Transplantation. Vincenti F, Rostaing L, Grinyo J, Rice K, Steinberg S, Gaithe L, Moal MC, Mondragon-Ramirez GA, Kothari J, Polinsky MS, Meier-Kriesche HU, Munier S, Larsen CP. *N Engl J Med.* 2016 Jan 28;374(4):333–43. doi: 10.1056/NEJMoa1506027.
- [23] Prediction of acute renal allograft rejection by urinary monokine induced by IFN-gamma (MIG). Hauser IA, Spiegler S, Kiss E, Gauer S, Sichler O, Scheuermann EH, Ackermann H, Pfeilschifter JM, Geiger H, Gröne HJ, Radeke HH. *Am Soc Nephrol.* 2005 Jun; 16(6):1849–58. Epub 2005 Apr 27.
- [24] Understanding and Communicating Medical Risks for Living Kidney Donors: A Matter of Perspective. Lentine KL, Segev DL. *J Am Soc Nephrol.* 2017 Jan; 28(1):12–24. doi: 10.1681/ASN.2016050571. Epub 2016 Sep 2.
- [25] Kidney-Failure Risk Projection for the Living Kidney-Donor Candidate. Grams ME, Sang Y, Levey AS, Matsushita K, Ballew S, Chang AR, Chow EK, Kasiske BL, Kovesdy CP, Nadkar-ni GN, Shalev V, Segev DL, Coresh J, Lentine KL, Garg AX; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. *N Engl J Med.* 2016 Feb 4; 374(5): 411–21. doi: 10.1056/NEJMoa1510491
- [26] Long-term outcome of ABO-incompatible living donor kidney transplantation based on antigen-specific desensitization. An observational comparative analysis. Wilpert J, Fischer KG, Pisarski P, Wiech T, Daskalakis M, Ziegler A, Neumann-Haefelin E, Drognitz O, Emmerich F, Walz G, Geyer M. *Nephrol Dial Transplant.* 2010 Nov; 25(11):3778–86. doi: 10.1093/ndt/gfq229. Epub 2010 Apr 28.
- [27] Perioperative Complications After Living Kidney Donation: A National Study. Lentine KL, Lam NN, Axelrod D, Schnitzler MA, Garg AX, Xiao H, Dzebisashvili N, Schold JD, Brennan DC, Randall H, King EA, Segev DL. *Am J Transplant.* 2016 Jun; 16(6): 1848–57. doi: 10.1111/ajt.13687
- [28] Long-term consequences of live kidney donation follow-up in 93% of living kidney donors in a single transplant center. Gossmann J, Wilhelm A, Kachel HG, Jordan J, Sann U, Geiger H, Kramer W, Scheuermann EH. *Am J Transplant.* 2005 Oct; 5(10): 2417–24
- [29] Atlas of Diseases of the Kidney; Series Editor Robert W Schrier; Volume V Section II William M Bennett: Transplantation as Treatment of End-Stage Renal Disease; Publisher: Wiley-Blackwell; Volume 5 edition 1 Jun. 1999

„Leid mindern kann nur der kompetente Arzt“

Sorge über die Industrialisierung in der Medizin

Moderne Facharztpraxen benötigen aufwendige medizinische Technik oder nutzen teure pharmakologische Behandlungsmethoden in der ambulanten Versorgung. Früher nur klinisch denkbar, werden „Großgeräte“ für segensreiche diagnostische Verfahren wie Herzkatheterplätze, CT, MRT und Nuklearmedizin heute auch in Praxen vorgehalten. In der Onkologie und der Transplantationsmedizin sind besonders hochpreisige, industriell hergestellte Medikamente nötig, um schwerste Krankheiten beim niedergelassenen Arzt heilen und lindern zu können. Operative Hightech-Versorgungen, von Kunstlinsen bis zu Implantaten, computergesteuerter prothetischer Körperersatz, Therapieverfahren wie Laser und Anwendung von modernsten Tumor-Bestrahlungsgeräten sind ein Segen für Patienten, die in der ambulanten Medizin zuvor so nicht behandelt werden konnten.

Dieser große medizinische Fortschritt wurde bisher von engagierten, freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten wohnortnah „in die Fläche“ getragen. So auch in der Nephrologie und der Dialyseversorgung. Deutschlandweit sind über Jahrzehnte ambulante Dialysepraxen und Zentren zu einem dichten und hochkarätigen Versorgungsnetz aufgebaut worden. Sie wurden bisher nahezu ausschließlich von niedergelassenen Ärzten eigenständig und in Kooperationen mit wenigen gemeinnützigen Trägern geführt.

Mit zunehmender Sorge sehen die niedergelassenen Nephrologen – beispielhaft für die Entwicklung anderer hochtechnisierter Fachgebiete –, dass industrielle Anbieter oder Investorengruppen Behandlungszentren oder ganze nephrologische Versorgungsketten kaufen. Sie nehmen sie als sogenannte Medizinische Versorgungszentren in eigene Regie und steuern sie auf hohe Renditen hin. Ärzte werden, bei Übernahmen meist nach relativ kurzer Zeit, stringent als Angestellte dem Primat betriebswirtschaftlicher Vorgaben unterworfen. Renditeziele und marktpolitische Interessen der Investoren treten wie selbstverständlich in mächtige



Nephrologin berät Dialysepatienten bei der Visite.

Konkurrenz zum ärztlichen Hauptauftrag, vor allem dem individuellen Patientenwohl zu dienen.

Erinnern wir uns an das verpflichtende Gelöbnis aller deutschen Ärzte in der gesetzlich regulierten und von den Ärztekammern überwachten Berufsordnung: „Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.“

Ein industrieller Dialyseanbieter sagt demgegenüber in seinem öffentlich einsehbaren ethischen Kodex: „Wir nutzen die steigende Nachfrage nach modernen Dialysemethoden zu unserem Vorteil und arbeiten beständig am weiteren Wachstum [unseres Unternehmens]. (...) Als vertikal integriertes Unternehmen bieten wir Produkte und Dienstleistungen für die gesamte Wertschöpfungskette in der Dialyse. Medizinische Standards auf höchstem Niveau sind unser Maßstab. Dies kennzeichnet unser Engagement für unsere Patienten, unsere Partner im Gesundheitswesen und unsere Investoren, die auf die Zukunftssicherheit und verlässliche Geschäftsentwicklung [unseres Unternehmens] vertrauen.“

Dabei ist durchaus anzuerkennen, dass diese Firma ihre industriell geprägte Zielrichtung öffentlich mitteilt. Andere industrielle oder investorengesteuerte „Provider“ geben bisher keinen solchen Kodex

an die Öffentlichkeit, handeln aber erkennbar in gleichartiger Weise.

Das nachfolgende Interview mit Dr. med. Michael Daschner, Vorstandsvorsitzender des Verbandes Deutsche Nierenzentren e. V., ein Nachdruck aus dem „Gelben Dienst“, erscheint vor diesem Hintergrund auch für nicht-nephrologische ärztliche Kollegen lesenswert. „Leid mindern kann nur der kompetente Arzt“, erklärt Daschner. Dagegen droht industrielles Erfolgsdenken primär dem Patientenwohl verpflichtete ärztliche Ethik einzuschränken und zugleich die Zukunftschancen des ärztlichen Nachwuchses für die ambulante Versorgung zu gefährden.

**Dr. med.
H. Christian Piper**
Facharzt für Innere
Medizin/
SP Nephrologie,
Mitglied des Präsidiums
der LÄKH



Vgl. dazu auch eine Mitteilung der Ärztekammer Nordrhein: „Konzerne bedrohen Wahlfreiheit der Patienten“, Website www.aekno.de / Nachrichten

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

„Mensch ist nicht Maschine“

Interview mit Dr. med. Michael Daschner,
Vorstandsvorsitzender des Verbandes Deutsche Nierenzentren e. V.

Wie hat dieser Trend der zunehmenden Industrialisierung der Dialyse eigentlich begonnen?

Dr. med. Michael Daschner: In den vergangenen Jahren haben industrielle Anbieter, wie zum Beispiel der aus den USA stammende Dialysebetreiber DaVita und die Nephrocare Deutschland (eine Tochterfirma von Fresenius Medical Care) sowie die B. Braun via medis, immer mehr Dialysezentren in Deutschland gekauft. Wir haben jetzt eine Größenordnung von ein bis zwei Dutzend Zentren pro Jahr, die verkauft werden. Von den Entwicklungen in den USA sehen wir, dass in industriellen Zentren der Arzt entweder gar nicht anwesend ist oder oft nur eine Alibi-Funktion hat. Bei uns stehen viele Kollegen, die in den Ruhestand gehen, vor der Frage, entweder einen Nachfolger zu suchen oder eben ein attraktives Angebot eines anderen Anbieters anzunehmen – und da werden von der Industrie zur Zeit Mondpreise bezahlt, die eigentlich betriebswirtschaftlich unsinnig sind, aber für jemanden, der in dem Verkauf seiner Praxis seine Altersvorsorge sieht, sehr verlockend sind.

Das ist doch eigentlich aus der Sicht eines niedergelassenen Arztes ein Angebot, das fast nicht abzulehnen ist.

Daschner: Ich will niemanden deswegen verteufeln, aber für das gesamte Gesundheitssystem hat das weitreichende Auswirkungen.

Was sind im Detail die Auswirkungen der Industrialisierung auf den Patienten?

Daschner: Dialyse ist kein industrielles Massenprodukt. Es geht um die Behandlung schwerstkranker, multimorbider Patienten mit all ihrer Komplexität – und die Dialyse ist nur ein Teil ihrer Behandlung. Wir haben die jungen, berufstätigen Patienten, die individuelle Anforderungen haben. Wir haben aber auch vom Gros her eine Zunahme chronischer Erkrankungen, an Behinderungen, an Pflegebedürftigkeit.

All das ist etwas, das unser Personal zusätzlich fordert.

Das Personal ist natürlich der größte Kostenfaktor – aber sehr, sehr wichtig für die Betreuung unserer Patienten. Wenn ich das reduziere auf die rein technische Durchführung der Dialyse, dann bleibt der Patient auf der Strecke.

Es geht hier um das Gesamtspektrum

der nephrologischen Versorgung. Diese umfasst die Erforschung der Ursachen von Nierenerkrankungen, deren Prävention und Behandlung, die Durchführung von Nierenersatztherapien bei terminaler Niereninsuffizienz und die Betreuung vor und nach der Transplantation. Ich sehe in meinem Alltag die Patienten in der Sprechstunde oft viele Jahre, bevor sie schlussendlich an die Dialyse müssen.

Ich betreue sie in einer Art und Weise, bei der ich sicher bin, dass sie in ihrem Gesundheitszustand, auch mit ihren Begleiterkrankungen (typisch sind beispielsweise Herz-, Kreislauferkrankungen oder Diabetes) so gut geführt sind, dass eine Dialyse zum einen möglichst lange verzögert werden kann und zum anderen, wenn es dann doch dazu kommt, sie sich in einem vernünftigen Zustand befinden.

Das kann die Industrie nicht, die verkürzt eine Behandlung auf das rein Technische. Und wenn der Arzt reduziert wird auf einen Überprüfer von Daten, fehlt der Gesichtspunkt der Sekundärprävention, und die ganze Sache entwickelt sich zur Planwirtschaft.

Dieser Trend kommt ja eigentlich aus den USA, wo sogenannte Technicians eine Dialyse durchführen, angelernte Kräfte.



Foto: Ben van Skyhawk

„In den USA will kaum einer mehr den Beruf eines Nephrologen ausüben“, sagt Dr. med. Michael Daschner.

Daschner: Genau. Und bei den Ärzten sorgt diese Vorgehensweise, bei der sie nur noch Daten analysieren, für Frustration. In den USA will kaum einer mehr den Beruf eines Nephrologen ausüben – worüber sich wiederum die Industrie freut, die Dialysezentren unterhält, und somit frei Angebot und Preise gestalten kann.

Was ja eigentlich etwas ist, was auch die Krankenkassen aufhorchen lassen könnte. Obwohl es ja so ist, dass die industriellen Anbieter anfangs sicher niedrigere Preise bieten werden.

Daschner: Manches sind im Moment nur Befürchtungen, weil es bisher noch nicht eingetreten ist. Aber ich glaube, wenn industrielle Anbieter in einer bestimmten Region eine Größe erreicht haben und somit marktbeherrschend sind, können sie natürlich auch direkt Verträge mit den Kassen abschließen – und wer weiß, wie die dann aussehen. Angenommen, man hätte in einem Bundesland keine niedergelassenen Nephrologen mehr und stattdessen würden alle Dialysen von Industrieketten betrieben, dann wird der Markt von einem Oligopol bestimmt. So etwas kann Preise diktieren.

Und ich hoffe, dass das jetzt nicht abwertend klingt, aber für die Kassen ist oft der

Beitragssatz wichtiger als die Versorgung der Schwerstkranken. Wir bekommen von den Kassen eine sogenannte „Dialysesachkostenpauschale“. Diese Bezeichnung ist irreführend, denn mit dieser Pauschale muss neben dem Material für die Dialyse vor allem die pflegerische Betreuung, Ernährungsberatung usw. bezahlt werden – eben all das, was der Patient mit seinem komplexen Krankheitsbild braucht. Wenn ich Dialyse auf die rein technische Durchführung reduziere, kann ich auf jeden Fall Kosten sparen – und ein industrieller Anbieter wird das entsprechend tun. Es geht aber eben sowohl um Dialyse als auch Pflege sowie die Mitbetreuung von Begleiterkrankungen. Wenn das alles wegfällt, ist die Lebensqualität der Patienten deutlich schlechter und auch die Sterblichkeit höher.

Dabei kann ein Dialysepatient tatsächlich rund 40 Jahre lang relativ gut damit leben und auch arbeiten, wenn das alles sachgerecht und früh genug gemacht wird.

Daschner: Genau. Wenn Sie ein junger Mensch sind und mit 30 an die Dialyse kommen, können Sie damit 40 Jahre lang leben. Umgekehrt haben wir aber auch Patienten, die in hohem Alter eine Dialysebehandlung benötigen. Bei denen sind unser Hauptproblem die Begleiterkrankungen, die sie haben. Da bringt die Standardisierung dieser Medizin erhebliche Probleme mit sich.

Für die Nephrologen selbst bedeutet eine immer weiter fortschreitende Industrialisierung eine existenzielle Bedrohung.

Daschner: Die Sorge betrifft vor allem die junge Generation, die in der ambulanten Nephrologie keine Zukunftsperspektive

mehr finden wird. Bei den Preisen, die die Industrie bietet, auch für die Übernahme von Praxen, kann kein junger Kollege mehr mithalten. Es kommt eine gewisse Mutlosigkeit auf, denn es entsteht der Eindruck, es sei von der Politik so gewünscht. Ich selbst bezweifle, dass es so gewünscht wird. Ich denke, dass die Problematik nicht gesehen wird und auch die Situation in den USA nicht bekannt ist.

Was würden Sie sich denn von der Politik wünschen?

Daschner: Dass sie entsprechende Rahmenbedingungen schafft, damit junge Leute nicht entmutigt werden. Ich denke immer noch, dass wir in Deutschland ein hervorragendes Gesundheitssystem haben, was zu einem großen Teil auch darauf beruht, dass wir Freiberufler vor Ort haben, die, wie Bundesgesundheitsminister Gröhe es mal ausgedrückt hat, „zur Selbstausschöpfung bereit sind“. Wem der Beruf Spaß macht, der guckt nicht nur auf den Euro. Natürlich will ich Geld verdienen mit meinem Job – aber ich bin Arzt geworden aus einem anderen Grund als die Gebührenordnung auswendig zu lernen.

Wenn man aber als junger Mensch den Eindruck bekommt, es sei von der Politik so gewollt, dass alles in Richtung Angestelltendasein, MVZ und Industrialisierung geht – und das ist ja nicht nur in der Nephrologie so – dann hat man gar nicht mehr den Mut, sich in die Selbstständigkeit zu begeben. Wenn ich im Krankenhaus arbeiten würde, wüsste ich auch nicht, was ich davon halten sollte.

Und dazu kommen dann die hohen Beträge, die man als freiberuflicher Arzt investieren muss...

Daschner: ...für ein System, von dem man den Eindruck hat, es sei ein Auslaufmodell. Ich erwarte jetzt nicht von der Politik, dass sie mir Geld gibt, aber doch ein Bewusstsein dafür, dass der Freiberufler eine wesentliche Stütze des Gesundheitssystems ist und vielleicht eine gewisse Planungssicherheit braucht. Eine Wahrnehmung dessen wäre ein erster Schritt.

Wahrscheinlich ist eine Industrialisierung auch hier nicht aufzuhalten, aber möglicherweise gibt es da dann zumindest eine Art Koexistenz.

Daschner: Die industriellen Anbieter haben sicherlich Strukturen, die teilweise beneidenswert sind. Sie können zentral Dinge organisieren, günstiger einkaufen, haben eine Wertschöpfungskette vom Ursprung bis zum Ende und können somit hohe Renditen erzielen. Aber im Endeffekt geht es doch um Menschen, nicht nur um das Etikett und den günstigsten Preis. Wir betreuen Schwerstkranken, und Mensch ist eben nicht Maschine. Die Industrie kann Produktionsabläufe und Wertschöpfungsketten optimieren. Dialysen verhindern und Leid mindern kann nur der kompetente Arzt.

Interview: Dana Heidner

Leicht gekürzter Nachdruck aus: „Der Gelbe Dienst – Gesundheitspolitik“ Ausgabe 24/2016; ein 14-tägig in digitaler Form erscheinendes gesundheits- und sozialpolitisches Nachrichtenmagazin, das sich an Führungskräfte richtet (Hrsg. Vincentz Network, Hannover/Berlin).

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)



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?

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

• 2. Mai 2017 • 6. Juni 2017 • 4. Juli 2017

150 Jahre Medizinische Gesellschaft Bad Homburg

Als die Medizinische Gesellschaft Bad Homburg vor 150 Jahren gegründet wurde, trug sie zunächst den Namen „Medicinisches Cränzchen“. Wer dabei an eine gemütliche Runde mit Kaffee und Kuchen denkt, irrt. Damals war es üblich, lockere, aber organisierte Zusammenkünfte von Menschen mit gemeinsamen Interessen als „Cränzchen“ zu bezeichnen. Mit einem Jubiläumsfest, aus dessen Anlass Dr. med. Wolf Andreas Fach, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, Ursula Funke, Präsidentin der Landesapothekerkammer und der Bad Homburger Oberbürgermeister Alexander Hetjes Grußworte hielten, feierte die Medizinische Gesellschaft am 29. März 2017 in der Englischen Kirche ihr 150-jähriges Bestehen. Neben der unveränderten Bedeutung der medizinischen Fortbildung ging Dr. Fach darauf ein, dass die zunehmende Ökonomisierung und Fremdverwaltung der Medizin in der heutigen Zeit eine Rückbesinnung auf ärztliche Tätigkeiten, die Patientenversorgung und damit auch ein besonderes berufspolitisches und politisches Engagement erforderten.

Zwei wissenschaftliche Vorträge – die Rechtshistorikerin Prof. Barbara Dölemeyer referierte über die Geschichte der Medizinischen Gesellschaft, Prof. Manfred Schubert-Zsilavecz, Vizepräsident der Frankfurter Universität und Leiter der Pharmazeutischen Chemie sprach über neue Entwicklungen in der medikamentösen Krebstherapie – rundeten das Programm ab. Auf großes Interesse stieß auch die Vorstellung der von Dr. med. Christoph Zekorn, dem 1. Vorsitzenden der Medizinischen Gesellschaft, Dr. med. Heinrich Schimpke und der Autorin Gerta Walsh erstellten Festschrift, aus der wir im Folgenden einige Schlaglichter herausgegriffen haben.

Vermittlung von Wissen und Erfahrungsaustausch

Ziel der Medizinischen Gesellschaft ist die Vermittlung medizinischen und pharmazeutischen Wissens und der Austausch zwischen den Heilberufen. Darum ging es bereits den Ärzten und Apothekern Hom-



Die Traubenkur (im Rahmen des Diät-Pavillons auf der Kurhaus-Terrasse) wurde am 1. September 1937 eröffnet. Bereits 1936 hatte Dr. Eduard Fresenius einen Diätkoststand unter den Kolonnaden im Brunnenbezirk eröffnet. Das Foto dürfte nach Angaben des Stadtarchivs Bad Homburg 1938 entstanden sein, vermutlich in der „Galerie“ im Eingangsbereich des damaligen Kurhauses.

burgs, die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts das „Medicinisches Cränzchen“ unter dem Vorsitz von Dr. Wilhelm Eduard Deetz gründeten. Deetz, u. a. als Brunnen- und Badearzt für die sechs Heilquellen im Kurpark zuständig, kritisierte die damals vorherrschende Ausrichtung der Stadt auf das Glücksspiel und machte seinen Einfluss bei der Umwandlung Homburgs zum Heilbad geltend. Als im Zuge der Verordnung über die Einrichtung einer örtlichen Standesvertretung vom 25. Mai 1887 die ersten Ärztekammern gegründet wurden, vertrat Deetz die Medizinische Gesellschaft und wurde Mitglied der Ärztekammer für Hessen-Nassau.

Die „Homburger Diät“

Neben dem Wiederentdecker des Elisabethenbrunnens Dr. Eduard C. Trapp ist der Name Dr. Robert Baumstark eng mit Homburg verbunden. Der Badearzt und Leiter des „Sanatoriums Dr. Baumstark“

setzte sich für den Heilcharakter des Bades ein. Zu den herausragenden Ärzten, die in der Festschrift erwähnt werden, gehört auch Geheimrat Prof. Rudolf Virchow, der die Stadt Homburg 1890 als Teilnehmer des 68. Frankfurter Naturforscher und Ärztetages besucht hatte. Kurz zuvor war das im Stil der italienischen Renaissance erbaute Kaiser-Wilhelms-Bad als Badehaus eröffnet worden. Der Badearzt Dr. Werner von Noorden, förderte u. a. die Umsetzung der bald weit über die Kurstadt hinaus bekannten „Homburger Diät“, die wenig Fleisch, Mehl und Zucker, dafür Milch, Eier, gedünstetes Gemüse und Obst sowie als Getränke Wasser, Mineralwasser, herben Weiß- und Rotwein und Champagner empfahl.

Dramatische Zäsuren

Nach dem Ende des Ersten Weltkriegs, der einen dramatischen Einschnitt für die Homburger bedeutet hatte, herrschte in

der Medizinischen Gesellschaft Aufbruchsstimmung: 1919 lud sie zu einer Veranstaltung über „Die Zukunft Homburgs als Badestadt“ ein. Hauptreferent Dr. Curt Pariser, Gründer eines Sanatoriums, das 1979 den Namen „Paul-Ehrlich-Klinik“ annahm, forderte, dass Homburg billiger werden müsse, um deutsche Kranke und Erholungsuchende in das Heilbad zu holen. Mit dem „Dritten Reich“ folgte die nächste gravierende Zäsur. Die Medizi-

nische Gesellschaft war von der Verpflichtung für Gesellschaften und Vereine betroffen, sich umzubenennen. Im Jahre 1933 musste sie ihren Namen in „Badeärztereinigung“ ändern und die jüdischen Kollegen ausschließen.

Praxisrelevante Fortbildung

Nach dem Zweiten Weltkrieg ließ man den historischen Namen wieder aufleben. Praxis-

relevante Fortbildungsthemen und Austausch stehen nach wie vor im Mittelpunkt der Medizinischen Gesellschaft, die ihren rund 180 Mitgliedern – niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte, Apotheker und Pharmazeuten – jährlich fünf Fortbildungsveranstaltungen bietet. Infos im Internet: www.medizinische-gesellschaft-bad-homburg.de

Katja Möhrle

Ärztekammer lokal immer präsent

Informations- und Willkommensabend für neue Mitglieder im Kammerbezirk Kassel

Was bedeutet die Mitgliedschaft in einer Landesärztekammer? Welche Bedeutung hat die Selbstverwaltung für die Ärzteschaft und wie genau funktioniert sie überhaupt? Mit diesen Fragen befassten sich Dr. med. Lothar Werner Hofmann, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Kassel, und sein Stellvertreter Dr. Dr. med. Hans-Dieter Rudolph in ihrer Begrüßung für die über vierzig Ärztinnen und Ärzte, die an der Willkommensveranstaltung für neue Kammermitglieder der Bezirksärztekammer Kassel im März teilgenommen hatten.

Das Hessische Heilberufsgesetz war ein Punkt, auf den Hofmann und Rudolph dabei näher eingingen. Dieses beinhaltet Aspekte, Aufgaben und Pflichten, die bei der Berufsausübung zu beachten sind – ein äußerst komplexes Thema, das jedoch gerade für die jüngeren Teilnehmerinnen und Teilnehmer spannend und informativ war.

Zu den Aufgaben der Selbstverwaltung und speziell zur Arbeit der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) berichtete an diesem Abend auch Dr. med. Peter Zürner, Präsidiumsmitglied der LÄKH, der eine Präsentation vorbereitet hatte, die den Zuhörern einen strukturierten Überblick über die Tätigkeiten der Kammer gab.

André Zolg, seit 1. April neuer Leiter der Weiterbildungsabteilung der LÄKH, stellte anschließend die Kerninhalte der Weiterbildungsordnung und deren Fallstricke bei einem Wechsel des Bundeslandes vor. Mit



Gespannt verfolgen die Zuhörer die Ausführungen des Vortragenden.

den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Weiterbildungsabteilung wird jedes Kammermitglied während seiner ärztlichen Weiterbildung in Berührung kommen. Deren Zuständigkeit umfasst unter anderem die Erteilung der Weiterbildungsbefugnisse, die Anerkennung von Weiterbildungszeiten sowie die Zulassung der Weiterbildungsstätte.

Auch die berufsrechtlichen Vorgaben und Regeln der Muster-Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte kamen nicht zu kurz: Andreas Wolf, Mitarbeiter der Rechtsabteilung der Kammer, referierte anhand einer Vielzahl von interessanten Beispielen. Den Schlusspunkt setzte Ulrich Hoffmann, Abteilungsleiter Rechnungswesen des Versorgungswerkes der LÄKH, der in einem übersichtlichen Vortrag alles rund ums Thema Altersvorsorge präsentierte.

Bekanntlich sichert das Versorgungswerk der LÄKH seine Mitglieder im Alter und bei Berufsunfähigkeit ab und unterstützt die Hinterbliebenen im Todesfall.

Nach jedem Vortrag gab es anregende Diskussionen zu einzelnen Themen. Abschließend wurden den Kolleginnen und Kollegen noch ein paar Worte zur Landesärztekammer Hessen, deren Mitglieder sie nun sind, mitgegeben. So vertritt die Körperschaft des Öffentlichen Rechtes vor allem die beruflichen Belange ihrer Mitglieder und nimmt in Selbstverwaltung die Aufgaben wahr, die ihr nach dem Hessischen Heilberufsgesetz und der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte zugewiesen wurden.

Dr. Dr. med. Hans-Dieter Rudolph
Stellvertretender Vorsitzender
der Bezirksärztekammer Kassel



GOÄ – Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte

Zwischenbilanz und Ausblick

Die bisherige GOÄ ist in die Jahre gekommen und bildet das ärztliche Leistungsgeschehen längst nicht mehr ab. Ihre Neukonzeption gestaltet sich schwierig und zeitraubend. Auf dem 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg wird der aktuelle Stand der Bearbeitung vorgestellt werden. Im Folgenden wird kurz auf die GOÄ-Geschichte der vergangenen Jahrzehnte eingegangen, sowie auf Missverständnisse, welche angesichts einiger Inhalte im Neuentwurf der GOÄ zu erwarten sind.

Die Honorierung ärztlicher Tätigkeit erfolgt nach einer Amtlichen Gebührenordnung, die von der Bundesregierung als „Verordnungsgeber“ mit Zustimmung des Bundesrats erlassen wird. Abweichend davon werden ärztliche Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen, nach einem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet. Die GOÄ, erstmals 1965 in Kraft getreten und 1982 von Grund auf neu gefasst, erfuhr vereinzelt, zuletzt 1995 weitere, aber nur minimale Anpassungen. Sie entspricht in keiner Weise mehr dem heutigen Angebot ärztlicher Leistungen. Ein Petition, die Amtliche Gebührenordnung regelmäßig auf einen aktuellen Stand zu bringen, wurde bereits bei ihrer Einführung 1965 erhoben. Seit den neunziger Jahren haben die Ärzteschaft und besonders Deutsche Ärztetage den Verordnungsgeber wiederholt und nachhaltig zu einer Aktualisierung der GOÄ aufgefordert. Manche wünschen sich eine Gebührenordnung der Ärzteschaft ex proprio motu, diese hätte jedoch keine gesetzliche Grundlage. So formuliert § 11 der Bundesärzteordnung (BÄO): „Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln ...“. Damit sind die Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung in diesem Zusammenhang hochgradig eingeschränkt.

Erst Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (2009 – 2011) stellte sich der Ver-

antwortung des Gesetzgebers, machte aber eine Einigung zwischen der Bundesärztekammer (BÄK) und den privaten Krankenversicherungen (PKV) über die Vorlage eines GOÄ-Entwurfs zur Bedingung. Diese Vorgabe, die die nachfolgenden Gesundheitsminister Daniel Bahr und Hermann Gröhe mit der zusätzlichen Forderung einer Beteiligung und Abstimmung mit der beamtenrechtlichen Beihilfe ergänzten, stellte die Ärzteschaft vor eine schwierige und als Systembruch empfundene Aufgabe. Im Frühjahr 2016 führten vollkommen unterschiedliche Auffassungen zur Systematik zum Innehalten und grundsätzlichem Überdenken der weiteren Vorgehensweise auf dem Weg zu einer neuen GOÄ.

Seither wurden gemäß der Beschlüsse des 119. Deutschen Ärztetages mit der Einbindung von rund 140 wissenschaftlichen Gesellschaften und Berufsverbänden dem aktuellen Stand der Medizin entsprechende Leistungslegenden erarbeitet. 50 % dieser Vorschläge wurden in Abstimmungsgesprächen zwischen PKV und Beihilfe angenommen. Nicht angenommene Vorschläge wurden in größerer Runde zwischen der BÄK, der PKV, dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) sowie den jeweiligen Verbänden besprochen. So konnte bereits ein großer Teil der strittigen Leistungsbeschreibungen konsentiert werden, der Rest bedarf noch der Abstimmung.

Parallel dazu wird jetzt eine betriebswirtschaftliche Kalkulation in Zusammenarbeit der BÄK und der Prime Networks AG [1] unter Einbeziehung der Verbände erarbeitet. Danach muss eine Einigung über die Bewertungen in Verhandlungsrunden zwischen BÄK, PKV und Beihilfe unter Einbeziehung der Verbände gefunden werden.

Auf Irritationen und Fragen, die einige notwendige Ergänzungen und geplante Änderungen der GOÄ hervorgerufen haben, soll im Weiteren eingegangen werden. Da ist die Einrichtung einer sogenannten Ge-

meinsamen Kommission zur Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ (GeKo), mit der sich der Ordnungsgeber verpflichtet, sich in Zukunft mit von Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfe konsentierten Empfehlungen zur aktuellen Weiterentwicklung der GOÄ auseinanderzusetzen. Lange schon bestand vonseiten der Ärzteschaft die Forderung nach einer kurzfristigen Anpassung der GOÄ an Änderungen im Leistungsgeschehen, der sich die Politik bisher verschloss. Der Erkenntnis geschuldet, dass für die Zukunft der GOÄ ein Instrument zur regelmäßigen Anpassung gefunden werden muss, soll die GEKO, zusammengesetzt aus vier Vertretern der BÄK und je zwei Vertretern der PKV und der Beihilfe eingerichtet werden. Von der GeKo abgestimmte Empfehlungen (Ärzte können dabei nicht überstimmt werden) werden dem Ordnungsgeber vorgetragen. In der Neufassung der GOÄ wird es heißen: „Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO sind zu berücksichtigen.“ Einigen sich die Mitglieder der GeKo nicht, so kann jede einzelne Partei ihre Vorschläge dem Ordnungsgeber vortragen, über die dieser dann entscheiden kann. Im Gegensatz zur Vergangenheit bietet sich hierdurch ein großer Gestaltungsspielraum für die zeitnahe Weiterentwicklung der Gebührenordnung.

Entgegen geäußelter Befürchtungen werden Ärzte auch künftig Leistungen, die nicht im Regelwerk enthalten sind oder als Verlangensleistungen erbracht werden, analog abrechnen dürfen.

Die bisherige Nutzung eines Gebührenrahmens mit verschiedenen Steigerungsfaktoren kennt der Neuentwurf der GOÄ nicht. Eine *conditio sine qua non* für die Fortführung der Verhandlungen ist sowohl für Beihilfe als auch PKV-Verband künftig die Abrechnung des einfachen Satzes. Dieser wird in Höhe des bisherigen, zu 93% (ambulant) und 97% (stationär) abgerechneten Schwellenwertes (2,3facher Satz) liegen und eine schon

[1] Prime Networks AG, Basel, Schweiz, ist im hochspezialisierten Segment der Entwicklung und Anwendung von Steuerungs- und Vergütungssystemen im ambulanten wie im stationären Bereich des Gesundheitswesens eines der weltweit führenden Unternehmen.

lange geforderte betriebswirtschaftliche Kalkulation als Basis haben. Eine solche Kalkulation, bei der Mehr- und Minderaufwand statistisch erfasst werden, ist nicht mit einem subjektiv einstellbaren Gebührenrahmen vereinbar. Eine Alternative dazu bieten aber leistungsbezogene Zuschläge: Zu den bereits erarbeiteten ca. 900 Erschwerniszuschlägen sind deshalb in den Gesprächen mit den Verbänden zum Leistungsverzeichnis weitere rund 350 leistungsbezogene Zuschläge vorgeschlagen worden. Diese müssen noch mit dem PKV-Verband verhandelt werden. Steigerungen des einfachen Gebührensatzes sollen nur noch im Ausnahmefall bei einer besonderen, objektiven Schwere des Einzelfalles mit dem doppelten Steigerungsfaktor abgerechnet werden können. Auch in Zukunft werden abweichende, höhere Honorarvereinbarungen zwischen Arzt und Patient zulässig sein. Voraussetzung hierfür ist eine ausführliche Information des Patienten durch den Arzt, u.a. dass eine Erstattungsverpflichtung durch die Private Krankenkasse nicht besteht. Ein einmal festgelegter, betriebswirtschaftlich errechneter Preis darf aber auch nicht unterschritten werden. Dies ist als Konkurrenzschutzbedingung für die Ärzte anzusehen. Befürchtete Honorarsteue-

ungsmaßnahmen durch die neue GOÄ sind weder vereinbart noch geplant. In der Einführungsphase, die auf die ersten drei Jahre der Gültigkeit einer neuen GOÄ beschränkt ist, wird lediglich kontrolliert, ob der vereinbarte Preiseffekt eintritt. Die für das ärztliche Honorar maßgeblichen Einflüsse wie Mortalität, Innovation, Anzahl der Versicherten und der Ärzte, Epidemien und Änderung des Inanspruchnahmeverhaltens bleiben davon völlig unberührt. Um dies sicher zu stellen und nachvollziehen zu können, ist die Einrichtung einer Datenstelle unumgänglich. Dabei ist die maximale Datentransparenz eine Kernforderung. Erst wenn nachvollziehbar nur der Preiseffekt identifiziert werden kann, wird sich die GeKo gegebenenfalls mit Maßnahmen beschäftigen. Diese Maßnahmen sind nicht vorgegeben und stehen immer unter dem Vorbehalt des Konsenses zwischen Ärzten und Kostenträgern. Liegt ein solcher vor, kann das BMG dieser Empfehlung folgen, muss bei seiner Entscheidung aber die Empfehlung der GeKo berücksichtigen. Im Anschluss muss von der Bundesregierung eine Verordnung zur Änderung der GOÄ erlassen werden. Einen Automatismus zur Anpassung der GOÄ gibt es nicht. Außerdem soll die eingerichtete Datenstelle nach § 11a Abs. 2 der geänderten

BÄO auch mögliche Unterbewertungen analysieren und die Ärzteseite damit vor Honorarverlusten schützen. Rückforderungen sind nicht möglich.

Auf dem 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg wird nun der Stand der Entwicklung der GOÄ-Novelle vorgestellt werden. Durch die erfolgreiche Einbeziehung der Verbände in die Erstellung des Leistungsverzeichnisses kann ein an den aktuellen medizinischen Stand angepasstes Regelwerk vorgelegt werden, das in Zukunft mehr Transparenz und Abrechnungssicherheit gewährleisten soll. Die weiteren Schritte für die Basis der Leistungsbewertung aufseiten der BÄK wird die betriebswirtschaftliche Kalkulation sein, zu deren Erarbeitung die Verbände im Weiteren aktiv einbezogen werden.

Auch in Zukunft wird die GOÄ eine Einzelleistungsgebührenordnung zwischen Arzt und Patient für erbrachte ärztliche Leistungen zur Abrechnung auf individualvertraglicher Basis bleiben. Dabei besteht durch ein Mitentscheidungsrecht der Ärzte die Chance einer regelmäßigen Anpassung des Werks an die jeweils aktuellen Anforderungen.

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

Kurse für die Zusatzweiterbildung Flugmedizin gesichert

Mit der Übernahme der Gesellschaftsanteile von der Deutschen Lufthansa AG (DLH) im Jahr 2016 hat die Deutsche Gesellschaft für Luft- und Raumfahrtmedizin (DGLRM) die Weiterführung der Deutschen Akademie für Flug- und Reisemedizin (DAF) gesichert und ist damit alleiniger Gesellschafter der Akademie, die im Jahre 1991 als gemeinnützige GmbH von der DLH und der DGLRM gegründet wurde. Nach dem Ausscheiden von Prof. Dr. med. Uwe Stüben ist jetzt Oberstabsarzt PD Dr. med. Frank Weber, Zentrum für Luft- und Raumfahrtmedizin der Luftwaffe, gleichzeitig Geschäftsführer und Lehrgangsleiter.

Deutschlandweit werden außer an der Ausbildungsstätte der Luftwaffe nur an dieser Akademie die für die Zusatzwei-

terbildung Flugmedizin erforderlichen Kurse – bestehend aus Basic, Advanced, Diploma und dem Cockpiterfahrungsflug – durchgeführt.

Als Voraussetzung zur Anerkennung durch das Luftfahrtbundesamt als flugmedizinischer Sachverständiger (Aero Medical Examiner, AME) der Klasse 2 ist der Basic-Kurs, für AME der Klasse 1 zusätzlich der Advanced-Kurs erforderlich. Ebenfalls finden jährliche Refresher als fliegerärztliche Pflichtfortbildung zur Verlängerung der Bestellung zum AME statt. Die in englischer Sprache gehaltenen Basic- und Advanced-Kurse sind durch die nationale Luftfahrtbehörde stellvertretend für alle EASA-Mitgliedstaaten anerkannt. Kursort ist das Lufthansa-Tagungshotel in Seeheim-Jugenheim.

Termine in diesem Jahr sind:

Basic (Kurs 27): 02.09.–10.09.2017
Basic (Kurs 27/2): 30.09.–08.10.2017
Advanced (Kurs 27):
02.12.–10.12.2017
Refresher: 10.11.–12.11.2017

Informationen im Internet:

<http://flugmed.org>

E-Mail: DAF.frankfurt@t-online.de

Dr. med. Dipl.-Chem.

Paul Otto Nowak

Facharzt für Arbeitsmedizin,

Flugmedizin

Facharzt für Innere Medizin,

Notfallmedizin,

Delegierter der LÄKH



*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!

EKG-Kurse

EKG-Kurs mit praktischen Übungen Fr., 19. – Sa., 20. Mai 2017

Gebühr: € 320 (Akademiestudenten € 288)

EKG-Refresher Do., 31. August 2017 **10 P**

Gebühr: € 140 (Akademiestudenten € 126)

Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden

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

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“

Pulmologie, Rheumatologie und Kinderradiologie **7 P**

Mi., 31. Mai 2017, 15:00 – 20:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. K.-P. Zimmer, Gießen

Gebühr: € 75 (Akademiestudenten kostenfrei)

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

Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis

Sa. 19. August 2017 **6 P**

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

Gebühr: € 70 (Akademiestudenten € 63)

Max. TN-Zahl: 20

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

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

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

Beginn Telelernphase: 19. Mai 2017 **40 P**

Theoretischer Teil: Fr., 19. – Mi., 21. Juni 2017

Kriseninterventionsseminar (folgende Termine zur Auswahl):

Mi., 28. Juni 2017 oder Mi. 16. August 2017 **8 P**

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

Gebühren Theorie: € 600 (Akademiestudenten € 540)

Kriseninterventionsseminar: € 150 (Akademiestudenten € 135)

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

Aktuelle Diabetologie

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

Mi., 20. September 2017, 15:30 – 20:00 Uhr **6 P**

Teil 3: Die nicht-medikamentöse Diabetestherapie

Teil 4: Insulintherapie für die Praxis

Leitung: Dr. med. H.-J. Arndt, Nidda
Dr. oec. troph. H. Raab, Offenbach

Gebühr: € 75 (Akademiestudenten kostenfrei)

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

Einführung in das Medizinrecht

Mi., 10. Mai 2017 **6 P**

Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth,
Bad Nauheim

RAin M. Strömer, Frankfurt

Gebühr: € 90 (Akademiestudenten € 81)

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

Infektiologie

Antibiotic Stewardship

Modul 2 – Aufbaukurs „Fellow“

Mo., 28. August – Fr., 01. September 2017

Leitung: PD Dr. med. B. Jahn-Mühl, Frankfurt
Prof. S. Herold, PhD, Gießen
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt

Gebühr: € 1.000 (Akademiestudenten € 900)

Ort: Frankfurt, Markus-Krankenhaus

Modul 1 – Basics/Grundkurs:

Mo., 20. – Fr., 24. November 2017

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf,
Prof. Dr. med. H.-R. Brodt,
Prof. Dr. med. C. Stephan
Dr. med. J. Kessel

Gebühr: € 900 (Akademiestudenten € 810)

Ort: Frankfurt, Hoffmanns Höfe

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



Computer in der Medizin

Softwareunterstützte Lösungsstrategien:

Differentialdiagnose und Fehlervermeidung

Mi., 20. September 2017, 14:00 – 19:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. J. R. Schäfer, Marburg

Gebühr: auf Anfrage

Max. Teilnehmerzahl: 40

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Kenntniskurs

Fr., 25. August 2017 (theoretische + praktische Unterweisung)

Gebühren: Theorie € 100 (Akademiestudenten € 90)
Praxis € 60 (Akademiestudenten € 54)

Grundkurs

Fr., 22. – Sa., 23. September 2017

+ 2 Auswahltermine für den praktischen Halbtage auf Anfrage

Gebühr: € 340 (Akademiestudenten € 306)

Leitung: PD Dr. med. Dr. med. habil. B. Bodelle

Weitere Kurse unter www.akademie-laekh.de oder

Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Veranstaltungsreihe Personalisierte Medizin

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer Hessen.

Mi., 10. Mai 2017

Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth,
Bad Nauheim

Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber,
Frankfurt

Gebühr: € 60 (Akademiestudenten € 54)

Ort: Frankfurt, Flemings Deluxe Hotel

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

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

Gebühr: € 250 (Akademiestudenten € 225)

Weitere Module unter www.akademie-laekh.de

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul I-III: Fr., 23. – Sa., 24. Juni 2017

Gebühr: € 210 (Akademiestudenten € 189)

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

Notfallmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Fr., 03. – So., 05. November 2017

30 P

Gebühr: € 400 (Akademiestudenten € 360)

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg

M. Leimbeck, Braunfels

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Intensivmedizin

37. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

Mo., 25. – Fr., 29. September 2017

55 P

Leitung: Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer

Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner,

Prof. Dr. med. Bojunga, Frankfurt

Gebühr: € 620 (Akademiestudenten € 558)

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

FOBI: Refresher (nach fünf Jahren)

Mi., 20. September 2017, 14:00 – 19:00 Uhr

6 P

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

Gebühr: € 110 (Akademiestudenten € 99)

Max. Teilnehmerzahl: 25

Auskunft/Anmeldung: K. Kübler, Fon: 0611 977-4825,

E-Mail: karin.kuebler@laekh.de

Fachgebundene genetische Beratung

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

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

Modul 5: Schwerpunkt Neurologie/Innere /
Allgemeinmedizin

Präsenzveranstaltung Fr., 19. – Sa., 20. Mai 2017 27 P

Beginn Telelernphase: 19. April 2017

Gebühr: € 350 (Akademiestudenten € 315)

Weitere Module unter www.akademie-laekh.de

Wissenskontrolle zum Nachweis der Qualifikation zur
fachgebundenen genetischen Beratung für zahlreiche

Fachgebiete: Sa., 20. Mai 2017

Gebühr: je € 50 (Akademiestudenten € 45)

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Rheuma an einem Tag

In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim

Mi., 25. Oktober 2017

Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim
Ort: **Bad Nauheim**, REHA-Zentrum
Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker € 45)
Max. Teilnehmerzahl: 40
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?**

Mi., 28. Juni 2017, 16:00 - 20:00 Uhr **5 P**

Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt
Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287
 E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Dermatologie

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Mi., 21. Juni 2017, 13:00 – 21:00 Uhr **11 P**

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechthelm
 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

Moderatorentaining für ärztliche Qualitätszirkel

Fr., 29. - Sa., 30. September 2017 **20 P**

Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda
Gebühr: € 360 (Akademiestatistiker € 324)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Verletzungsdokumentation

Mi., 06. September 2017, 15:00 - 18:30 Uhr **4 P**

Leitung: Prof. Dr. med. M. Verhoff, Frankfurt
Gebühr: € 70 (Akademiestatistiker € 63)
Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208
 E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Ultraschall

Gefäße

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)

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

Fr., 17. November 2017 (Theorie)

Sa., 18. November 2017 (Praktikum)

Gebühr: € 330 (Akademiestatistiker € 297)

Ort Praktikum: **Frankfurt**, Krankenhaus Nordwest

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

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

Abdomen und Retroperitoneum

Abschlusskurs

Sa., 28. Oktober 2017 (Theorie)

plus zwei Termine (je 5 Std.) Praktikum

Gebühr: € 360 (Akademiestatistiker € 324)

Ort Praktikum: **Frankfurt**, Kliniken Rhein-Main-Gebiet

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Aufbau-Modul: Schilddrüse

Sa., 10. Juni 2017, 09:00 – 18:00 Uhr

Gebühr: € 250 (Akademiestatistiker € 225)

Ort: **Frankfurt**, Uniklinikum

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

Aufbau-Modul Fab Doppler Abdomen

Sa., 23. September 2017, 09:00 Uhr – 18:00 Uhr

Gebühr: € 250 (Akademiestatistiker € 225)

Ort: **Groß-Umstadt**, Gesundheitszentrum

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-211,

E-Mail: adiel.candelo-roemer@laekh.de

Einführung in die Schlafmedizin (BUB Kurs)

In Kooperation m. d. Gesellschaft für Schlafmedizin Hessen e. V.

Fr., 19. – So., 21. Mai und Sa., 10. – So., 11. Juni 2017

Leitung: Prof. Dr. med. T. O. Hirche,
 Dr. med. J. Heitmann,

Dipl.-Psych. M. Specht

Gebühr: € 620 (Akademiestatistiker € 558)

Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de



Rechtsmedizin

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

Mi., 20. September 2017, Mi., 27. September 2017,

Mi., 04. Oktober 2017, Mi., 11. Oktober 2017,

jeweils 15:00 - 16:45 Uhr

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

Teilnahmegebühr: € 240 (Akademiestudenten € 216)

Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin

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

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Lymphologie für Ärzte/innen

Blended Learning-Veranstaltung

1. Präsenzphase: Sa., 16. September 2017

Telelernphase: Sa., 16. September – Sa., 28. Oktober 2017

2. Präsenzphase: Sa., 28. Oktober 2017

Leitung: Dr. med. S. Classen, Bad Nauheim

Gebühr: € 380 (Akademiestudenten € 342)

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

E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

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., 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

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, das heißt insgesamt 80 Stunden.

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

Fr., 19. – So., 21. Mai 2017 (ausgebucht) 20 P

Fr., 18. – So., 20. August 2017 (ausgebucht) 20 P

Fr., 27. – So., 29. Oktober 2017 (ausgebucht) 20 P

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

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

Gebühren je Block: € 350 (Akademiestudenten € 315)

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Notfallmedizin

Marburger Kompaktkurs (Zusatzbezeichnung Notfallmedizin)

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

Fr., 06. – Sa., 14. Oktober 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: simulation@rdmh.de

Peer Review in der ambulanten Palliativmedizin

Blended-Learning-Veranstaltung

Beginn Telelernphase: Mo., 24. Juli 2017

Präsenzphase: Fr., 25. – Sa., 26. August 2017

Leitung: Prof. Dr. med. C.-A. Greim

Ort: Frankfurt

Gebühr: € 360 (Akademiestudenten € 324)

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Palliativmedizin

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

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 (Akademiestatistiker € 585)
Fallseminar Modul III € 750
(Akademiestatistiker € 675)

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

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung
Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.

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

Die ArbMedVV „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonde-
ren klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen“ ist in den
Block B2 integriert.

Bitte beachten: Änderung der Kurstage, jetzt Mittwoch bis
Mittwoch, außer Sonntag!

A2: Beginn der Telelernphase: 30. Juli 2017

A2: Präsenzphase: 30. August – 06. September 2017

B2: Beginn der Telelernphase: 01. Oktober 2017

B2: Präsenzphase: 01. – 08. November 2017

C2: Beginn der Telelernphase: 29. Oktober 2017

C2: Präsenzphase: 29. November – 06. Dezember 2017

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

Suchtmedizin

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ insg. 20 P
(Blended Learning-Veranstaltung)

Einführung in die Telelernphase: Fr., 29. September 2017

Telelernphase: 30.09. – 01.12.2017

Präsenzphase / Lernerfolgskontrolle: Sa., 02. Dezember 2017

Leitung: D. Paul, Frankfurt

Gebühr: € 240 (Akademiestatistiker € 216)

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

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

Leitung: Dr. med. F. Kretschmer,
Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt

Gebühr: € 260 (Akademiestatistiker € 234)

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

Leitung: C. Drefahl, Frankfurt
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Gebühr: € 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

Gebühr: € 260 (Akademiestatistiker € 234)

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

Krankenhaushygiene

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. 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 Innere Medizin

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

Mo., 20. – Sa., 25. November 2017 insg. 63 P

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

Gebühr ges.: € 540 (Akademiestatistiker und
Mitglieder BDI und der DGIM € 486)

Gebühr/Tag: € 150 (Akademiestatistiker und
Mitglieder BDI und der DGIM € 135)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.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 **40 P**

Vorgesehene Themen: Einführung in das QM, Einführung in die Gesundheitsökonomie, Rechtliche Aspekte: Berufsrecht, Sozialrecht, Haftungsrecht, Rechtskonflikte, Methoden des QM, Indikatoren und Externe QS, Prozessmanagement, QM-Handbuch und Dokumentenlenkung

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

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs A: Fr., 05. – Sa., 06. Mai 2017 **11 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 (Akademiemitgl. € 270)

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. Oktober 2017 **11 P**

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

Gebühr: € 180 (Akademiemitglieder € 162)

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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Fr., 09. – Sa., 10. Juni 2017 **16 P**

Gesamtleitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt

Gebühr: € 260 (Akademiemitglieder € 234)

Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203, E-Mail: joanna.jerusalem@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 AGBs 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 inklusive Seminarunterlagen und Pausenverpflegung.

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

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Gebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. 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). 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





Palliativversorgung (120 Stunden)

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

Beginn: ab Do., 31.08.2017

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

Assistenz beim ambulanten Operieren (AOP 80 Stunden)

Die Fortbildung vermittelt nicht nur Handlungskompetenzen in der unmittelbaren Unterstützung und operationstechnischen Assistenz der Ärztin/des Arztes bei der Durchführung ambulanter Eingriffe sondern auch Kenntnisse zu deren vielfältigen Rahmenbedingungen.

Lehrgangsinhalte:

- Medizinische und strukturelle Grundlagen
- Instrumenten- und Materialkunde
- Hygiene
- Instrumentenaufbereitung und Sterilisation
- Perioperative Notfälle
- Umgang mit Patienten und Begleitpersonen
- Verwaltung und Organisation
- Dokumentation, Recht und Arbeitsschutz

Termin: ab Mi., 09.08.2017

Gebühr: € 1.010 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin

!!! Zusätzlicher Lehrgang !!!

Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin (BET 2) 140 Stunden

Inhalte: Qualifizierte Medizinische Fachangestellte sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen entlasten. Das neue von der Bundesärztekammer entwickelte Fortbildungscurriculum „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ vermittelt hierzu die erforderlichen Kompetenzen. Die Fortbildung besteht aus einem 92-stündigen Theorieteil und einem 48-stündigen praktischen Teil: „Diagnostische Verfahren“ in den Bereichen „Augen“, „Ohren“, „Herz-Kreislauf“ und „Lunge“.

Termin: ab 18.08.2017

Gebühr: € 1.700 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

Schwerpunkt Patientenbetreuung/ Praxisorganisation

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)

Inhalte: Die hier vermittelten Kenntnisse sollen Teilnehmerinnen und Teilnehmer befähigen, Gespräche professionell und zielgerichtet zu führen. Durch das Training in der Gruppe gibt es Anregungen zur Optimierung der Fragen- und Antworttechniken sowie Unterstützung zur Verbesserung der Rhetorik.

Termin: PAT 1_7: Fr., 25.08.2017, 10:00 – 17:30 Uhr

Termin in Wiesbaden:

PAT 1_6: Sa., 09.09.2017, 10:00 – 17:30 Uhr

Gebühr: € 95

Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

Inhalte: Systematische Einführung in die Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie, um Bedürfnisse des Gesprächspartners besser zu erkennen und die Patientencompliance durch Motivation zu verbessern.

Termin: PAT 2_7: Sa., 26.08.2017, 10:00 – 17:30 Uhr

Termin in Wiesbaden:

PAT 2_6: Sa., 11.11.2017, 10:00 – 17:30 Uhr

Gebühr: € 95

Ärztliche Abrechnung und DMP „EDV gestützt“ (PAT 6)

Inhalte: Die Grundlagen für die EDV gestützte Abrechnung werden vermittelt sowie vorgegebene Prüfläufe u. a. zur Quartalsabrechnung werden erläutert, mit praktischen Übungen.

Termin: Sa., 10.06.2017, 10:00–15:45 Uhr

Gebühr: € 105

Englisch für Gesundheitsberufe (PAT 7)

Inhalte: Die Fortbildung baut auf Schulenglisch-Grundkenntnissen auf. Geübt wird u. a. Begrüßung und Verabschiedung von Patienten, Aufnahme von Patientendaten, Terminabstimmung.

Termine: Sa., 12.08.2017, 19.08.2017, 02.09.2017,
09.09.2017 jeweils 10:00 bis 14:45 Uhr (20 Std.)

Gebühr: € 280

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: Bitte schriftlich oder per Fax an die Carl-Oelemann-Schule. Eine Bestätigung erfolgt ebenfalls schriftlich.

Veranstaltungsort: (soweit nicht anders angegeben):

Carl-Oelemann-Schule (COS) | www.carl-oelemann-schule.de

Carl-Oelemann-Weg 5 | 61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-100 | Fax: 06032 782-180

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

Zwei Kompetenzzentren in Hessen unterstützen seit fünf Jahren die Weiterbildung Allgemeinmedizin

Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin

Um die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu verbessern und attraktiver zu gestalten, ist im Jahr 2013 das Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen gegründet worden, gefördert durch den Hessischen Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung 2012–2014. Junge Kolleginnen und Kollegen können in diesem Rahmen an einem berufsbegleitenden Seminar- und Mentoringprogramm teilnehmen.

Die berufsbegleitenden Seminare werden zwölf Mal pro Jahr an vier Orten in Hessen (Bad Zwesten, Gießen, Frankfurt am Main und Königstein) angeboten. Es geht in diesen Seminaren sowohl um evidenzbasierte Medizin als auch um konkrete Themen der Praxisführung, Kommunikation mit Patienten sowie Praxismanagement. Die Seminare dienen neben der reinen Wissensvermittlung auch der Identifikationsstiftung mit dem Fach Allgemeinmedizin und der Vorbereitung auf die Facharztprüfung.

Viermal pro Jahr haben junge Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit, an einem kostenfreien Einführungsseminar teilzunehmen. An diesem Tag werden ihnen die Struktur und Inhalte des Programms vorgestellt. Im Herbst 2016 konnten wir die 200. Teilnehmerin an einem Einführungsseminar begrüßen und die 1.000. Teilnahme am Seminarprogramm bekannt geben. Die durchschnittliche Evaluation der Seminar-



Teilnehmende eines Einführungsseminars zum Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen in Gießen im September 2016. Die 200. Seminarteilnehmerin wurde mit einem Buchpreis geehrt.

tage ist mit einer Bewertung von 1,5 sehr gut. Alle Facharztprüfungsabsolventen, die bisher am Weiterbildungskolleg teilgenommen haben, haben ihre Prüfung bei der Landesärztekammer Hessen bestanden.

Das begleitende Mentoringprogramm des Weiterbildungskollegs bietet jungen Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, sich untereinander auszutauschen und vertiefend organisatorische und persönliche Anliegen rund um die Weiterbildung zu klären. Im Rahmen des Weiterbildungskollegs werden pro Jahr vier Treffen je Mentoringgruppe an den nun mittlerweile sechs verschiedenen Standorten in Frank-

furt am Main, Gießen, Marburg, Kassel, Offenbach und Pohlheim angeboten.

Pro Gruppe nehmen ca. zehn Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) teil und werden durch einen erfahrenen Facharzt oder eine erfahrene Fachärztin für Allgemeinmedizin und einem Diplom-Pädagogen/Psychologen begleitet. Die zu besprechenden Themen werden gemeinsam ausgewählt. Häufige Themen sind die Gestaltung der Weiterbildung, Vorbereitung auf die Facharztprüfung, Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf oder Feedback in der Weiterbildung. Neue Mentees werden stets offen und positiv aufgenommen. Die bereits teilnehmenden Mentees an den neun bestehenden Gruppen bewerten das Mentoring sehr positiv und empfehlen die Teilnahme am Mentoring.

Train the Trainer-Seminare (TTT)

Neben dem Weiterbildungskolleg für ÄiW bieten die Kompetenzzentren seit Februar 2016 halbjährlich stattfindende Train the Trainer-Seminare (TTT) für Weiterbilder und Weiterbilderinnen in der Allgemeinmedizin an. Innerhalb der zweitägigen Seminare werden Themen rund um die Weiterbildung besprochen. Die nächsten TTT-Seminare finden am 24./25. März 2017 und am 3./4. November 2017 statt. Siehe dazu auch HÄBL 01/2017, S. 54.

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: www.weiterbildung-allgemeinmedizin-hessen.de

Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen in Frankfurt und Marburg

Vor fünf Jahren wurden die Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität in Frankfurt am Main und der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin der

Philipps-Universität in Marburg gegründet. Die Förderung des Projektes durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) besteht seit dem „Hessischen Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung für die Jahre 2012–2014“ und wurde mittlerweile durch den „Hessischen Gesundheitspakt 2.0“ auf die Jahre 2015–2018 erweitert. Weiterhin werden die Kompetenzzentren durch die Adolf Messer Stiftung unterstützt.

Ein wichtiger Teil der Arbeit der Kompetenzzentren ist die Optimierung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin durch die Durchführung von Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) und auch deren Weiterbilder sowie ein begleitendes Mentoringprogramm für ÄiW. Zusätzlich unterstützen die Kompetenzzentren in Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle an der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV-Hessen) Weiterbildungsverbände sowohl in der Gründungsphase als auch in der aktiven Phase. Außerdem werden junge Kolleginnen und Kollegen beim Übergang vom Studium zur Weiterbildung

beraten und Öffentlichkeitsarbeit geleistet, indem unter anderem Gesundheitskonferenzen der Landkreise besucht werden.

Susanne Sommer

Fachärztin für Allgemeinmedizin
und Chirotherapie
Kompetenzzentrum Weiterbildung
Allgemeinmedizin Mittel-/Nordhessen
Karl-von-Frisch-Straße 4, 35043 Marburg
E-Mail: sommersu@staff.uni-marburg.de

Dr. med. Armin Wunder

Facharzt für Allgemeinmedizin
Kompetenzzentrum Weiterbildung
Allgemeinmedizin Hessen
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität, Frankfurt
E-Mail: weiterbildung@
allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Informationen zu den Angeboten der
Kompetenzzentren im Internet:
www.weiterbildung-allgemeinmedizin-hessen.de

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizin- studierende“

Mit der Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“ möchten wir Ihnen – Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung & Medizinstudierenden – eine Plattform für Gedankenaustausch und Informationen bieten. Sie entscheiden, worüber Sie schreiben wollen: Studientipps, Berufsstart, Rat für Kolleginnen und Kollegen, Teamwork im Krankenhaus oder in der Forschung, Wünsche für Weiterbildung oder Vereinbarung Familie & Beruf: Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte?

Schicken Sie Ihre Texte bitte per
E-Mail an:
katja.moehrle@laekh.de

Tag der Arbeitsmedizin in Wiesbaden Samstag, 10. Juni 2017

- Für Arbeitsmediziner und alle am Thema Arbeit und Gesundheit Interessierten.
- Der Besuch von mindestens drei Vorträgen wird für Teilnehmer des Modells „Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen“ (AbBA) als „Refresher“ für ein Jahr anerkannt.
- **Ort:** Kurhaus Wiesbaden
- **Anmeldung:** www.rg-web.de
Für AbBA-Teilnehmer: Anmeldung über die Fachkundige Stelle der Bezirksärztekammer Wiesbaden
Fon: 0611 97748-25
E-Mail: karin.kuebler@laekh.de
- **Programm**
9.45–10.15 Uhr Beteiligung des Betriebsarztes bei der Gefährdungsbeurteilung (Prof. Dr. Thomas Weber)
10.15–10.45 Uhr Aktuelle Entwicklungen in der Arbeitsmedizin (Prof. Dr. Stephan Letzel)

- 10.45–11.15 Uhr Impfforum: Fragen zu STIKO-Empfehlungen und Präventionsgesetz (Prof. Dr. Sabine Wicker)
- 11.45–12.15 Uhr Mutterschutz: Aktuelle Entwicklung (Dr. Uta Ochmann)
- 12.15–12.45 Uhr Update Berufsdermatologie (Prof. Dr. Thomas Diepgen)
- 12.45–13:15 Uhr Individualisierung digitaler Gesundheitsinformation zur Bewegung (Roswitha Ram-Devrient)
- 13.45–14.15 Uhr Update: Der kardiale Notfall am Arbeitsplatz (Prof. Dr. Dr. Markus Ferrari)
- 14.15–14.45 Uhr Prophylaxe in der Reisemedizin: auf was ist zu achten? (Prof. Dr. Tino F. Schwarz)

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan Letzel

Direktor des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Mainz

Prof. Dr. med. Thomas Weber

Facharzt Innere Medizin und Arbeitsmedizin, Wilhelm Fresenius-Klinik Wiesbaden

Medizinische Fachbibliotheken suchen Buchspender

- Deutschlands medizinischen Fachbibliotheken fehlt häufig Geld für die Neuanschaffung von Lehrbüchern und Fachzeitschriften. Der Hamburger Verein „Wissen schaffen“ ruft daher zu Buchspenden an Hochschulbibliotheken auf, um dort die Ausstattung an Fachliteratur zu verbessern.
- Informationen gibt es auf der Website: www.wissenschaffen.de oder per E-Mail an: info@wissenschaffen.de
- Spenden-Konto: Wissen schaffen e. V., Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE27251 20510 0008 466500
BIC: BFSWDE33HAN

„Ich habe mir vorgenommen, die Infektionskrankheiten zu heilen, und ich werde es durchsetzen“

Über den ersten Nobelpreisträger für Medizin, Emil von Behring (1854–1917)

„In Berlin ist ein neuer Stern aufgegangen. Bei [Robert] Koch ist jetzt ein merkwürdiger Kerl, der Stabsarzt Behring. Er will bei Infektionskrankheiten innerlich desinfizieren und probiert alle möglichen Chemikalien daraufhin durch. Er ist von einer ganz unheimlichen Arbeitswut erfüllt und soll dabei von einer geradezu pedantischen Genauigkeit sein. Niemand im Institut kann sich seinem Einfluss entziehen und alle erwarten Ausserordentliches von ihm. Er selbst ist voll ungeheurem Selbstbewusstsein und sein eigener Prophet. Letztlich sagte er halb im Scherz: ‚Ich bitte mich mit Respekt zu behandeln, denn in kurzer Zeit werde ich ein mächtiger und steinreicher Mann sein. Ich habe mir vorgenommen, die Infektionskrankheiten zu heilen und ich werde es durchsetzen.‘“

(Max von Gruber: Gedenkrede auf Emil von Behring, in: MMW 1917, 38, 1235 – 1239.) Auch wenn es sich nur um eine Anekdote aus dem Mund des Koch-Schülers James Eisenberg handeln sollte: Der „merkwürdige Kerl“ sollte mit seiner Selbsteinschätzung recht behalten. Emil Behring, der neue Stern am Berliner Himmel, wurde nicht nur ein reicher Mann, sondern auch ein Wissenschaftler, der bei der Bekämpfung der Diphtherie so erfolgreich war, dass er mit dem 1901 erstmals vergebenen Nobelpreis für Medizin geehrt wurde.

Herkunft

Wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Erfolg waren dem jungen Behring nicht in die Wiege gelegt. Der am 15. März 1854 geborene Emil wuchs in den bescheidenen Verhältnissen eines Dorfschullehrerhaushalts im damaligen Hansdorf in Westpreußen (heute Ławice, Polen) auf. Die Menschen in Hansdorf lebten von Ackerbau und Feldarbeit; das Lehrergehalt war knapp und wurde zum Teil in Naturalien ausgezahlt. Als Behrings Vater August 1848 seine Stelle im Dorf antrat, bestand sein Einkommen aus 18 Morgen Landnutzung, einigen Scheffel Getreide und 24 Talern pro Jahr. Emil war



Philipps-Universität Marburg

das fünfte von dreizehn Kindern, das erste Kind seiner Mutter Augustine, die der Vater nach dem Tod der ersten Ehefrau geheiratet hatte. Schon als Jugendlicher wollte Behring Medizin studieren. Aus finanziellen Gründen fiel die Wahl auf die Pépinière, das Medizinisch-chirurgischen Friedrich-Wilhelm-Institut in Berlin, in dem die preußischen Militärärzte ausgebildet wurden. Hier war das Studium kostenlos, jedoch mit der Verpflichtung zu einer achtjährigen Dienstzeit als Militärarzt verbunden. 1878 legte Behring seine medizinische Promotion über „Neuere Beobachtungen über die Neurotonia optociliaris“ vor, eine theoretische, auf Protokollen aus der Augenklinik der Berliner Charité basierende Arbeit. Gewidmet ist sie den „theuren Eltern in Liebe und Dankbarkeit“. Doch schon bald wandte sich der junge Arzt seinem Lebensthema, der Bekämpfung von Infektionskrankheiten und der damit verbundenen Frage von angeborener und erworbener Immunität, zu. So hatte er nach eigenen Worten als Arzt in Posen nicht nur die Gelegenheit, „Kranke zu elektrisieren“, sondern will sich vom erhaltenen Honorar Meerschweinchen und Kaninchen gekauft haben, deren Käfige unter seinem Bett standen und mit denen er seine ersten Versuche anstellte.

Über das Zustandekommen der Diphtherie-Immunität

Als Behring Ende 1888 nach mehreren Stationen als Militärarzt in west- und ost-

preußischen Kleinstädten sowie am pharmakologischen Institut der Universität Bonn nach Berlin zurückkehrte, fand er an dem von Robert Koch (1843 – 1910) geleiteten Hygieneinstitut eine ambitionierte Forschergruppe vor, deren Mitglieder sich im Umfeld der Bakteriologie einen Namen machen würden: Friedrich Löffler (1852 – 1915), der 1884 gemeinsam mit Edwin Klebs (1834 – 1913) den Erreger der Diphtherie identifizierte, Hermann Kossel (1864 – 1925), den Kliniker und späteren Hygieneprofessor in Gießen, und insbesondere Paul Ehrlich (1854 – 1915), der dank der Wertbestimmung der Antitoxindosis ganz wesentlichen Anteil am Erfolg des in Berlin entwickelten Diphtherieheilserums haben sollte. In diesem Umfeld gelang es Behring gemeinsam mit dem Japaner Shibasaburo Kitasato (1853 – 1935) und dem Freund Erich Wernicke (1858 – 1928) Forschungen zur künstlich erzeugten Immunität und zur Wirkung antitoxinhaltiger Blutseren durchzuführen. Das am Tiermodell entwickelte neuartige Verfahren zeigte die folgenden wichtigen Ergebnisse:

- Eine Substanz im Blutserum kann die giftigen Substanzen, welche von den Bakterien produziert werden, unschädlich machen.
- Die Gift zerstörenden Eigenschaften des Blutserums sind beständig.
- Die Gifte bzw. Gegengifte sind auch im Körper anderer Lebewesen wirksam – und damit sind sie vom Tier auf den Menschen übertragbar.

Dargestellt wurden die Resultate der Tierversuche in der renommierten Deutschen Medizinischen Wochenschrift. Am 4. Dezember 1890 publizierte Behring gemeinsam mit Kitasato den Aufsatz „Ueber das Zustandekommen der Diphtherie-Immunität und der Tetanus-Immunität bei Thieren“. Er erregte nicht nur in wissenschaftlichen Kreisen Aufsehen. Mit der auf dem Prinzip der passiven Immunisierung beruhenden Methode konnten künstlich infizierte Kleinsäuger dank der Seruminjek-

tionen geheilt werden. Im Frühjahr 1894 wurde das Verfahren auf der Diphtheriestation des Instituts für Infektionskrankheiten auf akut an Diphtherie erkrankte Kinder übertragen. In Reihenuntersuchungen und gestützt auf statistische Erhebungen, die das Alter und den Fortschritt der Erkrankung festhielten, konnte Kossel nachweisen, dass die in die Klinik eingelieferten kleinen Patienten mit dem Diphtherieserum geheilt werden konnten, wenn sie innerhalb eines klar umschriebenen Zeitfensters behandelt wurden.

Zusammenarbeit mit den Farbwerken in Höchst

„In der Deutschen medicin. Wochenschrift finde ich ein Referat über Ihre (mit Herrn Wernicke ausgeführte) Untersuchung betr. Immunisierung und Heilung von Versuchstieren bei der Diphtherie. Die Abhandlung interessiert mich ausserordentlich, weil sie die Aussicht eröffnet, die Diphtherie zu bekämpfen.“

Dies schrieb der wissenschaftliche Leiter der Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, der aus Gießen stammende August Laubenheimer (1848 – 1904), am 6. April 1892 an Behring in Berlin. Die 1863 gegründeten Farbwerke produzierten zunächst Teerfarben, sahen sich aber im Zuge sich vergrößernder Konkurrenz auf dem Farbenmarkt gezwungen, ihre Produktpalette um Pharmazeutika zu erweitern. Zunächst sollte die Volkskrankheit Tuberkulose von Höchst aus mit dem von Robert Koch entwickelten Tuberkulin bekämpft werden – bekanntlich ohne Erfolg. Auch der Diphtherie fielen, wie die Mortalitätsstatistiken des Kaiserlichen Gesundheitsamtes zeigten, viele Menschen – vor allem Kinder – zum Opfer: In Preußen starb Anfang der 1880er-Jahre jeder dritte Kleinkind zwischen drei und sechs Jahren an der Infektion, und da auch andere Länder wie beispielsweise Ungarn von Diphtherieepidemien heimgesucht wurden, versprach der Vertrieb eines wirksamen Diphtherieheilmittels lukrative Umsätze. Bereits im Dezember 1892 gab es einen ersten Vertrag zwischen Höchst und Behring. Als Anfang 1894 bewiesen war, dass das in Berlin getestete Diphtherieserum eine heilende Wirkung hatte, wurde in Höchst eine aus Tierställen und Laboren

bestehende Serumanstalt errichtet, die im November 1894 feierlich eröffnet wurde. Schon in den ersten Monaten wurden mehr als 75.000 Fläschchen Heilserum verkauft. Der Gesamtertrag im ersten kompletten Betriebsjahr 1895 betrug mehr als 700.000 (Gold-)Mark, wovon Behring anteilig 50 Prozent, somit 350.000 Mark, für ein Jahr erhielt.

1895 erhielt Behring dank der Förderung seines einflussreichen Mentors Friedrich Althoff (1839–1908) einen Hygienelehrstuhl an der Universität Marburg. Der Name Behring wurde dank der beeindruckenden Wirkungsweise des Diphtherieheilmittels weltberühmt. Briefe aus Europa, Russland und Übersee trafen in Marburg ein, in denen dankbare Eltern den „Retter der Kinder“ priesen.

Den offiziellen Höhepunkt der wissenschaftlichen Anerkennung bildete neben zahlreichen Preisen und Ehrenmitgliedschaften der erstmals vergebene Nobelpreis für Medizin. Dabei nutzte das Nobelkomitee die internationale Bekanntheit ihres ersten Preisträgers, um dem sich 1901 gerade erst etablierenden Preis durch die Entscheidung für Behring seinerseits ein weltweites Renommee zu verleihen.

„Mächtig und steinreich“

„Steinreich“ wurde Behring nicht, wie oft angenommen, durch die Summe des Nobelpreises – die damals knapp 170.000 Mark entsprechen heute etwa 1 Million Euro –, sondern durch die einträgliche Kooperation mit der pharmazeutischen Industrie, die ihm Gewinnbeteiligung zugesichert hatte. Nach der auf starke Differenzen zurückgehenden Trennung von den Farbwerken gründete Behring zunächst gemeinsam mit dem Apotheker Dr. Carl Siebert das auf Tierseren spezialisierte Behringwerk, aus dem 1914 die Behringwerke Bremen und Hamburg GmbH hervorgingen. Als Mitglied einer GmbH war Behring auch den anderen Anteilseignern und dem Aufsichtsrat, dem finanzkräftige und durchsetzungsfähige Bremer Bankiers und Kaufleute angehörten, verpflichtet und in seinen Entscheidungen von der Gesellschaft abhängig. Zu seinem Missfallen beschränkten sich seine unternehmerischen Handlungsspielräume auf die Mitbestimmung innerhalb der

Gruppe, und es fiel dem als hartem Verhandlungspartner gefürchteten Behring schwer, die Grenzen seiner Befugnisse anzuerkennen. 1916, knapp ein Jahr vor seinem Tod, zog er sich, gerade 62-jährig und von Krankheit gezeichnet, von allen Geschäften und universitären Aufgaben zurück. Nach dem Ersten Weltkrieg geriet Behring, der anlässlich seines 60. Geburtstags zum Ehrenbürger Marburgs erhoben worden war, außerhalb Hessens in Vergessenheit, man sah in ihm nur noch den Schüler des großen Koch. Eine Wiederentdeckung seiner Person setzte, massiv befördert durch den Archivar der Behringwerke, Alexander von Engelhardt, während des Nationalsozialismus ein.

Obwohl Behring nach nationalsozialistischem Sprachgebrauch mit der „Halbjüdin“ Else von Behring (1876 – 1936) verheiratet war, wurde er als „großer Deutscher“ heroisiert. Die Feierlichkeiten zum 50. Jubiläum der Serumtherapie im Jahr 1940 fanden ihren Höhepunkt in Marburg, wo unter dem Motto „Die Welt dankt Behring“ eine Feier ausgerichtet wurde, bei welcher der damalige Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, Bernhard Rust (1883 – 1945), sowie der Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti (1900 – 1945) als Redner an die Lahn kamen. Am 4. Dezember wurde unter Anwesenheit von Kindern und Trägerinnen des goldenen Mutterkreuzes das dem „großen Arzt und Forscher“ gewidmete Behring-Denkmal eingeweiht.

In der heutigen medizinhistorischen Forschung wird Behrings Leistung als Erfinder der Serumtherapie weiterhin gewürdigt, dabei wird der Fokus jedoch auch auf die Förderung seiner Forschungen durch die staatlichen Organe und die pharmazeutische Industrie gerichtet. Wie man heute weiß, wäre der beeindruckend schnelle Durchbruch bei der Bekämpfung der Diphtherie ohne die Einbindung in das Berliner Forschungsnetzwerk im Umkreis Robert Kochs, zu dem insbesondere Kitasato, Wernicke und Ehrlich gehörten, nicht möglich gewesen.

Dr. phil. Ulrike Enke

Emil-von-Behring-Bibliothek
Arbeitsstelle für Geschichte der Medizin
Philipps-Universität Marburg
Bahnhofstraße 7, 35037 Marburg

Cannabis

„Was man weiß, was man wissen sollte“: Das Buch von Peter Cremer-Schaeffer

Cannabis wird zur Zeit intensiv diskutiert. Das vorliegende, auch für Laien verständliche Buch von Dr. med. Peter Cremer-Schaeffer gibt eine ruhige Übersicht über die Droge Cannabis, die Geschichte des Cannabiskonsums als Genussmittel und deren gesellschaftliche Regulierung. Cremer-Schaeffer leitet seit 2009 die Bundesopiumstelle am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Der Autor fasst das derzeitige Wissen zu Cannabis als Arzneimittel zusammen und stellt in einer Übersicht dar, wie andere Länder mit Cannabis umgehen.

Cremer-Schaeffer trennt zwischen Cannabis als Medizin und Cannabis als Genussmittel: „Während das Thema Cannabis als Medizin einer nahezu ausschließlich wissenschaftlichen Betrachtung bedarf, ist die Frage, ob Cannabis Droge oder Genussmittel ist, eine gesellschaftliche Frage, die innerhalb der gesamten Gesellschaft zu diskutieren ist.“ (S. 16)

Im Folgenden werden die wesentlichen Aussagen des Autors vorgestellt.

Cannabis, die Droge

Deutschland liege beim Verbrauch im Mittelfeld. Etwa drei Millionen Einwohner haben 2016 mindestens einmal Cannabis benutzt. Bei den 18- bis 25-Jährigen nutzten 17 Prozent Cannabis. Bei 12- bis 17-Jährigen wird die Quote auf 2,2% geschätzt. (Vgl. S. 21)

Was macht Cannabis zum Genussmittel?

Nach deutscher Gesetzgebung ist Cannabis eine Droge und kein Genussmittel. Oft wird es jedoch als Genussmittel genutzt. Erwünschte Wirkungen sind „Gelassenheit“, euphorische Gefühle, Intensivierung von Wahrnehmungen, verändertes Körpergefühl, „das Denken wird freier“. (S. 39)

Unerwünschte Wirkungen:

Dosierungsabhängig können Angst bis hin zu Panikattacken, Halluzinationen sowie Gedächtnisstörungen auftreten. Körperliche



Cannabis kann z. B. in getrockneter Form (insbesondere Blüten) oder als THC-haltiges Öl (zum Beispiel aus den Samen) für medizinische Zwecke weiterverarbeitet werden.

Reaktionen wie Herzrasen, Übelkeit, Erbrechen, Blutdruckanstieg bis zum Kreislaufkollaps sind möglich. Häufig sind trockener Mund, große Pupillen und Blutdruckschwankungen. Im Allgemeinen steigert Cannabis den Appetit. (Vgl. S. 39–40)

Dauerhafte Folgen des Konsums

Bei gelegentlichem Gebrauch treten in der Regel keine langfristigen gesundheitlichen Schäden auf.

Bei regelmäßigem Gebrauch gibt es Hinweise auf negative Einflüsse auf Gedächtnisleistung, Aufmerksamkeit und die Fähigkeit komplexe Problemstellungen zu lösen. (Vgl. S. 41) „Nach Ansicht einzelner Autoren steigt die Wahrscheinlichkeit, an Schizophrenie zu erkranken. Andere Autoren sehen das Risiko für Psychosen, Angststörungen und Depressionen erhöht. Besonders gefährdet sind Kinder und Jugendliche, denn Cannabis beeinflusst die Hirnfunktion und die Hirnentwicklung. (...) Es besteht der Verdacht, dass Psychosen häufiger bei Menschen auftreten, die im Jugendalter über längere Zeit Cannabis konsumiert haben.“ (S. 41)

Nach dem Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik begaben sich auf-

grund durch Cannabis bedingter Probleme 2013 etwa 29.000 Patienten in Deutschland in Behandlung. Nach dem Drogen und Suchtbericht 2015 der Bundesregierung war bei unter 25-Jährigen eine Cannabisstörung zuletzt der häufigste Grund für eine ambulante oder stationäre Behandlung oder die Inanspruchnahme von Einrichtungen der Suchthilfe. (Vgl. S. 42)

Cannabis als Einstiegsdroge

Diese Theorie lässt sich nicht aufrechterhalten. Cremer-Schaeffer beschreibt ausführlich die kontroverse Diskussion über Cannabis als Einstiegsdroge seit den 30er-Jahren. Er weist unter anderem darauf hin, dass 75 Prozent der Cannabiskonsumanten niemals harte Drogen konsumieren. (Vgl. S. 47) Länder mit hohem Cannabiskonsum haben nicht auch höhere Konsumraten von Kokain etc. In einer Studie von Dieter Kleiber et al. wurden die Daten ehemaliger Cannabiskonsumanten analysiert. „Grundsätzlich waren diese Konsumenten jederzeit in der Lage, den Konsum zu beenden, unabhängig davon, wie häufig sie vorher Cannabis angewendet hatten. (...) Kleiber kommt zu dem Schluss: „Diese Befunde widersprechen der Eskalationsthese, wonach der Konsum von

Cannabis mit zunehmender Dauer quasi substanzinduziert härtere Konsumformen wahrscheinlicher und somit einen ‚Ausstieg‘ unwahrscheinlicher macht.“^(S. 47)

Fahrtüchtigkeit

„Während des Cannabisrausches ist die Fahrtüchtigkeit stark eingeschränkt. Verantwortlich dafür sind verminderte Gedächtnisleistung, die verminderte Aufmerksamkeits- und Reaktionsfähigkeit sowie die eingeschränkte Koordinationsfähigkeit von Bewegungen.“^(S. 49) Auch wenn die Wirkung abgeklungen ist, kann THC noch lange im Blut nachgewiesen werden. Dies kann zum Entzug der Fahrerlaubnis führen, auch wenn der Konsum schon Tage zurückliegt.^(Vgl. S. 49/50)

Vergleich Alkohol, Nikotin, Cannabis

Der Autor schätzt, wissenschaftlich betrachtet, Cannabis als weniger gefährliche Droge im Vergleich zu Alkohol und Tabak ein. Das allein sei aber kein Grund, Cannabis zu legalisieren.^(Vgl. S. 63 und S. 51–63)

Cannabis als Arzneimittel

Cannabis breitete sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als Heilmittel aus. 1872 wurde der indische Hanf der Apothekenpflicht unterstellt. Die Firma Merck bot Präparate an, die zahlreich zur Behandlung eingesetzt wurden: bei Schmerzen, Anfallsleiden, Krämpfen, Depressionen, schlechtem Appetit, Übelkeit und Erbrechen. Cannabis wurde benutzt, um quälende Symptome zu lindern.^(S. 70) 1964 gelang die Isolierung von THC, dem am stärksten wirksamen psychoaktiven Bestandteil von Cannabis. 1988 wurde das Endocannabinoidsystem entdeckt. 1992 wurde das erste im Körper selbst produzierte Cannabinoid entdeckt. Diese Substanz findet sich übrigens auch in der Kaubohne.^(Vgl. S. 71–72)

Verfügbare Cannabis-Arzneimittel

Marinol

1985 wurde THC in den USA als Fertigarzneimittel unter dem Namen Marinol zugelassen.^(S. 73)

Nabilon

1983 wurde in Deutschland Nabilon als vollsynthetisches Cannabinoid zugelassen. Die Zulassung wurde 1988 gelöscht.^(S. 74)

Sativex

Seit 2011 in Deutschland zugelassen. Es ist eine Mischung aus zwei Cannabisextrakten, die auf die beiden Hauptwirkstoffe THC und CBD standardisiert sind. Sativex kann zur Behandlung bei schmerzhafter Spastik bei Multipler Sklerose genutzt werden, wenn andere Arzneimittel nicht ausreichend wirksam sind.^(S. 74)

Anwendungsgebiete für Cannabis

In Metaanalysen wurden von 5.000 Artikeln zur Verwendung von Cannabis 76 als auswertbar angesehen.^(Vgl. S. 80)

Indikation Übelkeit und Erbrechen

28 Studien beschreiben positive Auswirkungen, die allerdings nicht signifikant waren. Hierfür sind Marinol und Nabilon zugelassen.^(Vgl. S. 81)

Appetitsteigerung bei HIV/Aids

Vier Studien liegen vor. Es ist strittig, ob die Wirksamkeit Placeboeffekte übersteigt.^(Vgl. S. 81)

Chronische Schmerzen

27 Studien liegen vor. Es gibt Hinweise auf Wirksamkeit von Cannabinoiden bei der Behandlung chronischer Schmerzen. Wegen geringer Behandlungszahlen ist eine Beurteilung nicht möglich.^(Vgl. S. 81/82)

Spastik bei Multipler Sklerose

12 Studien mit mehr als 2.000 Patienten belegen die Wirksamkeit von Sativex bei schmerzhafter Spastik.^(Vgl. S. 82)

Nebenwirkungen einer Cannabistherapie

Sehr häufig traten Schwindel oder Müdigkeit auf.

Häufig waren reduzierter Appetit, erhöhter Appetit, Depression, Desorientierung, Euphorie, Konfusion, paranoide Reaktion, Gleichgewichtsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisstörungen, Schläfrigkeit, verschwommenes Sehen, Durchfall, Aphten im Mund, Mundtrockenheit, Übelkeit und Erbrechen, Schmerzen in der Mundhöhle.

Seltene Nebenwirkungen waren Halluzinationen, Herzrasen, Bluthochdruck, starkes Schwitzen.^(Vgl. S. 82)

Fazit

Für eine abschließende Beurteilung der Wirksamkeit von Cannabis sind weitere Studien erforderlich.

Die Zusammenstellung von Cremer-Schaeffer ist eine aktuelle, wichtige und verständlich geschriebene Übersicht über den Stand der Cannabisforschung.

Für eine Beurteilung der aktuellen geänderten Rechtslage verweisen wir auf einen Artikel von Kirsten Müller-Vahl und Franjo Grotenhermen im Deutschen Ärzteblatt: „Medizinisches Cannabis“ (Dtsch Arztebl 2017; 114(8): A-352 / B-306 / C-300).

Dr. med. Peter Zürner

Fortbildung: Cannabis als Medizin

am 13. Mai 2017 in Frankfurt
 Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e. V. in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Hessen und der Stadt Frankfurt.
 Im Internet:
www.cannabis-als-medicin-2017.de

Buchtipps



Peter Cremer-Schaeffer: Cannabis. Was man weiß, was man wissen sollte

S. Hirzel Verlag Stuttgart,
 2. aktualisierte Auflage 2017. 128 Seiten, kartoniert.
 ISBN 9783777626642, € 14.80



Aus der Gutachter- und Schlichtungsstelle

Gastritis – oder mehr?

Leitlinien sowie Verlautbarungen der Deutschen Ärztekammer stellen für die Arbeit der Gutachter- und Schlichtungsstellen eine wichtige Orientierung bei der Urteilsfindung dar, insbesondere wenn es um schwere Befunderhebungsfehler und die Frage einer möglichen Beweislastumkehr geht.

Kasuistik

Der damals 62-jährige Patient suchte am 8. Februar 2007 erstmals wegen Sodbrennen und anhaltender Oberbauchbeschwerden einen niedergelassenen Gastroenterologen auf, der wegen roter Streifen im terminalen Ösophagus eine Refluxösophagitis ersten Grades und nach Nachweis einer *Helicobacter-pylori*-Infektion mittels Urease-Schnelltest eine Antrumgastritis diagnostizierte.

Es wurde eine Tripeltherapie eingeleitet. Bei einer Kontrollgastroskopie am 8. März 2007 war der Keim nicht mehr nachweisbar. Die Diagnose im Arztbrief lautete: Refluxösophagitis ersten Grades sowie H.-p.-negative Antrumgastritis, Bulbitis, Duodenitis.

Die nächste Spiegelung erfolgte am 4. Februar 2008 bei unveränderten Beschwerden mit den Diagnosen Refluxösophagitis ersten Grades, Antrumgastritis, Duodenitis und Bulbitis. Eine weitere Gastroskopie wurde am 5. Februar 2009 vorgenommen. Diagnosen: Refluxösophagitis ersten Grades, H.-p.-negative Antrumgastritis, Bulbitis/Duodenitis, Magen mit Speiseresten, schlechte Sicht.

Der Patient wechselte den Untersucher; bei einer erneuten Magenspiegelung am 27. Februar 2009 wurde ein großes, maligne imponierendes Ulcus bulbi mit Magenausgangstenose und Refluxösophagitis zweiten Grades diagnostiziert, histologisch Adenokarzinom Malignitätsgrad III.

Am 12. März 2009 erfolgte eine Gastrektomie. Histologisch handelte es sich um ein Magenkarzinom. Der Patient verstarb 18 Monate später an dem diffus, vorwiegend in die Leber metastasierten Tumorleiden bei einem Körpergewicht von 39 Kilo.

Die Witwe des Verstorbenen lässt über eine Rechtsanwältin bei der Gutachter- und Schlichtungsstelle anfragen, ob dieser letale Ausgang durch rechtzeitig durchgeführte Gewebentnahme bei

den vier seit 2007 durchgeführten Magenspiegelungen nicht in einem operablen Zustand zu diagnostizieren gewesen wäre.

Erwähnenswert erscheint noch, dass bei dem Patienten 1978 ein Lymphdrüsenkrebs und 2004 ein Stimmbandkarzinom diagnostiziert worden war.

Gutachterliche Stellungnahme

Bevor auf die aufgeworfenen Fragen eingegangen werden soll, noch eine sachliche Richtigstellung: Bei dem Patienten lag sicher nicht ein „malignes Ulcus duodeni“ vor, sondern ein pylorusnahes Adenokarzinom des Antrums, das zu einer Pseudopylorusbildung infolge diffuser Wandinfiltration mit konsekutiver Magenausgangstenose geführt hat.

Die Tatsache, dass von allen endoskopischen Untersuchungen kein Befundbericht existiert, sondern nur Kurzarztbriefe mit Diagnosen vorhanden sind, widerspricht den Vorgaben der Bundesärztekammer und auch guten ärztlichen Regeln. Bei den zitierten roten Streifen als Refluxösophagitis ersten Grades hätten Gewebeproben entnommen werden müssen, um eine unter demselben Bild imponierende Zylinderzellmetaplasie (Präkanzeröse Läsion) auszuschließen. Eine „Blickdiagnose“ H.-p.-negative Antrumgastritis gibt es nicht; auch hier hätte eine feingeweblich gestellte Diagnose veranlasst werden müssen.

Das Gleiche gilt für die Diagnosen Bulbitis/Duodenitis. Auch dabei handelt es sich um histologische Diagnosen, die einer Verifizierung bedürfen. Offensichtlich hat der Beklagte sowohl im Antrum als auch im Duodenum etwas gesehen, was er deskriptiv festgehalten hat. Aber auch ein Malignom kann als rötliche Verfärbung oder erosive Schleimhautdefekte imponieren. Der Beklagte hat somit weder den Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der gastroenterologischen Endoskopie (Dtsch. Ärztebl. 2000:97-8) noch den Mindestanforderungen an die Dokumentation einer Endoskopie Genüge geleistet, was als grober Befunderhebungsfehler interpretiert werden muss, der zu einer Beweislastumkehr führt.

Die Frage, ob das maligne Geschehen bereits 2007 hätte diagnostiziert werden können, muss dahingehend beantwortet werden, dass die Wahrscheinlichkeit dafür über 50 Prozent

¹ H Tsukuma, A Oshima, H Narahara, T Morii: „Natural history of early gastric cancer: a non-concurrent, long term, follow up study“ – publiziert in: Gut 2000; 47:618–621; (<http://gut.bmj.com>)

beträgt. Aus japanischen Verlaufsbeobachtungen über Jahre hinweg¹ wissen wir, dass der Übergang vom Frühkarzinom zum fortgeschrittenen Karzinom viele Jahre in Anspruch nehmen kann. Zusammengefasst kann somit festgehalten werden, dass die Gastroskopien bei fehlender Dokumentation und fehlender Biopsie nicht adäquat vorgenommen wurden. Es ist hochwahrscheinlich, dass das Magenkarzinom bereits im Jahr 2007 vorlag. Es ist auch sehr wahrscheinlich, dass durch lege artis durchgeführte Magenspiegelungen das Karzinom in einem früheren und damit heilbaren Stadium hätte erfasst werden können – mit einer realistischen Chance auf Heilung oder zumindest Lebensverlängerung.

Fazit

Das Gutachten der Gutachter- und Schlichtungsstelle wurde von der beteiligten Rechtsanwältin als Grundlage für eine Zivil-

klage vor dem Landgericht mit einer Schadenersatzforderung von 50.000 Euro eingereicht. Mit Urteil vom Mai 2016 kommt das Landgericht zu dem Urteil, dass hier ein grober Befunderhebungsfehler vorliegt und dem Verstorbenen bzw. den Angehörigen ein Schmerzensgeld in Höhe von 40.000 Euro zusteht. Das von dem Verfasser erstattete Gutachten wurde von den Beteiligten nicht angefochten und war daher nicht Gegenstand eines Kommissionsverfahrens.

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



Aus den Bezirksärztekammern

„Lassen Sie uns miteinander reden“

Der Ärzte Club Wiesbaden – eine Plattform für den ärztlichen Stand rund um die Landeshauptstadt

Unter dem Motto „Ärzte treffen Ärzte – Sprechen wir miteinander?!“ hatte der Ärzte Club Wiesbaden (ÄCW) zur Abendveranstaltung die Ärzteschaft aus Wiesbaden und Umgebung ins Museum Wiesbaden eingeladen. Ziel des ÄCW ist, eine Plattform für den Austausch aller Ärztinnen und Ärzte in Klinik und niedergelassenem Bereich zu schaffen: Kommunikation und Kollegialität stehen im Vordergrund. Der ÄCW hat eine Stimme entwickelt, mit der sich die Ärztinnen und Ärzte Wiesbadens getreu des Club-Mottos „Wir machen die Medizin“ positionieren. Über 100 Ärztinnen und Ärzte waren der Einladung gefolgt. Dr. med. Jörg Hempel, 1. Vorsitzender des ÄCW, und seine Vorstandskollegin, Dr. med. Susanne Springborn, freuten sich mit den Teilnehmenden, Dr. med. Eckhard Starke begrüßen zu können. Die Gäste nutzten ausgiebig die Gelegenheit, den stellvertretenden Vorsitzenden der KV Hessen anschließend direkt anzusprechen. Das Grußwort des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration mit neuesten Informationen aus dem Gesundheitssektor überbrachte Jochen Metzner, Leiter des Referats Kran-



Dr. med. Jörg Hempel, 1. Vorsitzender des Ärztes Clubs Wiesbaden, begrüßte über 100 Gäste.

kenhausversorgung, Gesundheits- und Krankenpflege sowie stellvertretender Leiter der Abteilung Gesundheit.

„Wir machen die Kommunikation“ war Thema des Abends. Der ebenso unterhaltsame wie hoch informative Vortrag des in Wiesbaden niedergelassenen Internisten und renommierten Kommunikationsexperten Dr. med. Bernd Ditter war Kernstück der Veranstaltung. „Es ist nicht entscheidend, was A sagt, sondern was B versteht. Wir interpretieren, wir assoziieren

sofort, entscheiden in der ersten Sekunde. Ich muss ergründen, in welchem Zustand mein Gegenüber ist und ihn dort abholen. Mit dieser Empathie werden wir in unserem Beruf mehr Erfolg, Zufriedenheit und wahrscheinlich auch mehr Glück haben!“ Im Anschluss informierten sich die Gäste an Ständen über Kliniken, Telemedizin und ärztliche Netzwerke. Den Fokus des Abends bildeten die intensiven Gespräche miteinander.

„Endlich hat man mal ein Gesicht zum Kollegen bekommen, den man nur von den Arztbriefen oder vom Telefonieren kennt.“ „Bin völlig platt aus der Sprechstunde hierhergekommen. Hat sich gelohnt, fühle mich sehr wohl hier...“, und „Gelungener Abend mit fachübergreifendem Austausch in entspannter Atmosphäre...“ Zum Erfolg trug sicher auch das Rahmenprogramm für Partner und Kinder bei: Eine Führung zu den Highlights des Museums gab es parallel zum Vortrag, und das kunstpädagogische Atelier war durchgehend geöffnet. Der Club freut sich schon auf die vierte Abendveranstaltung in Folge am 21. März 2018.

Dr. med. Susanne Springborn

Der leitende Arzt – leitend oder leidend?

„Hinter uns steht nur der Herrgott – Aufzeichnungen eines Chirurgen“ – in diesem Buch aus dem Jahr 1957 befasste sich der Autor Professor Hans Kilian, Chirurg der städtischen Kliniken aus Freiburg, mit seltenen Krankheitsbildern, ihrer Diagnose, der Behandlung der Patienten aber auch – und das nicht zuletzt und vielleicht sogar vor allem – mit dem persönlichen Schicksal der Patientinnen und Patienten. Wie weit haben wir uns davon entfernt!

Das soll nicht bedeuten, dass wir uns einem diagnostischen Problem heute nicht mehr stellen oder die Therapie außer Acht lassen. Allerdings müssen wir uns inzwischen vermehrt über die wirtschaftlichen Folgen einer Behandlung Gedanken machen, was häufig zu Lasten der Empathie, d.h. der Teilnahme am Schicksal der Patienten, geht. Dabei ist diese insbesondere in Zeiten der demografischen Entwicklung, im Zuge derer die Patienten zunehmend älter und kränker bzw. multimorbid werden, notwendig. Wie sehr wird ein freundliches Wort, Anteilnahme oder auch nur eine kurze Verweildauer am Krankentisch bzw. in der Sprechstunde wahrgenommen und geschätzt, besonders weil dies zunehmend seltener wird.

Was nichts kostet, ist nichts wert!

Heute wird der Arzt in Praxis und Krankenhaus – und hier vor allem der leitende Arzt – für die ökonomischen Folgen seines Handelns verantwortlich gemacht, ohne dass er die Möglichkeiten der wirtschaftlichen Steuerung, insbesondere im Krankenhaus, erhält. Häufig werden ihm lediglich Zahlen vorgehalten, die er nicht erfüllt hat, und die zum Erreichen des Wirtschaftsziels seiner Abteilung und/oder des Krankenhauses erforderlich sind. Die Kosten jedoch, welche die andere Seite der Bilanz darstellen und die für die Errechnung des sogenannten Deckungsbeitrages erforderlich sind, werden ihm häufig nicht oder nur unvollständig mitgeteilt. So ergibt sich für den leitenden Arzt, anders als für den Abteilungsleiter eines Wirtschaftsunternehmens, die abstruse Situation, dass er nur einen Teil der Bilanzen sieht und dennoch für den gesamten wirt-

schaftlichen (Miss-) Erfolg verantwortlich gemacht wird.

Dabei soll nicht verschwiegen werden, dass Krankenhäuser heute mittelständische Unternehmen sind, deren Leitung und Steuerung ökonomischen Sachverständigen erfordern. Nur werden dafür häufig die leitenden Ärzte zur Verantwortung gezogen, deren originäre Tätigkeit jedoch gerade keine ökonomische ist – sonst hätten sie ein wirtschaftswissenschaftliches Fach studiert und eben nicht Medizin. Das ärztliche Tun an sich orientiert sich nicht an der Ökonomie, sondern an dem Patienten. Anders ausgedrückt: Der Auftraggeber liegt oder sitzt vor uns – es ist der Patient und eben nur dieser.

Dass die Ökonomie in die Medizin Einzug gehalten hat und diese zunehmend dominiert, ist nicht weiter verwunderlich, greift sie doch in allen Bereichen unseres Lebens um sich. Was nichts kostet ist nichts wert!

Der ärztlichen Tätigkeit zuwider

Nun ist nicht in jedem Krankenhaus die Geschäftsführung problematisch und oft gibt es auch eine erfolgreiche und harmonische Zusammenarbeit. Dennoch hat sich in den letzten Jahren bis Jahrzehnten zwischen Krankenhausleitung und etablierten Ärzten ein Gegensatz, wenn nicht gar eine Art Feindbild etabliert.

Schlimmer noch als dieses problematische Verhältnis ist, dass die von der Politik ersonnenen und von den jeweiligen Administrationen mitunter willfährig ausgeführten Finanzinstrumente der originären Tätigkeit des Arztes zuwiderlaufen. Deren Verträge sind häufig an den wirtschaftlichen Erfolg ihrer Abteilung geknüpft. Die Ärzte müssen sich darauf einstellen, ihnen wird frühzeitig vermittelt, dass sich ihr Arbeitsplatz oder ihre therapeutischen Möglichkeiten an einer guten ökonomischen Ausrichtung ihrer Abteilung orientieren und weniger am Heilungserfolg. Nun muss das nicht unbedingt ein Gegensatz sein, doch häufig werden einfachere, sprich konservative, nicht operative Maßnahmen, weniger gut bewertet als Operationen, auch wenn deren Erfolg nicht gesichert ist und sich unter Umständen für

den einzelnen Patienten als Nachteil erweisen kann.

Weisungsrecht vs. ärztlicher Eid

Das Weisungsrecht (§ 106 GewO) bezeichnet das Recht des Arbeitgebers, die im Arbeitsvertrag nur rahmenmäßig umschriebene Leistungspflicht des Arbeitnehmers einseitig durch Weisungen konkretisieren zu können [1]. Dieses Weisungsrecht, d.h. das Recht der Krankenhausdirektion auf den jeweiligen leitenden Arzt zuzugreifen, bzw. Druck auszuüben – ist es wirklich ein solches? Ist der leitende Arzt nicht vielmehr – und dies wird meines Erachtens auch heute noch in den Verträgen betont – was die Behandlung der Patienten angeht, ausschließlich seinem ärztlichen Eid verpflichtet?

Die Tatsache, dass dies in den verschiedenen Vertragswerken versucht wird zu unterlaufen, sollte nichts an der Verpflichtung des Arztes seinen Patienten gegenüber ändern. Das Problem liegt jedoch darin, dass, wenn ein Bewerber eine sogenannte Erfolgsklausel ablehnt, vermutlich ein anderer dazu bereit ist, diese auf sich zu nehmen.

Hier liegt meines Erachtens das Hauptproblem: die mangelnde Solidarität der leitenden Ärzte untereinander. Wäre diese stärker, dann würden Administration und Politik gezwungenermaßen auf den Konflikt eingehen müssen. Allerdings – diese Erfahrung habe ich leider in meiner 20-jährigen Tätigkeit als leitender Arzt machen müssen – sieht es mit der Solidarität der leitenden Ärzte in einem Krankenhaus eher mäßig aus. Das gibt Politik und Verwaltung Macht und Instrumente in die Hand, um die ökonomischen Ziele, mögen sie auch medizinisch, d.h. für den Patienten, kontraproduktiv sein, durchzusetzen.

Medizin ist keine Fließbandarbeit

Noch schlimmer – und dies habe ich in meiner mehr als 40-jährigen Tätigkeit im Krankenhaus, von denen ich 20 Jahre Leiter einer chirurgischen Krankenhausabteilung war, wahrgenommen – ist die Tatsa-

che, dass auch bei der Ausbildung junger Kolleginnen und Kollegen ein falsches Bild erzeugt wird: Nicht mehr (nur) die erfolgreiche Diagnose und anschließende erfolgreiche Therapie zählt, sondern (vor allem) der wirtschaftliche Erfolg durch und mit den jeweiligen Patienten.

Ich hatte das Glück, während meiner Tätigkeit zwar mannigfaltigen Druckbelastungen ausgesetzt zu sein, aber insgesamt doch (noch) im Wesentlichen meine therapeutische Freiheit anwenden zu können. Außerdem war mein Vertrag als leitender Arzt noch nicht an ökonomische Vorgaben oder Garantien geknüpft.

Es wurde jedoch anderweitig Druck ausgeübt: Stellen wurden nicht besetzt – insbesondere Facharztstellen – sodass der Leiter häufig gezwungen war, selbst Hintergrund – oder Nachtdienste auszufüllen. Dieser Zustand erstreckte sich manchmal über Monate oder sogar längere Zeit. Als Begründung wurde dabei stets das ökonomische Argument angebracht. So wurde die Zahl der Oberärzte häufig an Leistungszahlen geknüpft und

mit der Frage abgetan: „Können Sie mir garantieren, dass der Umsatz steigt, wenn ich Ihnen eine Oberarztstelle mehr gebe?“

Dass es nicht ohne weiteres möglich ist, diese Garantien zu geben, ist offensichtlich. Schließlich ist die Medizin, insbesondere die Notfallmedizin, für die ich an einem Krankenhaus der Akut – und Schwerpunktversorgung verantwortlich war, kein Fließband-Unternehmen, sondern unterliegt gewissen Schwankungen.

Auch die Zahl der Krankenhausbetten mal zu vermindern und/oder einem anderen Kollegen zuzuschlagen, was in ein Krankenhaus sicherlich die Arbeitsatmosphäre belastet, ist ein probates Mittel, Uneinigkeit unter den leitenden Ärzten, wenn nicht zu schüren so doch zu halten, um zu verhindern, einer geeinten Front der Ärzte gegenüberstehen zu müssen.

Fazit

Als leitende Ärzte in Krankenhäusern sollten wir kollegial zusammenstehen und

uns wieder mehr unserer ureigensten Aufgaben bewusst werden. Diese sind: Behandlung der Patienten nach den modernsten wissenschaftlichen Kriterien und Leitlinien, sowie die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses – im weiteren Sinne also Krankenbehandlung und Lehre in der Medizin – das eigentliche Kerngeschäft. Die Tätigkeit des Arztes – nicht nur im Krankenhaus – ist ärztlich und muss es bleiben!

Prof. Dr. med.

Ulrich Finke

Arzt für Chirurgie,
Allgemein-
& Viszeralchirurgie,
Orthopädie
& Unfallchirurgie

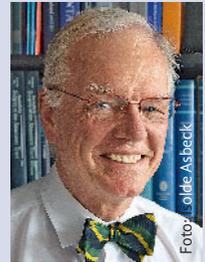


Foto: olde.Asbeck

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

Personalia



Foto: Helios Wiesbaden

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie hat **Dr. med. Bertold Schrank** (60), neurologischer Oberarzt an der DKD Helios Klinik Wiesbaden, mit dem Robert-Wartenberg-Preis ausgezeichnet. Mit dieser Auszeichnung wird seine langjährige klinische und wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet neuromuskulärer Erkrankungen gewürdigt. Schrank leitet als langjähriger Oberarzt an der DKD Helios Klinik Wiesbaden die Neuromuskuläre Sprechstunde. Während der vergangenen Jahrzehnte publizierte er eine Vielzahl von hochrangigen wissenschaftlichen Artikeln und Lehrbüchern. Darüber hinaus ist der Neurologe sowohl lokal als auch national ein gefragter Redner und Sprecher des Muskelzentrums Rhein-Main. Die Verleihung des

Robert-Wartenberg-Preises findet jährlich statt und zeichnet wissenschaftliche Arbeiten klinisch tätiger Ärzte an nicht-universitären Kliniken aus.

Nach fast 23 Dienstjahren nimmt **Prof. Dr. med. Erwin Stark**

als Chefarzt der Neurologischen Klinik Abschied vom Sana Klinikum Offenbach. Im Rahmen eines Fachsymposiums wurde er in den Ruhestand verabschiedet. Er hat die Neurologie am Sana Klinikum Offenbach gegründet und stetig weiterentwickelt. Heute wird dort das gesamte Spektrum neurologischer Krankheiten wie Hirnhautentzündungen, Multiple Sklerose und Parkinsonsymptome behandelt. Gleichzeitig forcierte er die stationäre Akutbehandlung von Schlaganfall-Patienten.



Foto: Sana Klinikum Offenbach

Neuer Chefarzt der Klinik für Neurologie mit Stroke Unit-Einheit am Sana Klinikum Offenbach wird **Dr. med. Karl-Heinz Henn**. Er trat 1995 seine Stelle als Oberarzt an der von Prof. Stark kurz zuvor neu gegründeten Offenbacher Klinik an und übernahm dort 2001 die Funktion des Leitenden Oberarztes. Ausgewiesene Qualifikationen hat sich Henn für die verkehrsmmedizinische Begutachtung und für die Therapie mit Botulinum-Toxin bei neurologischen Bewegungsstörungen erworben. Angenehme Neurologen hat er als Ausbildungsberechtigter Elektroenzephalografie (EEG) der Deutschen Gesellschaft für Neurophysiologie und funktionelle Bildgebung unterstützt.



Foto: Sana Klinikum Offenbach

E-Mail-Einsendungen an: haebl@laekh.de

Zum CME-Artikel „Grundlagen der Diagnostik und Therapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen im Kindes- und Jugendalter“ von Prof. Dr. med. Christine M. Freitag im Hessischen Ärzteblatt 03/2017, S. 142 ff

Mehr Sensibilität für ein psychosoziales Umfeld

Ein kritischer Kommentar zu dem als Fortbildung ausgewiesenen Beitrag von Frau Prof. Dr. med. Christine M. Freitag zum Thema „Grundlagen der Diagnostik und Therapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen im Kindes- und Jugendalter“ erscheint dringend nötig. Denn bei aller wissenschaftlicher Experti-

se und leitlinienbasierter Orientierung fehlt ihm eine zugrunde liegende ärztlich-therapeutische Haltung, die erst eine sinnvolle Begegnung mit einem psychisch leidenden Kind ermöglicht.

Diese Haltung hätte selbst in einem schematisierten Artikel, der schlagwortartig ausgewählte Krankheitsbilder durchdekliniert, unbedingt erwähnt werden müssen, da ansonsten der Eindruck einer seelenlosen, technisierten und modularisierten Medizin entsteht, verbunden mit der Illusion, Krankheiten gewissermaßen nach einem Schema behandeln zu können. Denn streng genommen gibt es keine psychisch kranken Kinder, sondern immer auch Beziehungskonstellationen, innerhalb derer Kinder als Symptomträger psychisch erkranken können.

Für diese Wahrnehmung braucht es jedoch eine therapeutische Haltung, die eine entsprechende Sensibilität für ein psy-

chosoziales Umfeld als potenziell pathogene Ursache mitberücksichtigt. Bereits der englische Kinderarzt und Psychoanalytiker Donald Winnicott (1896–1971) formulierte vor Jahrzehnten die paradox anmutende Erkenntnis: „So etwas wie ein Baby gibt es nicht“ – um auf diese Weise auf die grundlegende Bedeutung der Beziehung zwischen dem Kind und seinen umgebenden Bezugspersonen hinzuweisen. In diesem Sinne könnte man paraphrasieren: „So etwas wie ein psychisch krankes Kind gibt es nicht“ – weil auch dessen Sorgen und Nöte nur in der Wahrnehmung des umgebenden Beziehungsfeldes verstanden werden können, wenn ihre Behandlung nicht zu einem seelenlosen Procedere nach Leitlinien verkommen soll. Diese Sensibilität lässt der Artikel schmerzlich vermissen.

Dr. med. Klaus Kocher
Frankfurt/Main

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

Die Beiträge im Hessischen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über Leserbriefe, Vorschläge, Lob oder Kritik. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Im Vogelsang 3, 60488 Frankfurt/Main.

Zum CME-Artikel „Herztransplantation – Update 2017“ von Dr. med. Andreas Rieth, Dr. med. Manfred Richter et al. im Hessischen Ärzteblatt 04/2017 S. 208ff

Seit 1988 Kinderherztransplantationen in Gießen

Mit großem Interesse haben wir den Fortbildungsartikel von Rieth et al. zur Herztransplantation im Hessischen Ärzteblatt gelesen. Wir möchten der Vollständigkeit halber erwähnen, dass in Hessen ein weiteres Herztransplantationszentrum existiert, allerdings zurzeit nur für Kinderherztransplantationen: Es handelt sich um das HTX-Zentrum am Universitätsklinikum Gießen.

Dort wurde die erste Kinderherztransplantation 1988 durchgeführt. Seit diesem Zeitpunkt wurden in Gießen weit über 200 Herzen transplantiert. Allein im Zeitraum zwischen 2007 und 2016 wurden insgesamt 95 Herztransplantationen, vorwiegend bei Kindern, unter der

Leitung von Prof. Dr. med. Dietmar Schranz und Prof. Dr. Hakan Akintürk durchgeführt. Damit ist das Kinderherz-Transplantationszentrum in Gießen mit seiner überregionalen Bedeutung eine der drei großen Institutionen in Deutschland in der Therapie der Herzinsuffizienz bei angeborenen Herzfehlern.

Wir möchten außerdem erwähnen, dass der Allokationsmodus für Kinderherztransplantationen anders als bei Erwachsenen ist: Kinderherzen werden ausschließlich im „high-urgency“ Modus vermittelt. Ebenfalls unterschiedlich sind die Ergebnisse der HTX bei Kindern: Während die 10-Jahres-Überlebensrate bei Erwachsenen mit ca. 50% angegeben wird,

beträgt sie bei Kindern nach Angaben der ISHLT ca. 60. Diese Ergebnisse werden im Kinderherz-Transplantationszentrum Gießen weit übertroffen: Zwischen 2000–2017 ist die Überlebenswahrscheinlichkeit für 5 Jahre 89 Prozent, für 10 Jahre 85 Prozent, und für 15 Jahre 79 Prozent.

Prof. Dr. med. Andreas Böning
Prof. Dr. med. Hakan Akintürk

Klinik für Herz-, Kinderherz- und Gefäßchirurgie,
Kinderherz-Transplantationszentrum,
UKGM Standort Gießen,
Justus-Liebig-Universität Gießen



Der Integration von Geflüchteten ein Gesicht geben

Sechster Hessischer Asylkonvent

Der Sechste Hessische Asylkonvent der Landesregierung hat Mitte März unter Leitung des Ministerpräsidenten Volker Bouffier in der Staatskanzlei in Wiesbaden getagt.

Im ersten Teil wurde eine detaillierte Übersicht über die aktuellen hessischen Daten zum stark rückläufigen Flüchtlingsaufkommen, der Situation in den verbliebenen Aufnahmestationen, den freiwilligen Ausreisen und den Abschiebungen, zur schulischen und beruflichen Qualifizierung der Bleibeberechtigten sowie zur Arbeitsmarktsituation gegeben.

Im Weiteren stellten drei Fachgruppen jeweils gelungene Beispiele von sich schulisch oder beruflich erfolgreich integrierenden Flüchtlingen vor. Vonseiten der Landesärztekammer wurde die 23-jährige Afghanin Zeynab Hosseinzada vorgestellt, die wir als Teilnehmerin unseres „HefmediT-Projekts“ 2015 in der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim kennengelernt haben. Diese Schule der Landesärztekammer Hessen dient der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen medizinischer Fachberufe.

„HefmediT“ bezeichnet ein Praktikum zur Heranführung von Flüchtlingen im jungen Erwachsenenalter an medizinische Themenfelder in der Berufsausbildung. Es gibt einen Überblick über die Vielfalt medizinischer Fachberufe, ver-



Der Hessische Ministerpräsident Volker Bouffier mit zwei Geflüchteten, die sich beim Asylkonvent vorstellten: Zeynab Hosseinzada aus Afghanistan (links) und Rahma Husain aus Syrien (rechts).

bunden mit dem Kennenlernen erster einfacher Fachtätigkeiten. Das Projekt wird bereits im dritten Jahr angeboten und konnte seither fast 30 Teilnehmende verzeichnen. Über „HefmediT“ wurde in den Hessischen Ärzteblättern 9/2015 und 9/2016 berichtet.

Zeynab Hosseinzada hat dieses Praktikum motiviert: Sie befindet sich seit einem halben Jahr mit großer Freude in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin am Universitätsklinikum Gießen und Marburg. Die Teilnahme am Asylkonvent sieht sie als Möglichkeit zu zeigen, dass Flüchtlinge sich integrieren möchten und – nicht zuletzt – auch ein Gewinn für unser Land sind.

Dr. med. Alexander Marković, MBA

Sprachpaten gesucht

Der Verein „Beramí – berufliche Integration e. V.“ unterstützt ausländische Ärztinnen und Ärzte bei der Vorbereitung auf die deutsche Kenntnisprüfung.

Bestandteil des Programms ist das Erlernen deutscher Begriffe für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit. Dafür sucht Beramí im Rahmen des Programms „Sprachpatenschaften zur Förderung des individuellen Lernens“ (SPiL) hessische Ärztinnen und Ärzte, die mit ihren ausländischen Kollegen ins Gespräch kommen und sie ehren-

amtlich als Sprachpate unterstützen möchten.

Sie treffen sich einmal wöchentlich, Mittwochs, ab 14.30 Uhr. Weitere Treffen können zusätzlich vereinbart werden. Der Verein unterstützt und begleitet die Teilnehmenden kontinuierlich.

Ansprechpartnerin:
Renate Scheffler-Konrat
beramí berufliche Integration e. V.
Burgstr. 106, 60389 Frankfurt
E-Mail: scheffler-konrat@berami.de

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Bezirksärztekammer Darmstadt

Bezirksärztekammer Frankfurt

Bezirksärztekammer Frankfurt

Bezirksärztekammer Kassel

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

Donnerstag, 11. Mai 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



Prof. Dr. med. Hartwig Bauer

Chirurg – Unfallchirurg/Viszeralchirurg

em. Chefarzt der Chirurg. Abt. u. Äztl. Direktor Kreiskrankenhaus Altötting

1996/97 Präsident und 2002–2012 Generalsekretär

der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Arzt und Patient – eine Beziehung im Wandel

Die Rolle des Arztes hat sich gewandelt von einer kaum hinterfragten Autoritätsperson hin zu einem aus kritischer Distanz bewerteten Dienstleister. Auch im Zeitalter der Informationstechnologien ist der vertrauensvolle Dialog zwischen Arzt und Patient die Basis jeder erfolgreichen, auf den Patienten abgestimmte Diagnose- und Therapieentscheidung. Grundlage dieses Dialogs ist das gute Zuhören, das heute bei verdichteten Arbeitsabläufen und einer durch zunehmende Spezialisierung bedingten Arbeits- und Verantwortungsteilung immer mehr verloren geht. Das alte Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt wird teilweise abgelöst von einem Vertragsverhältnis mit definiertem Leistungsumfang. Wo bleiben Selbstbestimmung und Mitverantwortung der Patienten und wie können sie gelebt und weiter entwickelt werden?

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-gespraech.de | E-Mail: info@bad-nauheimer-gespraech.de

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Hans-Hellmut Leonhardt,
Darmstadt
* 05.09.1939 † 14.02.2017

Ltd. Med. Dir. i. R. Dr. med.
Horst Dreipelcher, Hanau
* 19.01.1926 † 20.02.2017

Dr. med. Helmut Gerz, Frankfurt
* 21.10.1928 † 27.02.2017

Ulrich Melsbach, Mainz
* 03.10.1955 † 27.03.2016

Mohammad Farooq Detho, Offenbach
* 09.03.1972 † 14.02.2017

Ltd. Med. Dir. a. D. Dr. med.
Hans Fornfeist, Heuchelheim
* 06.03.1927 † 23.12.2016

Prof. Dr. med.
Hans-Joachim Oehmke, Gießen
* 13.09.1934 † 23.02.2017

Dr. (H). Ferenc Györy-Kiss, Weinbach
* 03.02.1948 † 08.03.2017

Dr. med. Günther Otto Freischütz,
Eschwege
* 25.06.1934 † 20.02.2017

Dr. med. Helmut Pape, Kassel
* 05.09.1919 † 19.03.2017

Prof. Dr. med. Dieter Franz Voss, Kassel
* 16.05.1930 † 14.02.2017

Dr. med. Harald Hülsmann, Kassel
* 23.11.1955 † 25.01.2017

Prof. Dr. med. Dr. med. dent.
Hans-Jürgen Hering, Marburg
* 09.07.1925 † 12.02.2017

Dr. med. Marianne Freudenberg,
Marburg
* 28.02.192 † 14.02.2017

Dr. med. Ernst Max Stiegler, Marburg
* 25.08.1929 † 20.02.2017

Dr. med. Guenter Hane, Schlangenbad
* 03.03.1944 † 18.02.2017

Dr. med. Gerd Kanzler, Wiesbaden
* 13.07.1932 † 08.02.2017

Dr. med. Peter Ludolf Sprenger,
Wiesbaden
* 20.05.1935 † 18.02.2017

Klaus Hildner, Niedernhausen
* 19.02.1955 † 07.05.2016

Dr. med. Thea Ruth Anne-Dore Thiel,
Wiesbaden
* 20.09.1954 † 14.02.2017

doctor medicine (Univ. Belgrad)
Miroslav Fiser, Wiesbaden
* 18.11.1955 † 20.02.2017

Dr. med. Karl Ludwig Ude,
Bad Schwalbach
* 23.05.1933 † 26.01.2017

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Checkliste

Empfehlungen für die Einstellung von Auszubildenden zur MFA

Die vollständige Checkliste kann im Internet unter: <http://www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/>

Vorschriften_Vertraege/22_checkliste_empfehlung_einstellung.pdf abgerufen werden.

Bezirksärztekammer Marburg

Goldenes Doktorjubiläum

- 01.06.: Dr. med. Wolfgang Evert, Mühlheim
01.06.: Prof. Dr. med. Rudolf Janzen, Bad Homburg
03.06.: Ltd. Med. Dir. Dr. med. Heike Batz-Löw, Bad Homburg
09.06.: Dr. med. Hans-Joachim Heinrich, Frankfurt
15.06.: Dr. med. Werner Reiter, Bad Arolsen
23.06.: Dr. med. Hans-Dieter Peters, Rosbach
27.06.: Prof. Dr. med. Gerhard Goubeaud, Lich
29.06.: Prof. Dr. med. Rüdiger Pfab, Marburg
29.06.: Dr. med. Gerhard Salzmann, Bad Nauheim
30.06.: Dr. med. Hans-Georg Kasperek, Hanau
30.06.: Dr. med. Margarete Stiebritz, Heuchelheim

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060034154 ausgestellt am 30.06.2014 für Privatdozent Dr. med. Ralph Becker, Limburg

Arztausweis-Nr. 060028296 ausgestellt am 02.01.2013 für Dr. med. Vera Hanstein, Roßdorf

Arztausweis-Nr. 060032886 ausgestellt am 10.03.2014 für Reinhard Rühl, Solms

Arztausweis-Nr. 060036009 ausgestellt am 06.11.2014 für Dr. med. Franz Peter Pfungsten, Bad Hersfeld

Arztausweis-Nr. 06003806 ausgestellt am 10.04.2015 für Rodja Pitz, Mömlingen

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

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)
Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)
Dr. med. H. Christian Piper (Vertreter des Präsidiums)
Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth (Akademie)

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. iur. Katharina Deppert, Gutachter- und Schlichtungsstelle

Versorgungswerk: Dr. med. Brigitte Ende

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M. | E-Mail: haebel@laekh.de
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

Geschäftsführung: 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: DAAE2233

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

IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNK3333

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 Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung 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 Verlagsrechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Beiträgen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen. Mit Annahme des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

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

Haftungsausschluss:

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allgemeinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanleitungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenständiger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Benutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation dargestellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern, dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleistung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publikation dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verursacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln



DGIM-KONGRESS,
01.05.2017,
12:30-14:00 UHR

CONGRESS CENTER
ROSENGARTEN, SAAL 9,
MANNHEIM

Deutscher Ärzteverlag lädt ein zum Expertensymposium

UNGEIMPFTEN ÄRZTE:

EIN RISIKO NICHT NUR FÜR PATIENTEN

Die Durchimpfungsrate von Ärzten und Pflegepersonal ist konstant niedrig – sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich.

Für die betreuten Patienten bedeutet diese Fahrlässigkeit eine zusätzliche und unnötige Gefährdung.

Aber: Kliniken können ihren Angestellten Impfungen lediglich anbieten und auf Risiken hinweisen.

- Was hält Ärzte davon ab, sich impfen zu lassen?
- Ist das Recht auf individuelle Impfentscheidung höher zu werten als der Patientenschutz?
- Wie sehen mögliche Lösungen aus?

Seien Sie dabei und genießen Sie zudem unser kostenloses Lunchangebot – wir freuen uns auf Sie.

In Kooperation mit

**Deutsches
Ärzteblatt**

MODERATION:

Dr. Vera Zylka-Menhorn
Deutsches Ärzteblatt

PODIUMSTEILNEHMER*:

PD Dr. Cornelia Betsch
Diplompsychologin (Universität Erfurt)

Dr. Norbert Köneke
Medizinischer Direktor (Lahn-Dill-Kliniken, Wetzlar)

RA Dr. Maike-Tjarda Müller
Fachanwältin für Medizinrecht (Kanzlei Dr. Müller, Mannheim)

Prof. Dr. Dr. Sabine Wicker

Leitende Betriebsärztin (Betriebsärztlicher Dienst,
Universitätsklinikum Frankfurt)

Prof. Dr. Lothar H. Wieler

Präsident des Robert Koch-Instituts (RKI, Berlin)

Mit einer Videobotschaft von
Dr. Eckart von Hirschhausen

Mit freundlicher Unterstützung

Veranstaltet von





SCHIRMHERR
STAATSMINISTER STEFAN GRÜTTNER
 Hessischer Minister für
 Soziales und Integration

12. GRÜNDER- & ABGEBERFORUM



BIETE PRAAXIS

UNABHÄNGIG-
KEIT



EIGENER CHEF

FÜHRUNGSPER-
SÖNLICHKEIT

PERSPEKTIVE



SELBST-
STÄNDIGKEIT

EXPERTE

FLEXIBILITÄT



UNABHÄNGIG-
KEIT

SICHERHEIT

EIGENER CHEF

SA, 20. MAI 2017
9:30 – 14 UHR

VERANSTALTUNGSORT:
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN
EUROPA-ALLEE 90 | 60486 FRANKFURT AM MAIN

Unser erfolgreiches Gründer- und Abgeberforum: modern & digital.

Sie sind auf der Suche nach einer Praxis oder wollen Ihre
 Praxis abgeben? – dann kommen Sie zum Gründer- und
 Abgeberforum am 20.05.2017 in Frankfurt am Main!

VORAB ANMELDEN UND PRÄSENT ERHALTEN:

Melden Sie sich an entweder über www.kvhessen.de/GAF oder
 nach Scannen des untenstehenden QR-Codes. Jeder, der sich vorab
 anmeldet, erhält am Veranstaltungstag eine Powerbank ALU
 (Zusatzakku für Smartphone / Tablet) als kleines Begrüßungs-
 geschenk.

Veranstalter:



**KASSENÄRZTLICHE
 VEREINIGUNG
 HESSEN**

Mit freundlicher Unterstützung von:



Landesärztekammer Hessen
 Körperschaft des öffentlichen Rechts

