

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 7/8 | 2018
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 79. Jahrgang



Schwerpunkt Nephrologie

Drei CME-Fortbildungsbeiträge

Kammerwahl 2018: Ergebnisse

Marburger Bund und
Fachärztinnen und Fachärzte
Hessen an der Spitze –
weitere Ergebnisse im Heft

121. Deutscher Ärztetag in Erfurt

Auf der Agenda standen
wichtige Entscheidungen
zum Fernbehandlungsverbot,
dem § 219a und der MWBO

Ist der Landarzt ein Auslaufmodell?

Hessische Heilberufe
diskutieren mit gesundheits-
politischen Vertretern
der Landtagsfraktionen



Kein Mangel an Themen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nun sind die Kammerwahlen für die nächste Wahlperiode 2018–2023 erfolgt. Die Wahlergebnisse finden Sie ab Seite 446. Ich danke allen Mitgliedern, die von ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht haben und damit die Arbeit der Landesärztekammer unterstützen. Doch leider habe ich betroffen zur Kenntnis nehmen müssen, dass die diesjährige Wahlbeteiligung mit 37,22 % niedriger lag als im Jahr 2013, in dem 41,0 % erzielt wurden. In absoluten Zahlen liegt die Zahl der abgegebenen Stimmen mit 13.690 Stimmen minimal höher als 2013 mit 13.633 Stimmen. Da sich die Zahl der Kammermitglieder seit der vergangenen Kammerwahl im Jahr 2013 aber um 3.529 Ärztinnen und Ärzte erhöht hat, ist die prozentuale Wahlbeteiligung gesunken. Dieses Phänomen betrifft leider nicht nur Ärztekammerwahlen, sondern mehr oder minder alle demokratischen Wahlen von der Bürgermeisterwahl bis hin zur Bundestagswahl.

Nichtsdestotrotz wird sich das neue Präsidium, das in der konstituierenden Delegiertenversammlung am 25. August 2018 gewählt werden wird, sicher mit der Frage beschäftigen, warum ein so hoher Anteil der Mitglieder auf die Stimmabgabe verzichtet hat. An mangelnden Informationen über die Wahl kann es nicht gelegen haben, denn sowohl die neutralen Informationen der Kammer als auch die werbenden Informationen der Listen selbst haben jedes Mitglied erreicht.

An dieser Stelle möchte ich allen – ob haupt- oder ehrenamtlich tätig – danken, die sich mit großem Engagement für die Kammerwahl eingesetzt haben. Dies gilt besonders für die Mitglieder, die sich aktiv zur Wahl gestellt haben und damit ihre Bereitschaft für die Übernahme von Verantwortung in der Selbstverwaltung gezeigt haben. Nach allen Diskussionen und Auseinandersetzungen, die unweigerlich zu einem Wahlkampf dazu gehören, heißt es für die neuen Delegierten ab 25. August 2018, sich gemeinsam für die Anliegen der Ärzteschaft einzusetzen. Mit der Annahme eines Mandats ist nicht nur das Recht auf Mitbestimmung, sondern auch die Pflicht zur Übernahme von Verantwortung verbunden.

Die Freiberuflichkeit des Arztberufes muss in jeder Generation, in jeder Legislaturperiode aufs Neue verteidigt werden.

Die Schwierigkeiten der Notfallversorgung, die keinesfalls von den jeweiligen Sektoren alleine bewältigt werden können, sind noch längst nicht gelöst.

Die vom Deutschen Ärztetag in Erfurt beschlossene Neufassung des § 7 Absatz 4 der (Muster-)Berufsordnung, nach der eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien im Einzelfall erlaubt ist, wirft natürlich die Frage auf, was denn unter einem Einzelfall zu verstehen ist.

Die Arbeit an der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung ist noch nicht beendet, sondern wird vielmehr nach deren Übernahme – ob ganz oder in Teilen verändert – erst richtig beginnen.

Der sogenannte Arztvorbehalt wird von verschiedenen Seiten zunehmend infrage gestellt. So schlägt Andreas Westerfellhaus, der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, aktuell vor, heilkundliche Aufgaben an Pflegekräfte zu übertragen. Als mögliche Aufgabenbereiche nennt Westerfellhaus die Versorgung chronischer Wunden, spezifische Infusionstherapien und die Versorgung von Diabetes-Patienten. Diese Forderung geht weit über die bereits mögliche und praktizierte Delegation hinaus und steht sicher erst am Anfang entsprechender Vorschläge. Hier stellt sich übrigens auch die Frage, welche Pflegekraft in der Lage ist, zusätzliche Aufgaben zu übernehmen, fehlen doch jetzt schon 35.000 Pflegekräfte.

Die zunehmende Digitalisierung muss kritisch begleitet werden und darf kein Selbstzweck sein. Nicht alles, was technisch möglich ist, ist auch sinnvoll, geschweige denn auch ethisch vertretbar. Zu den Themen „Big Data“, „Deep Learning“ und Algorithmen habe ich mich ausführlich in Heft 03/2018 geäußert.

Den neuen Delegierten, die am 25. August 2018 in die Verantwortung treten, wird es weder an Themen noch an Aufgaben mangeln. Das ist auch gut, denn ärztliche Themen müssen von Ärztinnen und Ärzten bearbeitet und entschieden werden.

Ihr

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

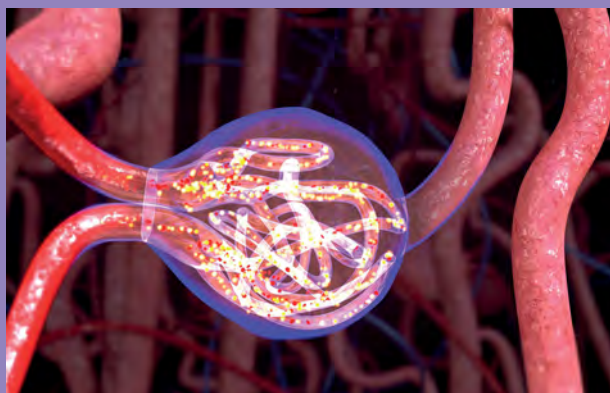


Foto: Fotolia.com – Zactvestudio

Nieren- und Hochdruckkrankheiten

Zum Schwerpunktthema Nephrologie erwarten Sie in diesem Heft neben einer Kasuistik auch drei zertifizierte Fortbildungsartikel zu den Themen Nierenersatztherapie in der ambulanten Nephrologie, nephrologischer und nicht-nephrologischer Pruritus sowie ein Update zur arteriellen Hypertonie.

464–485



Foto: Fotolia.com – Andrey Popov

Kammerwahl 2018: Wahlergebnisse

Die stärksten Fraktionen der Delegiertenversammlung für die kommende 16. Wahlperiode sind der Marburger Bund und die Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen. Weitere Ergebnisse sowie Informationen zu Wahlbeteiligung und Sitzverteilung finden Sie in den Bekanntmachungen Teil I.

446

Editorial: Kein Mangel an Themen	443
---	-----

Ärzttekammer

121. Deutscher Ärztetag in Erfurt – Wegweisende Entscheidungen	450
121. Deutscher Ärztetag in Erfurt – Eindrücke der hessischen Delegierten	456
In Memoriam Prof. Dr. med. Horst Joachim Rheindorf	462
Kontinuität und Innovation: Professor Helmut Remschmidt zum 80. Geburtstag	493
50. Internationaler Seminarkongress in Grado – Programmhinweis	455

Junge Ärztinnen und Ärzte

Berufszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte – Dialog mit jungen Ärzten im Vorfeld des 121. DÄT	448
---	-----

Parlando: Von Leonard Bernstein bis Frida Gold – Das Rheingau Musik Festival	490
---	-----

Kongressbericht: 10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin	495
---	-----

Bekanntmachungen

■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen Teil I	446
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen Teil II	505
■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	496
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	502

Gesundheitspolitik

Ist der Landarzt ein Auslaufmodell? – Bündnis heilen & helfen fordert Gesamtpaket von Politik	486
Notfallversorgung in Not – Bad Nauheimer Gespräch mit Dr. Susanne Johna und Dr. Eckhard Starke	488



Foto: Manuel Maier

121. Deutscher Ärztetag in Erfurt

Auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag wurden wegweisende Entscheidungen, u. a. zu den Themen Fernbehandlung und Weiterbildung, getroffen. Zusätzlich zu einem ausführlichen Bericht haben auch die hessischen Delegierten ihre persönlichen Eindrücke der Tagungswoche festgehalten.

450/456



Foto: Caroline McKemney

Ist der Landarzt ein Auslaufmodell?

Anlässlich der bevorstehenden Landtagswahlen im Herbst 2018 diskutierten Vertreter der hessischen Heilberufskörperschaften mit Politikern der Landtagsfraktionen zu gesundheitspolitischen Themen. Im Fokus stand dabei die Frage nach einer besseren medizinischen Versorgung auf dem Land.

486

Fortbildung: Schwerpunktthema Nieren- und Hochdruckkrankheiten

Einleitung	464
Eine Frau mit dunklem Urin – 71-jährige Patientin stellt sich mit Makrohämaturie vor	464
Nierenersatztherapie in der ambulanten Nephrologie – eine Übersicht (CME)	467
Pruritus bei nephrologischen und anderen nicht-dermatologischen Erkrankungen (CME)	473
Update arterielle Hypertonie – Zielwertdiskussion und Behandlungsstrategien (CME)	479

Personalia: Dr. med. Norbert Dickopf wird 80 Jahre	492
---	-----

Aus den Bezirksärztekammern	504
------------------------------------	-----

Medizinische Fachangestellte	504
-------------------------------------	-----

Impressum	512
------------------	-----

Bücher



Gendiagnostik-Gesetz

Schillhorn,
Heidemann

S. 461



Das menschliche Skelett

Taschen
Verlag

S. 489

Doppelausgabe

Mit dieser umfangreichen Doppelausgabe für die Monate Juli und August wünschen wir unseren Leserinnen und Lesern eine schöne Sommerzeit und erholsame Ferien. Wegen des Themenschwerpunktes Nephrologie ist die Reihenfolge im Heft geändert.

Kammerwahl 2018

Ergebnis der Wahl zur Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 16. Wahlperiode 2018–2023

Gemäß § 15 Absatz 3 der Satzung zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 10. April 2007 (HÄBL 5/2007, S. 335–336) gebe ich hiermit das endgültige Wahlergebnis bekannt:

Wahlberechtigt gemäß Wählerverzeichnis: 36.779
 Abgegebene Stimmen: 13.690
 Ungültige Stimmen: 54
 Gültige Stimmen: 13.636
Wahlbeteiligung: 37,22 %

Liste 1:	ÄrztINNEN Hessen (Fachärzte/innen, Hausärzte/innen, angestellte Ärzte/innen, niedergelassene Ärzte/innen, Ärzte/innen in Weiterbildung und Ärzte/innen im Ruhestand)	1074 Stimmen	= 6 Sitze
Liste 2:	Fachärztinnen und Fachärzte Hessen	3293 Stimmen	= 20 Sitze
Liste 3:	Marburger Bund – die Liste für alle Ärztinnen und Ärzte	3940 Stimmen	= 24 Sitze
Liste 4:	LISTE ÄLTERER ÄRZTE	967 Stimmen	= 5 Sitze
Liste 5:	Öffentlicher Gesundheitsdienst	168 Stimmen	= 1 Sitz
Liste 6:	LDÄÄ (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte)	1394 Stimmen	= 8 Sitze
Liste 7:	Ärztinnen und Ärzte pro Alter	164 Stimmen	= 1 Sitz
Liste 8:	Liste der kleinen Fachgebiete	206 Stimmen	= 1 Sitz
Liste 9:	Die Hausärzte	1784 Stimmen	= 11 Sitze
Liste 10:	Junge Ärztinnen und Ärzte in Hessen	472 Stimmen	= 2 Sitze
Liste 11:	Hessenmed e. V. – die Netzärzte	174 Stimmen	= 1 Sitz
		13.636 Stimmen	= 80 Sitze

Die folgenden Kandidatinnen und Kandidaten der Wahlvorschläge wurden gewählt:

Liste 1: ÄrztINNEN Hessen (Fachärzte/innen, Hausärzte/innen, angestellte Ärzte/innen, niedergelassene Ärzte/innen, Ärzte/innen in Weiterbildung und Ärzte/innen im Ruhestand)

1. Monika Buchalik	3. Dr. med. Irina Prokofieva	5. Dr. med. Bettina Conrad
2. Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke	4. Angelika Bayer	6. Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß

Liste 2: Fachärztinnen und Fachärzte Hessen

1. Dr. med. Edgar Pinkowski	7. Dr. med. Peter Zürner	14. Dr. med. Detlef Oldenburg
2. Christine Hidas	8. Dr. med. Sabine Dominik	15. Dr. med. Michael Weidenfeld
3. Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach	9. Dr. med. Alfred Möhrle	16. Dr. med. Hans-Martin Hübner
4. Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg	10. Professor Dr. med. Ulrich Finke	17. Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter
5. Dr. med. Wolf Andreas Fach	11. Dr. med. Klaus Doubek	18. Cornelius Weiß
6. Dr. med. Susan Trittmacher	12. Dr. med. Michael Repschläger	19. Dr. med. Siegfried Möller
	13. Dr. med. Heike Raestrup	20. Michael Waldeck

Liste 3: Marburger Bund – die Liste für alle Ärztinnen und Ärzte

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| 1. Dr. med. Susanne Johna | 8. Dr. med. H. Christian Piper | 17. Dr. med. Christian Schwark |
| 2. Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Scholz | 9. Yvonne Jäger | 18. Dr. med. Daniel Sommerlad |
| 3. Dr. med. Lars Bodammer | 10. Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak | 19. Anita Yusefpur |
| 4. Anne Kandler | 11. Dr. med. Stefan Hornung | 20. Priv.-Doz. Dr. med. Dirk Rüscher |
| 5. Jan Henniger | 12. Dr. med. Kolja Deicke | 21. Jörg Focke |
| 6. Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves
BMedSci | 13. Jan Bauer | 22. Dr. med. Cordula Röhm |
| 7. Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu
Schweinsberg | 14. Dr. med. Silke Engelbrecht | 23. Dr. med. Christoph Polkowski |
| | 15. Dr. med. Matthias Moreth | 24. Dr. med. Alexandra Dorn-Beineke |
| | 16. Stephan Hermann Bork | |

Liste 4: LISTE ÄLTERER ÄRZTE

- | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Dr. med. Jürgen Glatzel | 3. Prof. Dr. med. Frank-Lothar Welter | 5. Dr. med. Hansjoachim Stürmer |
| 2. Dr. med. Gabriel Nick | 4. Dr. med. Burckhard Dietz-Magel | |

Liste 5: Öffentlicher Gesundheitsdienst

1. Dr. med. Henrik Reygers

Liste 6: LDÄÄ (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte)

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| 1. Dr. med. Barbara Jäger | 4. Dr. med. Christof Stork | 7. Prof. Dr. med. Jutta Peters |
| 2. Dr. med. Bernhard Winter | 5. Sabine Riese | 8. Pierre Frevert |
| 3. Dr. med. Brigitte Ende | 6. Dr. med. Rolf Teßmann | |

Liste 7: Ärztinnen und Ärzte pro Alter

1. Privatdozent Dr. med. Mathias Pfisterer

Liste 8: Liste der kleinen Fachgebiete

1. Dr. med. Adelheid Rauch

Liste 9: Die Hausärzte

- | | | |
|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 1. Michael Thomas Knoll | 5. Dr. med. Wolfgang Seher | 9. Erich Lickroth |
| 2. Michael Andor | 6. Dr. med. Christoph Claus | 10. Dr. med. Egbert Reichwein |
| 3. Armin Beck | 7. Dr. med. Detlev Steininger | 11. Jutta Willert-Jacob |
| 4. Dr. med. Eckhard Starke | 8. Dr. med. Sabine Olischläger | |

Liste 10: Junge Ärztinnen und Ärzte in Hessen

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| 1. Svenja Krück | 2. Christiane Dormann |
|-----------------|-----------------------|

Liste 11: Hessenmed e. V. – die Netzärzte

1. Dr. med. Lothar Born

Einwendungen gegen die Rechtsgültigkeit der Wahl kann jeder Wahlberechtigte binnen zwei Wochen nach der Bekanntgabe des Wahlergebnisses im Staatsanzeiger für das Land Hessen beim Hessischen Sozialministerium, Sonnenberger Straße 2/2a, 65193 Wiesbaden, erheben.

Die Einwendungen können nur darauf gestützt werden, dass gegen das Gesetz oder gegen die aufgrund des Gesetzes erlassenen Durchführungsverordnungen oder Wahlvorschriften verstoßen worden ist und dass der Verstoß geeignet war, das Ergebnis der Wahl zu beeinflussen (§ 16 Abs. 1 und 2 der Satzung zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen).

Frankfurt am Main, den 7. Juni 2018
Landesärztekammer Hessen
gez.: Günter Wiegand
Der Wahlleiter

Berufszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte

Dialog mit jungen Ärztinnen und Ärzten im Vorfeld des 121. Deutschen Ärztetages

Wie zufrieden sind junge Ärztinnen und Ärzte mit ihrem Beruf? In welchen Bereichen wünschen sie sich Verbesserungen, und welche Maßnahmen halten sie dabei für sinnvoll? Um diese Fragen ging es bei der Dialogveranstaltung „Berufszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte“, die dieses Jahr bereits zum dritten Mal im Vorfeld des Deutschen Ärztetages stattfand und von der Gastgeberin Dr. med. Ellen Lundershausen, Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen, moderiert wurde.

„Junge Ärztinnen und Ärzte müssen die Rahmenbedingungen für ihre Weiterbildung und ihre berufliche Zukunft selbst gestalten“, eröffnete Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), die Veranstaltung. Es sei das erklärte Ziel des Forums, gemeinsam mit dem ärztlichen Nachwuchs herauszufinden, was dieser sich wünscht und welche Voraussetzungen getroffen werden müssen, damit die Ärztinnen und Ärzte von morgen ein zufriedenes Berufsleben führen können.

Berufliche Erfahrungen und Erwartungen – ein „Streitgespräch“

Wo drückt die jungen Kolleginnen und Kollegen der Schuh? Um den Problemen auf den Grund zu gehen, saßen sich auf dem Podium mit Katharina Thiede, Ärztin in Weiterbildung aus Berlin, und Prof. Dr. med. Jakob Izbicki, Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), zwei streitbare Vertreter verschiedener Generationen gegenüber.

„Ich bin gerne Ärztin, aber nicht gerne Verwaltungsheini“, sagte Thiede, die ursprünglich Viszeralchirurgin hatte werden wollen, diese Weiterbildung aber nach fünf Jahren an den Nagel gehängt hatte und zur Allgemeinmedizin wechselte, um mehr Zeit für Partner und Kind zu haben. „Ich bin nicht bereit, das Einkommen von Klinikleitung und Chef zu mehren“, erklärte Thiede kampfeslustig. Als Dreh-, Angel- und Knackpunkt kritisierte sie die Ökonomisie-

rung im Gesundheitswesen – zu wenig sprechende Medizin, zu frühe Entlassungen und in Verbindung mit den DRGs negative Auswirkungen auf die Weiterbildung: „Da muss sich etwas ändern; ganz egal, wie der Lebensentwurf des Einzelnen aussieht.“

Ob diese Generation anders sei als frühere, wollte Lundershausen von Izbicki wissen, der sich selbst als „Dinosaurier“ vorstellte. Er sei hier, um Handgranaten zu werfen, schmunzelte er und demonstrierte im Laufe der Diskussion doch, wie ernst er es mit seinen Ansichten meinte. So outete sich Izbicki als „großer Befürworter der Hierarchie in einer Klinik“. Und: „Ja, ich habe Probleme mit der jungen Generation“, räumte der 62-Jährige ein. Als er als junger Arzt in den USA tätig gewesen sei, habe man von einer Höchstarbeitszeit von 120 Stunden pro Woche gesprochen. Heute sei der ärztliche Nachwuchs dagegen nicht mehr bereit, besonders belastet zu werden, kritisierte Izbicki. Erstens sei die Medizin eine intellektuelle Herausforderung, und zweitens hätten Chirurgen ein Handwerk zu leisten, das Zeit koste. Dies gelte auch für die zeitintensive Aus- bzw. Weiterbildung. „Ich habe meine Kinder nicht aufwachsen sehen“, erzählte Izbicki. Aber ein guter Arzt und ein guter Familienvater zu sein, das funktioniere nicht.

Chancen für „Work-Life-Balance“

Welche Lösungsmöglichkeiten er angesichts einer Ärztegeneration sehe, die sich die „Work-Life-Balance“ auf die Fahnen geschrieben habe, wollte Lundershausen wissen. Ansätze sah der Hamburger Klinikdirektor in einer kompletten Entlastung der Ärztinnen und Ärzte von arztfremden Tätigkeiten. Die tatsächliche Lösung werde die Superspezialisierung und die Schaffung von attraktiven Facharztkompetenzfeldern sein. Izbicki zeigte sich dennoch davon überzeugt, dass der Konflikt „Work-Life-Balance“ und der Wunsch, ein guter Chirurg oder eine gute Chirurgin zu werden, weiter bestehen werde.

Als Vorgesetzter mache er immer wieder die Erfahrung, dass Ärztinnen beides woll-

ten: Familie und Karriere. Anders als in Skandinavien, wo Frauen bereit seien, ihre Kinder früh in die Krippe zu geben, um wieder Vollzeit zu arbeiten, funktioniere das in Deutschland jedoch nicht. „Hier ist das Mutterverständnis ein anderes.“

Thiede verzichtete darauf, Izbickis angestaubtes Geschlechterverständnis und die weibliche Rolle in der Medizin zu problematisieren. Dafür machte sie deutlich, dass bei ihrer Generation keine Rede von Arbeitsunwilligkeit sein könne: „Wir engagieren uns für Patienten und Vorgesetzte.“ Auch mache es für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung keinen Sinn, in einem kleinen Haus zu bleiben und nur ein bisschen zu operieren, sagte die Berlinerin. „Aber wir müssen während der Arbeitszeiten, und nicht erst – wenn überhaupt – abends, operieren können.“ Doch die Realität sehe häufig so aus, dass man nur Briefe tippen dürfte.

Ihr gehe es nicht um die Frage, wie frauenfreundlich die Medizin sei, sondern wie familienfreundlich, fuhr Thiede fort. „Sind Sie männerfreundlich?“, wandte sie sich an Izbicki. So scheiterten familienfreundliche Strukturen in Kliniken auch daran, dass jungen männlichen Ärzten oft nicht zugestanden werde, Arbeitszeit zugunsten der Familie zurückzufahren. Ein Vorwurf, den Izbicki von sich wies. Allerdings betonte er, dass ein guter Chirurg in Teilzeit für ihn nicht vorstellbar sei. All jenen, die einen verlässlichen Feierabend wollten, empfahl er, in chirurgische Richtungen zu gehen, in denen es wenig Komplikationen gebe.

Von wem man sich denn dann in 25 Jahren operieren lassen solle, fragte Lundershausen. „Es gibt Idioten an der Klinik, die rund um die Uhr arbeiten. Sie werden die Rettung des Fachs sein“, gab Izbicki zur Antwort. Eine Zukunftsperspektive, die Thiede nicht stehen lassen wollte: Es sei realitätsfern, zu glauben, dass es nicht anders gehe. „Es muss gehen!“ Heute seien die Lebensentwürfe eben anders, erklärte sie und hob die Notwendigkeit interprofessioneller Zusammenarbeit hervor. „Man muss nicht Mann sein, um als Frau zu operieren“, stellte eine Chirurgin in der anschließenden Diskussion mit den Zuhörern fest.



Prof. Dr. med. Jakob Izbicki (Hamburg),
Chirurg



Dr. med. Leonor Heinz (Berlin), Ärztin
in Weiterbildung Allgemeinmedizin



Katharina Thiede (Berlin), Ärztin
in Weiterbildung Allgemeinmedizin

Einflussmöglichkeiten der jungen Generation auf eine nachhaltige Berufszufriedenheit

Der zweite Block des Tages wurde mit zwei Kurzvorträgen eingeleitet, die das Thema Einflussmöglichkeiten und Berufszufriedenheit aus der stationären und ambulanten Perspektive beleuchteten.

Florian Vollrath, Arzt in chirurgischer Weiterbildung vom Helios Park-Klinikum in Leipzig, berichtete aus der stationären Perspektive: „Wir sind die Generation, die sich traut, alte Strukturen zu hinterfragen und konkrete Lösungsvorschläge zu entwickeln“, betonte Vollrath, der in seinem Vortrag auf die Arbeit und Initiativen der Arbeitsgemeinschaft Zukunft in der Chirurgie einging. „Wir sind motiviert, Veränderungen und Verbesserungen herbeizuführen. Der Satz ‚Das haben wir schon immer so gemacht‘ reicht uns nicht mehr“, betonte der angehende Chirurg. Um das Arbeitsumfeld für junge Ärztinnen und Ärzte zu verbessern, initiiere man unter anderem Mentoring-Programme, Pilot-Projekte zur OP-Planung oder Assistenznetzwerke, um die Kommunikation in der Klinik zu verbessern – sowohl zwischen den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, als auch zwischen diesen und ihren Vorgesetzten.

„Es braucht psychisch und physisch gesundes Personal für eine gute und qualitativ hochwertige Patientenversorgung“, betonte der junge Arzt. Dies treffe nicht nur auf die Ärzteschaft zu: „Als Assistenzärzte stehen wir an vorderster Front und in engem Kontakt mit Patienten und Pflegepersonal. Wir müssen uns auch dafür einsetzen, die Arbeitsbedingungen unserer Pflegerinnen und Pfleger zu verbessern“, appellierte er.

Junge Ärzte: Feminisiert und schwierig?

„Sind wir feminisiert oder irgendwie schwierig?“, fragte Dr. med. Leonor Heinz, Ärztin in Weiterbildung, Sprecherin des Forums Weiterbildung im Deutschen Hausärzterverband und Mitglied der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland, zu Beginn ihres Vortrags provokativ. Mit ihrer Frage wehrte sie sich gegen das Vorurteil, dass ihre Ärztegeneration nur die persönlichen Interessen und ihre Freizeit im Kopf habe. „Wir wollen Verantwortung übernehmen und gestalten! Aber das Gesundheitssystem in seiner jetzigen Form treibt uns in die Verzweiflung. Die Frage, die sich mir stellt, ist: Kriegen wir dieses System überhaupt noch zukunftsfähig?“

Die junge Ärztin kritisierte insbesondere die Ökonomisierung des Gesundheitswesens scharf: „Wir müssen Krankheiten aus den Patienten rausfiltern und für das ökonomische System wirtschaftlich verwertbar machen!“ Junge Ärztinnen und Ärzte könnten sich nicht mit der Arbeit in einem maximal gewinnorientierten Gesundheitssystem identifizieren, führte Heinz weiter aus. Dabei seien die Einflussmöglichkeiten so gut wie noch nie – doch man brauche übergeordnete Konzepte mit Blick auf individuelle Versorgung und keine kleinteiligen Streitereien zwischen Sektoren und Fachrichtungen, appellierte Heinz. „Denn letztlich ist der Schlüssel zum Erfolg die Identifikation mit unserer guten Arbeit!“

Hoffnung: Neue (Muster-)Weiterbildungsordnung

In der anschließenden Diskussion äußerten Teilnehmer der Veranstaltung die Hoffnung, dass die Novellierung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zur Verbesserung der Bedingungen beitra-

gen könne. „Was diese Woche passiert, ist wichtig und einmalig. Bei der Umsetzung der Weiterbildungsordnung werden die Kammern gefragt sein – auch als Ansprechpartner für junge Ärzte“, so Dr. med. Lars Bodammer, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und Mitglied im Ausschuss Ärztlicher Nachwuchs der LÄKH. Der Kritik, dass die Kammern „zu weit weg“ vom ärztlichen Nachwuchs seien, entgegnete die Moderatorin: „Hier besteht auch eine Bringpflicht. Die Kammern sind für den ärztlichen Nachwuchs da, doch dieser muss auch auf uns zukommen!“ Die Rahmenbedingungen für eine gute Weiterbildung zur Verfügung zu stellen, sei allerdings sehr wohl Aufgabe der Kammern, so Cornelius Weiß, Arzt in Weiterbildung aus Hessen. „Es sollte unsere Aufgabe sein, inhaltlich zu gestalten!“

Dass es für die ärztliche Tätigkeit ein Grundverständnis von Ökonomie und wirtschaftlichen Zusammenhängen brauche, darin waren sich alle einig. „Ökonomie muss heißen, dass wir Ressourcen optimal nutzen – optimal für den Patienten, nicht für die Abrechnung“, betonte Heinz in ihrem Schlusswort. „Es ist nicht zielführend, immer nur auf alles zu schimpfen. Innerhalb der gegebenen Strukturen müssen wir versuchen, Verbesserungen zu erwirken“, schloss sich Vollrath an.

„Das waren hoch interessante, intensive Diskussionen. Ich möchte mich bei Ihnen allen dafür bedanken“, resümierte Montgomery in seinem Schlusswort. Er wünsche sich, dass solche Auseinandersetzungen regelmäßig auch auf Landesebene stattfinden und appellierte an die jungen Ärztinnen und Ärzte: „Sie müssen als Multiplikatoren fungieren und ihre Generation mobilisieren!“

Katja Möhrle
Caroline McKenney



Foto: Christian Griebel, helliwood.com



Fotos (3): Manuel Maier

Impressionen vom 121. Deutschen Ärztetag in Erfurt – die Paracelsus-Medaille wurde der hessischen Ärztin Dr. med. Margita Bert verliehen (links).

121. Deutscher Ärztetag in Erfurt

Wegweisende Entscheidungen zur ausschließlichen Fernbehandlung und zur (Muster-)Weiterbildungsordnung

Eine Stadt wie aus dem Bilderbuch: Erfurt „liegt am besten Ort. Da muss eine Stadt stehen“, urteilte einst Martin Luther, der von 1501 bis 1511 in Erfurt gelebt hatte und hier zum Priester geweiht wurde. Mariendom und die Severikirche, der mittelalterliche Stadtkern, ein reizvolles Ensemble aus Patrizierhäusern und rekonstruierten Fachwerkbauten, sowie die 120 Meter lange, vollständig bebaute und bewohnte Krämerbrücke prägen die Landeshauptstadt Thüringens.

Doch die Moderne ist längst angekommen: Heute gilt die Universitätsstadt Erfurt auch als beliebter Tagungsstandort. Auf dem Messegelände im Westen der Stadt fand vom 8. bis 11. Mai der 121. Deutsche Ärztetag statt.

Paracelsus-Medaille für Dr. med. Margita Bert

Eröffnet wurden die vier Tage langen Beratungen berufspolitischer und gesundheitspolitischer Themen in der Multifunktionsarena „Steigerwaldstadion“ – unter anderem im Beisein von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, Thüringens Ministerpräsident Bodo Ramelow sowie dem Oberbürgermeister der Stadt Erfurt, Andreas Bausewein. Dass mit Dr. med. Margita Bert in diesem Jahr eine Hessin für ihr Engagement als Ärztin und Berufspolitikerin mit der Paracelsus-Medaille, der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, geehrt wurde, war ein besonderer Höhepunkt der Eröffnungsveranstaltung. Der Präsident der Bundesärzte-

kammer (BÄK), Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, würdigte Berts ärztlichen Einsatz für ihre Patientinnen, ihre herausragenden Verdienste in der Berufspolitik sowie für das gesundheitliche Gemeinwohl der Bevölkerung. Die gebürtige Darmstädterin, Jahrgang 1940, gehörte von 1988 bis 2004 dem Präsidium der Landesärztekammer Hessen an und war von 2005 bis 2010 erste weibliche Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Applaudierend zollten die Delegierten Bert Anerkennung.

Forderungspaket an die Politik

Nachdem Thüringens Ärztekammerpräsidentin Dr. med. Ellen Lundershausen in ihrer Begrüßungsrede angeregt hatte, ein



„bisschen Rebellion“ könne ihren Kollegen nicht schaden, richtete Montgomery ein Forderungspaket an die Politik. Angesichts des Fachkräftemangels müsse ein so reiches Land wie Deutschland mehr unternehmen, damit die Berufe im Gesundheitswesen wieder attraktiver werden, erklärte Montgomery. Die Bundesländer rief er erneut auf, zusätzliche Studienplätze in der Humanmedizin zu finanzieren. Scharf kritisierte der BÄK-Präsident die geplanten Reformmaßnahmen und die vorgesehene Erhöhung der Pflichtsprechstundenzahl im ambulanten Bereich. „Man muss die Patienten steuern, damit das knapp gewordene Gut ‚Arztstunden‘ denen zugutekommt, die es wirklich benötigen“, verlangte er mit Blick auf die Probleme in den überlasteten Notfallambulanzen.

Als „Helden des Alltags“ hatte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) die Mitarbeiter im Gesundheitswesen bezeichnet. Dass man Helden auch als solche behandeln müsse, machte Montgomery gegenüber dem Gast aus der Politik deutlich. Spahn sprach sich zwar klar für mehr Studienplätze aus, machte aber sonst in seiner Rede wenig Kompromisse oder Versprechungen (vgl. HÄBL 5/2018). In einem Punkt positionierte er sich allerdings ausdrücklich: Die Fernbehandlung werde kommen. Frage sei nur, ob die Angebote von Google und Amazon gestaltet würden oder auf Basis der Qualitätsstandards der deutschen Ärztinnen und Ärzte.

Lockerungs des Fernbehandlungsverbots

„Chatten mit dem Doktor“, titelte eine Zeitung nach der Entscheidung des Deutschen Ärztetages, die Behandlung und Beratung von Patienten aus der Ferne unter bestimmten Anforderungen zu ermöglichen. So sollen Ärztinnen und Ärzte künftig „im Einzelfall“ Patienten auch ohne persönlichen Erstkontakt ausschließlich über Kommunikationsmedien behandeln dürfen, „wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird und die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen

Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird“, so der Wortlaut der Neuregelung. Dem mit überwältigender Mehrheit gefassten Beschluss der Delegierten war allerdings eine kontroverse Diskussion vorangegangen (vgl. HÄBL 5/2018).

Zahlreiche Delegierte befürchteten, dass die Lockerung des Fernbehandlungsverbots „als Kostensparprogramm für Krankenkassen missverstanden“ werden könne. Andere warnten davor, dass sich kommerzielle „Callcenter“ mit fernmündlichen Beratungsangeboten ausbreiten könnten. Auch die Haftungsfrage wurde kontrovers diskutiert. Die Fernbehandlung werde sich zunehmend durchsetzen, erklärten die hessischen Delegierten Dr. med. Wolf Andreas Fach (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen), Monika Buchalik (ÄrztInnen Hessen), Dr. med. Bernhard Winter (Demokratische Ärztinnen und Ärzte Hessen) und Dr. med. H. Christian Piper (Marburger Bund Hessen) in einem Beschlussantrag. Wörtlich heißt es darin weiter: „Sie bedarf aber einer grundsätzlichen Regulierung im Sinne der Patientinnen und Patienten, der Patientensicherheit, aber auch der Verantwortlichkeit und des Haftungsrechts für Ärztinnen und Ärzte. Die Beschränkung der Fernbehandlung ‚auf den Einzelfall‘ ist nicht ausreichend und nicht zielführend.“ Der Beschlussantrag wurde von den Ärztevertretern zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen.

Rechtliche Grauzonen beseitigen und Ärztinnen und Ärzten mehr Handlungsspielräume einräumen: Diese Hoffnung verband der Deutsche Ärztetag mit der Entscheidung für die Liberalisierung des ärztlichen Berufsrechts hinsichtlich der Fernbehandlung. „Wir wollen und müssen diesen Prozess gestalten und dieses Feld mit unserer ärztlichen Kompetenz besetzen“, betonte Josef Mischo, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und Vorsitzender der zuständigen Berufsordnungsgremien der BÄK. Er stellte zugleich klar, dass digitale Techniken nicht die notwendige persönliche Zuwendung von Ärztinnen und Ärzten ersetzen könnten. „Der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt stellt weiterhin den ‚Goldstandard‘ ärztlichen Handelns dar“, sagte er.

Gleichwertigkeitsprüfung ausländischer Abschlüsse

Intensiv befassten sich die Delegierten mit der Anerkennung ausländischer Abschlüsse und der Integration ausländischer Kolleginnen und Kollegen in das deutsche Gesundheitswesen. Wie Prof. Montgomery und Dr. med. Martina Wenker, Vizepräsidentin der BÄK, berichteten, werde bislang über den Approbationsantrag vielfach allein aufgrund der Aktenlage entschieden. Entscheidend für die Gleichwertigkeit sind dabei Diplome und Zeugnisse. Tatsächlich sei es etwa in Syrien oder anderen Drittstaaten längst möglich, Zeugnisse und Urkunden „auf der Straße“ zu erwerben. Mit absehbaren Folgen: So zeigten Sprachprüfungen mangelhafte Deutschkenntnisse; die bisher durchgeführten Kenntnisstandprüfungen reichten nicht aus, zumal die dabei zutage tretenden Kenntnisse nicht selten im Gegensatz zu der behaupteten Qualifikation stünden und mitunter „verheerende“ medizinische Wissenslücken offenbarten.

„Deshalb müssen wir eine Kenntnisstandprüfung haben“, betonte Wenker. Nach ausführlicher Diskussion forderte der Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber auf, zu regeln, dass alle Ärztinnen und Ärzte mit absolvierter ärztlicher Ausbildung aus Drittstaaten durch eine Prüfung einen Kenntnisstand nachweisen, über den auch Ärztinnen und Ärzte verfügen, die in Deutschland die ärztliche Ausbildung absolviert haben. Der Nachweis, dass entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten vorliegen, könne für einen sicheren Patientenschutz durch das erfolgreiche Ablegen einer bundesweit einheitlichen Prüfung analog dem 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gewährleistet werden, so der Ärztetag. Auch müssten gute Fähigkeiten der sprachlichen Kommunikation (Niveau C1) nachgewiesen werden.

Auf Antrag unter anderem von Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund Hessen), forderte der Deutsche Ärztetag die Bundesländer auf, die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (GfG) auszubauen und mit der Annahme aller Anträge auf Gleichwertigkeitsprüfung zu beauftragen. Die GfG solle alle Anträge auf Anerkennung ärztlicher Grundausbildungen vollständig fristgerecht bearbeiten. Dies umfasse ins-

besondere die Prüfung der Echtheit der eingereichten Unterlagen. Außerdem forderten die Delegierten die Bundesländer auf, dafür Sorge zu tragen, dass ausländische Ärzte für eine Kenntnisprüfung einen Termin innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Frist von sechs Monaten erhalten.

Pflege im Fokus

60 Sekunden Applaus für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeberufen – mit dieser Solidaritätsbekundung, eine Beteiligung an der Aktion „1min.care“, eröffneten die Delegierten des Deutschen Ärztetages ihre erste Sitzung am Dienstagmittag. „Die Pflege ist unser wichtigster Partner im Gesundheitssystem und wir teilen dieselben Probleme: zu viel Arbeit, zu wenig Personal und zu wenig Anerkennung. Das wollen wir ändern“, betonte Montgomery.

„Die Situation in der Pflege ist dramatisch, wir schaffen es kaum, die Stellenpläne zu besetzen“, berichtete Detlef Schmitz, Delegierter der Ärztekammer Niedersachsen, in der anschließenden Diskussion. Pflegerinnen und Pfleger kämen kaum noch dazu, sich um Patienten zu kümmern. Unterstützt wurde er von Dr. med. Johannes Grundmann, Vizepräsident der Ärztekammer Bremen, der neben dem Fachkräftemangel in der Alten- und Krankenpflege auch zu bedenken gab, dass die Beschäftigten bereits im Schnitt nach weniger als acht Jahren aus ihrem Beruf ausscheiden, weil sie sich physisch oder psychisch nicht mehr in der Lage fühlen, ihren Beruf auszuüben.

Daher begrüßten die Delegierten auch die im Koalitionsvertrag beschlossene Tarifierfinanzierung bei Pflegekräften, forderten jedoch gleichzeitig mit Nachdruck, Ärztinnen und Ärzte sowie übriges medizinisches Personal ebenfalls in die Regelung aufzunehmen. Es brauche eine „klare Trendwende von einer verfehlten Ökonomisierung hin zu einer am medizinischen, pflegerischen und menschlichen Bedarf ausgerichteten Modernisierung“, so die Delegierten.

Psychische Erkrankungen: Versorgung aus ärztlicher Sicht

Psychische Erkrankungen zählen hierzu-lande zu den am häufigsten auftretenden



Hessische Delegierte bei der Arbeit (vorne: PD Dr. med. Andreas Scholz).

Krankheiten, etwa ein Drittel der Bevölkerung ist jedes Jahr von ihnen betroffen – unabhängig von Alter oder sozialem Status. Aufgrund der dadurch entstehenden hohen Kosten wird das Thema nicht nur in der Ärzteschaft, sondern auch unter Ökonomen und Politikern diskutiert. „Die Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“, stellte Dr. med. Max Kaplan, Vizepräsident der BÄK, klar. Hausärzte hätten hierbei eine entscheidende Rolle, doch grundsätzlich sei die Behandlung dieser Erkrankungen nur disziplin- und sektorenübergreifend möglich.

Einen umfassenden Überblick über die Versorgungssituation erhielten die Abgeordneten durch drei Präsentationen¹, die das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven aufgriffen: Dr. med. Stephan Zipfel, Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie befasste sich zu Beginn mit der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Versorgung psychischer Störungen.

„Was kann die Hausarztpraxis für Patienten mit psychischen Erkrankungen leisten?“ Unter dieser Fragestellung standen die Ausführungen von Prof. Dr. med. Jochen Gensichen, Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universität München, der zur Betreuung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung referierte.

Dr. med. Iris Hauth, Ärztliche Direktorin und Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Alexianer St. Joseph-Krankenhauses Berlin-Weißensee, ging in ihrem Bericht auf die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ein sowie auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit in sektorenübergreifenden, integrativen Versorgungsmodellen. Zunächst einmal hob die Referentin jedoch hervor, dass psychische Erkrankungen nicht häufiger geworden seien. Dieser Eindruck entstünde vor allem dadurch, dass die Nachfrage nach Behandlungen stark gestiegen sei – was vor allem die Praxen im ambulanten Bereich wahrnehmen könnten.

Nach einer intensiven Debatte im Anschluss an die Vorträge betonte der Ärztetag die unverzichtbare ärztliche Kompetenz bei der Behandlung psychisch Kranker. Die Delegierten warnten davor, das bestehende Versorgungsmodell mit ärztlichen und nicht ärztlichen Angeboten im Rahmen der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes aufzuspalten. Um Stigmatisierungen entgegenzuwirken, schlossen sich die Abgeordneten außerdem einem von hessischen Delegierten gestellten Antrag an, eine gesonderte Speicherung der Daten psychisch Kranker entschieden abzulehnen. Die Bundes- sowie Landesregierungen wurden aufgefordert, entsprechende Gesetzesvorhaben zu stoppen oder bereits getätigte Vorlagen zurückzunehmen.

¹ Die Präsentationen sowie weitere Vortragsfolien finden Sie online: www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/121-deutscher-aerztetag-2018/referate/.

Intensive Diskussionen um § 219a

Werbeverbot beibehalten, aber das Beratungs- und Hilfsangebot stärken – auf diese Forderung einigten sich die Delegierten des Deutschen Ärztetages bei den Debatten zum Thema § 219a (Werbeverbot für Abtreibungen). Dieser Entscheidung ging eine lange, intensive und emotionale Diskussion voraus, die Montgomery abschließend als „sehr würdig für dieses wichtige und schwierige Thema“ bezeichnete.

Im Fokus der Debatte stand unter anderem die Forderung nach einer Streichung des § 219a sowie die Rechtssicherheit für Ärztinnen und Ärzte, die diesen Eingriff vornehmen. „Wir müssen ein Signal an die Politik senden – gerade jetzt zu Beginn der Legislaturperiode“, forderte Dr. med. Barbara Jäger (Demokratische Ärztinnen und Ärzte Hessen). Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, fragte: „Wollen wir diese Leistung mit anderen gleichsetzen? Individuelle Informationen sind richtig, wichtig und notwendig. Aber kollektive Informationen sind es meiner Ansicht nach nicht. Deshalb sollten wir den Paragraphen beibehalten, aber Hilfs- und Beratungsangebote stärken.“ Dieser Argumentation schloss sich letztlich die Mehrheit der Delegierten an, forderten jedoch „maßvolle Änderungen“ im § 219a, um Ärztinnen und Ärzte, die innerhalb dieses Rahmens über Schwangerschaftsabbrüche informieren, vor Bestrafung zu schützen.

Darüber hinaus seien Informationsangebote für Frauen in Konfliktsituationen weiterzuentwickeln und zu stärken, forderte der Ärztetag.

Gesundheits- und sozialpolitische Themen

Auf der Agenda des Ärztetages standen neben den großen Punkten wie der (Muster-)Weiterbildungsordnung oder der Versorgung psychisch Erkrankter weitere sozialpolitische Themen: So diskutierten die Delegierten bspw. zum Thema Transplantationsmedizin und forderten die Einführung der Widerspruchslösung zur Organspende und eine entsprechende Änderung des Transplantationsgesetzes.

„Gewalt gegen medizinisches bzw. Rettungspersonal nimmt weiter zu, der Gesetzgeber muss handeln“, appellierte Max

Kaplan im Zuge der Debatte um die Notfallversorgung. Die Abgeordneten des Ärztetages forderten den Gesetzgeber auf, Ärztinnen und Ärzte in Kliniken und Praxis in den neuen Straftatbestand „Tätlicher Angriff auf Vollstreckungsbeamte“ (§ 115 Strafgesetzbuch) mit aufzunehmen. Für eine funktionierende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sei die Sicherheit von medizinischem Personal unverzichtbar, begründete das Ärzteparlament seine Forderung.

Hinsichtlich der seit langem diskutierten Problematik der überlasteten Notfallaufnahmen in Deutschland hat der Ärztetag eine Neuausrichtung gefordert: So brauche es mehr Personal, eine sektorenübergreifende und extrabudgetäre Finanzierung sowie eine bessere Vernetzung der einzelnen Versorgungsbereiche.

Um die ungesteuerte Inanspruchnahme von Notfallambulanzen in Kliniken entgegenzuwirken, müssen ambulante Patienten in die vorgesehenen Portal- und Notfallpraxen verwiesen werden, die Zusammenarbeit von Vertragsärzten in Portalpraxen mit Klinikärzten müsse daher weiterentwickelt werden, forderte das Ärzteparlament.

Das vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene Konzept eines gestuften Systems von Notfallstrukturen an Krankenhäusern sieht der Ärztetag kritisch, da dieses weder die Wechselwirkungen über Schnittstellen und Sektorengrenzen hinweg, noch die regionalen Besonderheiten in der Notfallversorgung berücksichtige. Daher forderten die Delegierten den G-BA auf, den Beratungsprozess „unter Einbeziehung medizinischer Akteure“ wieder aufzunehmen.

E-Health und Datenschutz

Obwohl der Fokus des Deutschen Ärztetages auf dem Thema Fernbehandlungsverbot lag, ließen die Delegierten andere Aspekte aus dem Bereich der Digitalisierung nicht außer Acht: „Beim Schutz vor Cyber-Angriffen darf es keine zwei Klassen von Krankenhäusern geben“, forderte der Deutsche Ärztetag in einem Entschluss. Die IT-Sicherheit in Krankenhäusern dürfe keine Kostenfrage sein, da die Sicherheit von Patientendaten eine absolute Notwendigkeit sei, heißt es in der Begrün-

dung. Daher müssten die vom Bundesamt für Sicherheit der Informationstechnik geforderten Mindeststandards für die gesamte stationäre medizinische Versorgung gelten.

Im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens solle der Gesetzgeber außerdem ein zweites E-Health-Gesetz auf den Weg bringen, um die Möglichkeiten der digitalen Gesundheitsversorgung zeitnah zur Verfügung zu stellen, forderte der Deutsche Ärztetag. Die im derzeitigen Gesetz festgehaltene verpflichtende Anbindung der Arztpraxen an die Telematikinfrastruktur (TI) bis Ende des Jahres sei weiterhin auszusetzen, forderte das Ärzteparlament und nannte als Begründung wiederholte Probleme bei Praxen, die sich bereits an die TI angeschlossen hätten. Bis diese Probleme nicht behoben und die Finanzierung nicht gesichert sei, müssten die gedrohten Sanktionen zurückgezogen werden. Weiterhin in einem zweiten E-Health-Gesetz zu verankern sei der Rechtsanspruch von GKV-Versicherten auf eine elektronische Patientenakte.

Ärztlicher Nachwuchs im Fokus

Mehr Medizinstudienplätze, eine Reformierung des Medizinstudiums, und die Änderung des Auswahlverfahrens zum Studium: Um dem Ärztemangel künftig entgegenzuwirken, muss bei der Ausbildung der künftigen Ärztegeneration angesetzt werden, so der Deutsche Ärztetag. „Die Versorgung der immer älter und kränker werdenden Bevölkerung braucht dringend mehr Ärztinnen und Ärzte“, heißt es in der Begründung für die geforderten Reformen.

Außerdem forderte der Ärztetag die Verbesserungen der Arbeits- und Lernbedingungen im Praktischen Jahr (PJ), u. a. durch die Verankerung des Anspruchs auf eine angemessene Aufwandsentschädigung in der Approbationsordnung. Um die Qualität des PJ zu verbessern, soll zudem zusätzliches ärztliches Personal für die Lehre freigestellt werden.

Neue GOÄ – aktueller Stand

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hatte den Delegierten keine Hoffnung darauf gemacht, dass in der aktuellen Legis-



laturperiode eine neue ärztliche Gebührenordnung verabschiedet werde. Allerdings nannte er die von der BÄK gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung erarbeiteten Vorschläge „mehr als hilfreich“ (vgl. HÄBL 5/2018) für die weitere politische Debatte. Dr. med. Klaus Reinhardt, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und Vorsitzender des Ausschusses „Gebührenordnung für Ärzte“, stellte den Delegierten die bisherigen Arbeitsergebnisse vor. Aktuell werde der mit 130 ärztlichen Verbänden und wissenschaftlichen-medizinischen Fachgesellschaften sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) erarbeitete Entwurf der Leistungslegendierungen einer betriebswirtschaftlich nachvollziehbaren Kalkulation unterzogen. „Wir bleiben in einem konstruktiven Dialog mit dem Ministerium“, so Reinhardt. Die neue GOÄ müsse verständlicher und transparenter werden und endlich die dringend notwendige Rechtssicherheit für Ärzte schaffen.

„Mit dieser tollen neuen GOÄ sollten wir die Politik ein Stückweit vor uns hertreiben“, sagte Dr. med. Wolf Andreas Fach (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen): „Wir zeigen Spahn damit, dass wir Ärzte unsere Hausaufgaben gemacht haben.“ Es sei Aufgabe der Politik, die GOÄ zu promovieren, forderte Michael Andor (Die Hausärzte Hessen): „Der 20-jährige Stillstand ist ein Versagen der Politik!“ Der Deutsche Ärztetag betonte, dass gemäß Beschlusslage des vergangenen 120. Ärztetages eine mit den Kostenträgern der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfe konsentierende Amtliche Gebührenordnung für Ärzte nur dann als Vorlage für eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit eingereicht werden dürfe, sofern das duale Versicherungssystem in Deutschland erhalten bleibe und keine einheitliche Gebührenordnung entwickelt werde. Die von Teilen der Politik erwogene einheitliche Gebührenordnung als Zusammenführung von GOÄ und Einheitlichem Bewertungsmaßstab wurde abgelehnt.

Die Delegierten beauftragten die Bundesärztekammer den von Reinhardt beschriebenen Prozess unter Berücksichtigung der Eingaben der eingebundenen Verbände und Fachgesellschaften fortzuführen. In nachvollziehbaren Hochrechnungen unter

Hinzuziehung der verfügbaren Datengrundlagen soll eine möglichst detaillierte Folgenabschätzung sichergestellt werden.

Novelle der (Muster-) Weiterbildungsordnung

Der letzte Tag des Ärztekongresses war für die Diskussionen über die (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) reserviert. Nach sechseinhalbstündiger Debatte beschlossen die Delegierten mit großer Mehrheit die Novelle der MWBO. „Inhalte statt Zeiten“: so umriss Dr. med. Franz Bartmann, Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer, den Kern der Weiterbildungsreform, deren Ziel eine kompetenzbasierte Weiterbildung zur Verbesserung der Weiterbildungsqualität ist. Es gehe nicht mehr darum, wie oft und in welcher Zeit Inhalte erbracht, sondern wie und in welcher Form Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben wurden, erklärte Bartmann. In Zukunft solle die MWBO regelmäßig, möglichst auf jedem Deutschen Ärztetag, an aktuelle Entwicklungen angepasst werden. Zur Beratung und Verabschiedung waren den Delegierten u. a. die Präambel, die Ziel und Zweck der fachärztlichen Weiterbildung definiert, sowie der, die rechtlichen Vorgaben beschreibende Paragrafenteil vorgelegt worden. Darüber hinaus wurde über die Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung – die übergreifenden Kompetenzen also, die jeder Arzt erwerben muss, wenn auch, je nach Fachgebiet, in unterschiedlicher Ausprägung – debattiert. Ärztliche Gesprächsführung, Managementaufgaben, interkollegiale und interprofessionelle Zusammenarbeit, patientenbezogene Tätigkeit: Darum geht es in den Allgemeinen Inhalten.

Außerdem stimmte der Deutsche Ärztetag über den sogenannten Kopfteil der Zusatz-Weiterbildungen der MWBO ab und beschloss, welche Zusatz-Weiterbildungen künftig Teil der ärztlichen Weiterbildung werden sollen. Leidenschaftlich diskutierten die Delegierten über die Zusatzweiterbildungen. Kritik wurde u. a. daran geübt, dass die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nicht berufsbegleitend zu erwerben sei. Ein Antrag, diese berufsbegleitend zu ermöglichen, wurde daraufhin angenommen. Über die Inhalte der Zusatz-Weiter-

bildung wurde auf dem Deutschen Ärztetag allerdings nicht entschieden; dies wird – auf der Grundlage der von den Weiterbildungsgremien der BÄK in Abstimmung mit den Fachgesellschaften und Weiterbildungsgremien der BÄK erarbeiteten Inhalte – Aufgabe des Vorstandes der Bundesärztekammer sein.

Künftig werden die erworbenen Kenntnisse und Handlungskompetenzen den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung in folgenden vier Kategorien bescheinigt: Kenntnisse, die der Weiterzubildende „benennen und beschreiben“ kann, Kenntnisse, die er „systematisch einordnen und erklären“ kann sowie Fertigkeiten (Handlungskompetenzen), die er unter Supervision und solche, die er selbstverantwortlich durchführen kann (ggf. hinterlegt mit den nachgewiesenen Zahlen). Für den Kompetenznachweis werde künftig ein verlässliches Instrument benötigt, erklärte Bartmann: Zentraler Bestandteil der Novelle der Weiterbildungsordnung ist daher das bundesweit einheitliche elektronische Logbuch, das den Kompetenzerwerb der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung kontinuierlich und für die Ärztekammern nachvollziehbar abbilden soll.

„Wir Weiterzubildende wünschen uns Transparenz und Verbindlichkeit. Ich appelliere an Sie und an uns alle: Stellen Sie sich der jüngeren Generation nicht in den Weg. Stimmen Sie für das Logbuch“, rief Anne Kandler (Marburger Bund Hessen) die Delegierten auf. Bereits der 120. Deutsche Ärztetag in Freiburg hatte die Einführung des Logbuchs prinzipiell begrüßt. In Erfurt wurde die Bundesärztekammer aufgefordert, mit einem externen Unternehmen ein betriebsfähiges eLogbuch zu entwickeln. Mit Blick auf die vorgestellten Inhalte der neuen MWBO wies Fach darauf hin, dass es noch Inkongruenzen gäbe und deshalb weiter evaluiert werden müsse: „Auch die Ständige Konferenz Weiterbildung muss gestärkt werden und eingreifen können.“ Mit seinem Lebensmotto „Am Ende wird alles gut. Und wenn es nicht gut wird, war es nicht das Ende“ verabschiedete sich Bartmann von den Delegierten des Deutschen Ärztetages, die ihm mit Standing Ovations für seine Arbeit dankten.

Katja Möhrle
Caroline McKenney



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts



© Fabio Parenzan

50. Internationaler Seminarkongress

26.08. – 31.08.2018 in Grado/Italien

Eröffnung am Sonntag, 26. August 2018 um 17:30 Uhr

Abendvortrag: „Il Giardino della Minerva“

am Dienstag, 28. August 2018 um 20:00 Uhr, Referentin: Melina Elena Stylianou

Festliches Abendessen am Mittwoch, 29. August 2018 ab 19:30 Uhr

Kontakt:

Stephanie Pfaff

Landesärztekammer Hessen

Fon: 06032 782-222

E-Mail: stephanie.pfaff@laekh.de



Schwerpunkthemen der Seminare vom 27. August bis 31. August 2018:

- Notfall in der Praxis, Prof. Dr. med. Peter Sefrin, Würzburg
- Körperliche Aktivität und Gesundheit, Prof. Dr. med. Dr. phil. Winfried Banzer, Frankfurt
- Viel hilft nicht immer viel: Zwischen Unterversorgung und Über-Aktionismus, Dr. med. Simon Kostner, Bozen
- Diabetes mellitus - die metabolisch-vaskuläre Krankheit, PD Dr. med. Rainer Lundershausen, Erfurt, Prof. Dr. med. Reinhard Fünfstück, Weimar
- Was Sie schon immer vom Radiologen wissen wollten, Prof. Dott. Univ. Pisa Volkmar Jacobi, Frankfurt
- Bewegung mit künstlichen Gelenken, Dr. med. Joachim Wagner, Ottweiler

Zusatzkurse:

- Notfall in der Praxis - Praktischer Teil, Prof. Dr. med. Peter Sefrin und Rainer Schmitt, Würzburg
- Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gem. RöV, Prof. Dott. Univ. Pisa Volkmar Jacobi, Frankfurt
- Power-Aging, Dr. med. Mathias Glück, Dr. med. Simone Glück, Markus Klaus, Kühbach

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

Die Österreichischen Ärztekammern 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.



© Katja Möhrle



© Massimo Crivellari



© Katja Möhrle

Kooperationspartner:



Collegium Medicinae
Italo-Germanicum e.V.



Mit freundlicher Unterstützung
des Deutschen Ärzteverlags:



Deutscher
Ärzteverlag

Ärztekammer
des Saarlandes



BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER



121. Deutscher Ärztetag in Erfurt – Eindrücke der hessischen Delegierten

1. Welche Themen und Beschlüsse des Deutschen Ärztetages waren für Sie besonders wichtig?

Dr. med. Detlev Steininger (Die Hausärzte): 1. Der Beschluss zum Fernbehandlungsverbot. Fernbehandlung ist möglich, aber in sehr engen Grenzen und mit Betonung auf der Verantwortung des Arztes und Qualität der Beratung. Keine Rezepte, keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, keine Rezept für Krankengymnastik allein durch Fernbehandlung! 2. Im Tagesordnungspunkt Musterweiterbildungsordnung ist es gelungen, die Beschlüsse des 120. Deutschen Ärztetages in Freiburg zu den Facharztweiterbildungsinhalten nicht mehr zu öffnen. Aus hausärztlicher Sicht ein ganz wesentlicher Erfolg.

Dr. med. Barbara Jäger (Demokratische Ärztinnen und Ärzte): § 219a, GOÄ, MWBO, Fernbehandlungsverbot, Ablehnung der neuen Psychotherapeutenausbildung in jetziger geplanter Form.

Michael Thomas Knoll (Die Hausärzte): Die Musterweiterbildung. Das hier der Grundsatzteil der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin nicht wieder aufgemacht wurde. Ein schwieriger Konsens, nicht für Alle und Alles ok, aber ein Konsens mit dem wir leben können (und müssen).

Dr. med. Klaus König (Fachärzte Hessen): Zustimmung zur MWBO neu. Öffnung Telemedizin. Fortsetzung der Erstellung GOÄ neu. Aufruf zum Ende E-Card in jetziger geplanter Form.

Dr. med. H. Christian Piper (Marburger Bund): Der „Dialog mit jungen Ärztinnen und Ärzten“. Fernbehandlung. Neuordnung der Weiterbildung.

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg (Fachärzte Hessen): Für mich als Nervenärztin waren die Beschlüsse zum Thema „psychische Gesundheit“ wichtig. In ei-



Foto: Marburger Bund



Foto: privat



Foto: privat



Foto: Vera Friederich

Yvonne Jäger, Monika Buchalik, Dr. med. H. Christian Piper, Dr. med. Michael Weidenfeld – von oben links im Uhrzeigersinn.

nem eigenen Antrag hatte ich versucht, darzustellen, dass Psychiater, Neurologen und Nervenärzte an einer exakten Frühdiagnostik genauso interessiert sind wie an der Zweitmeinung durch unser Fachgebiet im Fall eines fehlenden Erfolgs des Erstbehandlers auf diesem Gebiet. Eine begleitende Evaluation der Abläufe – wer macht wann was mit bestmöglichem Erfolg – wäre hierbei hilfreich.

Ein besonderes Anliegen war mir, den Antrag auf Nicht-Stigmatisieren von psychisch Kranken mit großer Mehrheit durchzubringen: Er wehrt sich gegen das Führen von Listen psychisch Kranker als möglicher Gefährder wie es gerade das Bundesland Bayern vorsieht. Ein Appell des 121. DÄT an Bundesregierung und Landesregierungen, so etwas nicht zuzulassen, wurde von einer fraktionsübergreifenden Liste von Unterstützern aus Hessen getragen und mit erfreulicher großer Mehrheit verabschiedet.

Daneben waren MWBO und Telemedizin sehr wichtige Themen. Die MWBO ist zum Glück weitergestaltungsfähig, während die Tür zur Telemedizin weiter geöffnet wurde.

Monika Buchalik (ÄrztINNEN Hessen): Mir war besonders die Liberalisierung der Fehlzeiten während der Weiterbildung wichtig, so wie dieses in den Ländern Hessen und Baden-Württemberg gehandhabt

wird. Leider wurde mein Antrag an den Vorstand der BÄK überwiesen.

Yvonne Jäger (Marburger Bund): Insbesondere die Beschlüsse zur Novellierung der Weiterbildungsordnung inklusive der Zusatzweiterbildungen werden künftig für viele Kollegen von Relevanz sein.

Dr. med. Edgar Pinkowski (Fachärzte Hessen): Die WBO; Fernbehandlungsverbot, Prüfung zur Anerkennung ausländischer Abschlüsse (nicht EU!).

Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund): Die einstimmige Verabschiedung der Gesamtnovelle der MWBO! Die gut verstandene Debatte dazu hat gezeigt, welche große Bedeutung dies für die ärztliche Selbstverwaltung hat. Der lange und für viele Ehren- und Hauptamtler auch sehr arbeitsreiche Prozess, begonnen 2010, wird nun zu echten Veränderungen führen. Mehr Kompetenzen und weniger Zahlen sowie eine Abkehr von den strikten Zeitvorgaben. Jetzt ist es an den Landesärztekammern, die regionale Umsetzung voranzutreiben und die Umsetzung auch durch Beratung der Weiterbildungsermächtigten erfolgreich zu gestalten.

2. Hat Bundesärztekammerpräsident Prof. Montgomery in seiner Rede die richtigen Schwerpunkte gesetzt?

Monika Buchalik: Absolut, besonders mit der Forderung nach einer Patientensteuerung durch die Politik, damit das knapp gewordene Gut „Arztstunde“ denen zugute kommt, die es wirklich benötigen.

Dr. med. Michael Repschläger (Fachärzte Hessen): Ich hätte mir mehr Biss gewünscht, so wie letztes Jahr in Freiburg.

Dr. med. Lars Bodammer (Marburger Bund): Er hat deutliche Aufforderungen an die Politik gestellt, jetzt zügig wichtige gesundheitspolitische Themen, wie den Mangel an ärztlichem Personal und in der Pflege, ernst zu nehmen. Klare Ansage:

Ohne mehr Studienplätze in der Medizin geht es nicht.

Dr. med. H. Christian Piper: Notfallversorgung durch bessere Patientensteuerung entlasten, Integration ausländischer Ärzte besser organisieren, GOÄ weitertreiben, Personal im Gesundheitswesen erhöhen und adäquat entlohnen, Fernbehandlung zuträglich und rechtskonform regeln, nichtärztliche und ärztliche Psychotherapie stärken, aber nicht vermischen. Gut und engagiert gesprochen, und damit wichtige Bälle der Ärzteschaft an die Politik gespielt.

Yvonne Jäger: Prof. Montgomerys Rede stand unter dem großen Thema des „Wandels“. Dies passte gut zur von Dr. Ellen Lundershausen geforderten „Rebellion“ durch die Ärzteschaft. Rebellion, als Aufdecken von Missständen gesehen und verbunden mit einer Streitkultur und der Bereitschaft zu konstruktiver und lösungsorientierter Zusammenarbeit wurden von allen Seiten, inklusive Herrn Minister Spahn, als gewünscht dargestellt. Man darf beobachten, ob eine solche positive „Streitkultur“ in Zukunft konstruktiv gelebt werden wird.

Dr. med. Barbara Jäger: In vielem Ja, mir hat auch gefallen, dass er Herrn Spahn aufgefordert hat, uns nicht nur „Helden“ zu nennen, sondern auch wie solche zu behandeln. Mir fehlten deutlichere Hinweise auf den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte der Patientinnen und Patienten beim Thema Fernbehandlungsverbot und Telematikinfrastruktur.

Michael Andor (Die Hausärzte): Verba volant, scripta manent.

3. Welche Erwartungen haben Sie nach den Reden von Prof. Montgomery und dem neuen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn an die künftige Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Gesundheitsministerium?

Dr. med. Susanne Johna: Ich hoffe zunächst, dass Herr Spahn zukünftig seinen Schwerpunkt auch wirklich in der Gesundheitspolitik setzt – da gibt es nun wirklich genug zu tun. Das Abschmelzen von Rücklagen der

Krankenversicherungen durch Beitragssenkungen löst jedenfalls kein einziges Problem.

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg: Hat Minister Spahn die Ärzte wirklich schon als Diskussionspartner entdeckt?

Dr. med. H. Christian Piper: Bundesminister Jens Spahn hat sich persönlich kommunikationsoffen und als noch jung im Amte dargestellt. Inhaltlich war der Auftritt außer etwas populistischen Ansätzen aber nicht klar orientiert. Allenfalls blitzte das Motto heraus: Koalitionsvertrag first! Aussagen zur gesundheitlicher Daseinsvorsorge blieben plakativ und teilweise abseitig: Arztgesprächstunden von 20 auf 25 anheben, obwohl viele Ärzte 60 Stunden und mehr für den Patienten als engagierte Freiberufler da sind und überbordende Administration den „Feierabend“ und das Wochenende auffrisst.



Foto: Manuel Maier



Foto: Vera Friederich



Foto: Archiv



Foto: Manuel Maier

Dr. med. Susanne Johna, Dr. med. Edgar Pinkowski, Dr. med. Lars Bodammer, Dr. med. Klaus König – von oben links im Uhrzeigersinn.

Monika Buchalik: Ich erwarte eine respektvolle Diskussion mit Jens Spahn auf Augenhöhe. Es reicht beim Thema GOÄ nicht, eine Arbeitsgruppe zu gründen, sondern wir erwarten eine zeitnahe Umsetzung der bereits vorhandenen Arbeitsergebnisse der BÄK und der Berufsverbände sowie der Fachgesellschaften. Leider steht noch immer die Bewertung der neuen GOÄ-Ziffern aus.

Yvonne Jäger: Ich erwarte, dass bei der Zusammenarbeit in Zukunft endlich eine regelhafte Berücksichtigung des ärztlichen Sachverständes erfolgt, insbesondere

re in den Gremien, die über medizinisch relevante Themen beraten und entscheiden.

Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci (Marburger Bund): Ich befürchte, dass sich die künftige Zusammenarbeit schwieriger als mit Herrn Gröhe gestalten wird. Die Ambitionen Herrn Spahns scheinen klar über das Gesundheitsressort hinauszugehen. Meine Einschätzung ist, dass die eigene „Profilbildung“ im Zweifelsfall für Herrn Spahn wichtiger sein wird als irgendeine Zusammenarbeit (auch mit der Ärzteschaft).

Michael Thomas Knoll: Bundesgesundheitsminister Spahn ist nur in eigenem Interesse unterwegs. Große Sprüche. Mal sehen. Müssen ihn an seinem Erfolg messen.

Dr. med. Detlev Steininger: Ich sehe da große Probleme. Herr Spahn hat sehr viele Worte gefunden, aber wenig Inhaltliches. Und wenn es in seiner Rede „konkret“ wurde, dann, um seine politischen Ziele durchzusetzen („GOÄ-Wissenschaftskommission“, weite Öffnung der Fernbehandlung). Ich halte Herrn Spahn für wenig kompromissfähig, wenn es um Anliegen der Ärzteschaft geht!

Dr. med. Edgar Pinkowski: Da wird sich nicht viel ändern – die Politik wird sich weiter vermehrt in die Selbstverwaltung einmischen. Digitalisierung á la Jens Spahn schafft auch keine zusätzlichen Ärzte bzw. Arztzeit.

Dr. med. Michael Repschläger: Das muss abgewartet werden. Herr Jens Spahn gab den typischen Politiker ab.

Dr. med. Lars Bodammer: Die Rede von Minister Spahn hat mich nicht wirklich überzeugt. Es wurde viel von möglicher Zusammenarbeit und gemeinsamen Zielen gesprochen. Zu viele Punkte, unter anderem auch die GOÄ, blieben unkonkret.

4. Wie beurteilen Sie die Fortschritte zur neuen GOÄ?

Dr. med. Susanne Johna: In diesen Prozess sind viele Ressourcen geflossen. Ich hoffe sehr, dass die GOÄ, die jetzt weitgehend konsentiert ist, nun auch bald umgesetzt werden kann.

Dr. med. Detlev Steininger: Ich finde die bislang geleistete Arbeit sehr gut. Der Hauptgegner ist jetzt wohl das Gesundheitsministerium bzw. die Regierung. Denn es geht ja um Geld aus dem Staatsäckchen.

Dr. med. Edgar Pinkowski: Mäßig, aber wir müssen den Weg weitergehen und nicht lockerlassen.

Dr. med. Michael Weidenfeld (Fachärzte Hessen): Wie immer: Es geht kaum voran.

Dr. med. Klaus König: Mehr ist im Augenblick nicht zu erwarten, es muss jetzt in Ruhe die Höhe der Honorierung erarbeitet werden ohne Rücksicht auf Privatkassen und Beihilfe.

Dr. med. H. Christian Piper: ...ist eine extrem langsame Schnecke! Sachlich sind die Experten weit gekommen, aber die Politik bremst wieder mit Hinhaltenaktiken. Bald kann es wohl nur dann weitergehen, wenn nicht weitere 3,5 Jahre auf eine Neuwahl gewartet werden müsste.

Michael Andor: Welche Fortschritte? Die Regierung möge endlich ihrem Regierungsauftrag nachkommen und einige überfällige Korrekturen und Ergänzungen vornehmen und nicht so tun als wenn wir (= die Ärzteschaft) in der Pflicht wären.

Dr. med. Michael Repschläger: Wir müssten eigentlich schon viel weiter sein...

Dr. med. Barbara Jäger: Ich verstehe zwar die Komplexität, bin aber enttäuscht, dass es nicht besser vorangeht. In der GOÄ wird es eine neue Systematik im Bereich Psychosomatik und Psychotherapie geben, auf die ich warte. Aktuell kann ich im EBM flexibler arbeiten (Akut- oder Kombinationsbehandlung...).

Frank Seibert-Alves: Es scheint gut voranzugehen. Ob es aber wirklich in absehbarer Zeit zur Umsetzung kommt, ist fraglich.

Michael Thomas Knoll: Für uns Hausärzte kommt nur mehr Verlust. Es wird so rasch keine GOÄ kommen. Ist uns nur recht.



Foto: Caroline McKenney



Foto: Katja Möhrle



Foto: Caroline McKenney



Foto: Archiv/Wachendörfer

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Dr. med. Barbara Jäger, Frank Seibert-Alves, Dr. med. Detlev Steininger – von oben links im Uhrzeigersinn.

5. Sind Sie mit der Diskussion bzw. den Beschlüssen zum Schwerpunktthema Fernbehandlungsverbot zufrieden? Hat die Ärzteschaft Ihrer Meinung nach einen gemeinsamen, zufriedenstellenden Konsens gefunden? Welche Folgen ergeben sich aus der Diskussion für Hessen?

Dr. med. Susanne Johna: Die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten, die man nicht kennt, telefonisch zu beraten, könnte ein sinnvolles Instrument für ärztlich besetzte Rettungsleitstellen werden. Wichtig ist es jetzt, zügig eine Art Leitfaden zur Fernbehandlung in der BÄK zu erarbeiten, um hinterlegt mit Beispielen den Kolleginnen und Kollegen eine Anleitung an die Hand zu geben.

Michael Thomas Knoll: Nein. Wir hätten erst die Regeln aufstellen sollen und dann entscheiden. Die Presse hat es schon falsch verstanden und die Aufhebung der Fernbehandlung gefeiert. Schade.

Dr. med. Michael Repschläger: Es muss kritisch beobachtet werden, ob es z. B. Medi24 wirklich gelingen wird, Praxen in Deutschland aufzukaufen, um im kassenärztlichen Bereich zu wildern. Glücklicherweise müssen erst die 15 restlichen Landesärztekammern und so auch die LÄK Hessen unseren Beschlüssen zustimmen. Es sollte ein entsprechender Riegel vorgeschoben werden können.

Yvonne Jäger: Hier muss man deutlich machen, dass wir von einer ausschließlichen Fernbehandlung reden, das heißt, dass der Arzt einen ihn unbekannten Patienten zum Beispiel telefonisch berät, gegebenenfalls behandelt. Deshalb muss man das Thema weiter kritisch beobachten: Wo kann man eventuell im Einzelfall vom Goldstandard des persönlichen Kontaktes abweichen und dennoch eine fachlich gute Behandlung sichern? Wie sieht es mit haftungsrechtlichen Folgen aus? Wie kann Qualität gesichert werden, und wer überhaupt kann diese zusätzlichen Aufgaben leisten?

Dr. med. Lars Bodammer: Die Ärzteschaft hat eine Fernbehandlung unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht. In der Presse wurde dies als allgemeine Erlaubnis zur vollständigen Fernbehandlung missverstanden. Hier müssen wir noch im Detail aufklären. Eine bundeseinheitliche Lösung ist zwingend erforderlich.

Dr. med. Michael Weidenfeld: Es war eine gute Diskussion. Wir werden für Hessen unsere eigene Meinung und Vorgehensweise finden.

Dr. med. H. Christian Piper: Gut, dass der Grundsatzbeschluss gefasst wurde. Schlecht, das begleitende Unterstützungen zur Sicherheit von Patienten und Ärzten, Grenzen der Machbarkeit und juristische Fragen völlig offen sind. Leider hat die Presse verkündet, dass es quasi überall morgen mit flächendeckender Tele-Beratung und Tele-Therapie losginge. Die gesetzlich zuständigen Landesärztekammern haben in den nächsten ein bis zwei Jahren dafür noch Vieles zu klären.

Dr. med. Barbara Jäger: Mir fehlten deutlichere Hinweise auf den Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte der Patienten sowie die besonderen Aspekte (Einwirkung auf die therapeutische Beziehung, Gefahr des Rückgangs der Offenheit der Patienten, besonders sensible Daten, Stigmatisierung...) für die Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Ich hoffe, dass wir in Hessen da mehr Augenmerk darauf legen.

Dr. med. Detlev Steininger: Ich bin mit den Ergebnissen sehr zufrieden und könnte mir vorstellen, sie eins zu eins in Hessen umzusetzen.

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg: Zufrieden mit den Beschlüssen, unzufrieden mit der Präsentation in der Presse und in den Nachrichten, wo zunächst von einem Wegfallen des Fernbehandlungsverbots die Rede war, ohne auf die Einschränkung auf besondere Fälle einzugehen.

Michael Andor: Fast überflüssig. Auch bisher konnte ich schon Technik nach Belieben einsetzen, soweit für die Patientenbehandlung sinnvoll und datenschutzgerecht. Bildtelefonie ist nichts Neues, es wird nur teurer. Mit Spannung verfolge ich die Meinungsfindung bei den Juristen um die Verbindlichkeit und um die Fragen der Haftung in Sachen Fernbehandlung.

Frank Seibert-Alves: Inwieweit der letztendlich angenommene Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer, der sicherlich sehr sorgfältig formuliert wurde, auch „praxistauglich“ sein wird, kann meiner Auffassung nach erst die Umsetzung in die Praxis zeigen. Eine intensive Diskussion hierzu steht in der LÄKH noch aus.

Dr. med. Klaus König: Bin zufrieden, Bedenken wurden erörtert. Nun muss es auch im Lande umgesetzt werden. Aber erst, wenn eine extrabudgetäre Honorierung konsentiert wurde.

Dr. med. Edgar Pinkowski: In Wirklichkeit hat sich nicht viel geändert – neu ist lediglich, dass in „Einzelfällen“ eine ausschließliche Fernbehandlung möglich sein wird. Wichtig ist die Beschränkung im vertragsärztlichen Bereich auf Vertragsärzte, damit Callcentern (und die vielleicht auch noch aus dem Ausland) oder ähnlichem vorgebeugt und berufsrechtliche Überwachung durch die Kammern möglich wird.

6. Wie bewerten Sie die Entscheidungen zur neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO)?

Welche Aspekte der Novelle sehen Sie kritisch?

Welche Folgen haben die Entscheidungen zur MWBO für Hessen?

Yvonne Jäger: Bis die Umsetzung der MWBO in Hessen konkret erfolgt, wird noch viel Arbeit auf uns zukommen. Mit der Umsetzung kommt es zu einem Paradigmenwechsel in der Weiterbildung: die erworbenen Kompetenzen rücken in den Fokus und es wird eine Abkehr von dem vorherigen Paradigma der Ableistung von Zeiten geben: Dies wird nur gelingen, wenn die zur Weiterbildung ermächtigten Kollegen Weiterbildung als wichtige Aufgabe sehen und nicht als „Abfallprodukt“, welches im oft stressigen Arbeitsalltag als erstes „hinten runter“ fällt. Auch von dem/der Weiterzubildenden wird ein hohes Maß an Eigenständigkeit gefordert, in dem er sich um Kompetenzerwerb bemüht, den



Foto: Vera Friederich



Foto: Caroline McKenney

Michael Thomas Knoll, Dr. med. Michael Repschläger, Michael Andor – von oben links im Uhrzeigersinn.

Ärzttekammer. Dieser fundamental neue Prozess muss regelmäßig evaluiert und weiterentwickelt werden, um „Kinderkrankheiten“ zeitnah beheben zu können.

Dr. med. Lars Bodammer: Endlich ist es geschafft. So haben sicherlich viele der Beteiligten gedacht. Ich denke es kann eine sehr gute, zeitgemäße Weiterbildung daraus werden. Aber nur, wenn alle sich der Sache annehmen und mit dem neuen Logbuchsystem arbeiten. Die neue MWBO ist flexibler, aktueller und dem Stand der Medizin angepasst.

Dr. med. Detlev Steininger: In erster Linie ging es um Zusatzbezeichnungen. Da finde ich richtig, dass die meisten Inhalte berufsbegleitend absolviert werden können.

Nachweis dieses Erwerbes regelmäßig dokumentiert, perspektivisch möglicherweise sogar auf elektronischem Weg mit direkter Meldung an die



Foto: Archiv

Dr. med. Klaus König: Einige gestrichene Zusatzweiterbildungen (ZWB) wurden in 2. Lesung wieder oder neu eingeführt. Alle ZWB müssen überprüft werden, ob sie berufsbegleitend umzusetzen sind. Hier muss dann auch der Inhalt der einzelnen ZWB überprüft werden und die Arbeiten am Logbuch fertig geführt werden. Umsetzung dann im Land Hessen.

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg: Dass die Klinische Umweltmedizin nicht als Zusatzbezeichnung Fuß fassen konnte, halte ich für genauso falsch wie ein Wegfallen der Sportmedizin. Aber hier sind erneute Anträge ja möglich. Differenziert müssen wir die Einführung des E-Logbuchs bei der Weiterbildung betrachten. Es mag manchen potenziellen Weiterbildenden abschrecken, wenn er damit im Netz überwachbar wird.

Dr. med. Michael Weidenfeld: Ich bin zufrieden.

Dr. med. H. Christian Piper: Nach circa einem Jahrzehnt Diskussion und Ausschussarbeiten ein großer Schritt nach vorne! Die Hauptarbeit liegt aber noch in vielen Details der logistischen Begleitung von Weiterbildenden, völlige Neuorientierung der Weiterbilder, Dokumentation und Logbüchern, inhaltlichem Feinschliff. Nicht zu vergessen: viele Kolleginnen und Kollegen sind noch jahrelang nach der alten WBO unterwegs. Für sie muss das Anforderungsprofil der modernen Medizin ebenfalls angepasst werden, sodass dazwischen keine Brüche auftreten.

Dr. med. Barbara Jäger: Die MWBO wird wohl noch länger dauern, weil es zu viele Partialinteressen gibt. Für mein Gefühl geht über den Prozess die ursprüngliche Initiative zur Erneuerung (keine Orientierung an Zahlen sondern an Kompetenzentwicklung) verloren.

Frank Seibert-Alves: Auch wenn ich aufgrund der Wichtigkeit (erfolglos) für eine Vorverlegung des Top VIII „Novellierung der Muster-)Weiterbildungsordnung“ gestimmt habe, war ich letztendlich nicht unzufrieden darüber, wie dann die Behandlung am letzten Tag ablief. Es gab doch ausreichend Zeit unterschiedliche



Standpunkte zu verdeutlichen. Der entscheidende Schritt steht jedoch noch aus: die Umsetzung in Hessen!

Dr. med. Edgar Pinkowski: Es ist gut dass die neue WBO in toto angenommen wurde und jetzt die Umsetzung in den Länderkammern beginnen kann, damit nicht noch mehr Zeit verstreicht.

7. Welche Eindrücke und Anregungen nehmen Sie für die kommende Wahlperiode 2018–2023 mit nach Hessen?

Dr. med. Susanne Johna: Ich war sehr beeindruckt von der Ansprache durch die einladende Kammerpräsidentin Frau Dr. Lundershausen. Sie hat für mich sehr gut auf den Punkt gebracht, was wir als Ärztinnen und Ärzte tun sollten: „Ein bisschen Rebellion“ dort, wo Eingriffe von außen, sei es durch die Politik oder ökonomischen Druck unser ärztliches Handeln im Sinne des Patienten erschweren oder gar uns zu reinen medizinischen Dienstleistern degradieren wollen. Aber auch „Mauern überwinden“, die manchmal zwischen der niedergelassenen und der angestellten Ärzteschaft zu stehen scheinen. Vor 28 Jahren haben wir in Deutschland schließlich eine „echte“ Mauer überwunden.

Yvonne Jäger: Es gibt vieles, was in Zukunft angegangen werden muss. Insbesondere die Umsetzung der neuen MWBO steht an, auch das Thema „ausschließliche Fernbehandlung“ muss man kritisch begleiten. Ich wünsche mir, dass es uns in der LÄKH gelingt, sach- und fachgerecht zu diskutieren und im lösungsorientierten Streitgespräch konstruktiv an Verbesserungen zusammen zu arbeiten. Aus dem Thema Notfallversorgung darf man nicht aus dem Fokus verlieren: Wie kann die Verzahnung ambulant-stationär verbessert werden? Wie können Patienten so „gesteuert“ werden, dass sie im Notfall die „richtige“ Anlaufstellen in Anspruch nehmen (ärztlicher Bereitschaftsdienst versus Notaufnahme versus Rettungsdienst)?

Dr. med. Barbara Jäger: Es bleibt weiter viel mitzugestalten bei der MWBO, dem Erhalt ärztlicher Psychotherapie, der Digitalisierung und der Selbstverwaltung...

Michael Thomas Knoll: Es muss eine Antragskommission her.

Michael Andor: Finanzierungsinteressen und weitere Probleme der Klinikträger gehören nicht in die Ärztekammern.

Dr. med. Klaus König: Viele Abstimmungen waren sinnvoll und weise, nicht fremdbestimmt. Man merkte den Willen zur Einigung.

Dr. med. Lars Bodammer: Wir haben viele Herausforderungen, besonders seitens der Politik. Die Ärzteschaft muss geschlossen auftreten. Zu oft haben wir uns auseinanderdividieren lassen, weil einige nicht über ihren Tellerrand oder ihr Fachgebiet hinausschauen konnten.

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg: Erfreulich gute intensive Diskussionen listenübergreifend. So wünsche ich mir eine zukünftige Zusammenarbeit der hessischen Ärzteschaft!

Frank Seibert-Alves: In die neue Wahlperiode wird als ganz wichtige Aufgabe die hessische Umsetzung der neuen MWBO fallen.

Dr. med. Edgar Pinkowski: Die intersektorale Notfallversorgung wird eine Großbaustelle sein, ebenso wie die Begleitung einer sinnvollen Digitalisierung im Gesundheitswesen – nicht als Selbstzweck, sondern zum Wohle der Patienten und unserer Arbeitserleichterung.

Dr. med. Detlev Steininger: Es wird viel – leider auch administrative – Arbeit geben in den nächsten Jahren. Einen Abbau der Bürokratie habe ich in den vergangenen Jahren nicht wahrgenommen. Das wäre ein gutes Thema. Der Arztberuf muss attraktiver werden, auch in den Ausbildungs- und Weiterbildungsbedingungen.

8. Wie lautet Ihr Fazit des 121. Deutschen Ärztetages in Erfurt?

Dr. med. Edgar Pinkowski: Die Antragsflut muss besser kanalisiert werden, damit aus Zeitmangel am Ende nicht ein riesiger Berg unbearbeitet an den Vorstand überwiesen werden muss.

Frank Seibert-Alves: Wichtige Themen (Psychische Erkrankungen, Fernbehandlung, MWBO) wurden routiniert behandelt und Beschlüsse gefasst, deren Auswirkungen uns noch Jahre beschäftigen werden. Es gibt viel zu tun für die neue Delegiertenversammlung und das neue Präsidium der Landesärztekammer Hessen!

Yvonne Jäger: Ich empfand den Ärztetag als von konstruktiven Debatten geprägt. „Über-den-Tellerrand-Schauen“ empfinde ich als bereichernd und kraftspendend.

Dr. med. Susanne Johna: Richtungsweisende Beschlüsse (MWBO, Fernbehandlung, Freiberuflichkeit statt Konzernbildung...), interessante Diskussionen und eine wunderschöne Stadt, die ich sicher einmal mit mehr Zeit besuchen werde.

Dr. med. Lars Bodammer: Es hat sich gelohnt, mitzudiskutieren und die hessische Ärzteschaft dort zu vertreten. Im Bundesvergleich wird das hessische Engagement deutlich wahrgenommen. Viele Anregungen und Beschlüsse von uns Hessen werden nun bundesweit diskutiert.

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg: Wichtige Themen, gute Diskussionen, hoffentlich mit Folgen...!

Dr. med. Michael Weidenfeld: War gut und erfolgreich. Erfurt ist sehr schön.

Dr. med. H. Christian Piper: Anstrengend, aber es hat sich gelohnt!

Dr. med. Barbara Jäger: Bin recht zufrieden, empfand jedoch den Abstimmungsmarathon am Freitag als Zumutung. Das wird den Inhalten nicht gerecht.

Dr. med. Detlev Steininger: Ich bin zufrieden mit den Ergebnissen und dem Verlauf.

Dr. med. Michael Repschläger: Gelungene Veranstaltung in einer lebendigen Stadt!

Michael Andor: panta rhei.

Die Fragen stellte Katja Möhrle.



**Dr. Kerrin Schillhorn,
Dr. Simone Heidemann:
Gendiagnostikgesetz
– Kommentar für die Praxis**

Medhochzwei Verlag. Zweite, neu bearbeitete und erweiterte Auflage 2017. 457 Seiten, Hardcover, € 69.95, ISBN: 9783862163526. Der Kommentar erscheint auch als Onlinekommentar mit regelmäßigen Aktualisierungen.

Die Medizin- und Verwaltungsrechtlerin Dr. Kerrin Schillhorn und die Humangenetikerin Dr. Simone Heidemann haben mit ihrem Kommentar zum Gendiagnostikgesetz eine wertvolle Hilfe vorgelegt, um trotz Komplexität das aktuelle Gendiagnostikgesetz zu verstehen. Das Werk richtet sich insbesondere an Praxen und Kliniken, Institute, humangenetische Labore sowie Juristen mit Schwerpunkt Medizinrecht. Es ist 2011 erstmals erschienen, seit Oktober 2017 liegt eine aktualisierte Ausgabe vor. Laut Gendiagnostikgesetz (GenDG) darf seit 1. Februar 2012 die genetische Beratung nur durch Fachärztin-

nen und Fachärzte für Humangenetik oder andere Ärztinnen und Ärzte vorgenommen werden, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebietes qualifiziert haben. Die zugehörige Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) vom 1. Juli 2011 verlangt von Ärztinnen und Ärzten ohne entsprechende Weiterbildung eine zusätzliche Qualifikationsmaßnahme.

Einleitend und als Grundlage dienend, wird der Gesetzestext (Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen) aufgegriffen. Im Hauptteil wird das Gesetz anhand von Tipps und Praxisbeispielen verständlich erläutert. Der finale Buchteil beinhaltet die Geschäftsordnung der GEKO, Mitteilungen sowie die Richtlinien. 457 Seiten, die anhand problematischer Fragen und Lösungsansätzen wertvolle Praxis-Tipps auf strukturierter Weise dem Leser einen Einblick in die komplexen Vorder- und Hintergründe des Gendiagnostikgesetzes ermöglichen. Dabei werden Fragen, die die Rechtslage im diagnostischen Alltag erzeugt hat, auch für juristische Laien verständlich beantwortet.

Dr. Dipl.- Soz. Iris Bruchhäuser
Stabsstelle Qualitätssicherung



In Memoriam Prof. Dr. med. Horst Joachim Rheindorf

* 6. Mai 1922 † 7. Mai 2018

Am 7. Mai verstarb in Bad Homburg, einen Tag nach seinem 96. Geburtstag, Prof. Dr. med. Horst Joachim Rheindorf – eine der führenden Arztpersönlichkeiten und hauptamtlicher „Kammerherr“ der vergangenen 60 Jahre. Als legendär kann sein langjähriges Wirken für die ärztliche Selbstverwaltung und das gesundheitliche Gemeinwohlinteresse bezeichnet werden. Dies fand in zahlreichen Ehrungen seinen Ausdruck: Unter anderem wurde er mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette, dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse, dem Ehrenbrief des Landes Hessen, der Bernhard-Christoph-Faust-Medaille, dem großen Bundesverdienstkreuz, der Ehrenplakette der Hessischen Landesärztekammer, der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Gold, der Paracelsus-Medaille der Bundesärztekammer und dem Großen Verdienstkreuz mit Stern ausgezeichnet.

Als Mann (fast) der ersten Stunde der Landesärztekammer Hessen hat er sich seit 1953 mit unermüdlichem Wirken und beispielhaftem Engagement für eine neue Gestaltung der ärztlichen Berufspolitik eingesetzt und der ärztlichen Berufsvertretung auf Landes-, Bundes- und internationaler Ebene über 34 Jahre hauptamtlich gedient. Besonders war ihm daran gelegen, der Selbstverwaltung, dem gesundheitlichen Gemeinwohlinteresse ein vorausschauender und innovationsfreudiger Kammerdiener zu sein.

Auf Augenhöhe beriet er mit den ehrenamtlichen Spitzen der ärztlichen Selbstverwaltung und verhandelte mit Politikern, vor allem mit der Hessischen Landesregierung. Seine hohe Kompetenz im berufspolitischen Bereich, seine präzisen Detailkenntnisse in Sachfragen, seine konzeptionellen Planungsmodelle und seine kämpferische Bereitschaft in der Durchsetzung wichtiger ärztlicher Belange, aber auch seine absolute Zuverlässigkeit, machten ihn sowohl in der ärztlichen Berufspolitik als auch in der Gesundheitspolitik auf Landes- oder Bundesebene, wie auch innerhalb der (jeweiligen) Hessischen Staatsregierung zu einem oft unan-

genehmen, wie auch beliebten, stets jedoch zu einem hoch geschätzten Gesprächs- oder Verhandlungspartner.

Er trug maßgeblich dazu bei, dass der ärztlichen Berufsvertretung in Gesellschaft, Politik und den Medien die für die Freiberuflichkeit ärztlichen Wirkens und der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung notwendige Anerkennung zuteil wurde.

Die vielfältigen Schwerpunkte seines erfolgreichen Wirkens als Vollblut-Berufspolitiker können hier nur kurz in Erinnerung gerufen werden:

Nach dem Zweiten Weltkrieg, in dem er als Soldat im Sanitätsdienst bei der Infanterie eingesetzt war und das begonnene Medizinstudium durch Fronteinsätze unterbrechen musste, gehörte er zu den frühen Aktivisten des Marburger Jungarzt-Verbandes und Gründern des Marburger Bundes, dem er sein Leben lang treu verbunden blieb. Professor Rheindorf war Ehrenmitglied dieses Ärzteverbandes auf Landes- und Bundesebene.

Nach Staatsexamen und Promotion (1950) war Rheindorf drei Jahre am Universitätsklinikum Marburg als Assistenzarzt tätig. Er engagierte sich intensiv in der Ärztlichen Berufspolitik, was im Jahre 1953 dazu führte, dass er dem Ruf von Dr. med. Carl Oelemann folgte, der damals in Personalunion den Vorsitz in der Ärztekammer und in der Kassenärztlichen Vereinigung von Hessen führte, um als 2. Geschäftsführer in die Standespolitik einzutreten.

1956 wurde Rheindorf Geschäftsführer der als Körperschaft des öffentlichen Rechts neu konstituierten Landesärztekammer Hessen und leitete sie, später als Hauptgeschäftsführer, bis zur Erreichung der Altersgrenze (1987).

Das Fort- und Weiterbildungswesen in Hessen und auf Bundesebene waren ihm als Instrument der Sicherung der Qualität ärztlicher Versorgung ebenso wichtig wie die ärztliche Berufsordnung. Der Auf- und Ausbau des Fortbildungszentrums mit der Akademie und Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim, eine bundesweit vorbildli-

che Modelleinrichtung, wurden von Rheindorf mitinitiiert und weiterentwickelt. Die überbetriebliche Ausbildung der Arzthelferinnen – jetzt medizinische Fachangestellte – und deren Weiter- und Fortbildung wurden von ihm maßgeblich mitgestaltet. Vorstandsvorsitzender der Carl-Oelemann-Schule war er viele Jahre; das Amt des Vorsitzenden der Akademie übte er vier Jahre aus. Rheindorf gehörte dem Präsidium des Hessischen Landesgesundheitsrates zeit seines Bestehens an und leitete dessen Krankenhausausschuss.

Professor Rheindorf kann als Pionier der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bezeichnet werden: Entscheidend hat er an der Formulierung und Propagierung des sogenannten Hessen-Modells mitgewirkt (das auch den Deutschen Ärztetag 1983 intensiv beschäftigte); entscheidend war er beteiligt an der Stiftung des Institutes für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt.

Seine Anregungen um eine verbindliche Regelung der Ärztlichen Weiterbildung führten zu seiner Berufung in den zuständigen Ausschuss der Bundesärztekammer. In dieser Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern wirkte er unter anderem in den Ständigen Konferenzen „Ärztliche Weiterbildung“ sowie „Fürsorge und Versorgung“ und im Ausschuss „Arbeitsmedizin“ mit. Er war Mitglied im Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung und gehörte dem „Großen Senat“ an.

Beteiligt war er 1968 an der Gründung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen, die von ihm neben Prof. Dr. med. Wilhelm Theopold maßgeblich betrieben worden war und dessen Entwicklung er wesentlich mitgestaltete. In der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungswerke wirkte er auf Bundesebene mit. Auch auf europäischer Ebene hat er wesentlich die Gestaltung des Versorgungsrechtes und der Versorgungswerke der Freien Berufe mitgeprägt. 2001 verlieh ihm die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungswerke die ABV-Ehrenschild.



Foto: Dr. med. Michael Popović

Prof. Dr. med. Horst Joachim Rheindorf hat die Landesärztekammer nach Konstituierung 1956 über drei Jahrzehnte entscheidend mitgeprägt.

35 Jahre gehörte er der Schriftleitung des Hessischen Ärzteblattes an. 1992 wurde Rheindorf zum Präsidenten des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte e. V. und 1995 in Velingrad (Bulgarien) zum Vizepräsidenten der Union Mondiale des Écrivains Médecins (UMEM) gewählt. Zum Ehrenpräsidenten des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte e. V. wurde er 2008 einstimmig ernannt.

Horst Joachim Rheindorf war Gründungsmitglied der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e. V. und 25 Jahre lang deren stellvertretender Vorsitzender. Im Jahr 1969 gründete Rheindorf die Deutsche Akademie für Medizinische Fortbildung, die später den Zusatz „und Umweltmedizin“ erhielt, und leitete diese über viele Jahre als Vorsitzender. Hier müssen auch die Deutsche Akademie für Ärztliche Fortbildung und die Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin genannt werden, deren Initiator er war. Als Lehrbeauftragter für ärztliche Rechts- und Berufskunde wirkte Rheindorf an der Universität Gießen, wo er 1982 zum Honorarprofessor ernannt wur-

de. Nach der Wiedervereinigung Deutschlands hat Horst Joachim Rheindorf in den neuen Bundesländern Symposien, Seminare und Kurse durchgeführt und vielen Ärztinnen und Ärzten in der Arbeits- und Betriebsmedizin im Rahmen von Aufbaukursen zur Qualifizierung verholfen.

Auch aus eigener Erfahrung kann der Autor dieses Nachrufes sagen, dass Horst Joachim Rheindorf eine wandelnde Enzyklopädie der ärztlichen Selbstverwaltung, der Gesundheits- und Sozialpolitik war. Seit 1972 konnte ich zunächst als Student, dann als im Marburger Bund (MB) engagierter Arzt in Weiterbildung, als Geschäftsführer in der Bundesärztekammer und schließlich als sein Nachfolger im Amt des Hauptgeschäftsführers der Landesärztekammer Hessen, von ihm dankbar lernen. Auch Medizinhistoriker suchten ihn als beredten Zeitzeugen auf.

So schrieb Thomas Gerst: „Wer weiß heute noch solche Geschichten zu erzählen – von den Ärztekammerpräsidenten, die 1946 zur ersten Interzonen-Tagung Löffel nach Bad Nauheim mitbrachten, um die von der Kurverwaltung gestiftete Erbsen-

suppe essen zu können; wie 1949 auf dem Deutschen Ärztetag in Hannover der erste Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Dr. med. Carl Oelemann, aus dem Amt gedrängt wurde; von den Geheimverhandlungen des MB 1952 in Ostberlin, bei denen es um die Anwerbung von Assistenzärzten für das DDR-Gesundheitswesen ging, was nicht klappte, weil für deren Sicherheit bei Fehlverhalten nicht gebürgt wurde.“

Auch nach seinem Eintritt in den aktiven (Un-) Ruhestand blieb er auf vielfältige Weise aktiv und engagiert bei „seinen“ Akademien, den Herbst-Fortbildungskongressen in Meran und den Schriftstellerärzten. Er traf sich regelmäßig mit seinen engen Freunden, zu denen auch ich mich zählen durfte. Sein Engagement in jüngerer Vergangenheit galt vor allem caritativen Zwecken.

Anlässlich der Verleihung der Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft auf dem 100. Deutschen Ärztetag 1997 in Eisenach erfuhr Rheindorf die nachfolgend zitierte Würdigung von bleibender Bedeutung: „Horst Joachim Rheindorf hat sich durch unermüdlichen Einsatz, Sachverstand und Weitblick, verbunden mit eisernem Willen, Zielstrebigkeit, Durchsetzungsvermögen, aber auch durch seinen ausgeprägten Gerechtigkeitsinn, seine Pflichterfüllung, Aufrichtigkeit, nimmermüde Hilfsbereitschaft und vorbildliche Haltung als Arzt, Berufs- und Gesundheitspolitiker sowie als Staatsbürger um die ärztliche Versorgung der Patienten, um die Ärzteschaft und die ärztliche Selbstverwaltung sowie die Erhaltung eines freiheitlichen Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.“

Die Deutsche, insbesondere die Hessische Ärzteschaft, verdankt Horst Joachim Rheindorf unendlich viel; zahlreichen Kollegen hat er in persönlichen oder beruflichen Schwierigkeiten mit Rat und Tat geholfen, und diese seine Hilfsbereitschaft war weit über die Hessischen Grenzen bekannt. Ihm Dank zu sagen ist ein Herzensanliegen. Ein stets ehrenvolles Andenken ist HoJo Rheindorf gewiss.

Dr. med. Michael Popović
ehemaliger Hauptgeschäftsführer
der LÄKH Hessen

Schwerpunktthema Nieren- und Hochdruckkrankheiten

Einleitung

Die Nephrologie ist ein spannendes internistisches Feld, gleichermaßen in Klinik und Praxis. Typischerweise verlangt die Komplexität der meist chronischen Patienten, die Schnittstellen beider Versorgungsektoren täglich zu überwinden. Neben dem Speziellen der technisch aufwendigen Dialysemedizin müssen Nephrologen immer „ganzheitlich“ denken und handeln, da urämische Chroniker und die Dialysepatienten meist über Jahre, manche über Jahrzehnte begleitet werden. Die Breite der internistischen Grundleiden und allfälliger Zusatzkrankheiten, insbesondere der Volkskrankheiten Diabetes, Hochdruck und Gefäßerkrankungen gehören zum täglichen Anforderungsprofil

neben den speziellen nephrologischen Morbiditäten. Ohne breite Fachkompetenz in allgemeiner und Innerer Medizin gibt es keine gute Nephrologie!

Die folgenden, praxisnah formulierten Schwerpunktartikel sollen dazu einen Einblick bieten. Die Kollegin cand. med. Sophie Zieschang, derzeit im Praktischen Jahr, beschreibt das differenzierte Handlungskonzept bei einem klassischen nephrologischen Notfall, einer autoimmunen rapid progressiven Glomerulonephritis. Kollege Dr. Peter Jensen als langjähriger Praxisnephrologe macht klar, welch differenziertes Versorgungskonzept ambulante Dialyse zu Beginn des 21. Jahrhundert bedeutet. Prof. Thomas Mettang hat ein exzellentes Konzept für Diagnostik und Therapie des nephrologischen und nicht-

nephrologischen Juckreizes, das Patienten hart quälen und den behandelnden Arzt herausfordern kann. Last, but not least gibt uns Prof. Oliver Vonend sehr gut verständlich und kritisch begründete Hinweise zu den modernen Leitlinien der Hypertoniebehandlung und kommentiert den Stand der invasiven Behandlungsansätze. Vielen Dank den für die Nephrologie und Hypertensiologie engagierten Autoren!

**Dr. med.
H. Christian Piper**
Facharzt für
Innere Medizin/
Nephrologie,
Präsidiumsmitglied
der LÄKH



Foto: Vera Friederich

Eine Frau mit dunklem Urin

71-jährige Patientin stellt sich mit Makrohämaturie vor

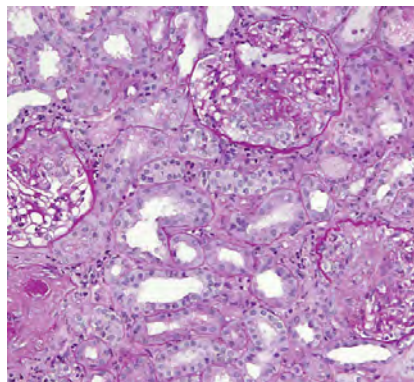
Sophie Zieschang, Dr. med. Christoph Finkenwirth, Prof. Dr. med. Werner Riegel

Eine 71-jährige Patientin stellt sich kurz vor Weihnachten bei ihrer Hausärztin wegen Übelkeit und Abgeschlagenheit vor, seit ca. einem Jahr bemerke sie immer wieder dunklen Urin. Sie bekommt Dimenhydrinat verordnet. Mitte Januar, die Beschwerden sind nicht besser geworden, sucht sie die Urlaubsvertretung der Hausärztin auf. Auch unter Einnahme des Antiemetikums zeigt sich nur eine leichte Besserung der Symptomatik. Zudem fühlt sie sich immer schwächer.

Die Kollegin führt einen Harnstreifentest durch und überweist wegen einer Makrohämaturie zum Urologen. Zuvor waren keine Urinuntersuchungen durchgeführt worden. Die Zystoskopie ist unauffällig. Dort wird ein Serumkreatinin von 4 mg/dl, welches vor sechs Monaten mit 0,8 mg/dl noch normwertig war, festgestellt. In der Kontrolle nach vier Tagen zeigt sich ein Anstieg auf 6 mg/dl. Bei Verdacht auf eine rapid progressive Glo-

merulonephritis (RPGN) erfolgt die stationäre Aufnahme im Belegkrankenhaus des nephrologischen Kollegen.

Anamnestisch kann lediglich ein trockener Husten festgestellt werden sowie borkiger, nicht blutiger Schnupfen seit Jahren. Die Diurese habe sich im Verlauf nicht verändert. Zudem keine Hinweise



Nierenbiopsat nekrotisierende Glomerulonephritis in 200-facher Vergrößerung.

Foto: Unikl. Erlangen, Prof. Dr. Kerstin Amann

auf eine Infektion in den vergangenen vier Wochen, kein Nasenbluten, keine Nierenerkrankungen in der Familie. Außerdem keine Einnahme von Schmerzmitteln oder Protonenpumpeninhibitoren. Als Vorerkrankungen sind lediglich eine gut eingestellte arterielle Hypertonie, eine Struma nodosa sowie eine Pollenallergie bekannt.

In der Sonographie zeigen sich große geschwollene Nieren ohne Harnstau, passend zu einem akuten Nierenversagen. In der ersten stationären Laborkontrolle finden sich folgende Befunde:

Kreatinin 6,59 mg/dl,
Harnstoff, 159 mg/dl,
normwertige Elektrolyte,
normochrome, normozytäre
Anämie mit Hb 9,8 g/dl,
Leukozytose von 14.300/μl mit
Linksverschiebung.
CRP 15,3 mg/dl,
PCT 0,37 ng/ml.

Im Streifentest massenhaft Erythrozyten (im Sediment in der mehrfachen Urinmikroskopie kein Nachweis von Akanthozyten) und Eiweiß +++ (im Sammelurin ließen sich 830 mg/24h nachweisen).

In der Autoantikörperdiagnostik Nachweis eines cANCA-Titer 1:320 (Auto-Antikörper gegen Proteinase 3 (PR3) > 200 U/ml und gegen Myeloperoxidase (MPO) negativ). Eine prärenale Genese wird bei ausreichender intravenöser Hydratisierung ohne Abfall der Retentionsparameter ausgeschlossen.

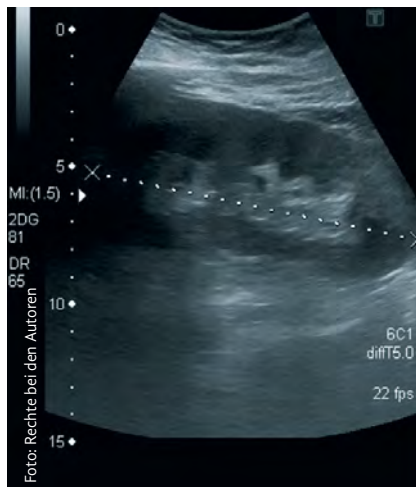
Verdachtsdiagnose

Aufgrund der erhobenen Befunde wird die Verdachtsdiagnose einer Granulomatose mit Polyangiitis (vormals Morbus Wegener) gestellt. Aufgrund der Schwere des Nierenversagens wird ein Vorhofkatheter nach Demers implantiert und die Hämodialyse wird noch am selben Tage eingeleitet. Nach Rücksprache mit unserer Klinik wird Initial mit 250mg Prednisolon i.v. über drei Tage gegeben.

Die Patientin zeigt eine deutliche Besserung der Übelkeit und beginnt wieder zu essen. Sie wird in unsere Klinik für Nephrologie, Rheumatologie und Hochdruck Erkrankungen zur histologischen Sicherung der Diagnose sowie zur Einleitung der weiteren Therapie überwiesen.

Die Niere wird biopsiert, und es findet sich eine diffus extrakapillär proliferierende und nekrotisierende Glomerulonephritis vom pauci-immunen Typ mit Halbmondbildung (bei 27/40 Glomeruli). Zusätzlich Zeichen der akuten Tubulusepithelschädigung sowie begleitender interstitieller Entzündung. Zum Ausschluss einer pulmonalen Beteiligung veranlassen wir eine Computertomografie des Thorax, die altersentsprechende Verhältnisse zeigte. Im HNO-Konsil mit endonasaler Biopsie findet man lediglich gering entzündlich infiltriertes Plattenepithel ohne Granulome.

Unter der Glucocorticoidtherapie bessern sich die Nierenretentionsparameter deutlich (bis zu einem Kreatinin von 1,9 mg/dl), so dass im Verlauf keine Indikation zur Nierenersatztherapie mehr gegeben ist und die übertägigen Hämodialysen beendet werden können (siehe Grafik 1).



Nierenultraschall an Tag 1: geschwollene große Niere ohne Harnstau.

Die Therapie wird in Anlehnung an die aktuellen EULAR (European League Against Rheumatism) Leitlinien sowie die S1-Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Rheumatologie durchgeführt [1, 2]. Neben der dreitägigen hochdosierten Glucocorticoidstherapie wird zur Remissionsinduktion eine Therapie mit Rituximab (monoklonaler Anti-CD20-Antikörper, 375 mg/m² Körperoberfläche, insgesamt vier Gaben im Abstand von je einer Woche) eingeleitet [3]. Alternativ wäre eine gleichwertige Therapie mit Cyclophosphamid möglich gewesen. Die Prednisolondosis wird auf 1 mg/kg Körpergewicht reduziert. Die Remissionstherapie sollte über mindestens 24 Monate erfolgen [4]. Zur Prävention einer Pneumocystis-Pneumonie wird gemäß den Empfehlungen eine Prophylaxe mit Cotrimoxazol begonnen.

Vgl. Tabelle Differentialdiagnose.

Der kostengünstige und einfach durchzuführende Harnstatus (Urinstreifentest) nimmt eine besondere Rolle in der Differentialdiagnostik der Hämaturie ein. Findet sich keine Eiweißausscheidung im Urin, so ist nicht primär an eine Erkrankung des Nierenparenchyms zu

denken. Weit häufiger sind urologische Ursachen wie zum Beispiel Konkrement (oft mit typischen kolikartigen Flankenschmerzen verbunden), als Mikro- oder Makrohämaturie möglich oder Tumore des ableitenden Harntrakts (dann meist schmerzlose Makrohämaturie) [6].

Weitaus am häufigsten in der hausärztlichen Praxis ist wohl die Harnwegsinfektion, welche mit typischen Beschwerden wie Dysurie und Pollakisurie verbunden ist. Klassischer Befund im Harnstatus sind positive Leukozyten, oft auch mit Nitritnachweis (je nach Bakterienart). Falls im Verlauf Flankenschmerzen beziehungsweise eine neue Proteinurie auftreten, sollte differentialdiagnostisch bei entsprechender Symptomatik die Entwicklung einer bakteriellen interstitiellen Nephritis in Erwägung gezogen werden. Falls jedoch, wie im Fall der Patientin, eine persistierende schmerzlose Makrohämaturie mit einer Proteinurie auftritt, sollte zur weiteren Diagnostik zum nephrologischen Facharzt überwiesen werden, da dann eine parenchymatöse Nierenerkrankung wahrscheinlich ist. Dieser leitet dann, wie in obigem Fall beschrieben, die weitere Diagnostik mittels Sammelurin (wichtig: Eiweißausscheidung im 24h-Urin), Urinsediment (Nachweis von Akanthozyten) sowie Auto-Antikörper Diagnostik ein. Akanthozyten weisen eine sehr hohe Spezifität für die glomeruläre Hämaturie auf. Wenn vorhanden, dann sind sie pathognomonisch für diese Hämaturieform. Bei geringerer Sensitivität ist jedoch bei feh-

_____ Anzeige _____

Tabelle 1: Differentialdiagnose der Makrohämaturie

Meist ohne Proteinurie	Tumor der ableitenden Harnwege	Schmerzlos
	Konkremente der ableitenden Harnwege	Kolikartige Schmerzen
	Harnwegsinfekt	Urinstreifentest: Leukozyten +, oft Nitrit +, (möglich Protein + bei Entwicklung einer bakteriellen interstiellen Nephritis)
Mögliche Proteinurie [5]	IgA-Nephropathie	Immunkomplexassoziierte Vasculitis, Infekt assoziierte Episoden von Hämaturie, schwer einstellbare Hypertonie
	ANCA-assoziierte Vasculitiden	Nierenfunktionsverschlechterung mit Hämaturie (Akanthozyten im Sediment), Ziel-Antigen und Anamnese krankheitsspezifisch (siehe unten)
	Alport Syndrom/ Syndrom der dünnen Basalmembran	Erbliche Typ IV Kollagen Fehlbildung mit Störung der glomerulären Basalmembran

ven antinukleären Antikörpern (ANA), sollte an eine Kollagenose, im Falle von positiven anti-neutrophilen cytoplasmatischen Antikörpern (ANCA) an eine Kleingefäßvasculitis gedacht werden. Es erfolgt die weitere Differenzierung nach Fluoreszenzverteilungsmuster in perinucleäre und cytoplasmatische ANCAs. Die Bestimmung des Ziel-Antigens ermöglicht letztendlich die genaue Zuordnung zu einer Krankheitsentität: Proteinkinase 3 (PR3) meist bei Granulomatose mit Polyangiitis, Myeloperoxidase (MPO) meist bei mikroskopischer Polyangiitis oder seltener bei eosinophiler Granulomatose mit Polyangiitis (früher Churg-Strauss-Syndrom) [9, 10, 11].

Fazit

Es ist nicht erforderlich, die Abklärung von parenchymatösen nephrologischen Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis vorzunehmen. Jedoch kann der einfache Urinstreifentest helfen, frühzeitig Risikopatienten zu identifizieren und sie rechtzeitig zu therapieren, um einen Verlauf bis zur Nierenersatztherapie wie bei dieser Patientin abzuwenden.

cand. med. Sophie Zieschang

Dr. med. Christoph Finkenwirth

Facharzt für Innere Medizin
und Rheumatologie

Prof. Dr. med. Werner Riegel

Facharzt für Innere Medizin
und Nephrologie,
Direktor der Medizinischen Klinik III

alle am Klinikum Darmstadt

Grafenstraße 9, 64283 Darmstadt

Internet: www.klinikum-darmstadt.de

Grafik 1: Kreatininverlauf in Zusammenhang mit der Therapie



lenden Akanthozyten kein Ausschluss der glomerulären Hämaturie möglich (wie auch in obigem Fall). Es empfiehlt sich die mehrmalige Wiederholung des Urinsediments [7]. Wäre die Hämaturie anfallsartig mit einer Infektion assoziiert

gewesen sowie mit einer Hypertonie verbunden, müsste differentialdiagnostisch an eine IgA-Nephropathie gedacht werden [8]. Die positive Diagnostik von Auto-Antikörpern erfordert eine rasche weitere Abklärung. Im Falle von positi-

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

Literatur zum Artikel:

Eine Frau mit dunklem Urin

71-Jährige Patientin stellt sich mit Makrohämaturie vor

von Sophie Zieschang, Dr. med. Christoph Finkenwirth und Prof. Dr. med. Werner Riegel

- [1] Yates, M., Watts, R. A., Bajema, I. M., Cid, M. C., Crestani, B., Hauser, T., Mukhtyar, C. (2016). EULAR / EA-ED-TA recommendations for the management of ANCA-associated vasculitis, *British Medical Journal*, 1583–1594. <http://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209133>
- [2] Schirmer, J. H., & Moosig, F. (2017). S1-Leitlinie Diagnostik und Therapie der ANCA-assoziierten Vaskulitiden. *Zeitschrift Für Rheumatologie*, 76(Suppl 3), 75–76. <http://doi.org/10.1007/s00393-017-0393-2>
- [3] Ho, C., Spry, C. (2017) Rituximab for granulomatosis with polyangiitis or microscopic polyangiitis: a review of the clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. Ottawa: CADTH; 2017; May. (CADTH rapid response report: summary with critical appraisal).
- [4] Joode, A. A. E. De, Sanders, J. S. F., Rutgers, A., & Stegeman, C. A. (2015). Full Review Maintenance therapy in antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis: who needs what and for how long?, *Nephrology Dialysis, Transplantation*, 1–9. <http://doi.org/10.1093/ndt/gfu397>
- [5] Hofmann, W., Edel, H. H., Guder, W. G., & Ivandic, M. (2001). Harnuntersuchungen zur differenzierten Diagnostik einer Proteinurie, *Deutsches Ärzteblatt* 98, 756–763.
- [6] Becker, G. J., Garigali, G., & Fogazzi, G. B. (2016). Advances in Urine Microscopy. *American Journal of Kidney Diseases*, 1–11. <http://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.11.011>
- [7] Hamadah, A. M., Gharaibeh, K., Mara, K. C., Thompson, K. A., Lieske, J. C., Said, S., Leung, N. (2017). Urinalysis for the diagnosis of glomerulonephritis: role of dysmorphic red blood cells, *Nephrology Dialysis, Transplantation*, 1–7. <http://doi.org/10.1093/ndt/gfx274>
- [8] Toldos, O., Blanco-colio, L. M., Moreno, J. A., Marti, C., Gutie, E., Praga, M., De, R. S. (2012). In-Depth Review AKI Associated with Macroscopic Glomerular Hematuria: Clinical and Pathophysiologic Consequences, *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 175–184. <http://doi.org/10.2215/CJN.01970211>
- [9] Binda, V., Moroni, G., & Messa, P. (2018). ANCA-associated vasculitis with renal involvement. *Journal of Nephrology*, 31(2), 197–208. <http://doi.org/10.1007/s40620-017-0412-z>
- [10] Pagnoux, C. (2016). Updates in ANCA-associated vasculitis, *European Journal of Rheumatology*, 122–133. <http://doi.org/10.5152/eurjrheum.2015.0043>
- [11] Schönermarck, U., Csernok, E., & Gross, W. L. (2014). Full Review Pathogenesis of anti-neutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis: challenges and solutions, *Nephrology Dialysis, Transplantation*, 1–7. <http://doi.org/10.1093/ndt/gfu398>

Nierenersatztherapie in der ambulanten Nephrologie – eine Übersicht

VNR: 2760602018223260002

Dr. med. Peter Jensen

Einleitung

Der Begriff Nierenersatztherapie (NET) steht für alle Behandlungsverfahren, die die Nieren bei weitgehendem oder vollständigem Funktionsverlust in ihrer Funktion ersetzen. Hierzu gehören die Hämodialyse (HD), die Peritonealdialyse (PD) und die Nierentransplantation. Auf letztere soll hier nicht eingegangen werden.

Beim Erwachsenen führen am häufigsten und mit steigender Inzidenz der Diabetes mellitus (> 30 %) und die vaskuläre Nephropathie (> 20 %) zum Nierenversagen. Danach folgen Glomerulonephritiden (< 15 %), interstitielle Nephritiden (ca. 8 %), Zystennieren (ca. 5 %) und andere hereditär-kongenitale Erkrankungen (ca. 1 %) sowie Systemerkrankungen (4 %). Unbekannter Genese sind ca. 8 %. Vielfältige Funktionen der Nieren sind zu unterscheiden. Hierzu gehören die Aufrechterhaltung des Volumenstatus, die Ausscheidung der harnpflichtigen Substanzen, die Homöostase der Serum-Elektrolyte, die tubuläre Rückresorption der glomerulär filtrierten Substanzen (zum Beispiel Aminosäuren, Eiweiß, Glucose) und Stabilisierung des Säure-Basenhaushaltes. Außerdem findet in der Niere die Bildung von Erythropoetin und die zweite Hydroxilierungsstufe von Vitamin D statt.

Symptome der chronischen Urämie

Das klinische Bild der Urämie resultiert aus der mangelnden Ausscheidung harnpflichtiger Substanzen sowie der Beeinträchtigung der anderen renalen Teilfunktionen. Nicht alle Teilfunktionen müssen in gleichem Maße eingeschränkt sein. Das Vollbild der Urämie kann sich bei plötzlichem akuten Nierenversagen innerhalb weniger Tage oder bei chronischem Nierenversagen über Monate progredient entwickeln. Die Urämie-Symptome bestehen in gas-

trointestinalen Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe. Eine urämische Gastritis oder intestinale Angiodysplasien können Quelle einer GI-Blutung werden. Daneben können Urämietoxine einen starken Pruritus verursachen. Zentralnervöse Störungen führen zu Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Leistungsabfall und Konzentrationsstörungen bis hin zum urämischem Koma. Das Vollbild der Urämie wird heute kaum noch gesehen.

Indikation zur NET

Das terminale Nierenversagen ist meist ein langsam progredientes Geschehen, das sich über Monate und Jahre bis zur Notwendigkeit der Einleitung einer NET entwickelt. Deshalb ist der Zeitpunkt des Behandlungsbeginns mit einer NET oft nicht scharf vorhersagbar. Neben den strengen Indikationen zur Dialysebehandlung im chronischen Verlauf gibt es auch weichere klinische Kriterien, die den definitiven Beginn einer Dialysebehandlung markieren. Die Urämietoleranz ist stark von Alter und Komorbidität abhängig.

Strenge Dialyse-Indikationen, die eine NET innerhalb weniger Stunden bis Tage erfordern, sind therapierefraktäre Hyperkaliämie, urämischer Perikard- oder Pleuraerguss, diuretika resistente Hypervolämie verbunden mit Luftnot oder therapieresistenter Hypertonie sowie eine schwere renale Azidose.

Häufig wird über den Beginn einer NET nach klinischen Kriterien elektiv gemeinsam mit dem Patienten nach seinen subjektiven Leidensdruck entschieden. Es gibt keine strenge Korrelation zwischen Serum-Kreatininwert, errechneter glomerulärer Filtrationsrate (eGFR), Serum-Harnstoffwert und der klinischen Symptomatik. So kann ein junger Patient mit einem Kreatinin von 8 mg/dl und einem Harnstoff von 250–300 mg/dl noch ausreichend klinisch kompensiert sein und mit engma-

schigen Kontrollen geführt werden, während ein anderer Patient mit einem Kreatinin von 3,5 mg/dl, einem Harnstoff von 180 mg/dl urämisches ist und eine Dialyse-einleitung erfordert.

Eine zunehmend häufigere Entität zur Einleitung einer NET ist das kardiorenale Syndrom mit chronischer Überwässerung. Hier steht die Ultrafiltration – also der Flüssigkeitsentzug – im Vordergrund der Therapieindikation.

Daher soll eine frühzeitige umfassende Aufklärung des Patienten über die Formen der NET und entsprechender vorbereitender Maßnahmen in ambulant fachnephrologischer Betreuung erfolgen. Die frühe Überweisung zum ambulant tätigen Nephrologen (early referral) führt nachweisbar zu einer besseren Prognose und einem späteren Dialysebeginn als das späte Überweisen des Patienten zu einem Zeitpunkt, wo eine Dialysebehandlung kurzfristig erfolgen muss (late referral). Es wird empfohlen, Patienten spätestens mit einer eGFR kleiner 45 ml/Min (Stadium 3b) oder bei einer eGFR kleiner 60 ml/Min (Stadium 3a) mit gleichzeitigem Auftreten einer Proteinurie, Hämaturie, Hypertonie, morphologische Nierenveränderungen oder nierenspezifischen Komorbiditäten zum Nephrologen zu überweisen.

Vorbereitung zur NET

Mit Einsetzen einer NET ändert sich das Leben für den Patienten grundsätzlich. Es kommen elementare, teils als existenziell bedrohlich empfundene Veränderungen auf den Patienten und sein soziales Umfeld zu. Die Veränderungen sind zum Beispiel begründet in dem hohen zeitlichen Aufwand (siehe unten), der plötzlich in den Tagesablauf integriert werden muss. Viele Patienten haben Angst, dass mit Beginn der NET sich ihr Zustand weiter verschlechtert. Dialyse wird oft emotional – zumeist in Unkenntnis der Verträglichkeit

und der Qualität der modernen Nierenersatzverfahren – „schlimmer als der Tod“ angesehen. NET wird im Vorhinein selten als die Lebensqualität verbessernde und die Lebenszeit oft um viele wertvolle Jahre verlängerndes Therapieverfahren angesehen.

Um diese Ängste abzubauen, ist eine intensive Aufklärung des Patienten erforderlich. Dabei stehen im Vordergrund neben den medizinischen Rahmenbedingungen, die Darstellung von Pro und Contra der unterschiedlichen Verfahren. Im Rahmen der ambulanten Nephrologie stehen hierfür die HD und die PD zur Verfügung. Die Nierentransplantation wird – wenn der Patient dafür geeignet ist – meist erst nach Stabilisierung des Patienten an der Dialyse geplant. Eine in Ausnahmefällen mögliche präemptive – also vor Beginn einer notwendigen Dialysetherapie erfolgenden – Lebendnierenspende wird im Rahmen der Aufklärung über die NET-Formen mit dem Patienten gemeinsam geprüft.

Allgemeine Vorbereitungen

Zur Vorbereitung einer NET ist es notwendig, bei dem Patienten den Infektionsstatus in Bezug auf Hepatitis B, Hepatitis C und HIV zu evaluieren. Bei negativer Hepatitis-B-Serologie ist eine Hepatitis-B-Impfung mit einem hochdosierten HBV-Impfstoff empfohlen. In dieser Indikation ist die Hepatitis-B-Impfung eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Diese Impfstrategie dient der Sicherheit des Kollektivs der HD-Patienten, um das Risiko der Übertragung zu minimieren. Daher ist für alle im Zentrum behandelten Dialysepatienten – ob akut, chronisch oder als Gast – das Vorliegen dieser Labor-

daten vor Start der ersten Dialyse obligat. Bei unvollständiger Datenlage wird die dem Patient zugewiesene Dialysemaschine vorübergehend in Quarantäne geschickt – also aus dem allgemeinen Verkehr gezogen.

Hämodialyse

Der Zeitbedarf liegt im Mittel bei 4,5 Stunden pro Dialysebehandlung. Diese ist an drei Wochentagen jeweils einer Schicht zugeordnet, so dass der Patient eine feste Zeitvorgabe bekommt. Dazu kommen selbst bei optimaler Taktung noch ca. 30 Minuten an Wartezeiten, zum Beispiel durch Zeitverschiebungen aus der vorhergehenden Schicht, Abdruckzeit des Dialyseshunts, Wartezeiten auf den Transportdienst. Außerdem kommt noch die Wegezeit von zuhause und zurück dazu. Der wöchentliche Zeitbedarf liegt demzufolge bei ca. 15 h/Woche plus Wegezeiten.

Grundsätzlich ist es möglich, die HD als Heimverfahren anzubieten. Dies bedarf neben eines umfangreichen Trainings besonderer technischer und räumlicher Voraussetzungen im häuslichen Umfeld des Patienten.

Als Dialysezugang ergeben sich unterschiedliche Optionen. Vorteile eines zentralen, subkutan getunnelten Dialysevorhofkatheters (Abb. 1) liegen in der schnellen Verfügbarkeit und sofortigen Nutzbarkeit. Die Nachteile liegen in thrombotischen Dysfunktionen mit schlechtem Blutfluss und einer relativ hohen Infektrate. Infekte können sich auf den Katheterexit (Abb. 2a und 2b) oder auf den Tunnel beziehen. Eine katheterassoziierte Sepsis mit schweren teils lebensbedrohlichen Verläufen ist möglich. Bakterielle Besiedlungen



Abb. 1: subcutan getunnelter Vorhofkatheter

des Kunststoffmaterials sind durch Biofilmentwicklung praktisch nicht sanierbar. Luftembolien sind auf Grund der zentralvenösen Lage des Katheters möglich. Katheterassoziierte Probleme können meist nur durch operativen Wechsel des Katheters behoben werden.

Der Vorhofkatheter ist der schlechteste Dialysezugang in Bezug auf Dialysequalität (siehe unten) und die Patientensicherheit. Dennoch ist dieser Zugangsweg bei den Patienten vergleichsweise beliebt. Einerseits entfallen die unangenehmen Punktionen und es kommen keine weiteren Zeitverzögerungen bei Behandlungsabschluss durch das erforderliche Abdrücken hinzu. Der Katheter wird mit einer speziellen Lock-Lösung geblockt und abgestöpselt. Demgegenüber ist der Dialyseshunt eine operativ angelegte arteriovenöse Fistel entweder radiocephal (Abb. 3) oder im Bereich der Ellenbeuge (Abb. 4). In der Regel bildet sich dabei eine Shuntvene aus, die mit zwei Nadeln (in der Regel 16 Gau-

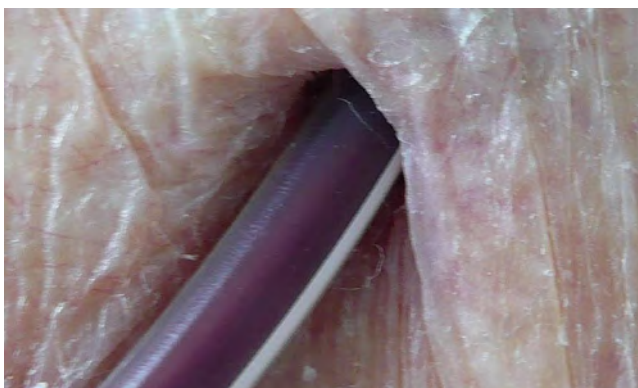


Abb. 2a: Optimaler Katheter-Exit



Abb. 2b: Exit-Site-Infektion

ge) kanüliert werden kann. Damit sind effektive Blutflußraten von 250–350 ml/Min zu erzielen. Bei insuffizienten Venen am Unterarm kann entweder nach Anlage einer arteriovenösen Fistel am Oberarm in einem Zweiteingriff eine Vorverlagerung der Vena basilica erfolgen, um eine punktionsfähige Shuntstrecke zu erhalten. Alternativ kann auch ein Gefäßprotheseninterponat implantiert werden. Je nach Shuntzentrum können diese Eingriffe ambulant oder mit kurzem stationärem Aufenthalt in Lokalanästhesie erfolgen. Vom Zeitpunkt der operativen Anlage bis zur ausreichenden Entwicklung und Punktionsfähigkeit der Vene vergehen im Mittel sechs Wochen. Ein Shunt muss nach der Dialysebehandlung ca. 10–20 Minuten zur Blutstillung abgedrückt werden. Als Komplikationen können sich im Verlauf Shuntaneurysmata (Abb. 4), Shuntstenosen sowie Shuntvenenthrombosen entwickeln. Solche Komplikationen können operativ revidiert werden (Abb. 5).

Moderne Dialysemaschinen sind in der Lage, über Temperaturbestimmungen im arteriellen und venösen Schlauchsystem eine Rezirkulationsmessung durchzuführen, um Hinweise für eine Shunt-dysfunktion zu bekommen. Ergänzend sind vorwiegend Shuntduplersonographien oder auch Shuntangiographien erforderlich.

Peritonealdialyse (PD)

Die PD ist ein Heimverfahren. Der Zeitbedarf ist vergleichbar mit dem der HD, wobei aber die Wegezeiten entfallen. Die für die Entgiftung erforderliche Dialyseflüssigkeit wird über ein spezielles, geschlossenes System viermal täglich ausgetauscht (Abb. 6). Für jeden Wechsel werden ca. 30 Minuten benötigt. Die Wechsel erfolgen in ca. 4–5 stündlichen Abständen mit einem längeren Nachtintervall. Der Vorteil ist eine größere Flexibilität, da die Wechselzeiten keinem so strengen Zeitregime unterliegen. Ein weiterer Vorteil der PD ist die kontinuierliche Entgiftung und Ultrafiltration im Gegensatz zur diskontinuierlichen HD. Die Restdiurese und somit die renale Restfunktion des Patienten bleibt bei der PD statistisch länger erhalten. Das „technische Überleben“ der PD (also die Zeitspanne, in der das



Abb. 3: Gut ausgebildeter Unterarm-Shunt



Abb. 4: Aneurysmatisch erweiterter OA-Shunt



Abb. 5: Z.n. Shuntaneurysma-Entfernung (Vorbefund Abb. 4)

Verfahren mit ausreichend guter Effektivität angewandt werden kann) ist mit ca. vier bis sechs Jahren begrenzt.

Alternativ zu den vier Beutelwechseln am Tag kann bei bestimmter medizinischer Indikation auch eine nächtliche Cycler-Behandlung (APD – automatisierte Peritonealdialyse) angeboten werden. Hierbei wird während der Nacht die Dialyseflüssigkeit über ein maschinengesteuertes Pumpensystem in definierbaren Mengen und Intervallen ausgetauscht. Diese Behandlung bietet tagsüber eine behandlungsfreie Zeit, was insbesondere für Berufstätige günstig ist.

In Ausnahmefällen kann die PD auch als intermittierende Peritonealdialyse (IPD) cyclergestützt im Dialysezentrum durchgeführt werden. Dieses Verfahren kann bei speziellen Indikationen oder bei Patienten, die keine HD-Zugangsmöglichkeit (mehr) haben, angewendet werden. Eine der Hauptindikationen hierfür ist das kardioresnale Syndrom.

Als technische Voraussetzung muss für die PD ein PD-Katheter (Abb. 7) implantiert werden. Dabei kommt nach einer getunnelten Wegstrecke (Abb. 8) die Katheterspitze frei „schwimmend“ im Douglas-Raum intraperitoneal zu liegen. Implantationstechniken sind offen chirurgisch oder minimal invasiv in Allgemeinnarkose. Komplizierend kann es auch hier zu Exit-Site-Infektionen und Tunnelinfektionen kommen. Auch die Ausbildung von Nabel- (Abb. 9) oder Leistenhernien ist auf Grund des dauerhaft erhöhten intraabdominellen Druckes bei iatrogenem Aszites von zwei Litern eine mögliche Komplikation. Daneben sind intraabdominelle Katheterfehlagen gelegentlich problematisch (Abb. 10). Die größten Bedenken haben die Patienten wegen einer möglichen PD-assoziierten Peritonitis. Bei einem gut geschulten Patienten ist dies aber ein seltenes und meist gut behandelbares Ereignis. Die Peritonitisrate soll unter 0,5 pro Behandlungsjahr liegen.

Technik der Dialyse

Die NET soll im Idealfall alle Teilfunktionen der Niere vollständig ersetzen. Dies kann allerdings nur annähernd eine Nierentransplantation leisten.

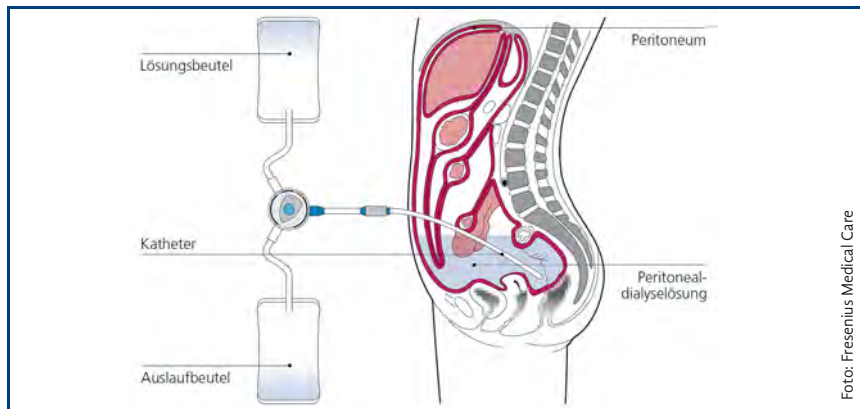


Abb. 6: Schema Peritonealdialyse



Abb. 7: PD-Katheter-Exit



Abb. 9: PD-assozierte Nabelhernie

Die Dialyseformen können sich dem nur annähern. So bietet die HD als diskontinuierliches Verfahren keine Homöostase im Wasser- und Elektrolythaushalt. Die PD bietet dies als kontinuierliches Verfahren zwar, ist aber auf Grund der peritonealen Transporteigenschaften in Hinblick auf Ultrafiltrations- oder Entgiftungskapazität limitiert. Beiden Verfahren gemeinsam ist die mangelnde Fähigkeit, die Erythropoetinproduktion oder Vitamin D-Hydroxilierung zu leisten. Und dennoch sind die vorhandenen Nierenersatzverfahren in der Lage, auch den Patienten mit vollständigem Nierenfunktionsverlust über viele Jahre – ja über Jahrzehnte – eine gute Lebensqualität zu sichern.

Volumenmanagement per Ultrafiltration (UF)

Im Rahmen einer HD wird dem Patienten über eine Ultrafiltrationspumpe pro Zeit-



Abb. 8: Sonographische Darstellung eines normalen Kathetertunnels



Abb. 10: Fehllage der Katheterspitze subhepatisch

einheit ein definiertes Volumen entzogen, indem am Hämodialysefilter ein negativer Druck über der Dialysemembran zu einem Wasserentzug führt. Technisch ist dieser Entzug nicht begrenzt, findet aber seine Grenze in der Verträglichkeit für den Patienten und in seinem Blutdruckverhalten. Das Volumen wird allein dem intravasalen

Kompartiment entzogen. Das adäquate Refilling aus der Peripherie erfolgt langsam und zeitverzögert. Daher kann es intradiälytisch zu symptomatischen Blutdruckabfällen kommen. Es ist wichtig, dass die Patienten auf eine reduzierte Trinkmenge im interdialytischen Intervall achten, um möglichst geringe Ultrafiltrationsmengen pro Behandlung zu haben. Das erfordert – je nach vorhandener Restdiurese – eine erhebliche Disziplin. Die Bestimmung des pro Behandlung erforderlichen Flüssigkeitsentzuges erfolgt durch Wiegen des Patienten vor und nach der Dialyse mit einem ärztlich individuell festgelegten postdialytischen Zielgewicht.

Zur Verbesserung der Verträglichkeit einer Dialysebehandlung können die Na-Konzentration im Dialysat und die Ultrafiltration in speziellen Profilen variiert werden. Moderne Dialysemaschinen können während der Behandlung den Hämatokrit des Patienten photometrisch messen, um eine zu starke Hämokonzentration und damit einen drohenden Blutdruckabfall frühzeitig zu detektieren und die UF-Rate automatisch anpassen.

Bei der PD geschieht der Flüssigkeitsentzug über die peritoneale Membran. Durch unterschiedliche Glukosekonzentrationen im Dialysat kann über den osmotischen Gradienten dem Patienten unterschiedlich stark Wasser entzogen werden. Die Glukose kann peritoneal resorbiert werden (Kalorienzufuhr). Die Glukose führt über die Zeit zu einer strukturellen Veränderung des Peritoneums. Die sich verändernde peritoneale Diffusionsmembran ist der Grund für die zeitliche Limitation des Verfahrens. In wenigen Fällen kommt es zu einer peritonealen Sklerose (encapsulierende peritoneale Sklerose) mit schwerwiegenden Folgen.

Elektrolythaushalt

Im Rahmen der HD wird der Elektrolythaushalt über den osmotischen Gradienten über der Dialysemembran zwischen Blut und Dialysat beeinflusst und reguliert. Das Dialysat umspült die blutführende Kapillare im Dialysefilter mit einem Dialysatfluß von 500 ml/min. Hohe Na-Spiegel führen zu Durstgefühl und zu einer vermehrten Wasserlast. Andererseits führen zu niedrige Na-Konzentrationen und ein

zu rascher Volumenentzug zu schmerzhaften Muskelkrämpfen.

Die Serum-Kalium-Konzentration wird auch über die K-Konzentration im Dialysat reguliert. Je höher der Serum-K-Spiegel desto niedriger die K-Konzentration im Dialysat. Dialysat-Konzentrationen können zwischen 1 und 4 mmol/l individuell gewählt und intradialytisch angepasst werden. Zu hohe K-Gradienten können Rhythmusstörungen verursachen.

Die Dialysat-Calcium-Konzentration wird meist mit 1,25 mmol/l relativ niedrig gewählt, um vaskulären Calcifizierungstendenzen entgegenzuwirken.

Bei der PD sind Na- und K-Konzentrationen in den Dialyselösungen fest definiert. Auf Grund des kontinuierlichen Verfahrens sind Hyperkaliämien sehr selten. Gelegentlich sind Hypokaliämien substitutionspflichtig. Die Ca-Konzentration im PD-Dialysat wird individuell zwischen 1,25 und 1,75 mmol/l gewählt.

Die renale Azidose wird im Rahmen der HD über bicarbonathaltiges Dialysat ausgeglichen. Der Dialysat-Bicarbonat Spiegel kann individuell modifiziert werden. Das PD-Dialysat hat einen neutralen pH-Wert und gleicht als kontinuierliches Verfahren damit die Azidose des Patienten aus.

Auch mit modernster Dialysetechnik können verschiedene Faktoren nicht oder nur unzureichend ersetzt werden: Nur wenig beeinflussbar ist die Hyperphosphatämie, die renale Anämie und der Blutdruck. So benötigen fast alle Dialyse Patienten während der Mahlzeit einzunehmende Phosphatbinder, eine oft umfangreiche antihypertensive Kombinationstherapie, parenterale Eisensubstitution und eine Erythrozyten stimulierende Faktoren (ESF)-Therapie. Allerdings ist nachgewiesen, dass eine Erhöhung der Dialysedosis vor allem durch Steigerung der Dialysefrequenz zu einer Normalisierung dieser Parameter führen kann.

Tab. 1 fasst die renalen Funktionen zusammen und stellt diese den Regulationsmechanismen der NET gegenüber.

Um die Effektivität als Maß der Qualität einer Dialysebehandlung zu erfassen, wird bei einer mindestens quartalsweise durchzuführenden Referenzdialyse der Kt/V-Wert bestimmt. In diese Berechnung (nach Daugirdas) gehen neben der Behandlungsdauer, die Harnstoffreduktions-

Tabelle 1

Teilfunktionen der Niere	Hämodialyse	Peritonealdialyse
Volumenstatus	Pumpengesteuerte Ultrafiltration	Ultrafiltration über Glucosekonzentration im Dialysat
Ausscheidung harnpflichtiger Substanzen	Osmotischer Gradient über der Dialysemembran	Osmotischer Gradient über der peritonealen Membran
Elektrolythaushalt	Osmotischer Gradient über der Dialysemembran	Osmotischer Gradient über der peritonealen Membran
Rückresorption tubulär	Eiweißverlust über Dialysemembran	Eiweißverlust über die peritoneale Membran
Säure-Basen-Haushalt	Bicarbonat im Dialysat	Neutraler pH im Dialysat
Hydroxilierung des 1-OH-Cholecalciferol	Enterale Gabe von aktiven Vit. D	Enterale Gabe von aktivem Vit. D
Erythropoetin-Bildung	Parenterale ESF-Gabe	Parenterale ESF-Gabe

rate nach Bestimmung der Serum-Harnstoffkonzentration vor und nach Dialyse sowie das Ultrafiltrationsvolumen ein. Ein Kt/V-Wert $\geq 1,2$ bei der HD gilt als Maß einer qualitativ guten Dialysebehandlung. In die Kt/V-Wert-Berechnung bei PD geht neben der Harnstoffkonzentration im Blut und im Dialysat, das 24h-Gesamtdialysatvolumen, das 24h-Urinvolumen und die Harnstoffkonzentration im Urin mit ein, so dass – anders als bei HD – die renale Restfunktion in die Funktionsbewertung mit einbezogen wird. Bei der PD ist ein Kt/V-Wert $\geq 1,9$ gefordert.

Leistungen des Dialysezentrums

Neben der Dialysebehandlung versorgt die Dialysepraxis die Patienten auf Grund der hohen Anwesenheitsfrequenz „ganzheitlich“ mit. Daneben präsentieren sich die

meist multimorbiden Patienten mit vielfältigen Problemen wie einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAvK), einer koronaren Herzkrankheit (KHK) oder vielfältigen abdominalen Beschwerden. So werden vom Dialysezentrum viele Arztkonsultationen koordiniert.

Aus präventiven Gesichtspunkten werden in vielen Dialyseeinrichtungen bei diabetischen oder pAvK-Patienten Fußvisiten durchgeführt und das Wundmanagement koordiniert oder durchgeführt. Auch das Medikamentenmanagement wird umfassend organisiert und auch nicht dialysespezifische Medikamente werden rezeptiert. Für die dialysespezifischen Medikamente (ESF, Phosphatbinder etc.) haben die meisten Dialyseanbieter Beschaffungsstellen organisiert, die zu erheblichen Einsparungen für die GKV dieser oft hochpreisigen Medikamente führen. Daneben gehört zu



Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten

Telefonsprechstunde mit

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach:

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

• **Dienstag, 26. Juni 2018**



Abb. 11: Reha-Sport mit Ergometertraining während der Dialyse

den alltäglichen Aufgaben der Dialyseeinheit das Fahrtenmanagement. Die meisten Patienten werden wegen ihrer Multimorbidität mit einem Fahrdienst zur Dialyse und nach Hause gebracht, was einer umfangreichen Organisation bedarf.

Als weitere Serviceleistung ist die Bereitstellung einer kleinen Mahlzeit während der Behandlungszeit verpflichtend. Für das Entertainment stehen den Patienten in aller Regel Fernseher am Dialyseplatz zur Verfügung.

Einige Dialyseeinheiten bieten Rehabilitations-sportangebote mit ausgebildeten Übungsleitern an (Abb. 11). Diese werden – außer von den Allgemeinen Ortskrankenkassen in Sachsen und Thüringen – nicht von der GKV mitfinanziert.

Digitalisierung in der ambulanten Dialyse

Wenngleich noch nicht flächendeckend verbreitet, existieren weit entwickelte

Therapie-Monitoringsysteme, die den gesamten Ablauf einer Dialysebehandlung für Zentrums- und maschinell behandelte Heimdialysepatienten digital erfassen können. So werden alle Maßnahmen wie Medikamentengaben, Pflege- und Arztvisiten und Daten wie Point-of-Care-Laborwerte, Blutdruckwerte, Blutfluss- und Dialysatparameter kontinuierlich erfasst. Daraus wird am Behandlungsende ein ausdrucksfähiges Dialyseprotokoll erstellt.

Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse

NET unterliegt in ambulanten Praxen einer strengen Qualitätssicherungsrichtlinie, deren Parameter verpflichtend quartalsweise mit der Praxisabrechnung der KV übermittelt und von unabhängigen Datenanalysten ausgewertet werden. Die Qualitätskriterien beinhalten für die HD die Parameter Dialysefrequenz (max. 15 % der Pat. < 3x/Woche), Dialysedauer

(max. 15 % der Pat. < 4 Stunden) und Quote der Dialysekatheter (max. 30 %) als Dialysezugang. Bei der PD gilt der Kt/V-Wert als Qualitätskriterium. Werden die QS-Kriterien in Folge von einem Zentrum verfehlt, drohen nach einem Beratungsgespräch mit der Dialysekommission Abzüge im Honorar. Zusätzlich werden HD-Effektivitätsparameter (Kt/V), Phosphatwerte, Hämoglobinwerte, ESF-Verbrauch und Anteil der hypertensiven Patienten inkl. des Umfangs der antihypertensiven Therapie ausgewertet. Daraus werden für jedes Zentrum Benchmarking-Berichte erstellt.

Industrialisierung der Dialyse

In jüngerer Zeit zeigt sich eine starke Tendenz zur Industrialisierung der Dialyse durch Aufkäufe von Dialyseeinrichtungen von überwiegend ausländischen Investorengruppen. Das hat zur Folge, dass es für niederlassungswillige junge Fachärzte zunehmend schwieriger wird, sich in diesem Praxisumfeld mit einem hohen Investitionsaufkommen zu engagieren und zu etablieren. Die Sorge um diese Problematik und die medizinische Qualität war Anlass für einen einstimmig angenommenen Entschließungsantrag beim jüngsten Deutschen Ärztetag in Erfurt.

**Dr. med.
Peter Jensen**
Facharzt für
Innere Medizin/
Nephrologie



Geisenheimer Str. 10
65197 Wiesbaden
Internet: www.nierenpraxis-wiesbaden.de

Die Bildrechte Abb. 1–5 und 7–11 liegen beim Autor.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Nierenersatztherapie in der ambulanten Nephrologie – eine Übersicht“ von Dr. med. Peter Jensen 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 ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom

25.06.2018 bis 24.06.2019 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. Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Die Inhalte des Artikels sind produkt- und/oder dienstleistungsneutral. Es bestehen keine Interessenkonflikte des Autors.

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

Multiple Choice-Fragen:

Nierenersatztherapie in der ambulanten Nephrologie – eine Übersicht

VNR: 2760602018223260002

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage ist richtig:
eine strenge Dialyse-Indikation ist:
a. therapieresistente Hyperkaliämie
b. urämischer Perikarderguss
c. diuretikaresistente Hypervolämie
d. Serumharnstoff von 300 mg/dl
1) d ist falsch
2) a und b sind falsch
3) c und d sind falsch
4) alles ist richtig
2. Ein wichtiger Vorteil der Peritonealdialyse gegenüber der Hämodialyse ist:
a. längerer Erhalt der renalen Restfunktion.
b. effektivere Ultrafiltration.
c. kürzere Wochenbehandlungszeit.
d. weniger Dialysekomplikationen.
1) alles ist richtig
2) b und d sind falsch
3) a ist richtig
4) a und c sind richtig
3. Die Ultrafiltration ist bei der Hämodialyse limitiert, weil
a. es technische Limitationen gibt.
b. das Refilling des intravasalen Volumens beim Patienten zeitverzögert ist.
c. symptomatische Hypotonien auftreten können.
d. der Patient sonst postdialytisch zu starken Durst hat.
1) a und d sind richtig
2) b und c sind richtig
3) b ist richtig
4) c ist richtig
4. Die Qualitätssicherungsrichtlinie
a. ist ein Bestandteil des freiwilligen Qualitätsmanagementsystems.
b. kann bei mehrfachen Verstößen zu Honorarkürzungen führen.
c. ermittelt jährlich die Dialyseeffektivität bei Hämodialysepatienten.
d. überprüft nur die Qualität bei Heimdialysepatienten.
1) a und c sind richtig
2) a ist richtig
3) b und c sind richtig
4) b ist richtig
5. Was ist kein Urämie-Symptom?
a. gastrointestinale Beschwerden
b. Müdigkeit
c. Kribbelparaesthesien
d. Juckreiz
1) c und d sind richtig
2) c ist richtig
3) a und b sind falsch
4) alles ist falsch
6. Was bezeichnet man als präemptive Nierentransplantation?
a. Eine Nierentransplantation vor Ablauf der regulären Wartezeit.
b. Eine Nierentransplantation vor Beginn der Dialysebehandlung.
c. Das ist ein Synonym für eine Lebendspende.
d. Eine Nierentransplantation mit verkürzter Wartezeit im sogenannten Senior- oder „Old-for-Old“-Programm.
1) a ist richtig
2) b ist richtig
3) c ist richtig
4) d ist richtig
7. Welches ist keine Funktion der Nieren
a. Bildung von Erythropoetin
b. Stabilisierung des Blutzuckers durch tubuläre Glucoserückresorption
c. Aufrechterhaltung des Säure-Basenhaushaltes
d. Volumenhomöostase
1) a und b sind falsch
2) b ist richtig
3) alles ist falsch
4) a ist richtig
8. Worum kümmern sich Dialysezentren nebenbei:
a. Medikamentenmanagement
b. Fahrtenmanagement
c. Wundmanagement
d. interdisziplinäre haus- und fachärztliche Koordination
1) alles ist falsch
2) a, b und c sind richtig
3) a und b sind falsch
4) alles ist richtig
9. Eine Hepatitis-B-Impfung bei Dialysepatienten ist:
a. nicht empfohlen.
b. wichtig, um die Impfquote in der Bevölkerung zu erhöhen.
c. wichtig, um eine potenziell mögliche Krankheitsübertragung unter den Dialysepatienten zu minimieren.
d. für jeden Dialysepatienten verpflichtend.
1) b,c und d sind richtig
2) a ist richtig
3) c ist richtig
4) b und d sind richtig
10. Ein Vorhofdialysekatheter...
a. ...ist für der beste Dialysezugang, weil dieser im Vergleich zum Shunt eine sehr geringe Komplikationsrate hat.
b. ...ist der schlechteste Dialysezugang, weil er lebensbedrohliche Komplikationen verursachen kann.
c. ...ist grundsätzlich vermeidbar.
d. ...ist bei den Patienten beliebt, weil er so „praktisch“ ist.
1) a ist richtig
2) c ist richtig
3) b und d sind richtig
4) alles ist falsch

Literatur zum Artikel:

Nierenersatztherapie in der ambulanten Nephrologie – eine Übersicht

von Dr. med. Peter Jensen

- [1] Dialysestandard der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie: <https://www.dgfn.eu/dialyse-standard.html>
- [2] Die deutschsprachige Nephrologie richtet sich nach dem internationalen Standard der evidenzbasierten Leitlinien von KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes). Die Leitlinien werden von einem „Executive Committee“ erstellt. Einige der Leitlinien sind auch auf Deutsch verfügbar. <https://www.dgfn.eu/leitlinien.html>
<http://kdigo.org/guidelines/>
- [3] Nephrologie: Pathophysiologie – Klinik – Nierenersatzverfahren 6. Auflage, 2015, Thieme-Verlag von Ulrich Kuhlmann, Joachim Böhrer, Friedrich C. Luft, Ulrich Kunzendorf, Dominik Alscher,
- [4] Dialysefibel 3, Günther Schönweiß, 2006, abakiss-Verlag
- [5] http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschlussprotokoll.pdf (Ic-97, S. 135, Ic137, S.236)

Pruritus bei nephrologischen und anderen nicht-dermatologischen Erkrankungen

VNR: 2760602018223250003

Prof. Dr. med. Thomas Mettang

Juckreiz ist eine uns allen bekannte, fast alltägliche Sinneswahrnehmung. In vielen Situationen des täglichen Lebens empfinden wir Juckreiz – bei Müdigkeit, bei Stress, wenn wir jemanden beim Kratzen zusehen usw. Meist dauert eine solche Juckepisode nur wenige Sekunden und lässt sich durch kurzes Kratzen beenden. Akuten, ausgeprägten Juckreiz kennen wir von Mückenstichen, Kontakt mit Brennnesseln oder Hagebutten. Auch diese Empfindung klingt meist nach Stunden bzw. wenigen Tagen wieder ab. Chronischer Juckreiz hält über viele Wochen an und hat meist eine dermatologische, internistische oder aber auch neurologische Erkrankung zur Ursache.

Pruritus ist charakterisiert als eine Empfindung, die den Wunsch zum Kratzen auslöst. Pruritus der länger als sechs Wochen anhält, wird als chronischer Pruritus bezeichnet [1].

Pruritus kann lokalisiert oder generalisiert auftreten. Entsprechend der 2007 entwickelten Klassifikation unterscheiden wir die Haut bei chronischem Juckreiz in drei Formen:

1. primär entzündliche Haut
2. normale bzw. unauffällige Haut.
3. sekundär veränderte Haut

(zum Beispiel Kratzläsionen, Prurigo)

Zur Häufigkeit des chronischen Pruritus in der Allgemeinbevölkerung existieren nur wenige valide Daten. Untersuchungen von Matteredne und Mitarbeitern zufolge liegt die Punktprävalenz des Juckreizes bei 13,5 % und die Lebenspraxisprävalenz bei 23 % [2]. Patienten mit dermatologischen Erkrankungen, wie atopischer Dermatitis und Urtikaria sind fast alle von Juckreiz betroffen, wohingegen Patienten mit Nierenerkrankungen ca. 25–40 % und solche mit cholestatischen Lebererkrankungen in bis zu 80 % betroffen sind. Gelegentlich ist Juckreiz das erste Symptom einer solchen Erkrankung.

Pruritus bei Nierenerkrankungen

Urämischer Pruritus (auch als nephrogener Pruritus bezeichnet) ist ein häufiges bisweilen extrem quälendes und oft nur schwer zu behandelndes Symptom bei Patienten mit fortgeschrittener oder terminaler Niereninsuffizienz [3]. Patienten mit akutem Nierenversagen und Patienten mit Nierenerkrankungen ohne Einschränkung der Nierenfunktion leiden nicht typischerweise unter Pruritus. Schätzungen bezüglich

des Prozentsatzes betroffener Patienten an der Dialyse variieren stark. Entsprechend der multinational erhobenen DOPPS-Daten leiden bis zu 40 % der Dialysepatienten an mäßigem bis sehr starkem Pruritus [4]. Eine jüngst in Deutschland durchgeführte strukturierte Kohortenstudie belegt, dass ca. 25 % aller Patienten von chronischem Pruritus betroffen sind [5].

Die Haut von Dialysepatienten mit Pruritus ist, abgesehen vom dialysetypischen bräunlichen Hautkolorit und einer Xerodermie (Abb.1) zunächst meist unauffällig. Allerdings kommt es sekundär zu einer Reihe von Hautveränderungen, die durch Kratzen bedingt sind. Neben Hautexkoriationen und Sugillationen kommt es in einigen Fällen zur Ausbildung einer Prurigo meist in der Sonderform einer Prurigo nodularis mit bräunlichen Knoten (Abb. 2).

Pathogenese

Bislang existieren zur Pathogenese des urämischen Pruritus noch keine, durch entsprechend valide Studien gestützte Vorstellungen. Die meisten Modelle sehen den urämischen Pruritus als Teil des großen Spektrums urämischer, metabolischer oder neuropathischer-urämischer Veränderungen [3].

Therapie

Die Therapie des nephrogenen Pruritus ist wegen fehlender Kenntnisse der zugrundeliegenden Pathophysiologie weitgehend empirisch und verfügbare Therapiestudien ergaben zum Teil widersprüchliche Resultate.

Topische Therapieformen finden insbesondere bei Patienten mit leichteren Beschwerden Anwendung und führen hier nicht selten zu einer Besserung. Eine Studie konnte die Wirksamkeit von Capsaicin, einem Chiliextrakt, bei urämischem Pruritus



Abb. 1: Trockene Haut am Unterschenkel eines Hämodialysepatienten.



Abb. 2: Typische Hautveränderungen bei urämischem Pruritus. Kratzspuren und Prurigo nodularis am Rücken eines Patienten an der Hämodialyse.

tus belegen. Verschiedenen Untersuchungen zufolge hatte auch eine Behandlung mit Tacrolimus-Salbe einen günstigen Effekt auf den urämischen Juckreiz [6].

Bezüglich der **systemischen Therapiestrategien** ist besonders der Einsatz von Aktivkohle in höherer Dosierung (6 g/Tag über einen Zeitraum von zwei bis drei Wochen) zu nennen. Als teilweise erfolgreich beschrieben sind neben Ondansetron, einem Serotoninrezeptorantagonisten, auch die Gabe des μ -Opioid-Rezeptorantagonisten Naltrexon. Mehrere Studien belegen einen

therapeutischen Effekt von kappa-Opiod-Rezeptor-Agonisten (Nalfurafin) [7, 8].

Gabapentin und Pregabalin haben nicht nur als Analgetikum bei neuropathischen Schmerzen, sondern auch beim urämischen Pruritus Wirkung gezeigt [9–11].

Eine der am häufigsten untersuchten Therapieformen des urämischen Pruritus ist die **Behandlung mit ultravioletten Strahlen**. Hierbei scheint lediglich die Therapie mit UV-B-Strahlen und ausreichender Behandlungsdauer einen nachweisbaren Erfolg zu haben [12].

Auch die **Akupunktur bzw. Elektroakupunktur** ist verschiedenen Berichten zufolge wirksam und führt zu einer deutlichen Symptomreduktion bei der überwiegenden Anzahl der behandelten Patienten [13].

Nach einer erfolgreichen **Nierentransplantation** normalisieren sich die meisten urämischen Hautveränderungen. So verschwindet auch in nahezu allen Fällen der urämische Juckreiz. Das therapeutische Vorgehen bei urämischem Pruritus ist in Tab.1 dargestellt.

Tab. 1: Therapieempfehlungen zur Behandlung des urämischen Pruritus

	Medikament	Dosierung ¹	Interaktionen/Vorsichtsmaßnahmen	Evidenzgrad
1. Wahl	Gabapentin	50–100mg/d	Dosisreduktion, da rein renale Elimination. Keine Interaktionen.	I A
2. Wahl	Pregabalin	2 x 75 mg/Woche	Dosisreduktion, da rein renale Elimination. Keine Interaktionen.	I B
3. Wahl	Naltrexon	50 mg/d	Entzugsähnliche Symptomatik: Einschleichende Dosierung; Schmerzen, Verwirrung.	IIb B
4. Wahl	Nalfurafin	2.5–5.0 mg/d p.o.	Derzeit in Europa nicht zugelassen. Schlafstörungen, Übelkeit.	I B
5. Wahl	Fototherapie und topische Behandlung (s. Text)		Einsatz in Ergänzung zu den systemisch-medikamentösen Verfahren.	IIb A -IIb C

¹ Orale Erhaltungsdosis, ggf. einschleichende Dosierung

Empfehlungsgrad:

- I** Zustand mit Evidenz und/oder allgemeiner Zustimmung, dass seine Behandlung erfolgreich, nützlich und effektiv ist.
- II** Zustand mit widersprüchlicher Evidenz und/oder Meinungsdivergenz über Nutzen/Effektivität einer Therapie.
 - IIa** Evidenz zugunsten von Nutzen/Effektivität.
 - IIb** Nutzen/Effektivität ist weniger gut etabliert.
- III** Zustand mit Evidenz und/oder allgemeine Zustimmung, dass seine Behandlung nicht nützlich/effektiv ist und in manchen Fällen sogar schädlich sein könnte.

Evidenzgrad:

- A** Multiple randomisierte klinische Studien oder Metaanalysen
- B** Singuläre randomisierte Studie oder nicht-randomisierte Studien
- C** Lediglich Konsensmeinung von Experten oder Fallberichte

Tab. 1 & 2: Rechte beim Autor

Pruritus bei Lebererkrankungen

Nahezu jede Lebererkrankung kann mit Pruritus einhergehen. Am häufigsten wird Pruritus bei cholestatischen Erkrankungen angegeben wie zum Beispiel der primär biliären Zirrhose (PBC), der primär sklerosierenden Cholangitis (PSC), mechanischer Gallengangsobstruktion durch eine Cholelithiasis oder Gallengangstumoren, medikamentös induzierten Cholestaseformen, aber auch im Rahmen viraler Hepatiden, vor allem der chronischen Hepatitis C [14].

Zu den nicht-obligat cholestatischen Lebererkrankungen, die mit Pruritus einhergehen können, zählen neben den Virushepatiden (HCV, HBV) ein alkoholtoxischer Leberschaden und die Leberzirrhose jeglicher Genese. Pruritus ist das Leitsymptom der intrahepatischen Schwangerschaftscholestase, die im (2. und) 3. Schwangerschaftstrimenon auftritt und mit erhöhten Serumtransaminasen und Serumgallensäuren einhergeht (siehe oben). Pruritus im Rahmen von Lebererkrankungen ist ein häufiges Symptom: so tritt bei etwa 80 % der Patienten mit PBC und bei bis zu 15 % der Patienten mit Hepatitis C im Laufe der Erkrankung Pruritus auf. Circa 80 % aller ikterischen Patienten leiden an Juckreiz. Der Cholestase-assoziierte Pruritus wird initial typischerweise an Handinnenflächen und Fußsohlen sowie an Auflagestellen von Kleidung angegeben und zeigt tageszeitliche Schwankungen mit maximal empfundener Intensität in den frühen Nachtstunden. Der Pruritus kann im Verlauf generalisiert wahrgenommen werden und kann durch Kratzen nicht bzw. kaum gelindert werden. Spezifische Hauterscheinungen werden nicht beobachtet. Bei Patienten mit PBC kann Pruritus in Frühstadien und unabhängig vom Schweregrad der Lebererkrankung auftreten.

Eine Reihe von Medikamenten (zum Beispiel Kontrazeptiva, Valproinsäure und Sulphonamide) können über eine Cholestase zu generalisiertem Pruritus führen.

Die genaue Ursache des cholestatischen bzw. hepatischen Pruritus ist unbekannt. Typischerweise sistiert der Juckreiz sehr schnell, wenn die Ursache der Cholestase beseitigt wird. Vermutet wurde, dass Pruritogene, die im Rahmen der Cholestase kumulieren, pathogenetisch bedeutsam sein

könnten. Bezüglich der zugrunde liegenden Mediatoren und Mechanismen existieren mehrere Theorien. Histamin, Gallensalzen, endogene Opioide und Steroidmetabolite wurden als mögliche pruriginöse Substanzen bei hepatobiliären Erkrankungen diskutiert, ohne dass jemals ein kausaler Zusammenhang noch eine Korrelation zwischen deren Konzentration und der Pruritusintensität aufgezeigt werden konnte. Kürzlich konnten Autotaxin und Lysophosphatidsäure als potentielle Pruritogene in der Cholestase identifiziert und deutliche Korrelationen mit der Schwere des Pruritus sowie dem Therapieansprechen aufgezeigt werden ¹⁵.

Therapie

Die Therapie des cholestatischen Pruritus beinhaltet zunächst die Beseitigung der Ursache der Cholestase, zum Beispiel die Entlastung einer mechanischen oder das Absetzen cholestase-induzierender Medikamente und die medikamentöse Behandlung der Grunderkrankung, zum Beispiel Ursodeoxycholsäure bei primär biliärer Zirrhose oder eine antivirale Therapie bei Vorliegen einer Virushepatitis. Die Lebertransplantation führt bei fortgeschrittener Lebererkrankung zur deutlichen Besserung des Symptoms bzw. zur Symptomfreiheit. Die derzeit in einem Stufenschema eingesetzten systemischen Therapieansätze des hepatischen Pruritus sind in Tab. 2 wiedergegeben.

Pruritus aufgrund einer extrahepatischen Obstruktion des Gallengangssystems kann effektiv mittels einer endoskopischen Dilatation gegebenenfalls mit Stentimplantation, transkutanen oder nasobiliären Drainage behandelt werden. Jucken aufgrund einer intrahepatischen Cholestase kann dagegen bei einigen Patienten eine therapeutische Herausforderung darstellen. Die aktuellen Therapieempfehlungen der Europäischen Gesellschaft

zum Studium der Leber (EASL)-Richtlinien zur Behandlung des Pruritus bei cholestatischen Patienten sind in der zitierten Arbeit dargestellt [16].

Unabhängig davon wird empfohlen die juckende Haut regelmäßig, vor allem nach dem Duschen oder Baden, mit rehydrierenden Cremes einzureiben. Eine nicht zu eng anliegende Kleidung aus Baumwolle wird von den Patienten meist am besten vertragen. Daneben wirkt sich das Kühlen der Haut ebenfalls meist positiv auf das Symptom aus. Hierzu kann auch auf Cremes zurückgegriffen werden, die Menthol enthalten.

Ursodeoxycholsäure, welches häufig die Basisbehandlung cholestatischer Patienten darstellt, lindert den Pruritus lediglich bei der intrahepatischen Schwangerschaftscholestase, wie verschiedene randomisierte kontrollierte Studien (RCT) aufzeigen konnten [17]. Daneben besteht keine Evidenz, dass der Pruritus anderer cholestatischer Erkrankungen gebessert wird.

Für alle anderen hepatobiliären Erkrankungen ist Colestyramin das Mittel der ersten Wahl in Dosierungen von jeweils 4 g-Dosis vor und nach Mahlzeiten, maximal bis zu vier Mal täglich. Da Austauschharze mit der Resorption zahlreicher anderer Medikamente wie etwa UDCA, Digoxin, Warfarin und fettlöslicher Vitamine interferieren, müssen diese mit einem zeitlichen Abstand von mindestens vier Stunden zur Einnahme jeglicher anderer Medikamente eingenommen werden.

Der PXR-Agonist Rifampicin wird aufgrund seiner starken Evidenz als zweite Wahl in der Pruritusbehandlung angesehen. Meh-

_____ Anzeige _____

Tab. 2: Therapieempfehlungen zur Behandlung des cholestatischen Pruritus

	Medikament	Dosierung ¹	Interaktionen / Vor-sichtsmaßnahmen	Evidenzgrad
1. Wahl	Colestyramin	4–16 g/d	Hemmung der intestinalen Resorption; 4-stündiger Abstand zur Einnahme anderer Medikamente	I B
2. Wahl	Rifampicin	300–600 mg/d	Enzyminduktion in der Leber; veränderter Metabolismus andere Medikamente; Hepatotoxizität	I A
3. Wahl	Naltrexon	50 mg/d	Entzugsähnliche Symptomatik: Einschleichende Dosierung; Schmerzen, Verwirrung	I A
4. Wahl	Sertralin	100 mg/d	Interaktion mit anderen Medikamenten möglich	IIa B
5. Wahl	Experimentelle Behandlungen (s. Text)		Durchführung nur an spezialisierten Zentren empfohlen	IIb C

¹ Orale Erhaltungsdosis, ggf. einschleichende Dosierung

Empfehlungsgrad:
I Zustand mit Evidenz und/oder allgemeiner Zustimmung, dass seine Behandlung erfolgreich, nützlich und effektiv ist

II Zustand mit widersprüchlicher Evidenz und / oder Meinungsdivergenz über Nutzen / Effektivität einer Therapie

IIa Evidenz zugunsten von Nutzen / Effektivität

IIb Nutzen / Effektivität ist weniger gut etabliert

III Zustand mit Evidenz und/oder allgemeine Zustimmung, dass seine Behandlung nicht nützlich / effektiv ist und in manchen Fällen sogar schädlich sein könnte

Evidenzgrad:
A Multiple randomisierte klinische Studien oder Metaanalysen

B Singuläre randomisierte Studie oder nicht-randomisierte Studien

C Lediglich Konsensmeinung von Experten oder Fallberichte.

rere prospektive, randomisierte, Placebo-kontrollierte Studien haben gezeigt, dass Rifampicin in Dosierungen zwischen 300–600 mg/d den Pruritus deutlich verbessert [18]. Aufgrund einer möglichen Lebertoxizität, die nach mehreren Wochen bis Monaten in bis zu 12 % der Patienten auftritt, sollten die Serumtransaminasen unter Behandlung mit Rifampicin regelmäßig kontrolliert werden.

Zeigt sich innerhalb von zwei Wochen einer Rifampicin-Therapie keine Besserung, können μ -Opioidrezeptor-Antagonisten als dritte Wahl empfohlen werden. Um mögliche, teils schwerwiegende Opioid-Entzugs-ähnliche Symptome zu Therapiebeginn zu verhindern, wird empfohlen mit

niedrigen Dosierungen von 12,5 mg/d oder einer intravenösen Naloxon-Therapie mit sukzessiver Dosissteigerung zu beginnen und anschließend auf eine entsprechende orale Dosis umzusetzen. Probleme können sich unter anderem durch Schmerzen und Verwirrheitszustände ergeben.

Die selektiven Serotonin-Wiederaufnahme Hemmer (SSRI) Sertralin und Paroxetin verbesserten die Pruritusintensität bei Patienten mit hepatobiliären Erkrankungen und fortgeschrittenen Tumorleiden moderat. Sollten Opioid-Antagonisten ineffektiv sein, wird Sertralin als vierte Therapieoption empfohlen [19].

Sollte mit den oben genannten Medikamenten kein adäquater Erfolg erzielt wer-

den, können experimentelle Behandlungen oder der Einschluss in klinische Studien in spezialisierten Zentren erwogen werden. Zu den experimentellen Behandlungsoptionen gehören neben der UV-Fototherapie, Gabapentin, Bezafibrat sowie invasive Behandlungsmethoden wie Plasmapheresis, extrakorporale Albumindialyse (Molecular Adsorbent Recirculating System (MARS®), Prometheus®), Plasmaseparierung / Anionenabsorption sowie transkutane und nasobiliäre Drainage.

Pruritus und Malignität

Jeder maligne Tumor kann Pruritus als paraneoplastisches Phänomen hervorrufen,

wobei der genaue Zusammenhang zwischen malignen Tumoren und Pruritus bis heute unklar ist. Pruritus der Nasenlöcher wurde gehäuft bei Hirntumoren beobachtet, nicht jedoch mit anderen malignen Erkrankungen.

Pruritus und Erkrankungen des blutbildenden Systems

Bei Polycythaemia vera, essentieller Thrombozythämie und primärer Myelofibrose (PMF) findet sich Pruritus bei bis zu 50 % der Patienten [20]. Typisch, aber nicht obligat, ist ein aquagener Pruritus (stechender Pruritus, der nach dem Baden oder bei Temperaturschwankungen auftritt). In einer Phase 2 Studie konnte gezeigt werden, dass Ruxolitinib ein JAK 1 und 2-Inhibitor auch den Pruritus bei Patienten mit PV-assoziiertem Pruritus reduzieren kann [21].

Bei Morbus Hodgkin entwickeln > 30 % der Patienten im Verlauf Pruritus auf primär unauffälliger Haut. Quälender Pruritus kann dem Ausbruch der Erkrankung allerdings auch Jahre vorausgehen, wie dies auch für die Polycythaemia vera bekannt ist. Das Symptom ist meist nachts ausgeprägter, beginnt häufig in den Beinen und generalisiert mit heftigster Intensität. Pruritus kann typischerweise auch ein Rezidiv des M. Hodgkin ankündigen. Auch bei Non-Hodgkin Lymphomen kann Pruritus auftreten, wenngleich mit niedrigerer Inzidenz als bei M. Hodgkin.

Das Karzinoid-Syndrom ist durch die Trias Flush, Diarrhoe und kardiale Symptome charakterisiert. Es entsteht in Folge einer Serotoninproduktion (ggf. auch Tachykiniene, Prostaglandine) durch epitheliale Tumore, die ihren Ursprung aus enterochromaffinen Zellen nehmen. Das Karzinoid-Syndrom kann mit generalisiertem Pruritus auftreten.

Bei Patienten mit generalisiertem Pruritus findet sich auch häufig ein Eisenmangel [22]. Bei Eisenmangel kann auch ein lokalisierter Juckreiz, vor allem anogenital auftreten. Unter Eisensubstitution kann ein solcher Pruritus verschwinden. Es ist unklar, was beim Eisenmangel zu Juckreiz führt. Sicher sollte man bei Patienten mit Eisenmangel aber dessen Ursache klären und eine wahrscheinlich damit verbundene chronische Blutungsquelle suchen.

Auch bei Patienten mit Hämochromatose, der Eisenspeicherkrankheit mit Eisenablagerung in den Organen, kann generalisierter Pruritus auftreten, wobei postuliert wird, dass Eisenablagerungen in der Haut entweder C-Fasern direkt stimulieren oder zu einer Histaminfreisetzung aus Mastzellen führen.

Pruritus bei metabolischen Störungen und Endokrinopathie

Bei Diabetes mellitus ist generalisierter Juckreiz eher selten. Bei einer Untersuchung an dreihundert Diabetikern fand sich generalisierter Pruritus in weniger als 3 % der Patienten und war damit nicht häufiger als bei Nicht-Diabetikern [23]. Eine jüngere Arbeit zeigte allerdings eine starke Assoziation von lokalisiertem Pruritus (vor allem am Rumpf) mit dem Vorhandensein eines Diabetes mellitus [24]. Als einer der Risikofaktoren für die Entwicklung des Auftretens von Juckreiz am Rumpf konnte die Dauer des Diabetes mellitus identifiziert werden. Ein zweiter Faktor war das Vorhandensein einer diabetogenen Polyneuropathie.

Auch bei Hyperthyreose wird Juckreiz eher selten beobachtet. Weniger als 8 % der Patienten klagen über Pruritus. Als Erklärung für den Juckreiz wird zum Beispiel eine Aktivierung von Kininen infolge des erhöhten Metabolismus angegeben.

Bei Hypothyreose ist der Pruritus wahrscheinlich durch die Xerosis cutis bedingt und spricht meist gut auf rückfettende Maßnahmen an.

Die Assoziation von Hyperparathyreoidismus und Juckreiz ist vor allem für den se-

kundären Hyperparathyreoidismus gut bekannt (siehe renaler Pruritus). Pruritus kann aber auch bei primärem Hyperparathyreoidismus auftreten. Die Pathomechanismen, die hierbei zu Pruritus führen, sind unklar.

Bei der Anorexia nervosa findet sich häufig ein generalisierter Pruritus – knapp 20 % der meist weiblichen Patienten sind betroffen. Pathogenetisch wird vor allem die Xerosis cutis angeschuldigt, die bei fast 60 % der Patienten beobachtet werden kann [25].

Auch eine Gluten-sensitive Enteropathie (Sprue) kann mit generalisiertem Pruritus einhergehen. Dies mag in Einzelfällen auf die mit der Sprue assoziierte Lebererkrankung (primär biliäre Zirrhose) oder auf eine ebenfalls gelegentlich assoziierte Dermatitis herpetiformis zurückzuführen sein. Auch die im Rahmen der Sprue auftretende Eisenmangelanämie (siehe unten) kommt als pathogenetischer Faktor in Betracht. Ähnlich ist die Pathogenese des Pruritus bei anderen Malabsorptionssyndromen (zum Beispiel chronisch entzündlichen Darmerkrankungen) zu sehen.

Medikamenten-induzierter Pruritus

Prinzipiell kann jedes Medikament Pruritus verursachen und sollte differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden. Starker Juckreiz durch Medikamente geht zumeist mit morbilliformen und urtikariellen Hauterscheinungen einher. Auch ohne primäre Hauterscheinungen können manche Medikamente über verschiedene Mechanismen mit einer Latenzzeit Juckreiz auslösen.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Pruritus bei nephrologischen und anderen nicht-dermatologischen Erkrankungen“ von Prof. Dr. med. Thomas Mettang 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 ausschließlich online über das Mitglieder-

Portal vom 25.06.2018 bis 24.06.2019 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.

Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Die Inhalte des Artikels sind produkt- und/oder dienstleistungsneutral. Es bestehen keine Interessenkonflikte des Autors.

Neuropathischer und neurogener Pruritus

Hierbei handelt es sich meist um lokalisierte Juckreizformen, denen eine Schädigung kutaner oder extrakutaner Nerven bzw. des ZNS zugrunde liegt. Die wichtigsten sind:

- Postzoster Neuralgie – Juckreiz im Bereich des betroffenen Dermatoms.
- Small fiber Neuropathie – Juckreiz meist in Begleitung anderer neurologischer Symptome.
- Notalgia parästhetica – gemischte Empfindungsstörung mit Juckreiz am Rücken.
- Brachioradialer Pruritus – meist im Versorgungsgebiet C5/C6 an den Armen symmetrisch.

Somatoformer Pruritus

Bei einer somatoformen Störung (nach ICD-10) treten körperliche Symptome ohne organische Befunde auf, bei denen in der Pathogenese seelische Belastungsre-

aktionen und Konflikte eine Rolle spielen. Die Diagnose „somatoformer Pruritus“ ist eine Arbeitshypothese, die von Zeit zu Zeit überprüft werden sollte, da der Pruritus einer Grunderkrankung lange Zeit vorausgehen kann [26].

Es ist seit langem bekannt, dass psychische Faktoren die Stärke der Juckempfindung beeinflussen können. Stress (im weitesten Sinne des Wortes) bewirkt die Aktivierung der Sympathikus- und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse und erhöht die Ausschüttung von Neuropeptiden wie Substanz P aus den peripheren Nervenendigungen. In mehreren Studien wurde Pruritus vermehrt nach kritischen Lebensereignissen beobachtet (major life events) [27, 28].

Pruritus kann aber auch im Rahmen manifester psychiatrischer Erkrankungen auftreten.

Beispiele hierfür sind Dermatozoenwahn und psychogene Exkoriationen (Dermatillomanie/Skin picking).

Eine therapeutische Intervention ist nicht nur bei konkretem Verdacht auf eine psy-

chische Ursache des Pruritus sinnvoll. Auch bei automatisiertem Kratzverhalten (Kratzen ohne Hautjucken, zum Beispiel um Stress abzubauen oder als bloße Gewohnheit zum Beispiel beim Telefonieren oder Fernsehen) kann eine psychosomatische Therapie eingeleitet werden. Sinnvoll ist in diesen Fällen vor allem die Verhaltenstherapie zur Vermeidung des Kratzens [26].

**Prof. Dr. med.
Thomas Mettang**

Nierenzentrum
Wiesbaden
Von-Leydenstr. 23
65191 Wiesbaden
Internet:

www.nephrologie-wiesbaden.de



Foto: privat

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

Studie zu Gewalt in der Notaufnahme startet in Hessen

Die Hochschule Fulda führt vom 6. bis 31. August 2018 eine Online-Befragung zur Erfassung von Gewaltereignissen gegenüber Beschäftigten in hessischen Notaufnahmen durch. Ziel ist es, Informationen über die Häufigkeit derartiger Gewaltereignisse sowie mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede in Häufigkeit, Art und Ausprägung von Gewalt zu erhalten. Zudem werden geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Verarbeitung von Gewalterfahrungen untersucht und Informationen über die Täter erfasst.

Aus den Erkenntnissen sollen erste Empfehlungen für Präventions- und Interventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz „Notaufnahme“ abgeleitet werden, um die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten zu fördern. Politischen Akteuren sollen Anhaltspunkte für mögliche Maßnahmen geben werden können.

Inhaltlich werden bei der Online-Befragung Aspekte wie verbale, körperliche und sexualisierte Gewalt abgefragt. Es werden Gewaltereignisse ausgehend von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen oder anderen Besucher erhoben, ebenso wie der Bekanntheits- und Nutzungsgrad eventuell bereits vorhandener institutioneller Präventions- und Nachsorgeangebote sowie individuelles Belastungsempfinden und Nachsorgeverhalten.

Die interdisziplinäre Forschergruppe aus Experten der Arbeitsmedizin, des Personalmanagements sowie der Gesundheitswissenschaften des vom hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst finanzierten Forschungsprojekts hoffen mit dem niedrigschwelligen Zugang der Online-Befragung auf eine hohe Bereitschaft der Kliniken, das Projekt durch Bekanntgabe in ihren Häusern zu fördern und auf rege Beteiligung der Beschäftigten.

Untenstehender QR-Code für Smartphones oder der Kurzlink:

<https://tinyurl.com/y93gon6z>

führen auf die Website der Studie GINA:

<https://www.hs-fulda.de/pflege-und-gesundheit/forschung/forschungsschwerpunkte/gesundheitschutz-bei-interpersoneller-gewalt/gina/>.



Kontakt:

Prof. Dr. med. Gamze Güzel-Freudenstein
Hochschule Fulda
University of Applied Sciences
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Leipziger Straße 123, 36037 Fulda
Fon: 0661 9640-644
E-Mail: gamze.guezel-freudenstein@pg.hs-fulda.de

Multiple Choice-Fragen:

Pruritus bei nephrologischen und anderen nicht-dermatologischen Erkrankungen

VNR: 2760602018223250003

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Chronischer Juckreiz bei Patienten ohne Dermatosen...

- 1) ...führt regelhaft zu typischen Hautveränderungen.
- 2) ...ist meist durch mangelnde Hygiene bedingt.
- 3) ...führt zu oft zu erheblichen kratzbedingten Hautschädigungen.
- 4) ...tritt nur bei Diabetikern auf.
- 5) ...ist selten.

2. Die Punkt-Prävalenz des chronischen Pruritus in Deutschland beläuft sich auf:

- 1) 0–9 %
- 2) 10–19 %
- 3) 20–29 %
- 4) 30–49 %
- 5) 50–80 %

3. Der Pruritus bei Patienten mit myeloproliferativen Erkrankungen...

- 1) ...ist an den Handflächen am stärksten.
- 2) ...tritt häufig am Kopf auf.
- 3) ...tritt häufig bei Wasserkontakt auf (aquagener Pruritus).
- 4) ...ist selten lokalisiert.
- 5) ...tritt nur auf behaarter Haut auf.

4. Anogenitaler Pruritus...

- 1) ...wird besonders bei Lebererkrankungen beobachtet.
- 2) ...tritt vor allem bei Hirntumoren auf.
- 3) ...tritt häufig in Assoziation mit myeloproliferativen Erkrankungen auf.
- 4) ...wird nicht selten bei Eisenmangel beobachtet.
- 5) ...sollte in erster Linie mit Antihistaminika behandelt werden.

5. Patienten mit Pruritus aus nicht-dermatologischer Ursache...

- 1) ...haben meist nur ein schwach ausgeprägtes Hautjucken.
- 2) ...sind fast immer psychiatrisch erkrankt.
- 3) ...sind meist übergewichtig.
- 4) ...klagen meist über lokalisierten Pruritus.
- 5) ...sollten interdisziplinär behandelt werden.

6. Viele Therapeutika zur Behandlung des cholestatischen Pruritus sind...

- 1) ...effektiv.
- 2) ...für diese Indikation nicht offiziell zugelassen.
- 3) ...nur über die Auslandsapothekenzu beziehen.
- 4) ...als Dopingmittel gekennzeichnet.
- 5) ...nicht rezeptpflichtig.

7. Allgemeine Maßnahmen bei der Behandlung des Pruritus...

- 1) ...sind unwirksam.
- 2) ...werden nicht empfohlen.
- 3) ...beinhalten eine sorgfältige Hautpflege.
- 4) ...sind nur bei Hautkrankheiten indiziert.
- 5) ...sind nur an der Dialyse sinnvoll.

8. Gabapentin und Pregabalin...

- 1) ...sind für die Behandlung des urämischen Pruritus zugelassen.
- 2) ...zeigen keine Wirksamkeit in kontrollierten Studien.
- 3) ...sind bei Dialysepatienten kontraindiziert.
- 4) ...müssen bei Patienten mit Niereninsuffizienz dosisadaptiert werden.
- 5) ...gehören in die Gruppe der Antidepressiva.

9. Als mögliche erfolgversprechende Therapeutika des cholestatischen Pruritus gelten/gilt:

- 1) Antihistaminika
- 2) Rifampicin
- 3) UVA-Bestrahlung
- 4) Glibenclamid
- 5) Nalfurafin

10. Naltrexon...

- 1) ...hat eine Zulassung für die Behandlung des generalisierten Pruritus.
- 2) ...ist in seiner Wirksamkeit bzgl. des urämischen Pruritus eindeutig belegt.
- 3) ...kann entzugsartige Nebenwirkungen haben.
- 4) ...sollte mit zentral-wirksamen Analgetika kombiniert werden.
- 5) ...ist in Deutschland nicht erhältlich.

Literatur zum Artikel:

Pruritus bei nephrologischen und anderen nicht-dermatologischen Erkrankungen

von Prof. Dr. med. Thomas Mettang

- [1] Ständer S, Weisshaar E, Mettang T, et al. Clinical classification of itch: a position paper of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol* 2007;87:291–4.
- [2] Matteredne U, Apfelbacher CJ, Loerbroks A, et al. Prevalence, correlates and characteristics of chronic pruritus, a population-based cross-sectional study. *Acta Derm Venereol* 2011;91:674–9.
- [3] Mettang T, Kremer AE. Uremic pruritus. *Kidney Int* 2015;87:685–91.
- [4] Rayner HC, Larkina M, Wang M, et al. International Comparisons of Prevalence, Awareness, and Treatment of Pruritus in People on Hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2017;12:2000–7.
- [5] Weiss M, Mettang T, Tschulena U, Passlick-Deetjen J, Weisshaar E. Prevalence of chronic itch and associated factors in haemodialysis patients: a representative cross-sectional study. *Acta Derm Venereol* 2015;95:816–21.
- [6] Kuypers DR, Claes K, Evenepoel P, Maes B, Vanrenterghem Y. A prospective proof of concept study of the efficacy of tacrolimus ointment on uraemic pruritus (UP) in patients on chronic dialysis therapy. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19:1895–901.
- [7] Wikstrom B, Gellert R, Ladefoged SD, et al. Kappa-opioid system in uremic pruritus, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical studies. *J Am Soc Nephrol* 2005;16:3742–7.
- [8] Kumagai H, Ebata T, Takamori K, Muramatsu T, Nakamoto H, Suzuki H. Effect of a novel kappa-receptor agonist, nalfurafine hydrochloride, on severe itch in 337 haemodialysis patients, a Phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25:1251–7.
- [9] Gunal AI, Ozalp G, Yoldas TK, Gunal SY, Kirciman E, Celiker H. Gabapentin therapy for pruritus in haemodialysis patients, a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19:3137–9.
- [10] Rayner H, Baharani J, Smith S, Suresh V, Dasgupta I. Uraemic Pruritus, Relief of Itching by Gabapentin and Pregabalin. *Nephron Clin Pract* 2013;122:75–9.
- [11] Razeghi E, Eskandari D, Ganji MR, Meysamie AP, Togha M, Khashayar P. Gabapentin and uremic pruritus in hemodialysis patients. *Ren Fail* 2009;31:85–90.
- [12] Tan JK, Haberman HF, Coldman AJ. Identifying effective treatments for uremic pruritus. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:811–8.
- [13] Che-Yi C, Wen CY, Min-Tsung K, Chiu-Ching H. Acupuncture in haemodialysis patients at the Quchi (LI11) acupoint for refractory uraemic pruritus. *Nephrol Dial Transplant* 2005;20:1912–5.
- [14] Kremer AE, Oude Elferink, Ronald PJ, Beuers U. Pathophysiology and current management of pruritus in liver disease. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2011;35:89–97.
- [15] Kremer AE, Martens JJ, Kulik W, et al. Lysophosphatidic acid is a potential mediator of cholestatic pruritus. *Gastroenterology* 2010;139:1008.
- [16] Tsochatzis EA, Gurusamy KS, Gluud C, Burroughs AK. Ursodeoxycholic acid and primary biliary cirrhosis: EASL and AASLD guidelines. *J Hepatol* 2009;51:1084.
- [17] Kremer AE, Beuers U, Oude-Elferink RPJ, Puhl T. Pathogenesis and treatment of pruritus in cholestasis. *Drugs* 2008;68:2163–82.
- [18] Tandon P, Rowe BH, Vandermeer B, Bain VG. The efficacy and safety of bile Acid binding agents, opioid antagonists, or rifampin in the treatment of cholestasis-associated pruritus. *Am J Gastroenterol* 2007;102:1528–36.
- [19] Mayo MJ, Handem I, Saldana S, Jacobbe H, Getachew Y, Rush AJ. Sertraline as a first-line treatment for cholestatic pruritus. *Hepatology* 2007;45:666–74.
- [20] Diehn F, Tefferi A. Pruritus in polycythemia vera: prevalence, laboratory correlates and management. *Br J Haematol* 2001;115:619–21.
- [21] Verstovsek S, Passamonti F, Rambaldi A, et al. A phase 2 study of ruxolitinib, an oral JAK1 and JAK2 Inhibitor, in patients with advanced polycythemia vera who are refractory or intolerant to hydroxyurea. *Cancer* 2014;120:513–20.
- [22] Lewiecki EM, Rahman F. Pruritus. A manifestation of iron deficiency. *JAMA* 1976;236:2319–20.
- [23] Neilly JB, Martin A, Simpson N, MacCuish AC. Pruritus in diabetes mellitus: investigation of prevalence and corre-

- lation with diabetes control. *Diabetes Care* 1986;9:273–5.
- [24] Yamaoka H, Sasaki H, Yamasaki H, et al. Truncal pruritus of unknown origin may be a symptom of diabetic polyneuropathy. *Diabetes Care* 2010;33:150–5.
- [25] Strumia R, Varotti E, Manzato E, Gualandi M. Skin signs in anorexia nervosa. *Dermatology (Basel)* 2001; 203:314–7.
- [26] Niemeier V. Somatoform pruritus: a psychosomatic disease model. *Hautarzt* 2013;(64):429–34.
- [27] Chrostowska-Plak D, Reich A, Szepletowski JC. Relationship between itch and psychological status of patients with atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013;27:e239–42.
- [28] Gupta MA, Gupta AK. Stressful major life events are associated with a higher frequency of cutaneous sensory symptoms, An empirical study of non-clinical subjects. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:560–5.

Update arterielle Hypertonie

– Zielwertdiskussion und Behandlungsstrategien

VNR: 2760602018223270001

Prof. Dr. med. Oliver Vonend^{1,2}

Im November 2017 wurden neue Hypertonie-Leitlinien von den amerikanischen Kollegen des American College of Cardiology (ACC) und der American Heart Association (AHA) verabschiedet [1]. Als wichtigste Neuerung ist die Klassifikation der Hypertonie-Stadien zu nennen. Anders als bisher, spricht man von Hypertonie Grad I nicht ab $\geq 140/90$ mmHg, sondern bereits ab einem Blutdruck von $\geq 130/80$ mmHg.

Mit großer Spannung werden im August dieses Jahres die europäischen Leitlinien erwartet. Man geht jedoch davon aus, dass es zu keiner solch drastischen Änderung der Grenzwerte kommen wird.

Erste Inhalte der neuen europäischen Leitlinie wurden bei der Hypertonie-Tagung der European Society of Hypertension (ESC) im Juni 2018 in Barcelona vorab dargestellt. Die Definition der arteriellen Hypertonie wird in den europäischen Leitlinien nicht verändert – von Grad I Hypertonie spricht man weiterhin bei $\geq 140/90$ mmHg.

Um die Diskussion leichter zu verstehen und die Argumente der jeweiligen Parteien besser nachvollziehen zu können, soll dieser CME Beitrag als Update der aktuellen Hypertonie Thematik dienen.

Stellenwert der arteriellen Hypertonie in Deutschland

Welchen Stellenwert spielt die arterielle Hypertonie in Deutschland – welche Grenzwerte sind anzustreben und wie kann ich die gesteckten Blutdruckziele erreichen? Diese und andere wichtige Fragen sollen im Folgenden beantwortet werden. Es werden nützliche Tipps für die tägliche Praxis in kompakter Form vermittelt. Umfängliche Leitlinien kann und will dieser Beitrag nicht ersetzen. Trotz ordentlicher Aufklärung und trotz des An-

gebots gut verträglicher Medikamente stellt die Hypertonie weiterhin einen der bedeutendsten Risikofaktoren für Sterblichkeit dar. Weltweit sterben knapp acht Millionen Menschen jährlich an den Folgen einer nicht adäquat kontrollierten Hypertonie [2].

Der Benefit einer Bluthochdruck-Therapie ist insbesondere bei Risikopatienten unumstritten [3, 4]. Eindrucksvoll konnte an über tausend Typ 2-Diabetikern in der UKPDS Studie der Nutzen einer Blutdruckreduktion um minus 10 mmHg über neun Jahre demonstriert werden. So konnten in der Gruppe mit der intensiven Blutdruckkontrolle (144/82 mmHg) im Vergleich zu einer konventionellen Einstellung (154/87 mmHg) die Diabetes bezogenen Todesfälle um 32 Prozent (%), das Auftreten von Schlaganfall um 44 % und die Herzinsuffizienz gar um 56 % gesenkt werden [5]!

Die Prävalenz der arteriellen Hypertonie mit den kardiovaskulären Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, chronischer Nierenkrankheit und pAVK nehmen in der immer älter werdenden Gesellschaft stetig zu. Laut WHO-Statistik findet sich in westeuropäischen Ländern ein rückläufiger Trend, anders jedoch in Schwellen- und Entwicklungsländern. Weltweit hat sich die Zahl der Hypertoniker zwischen 1975 und 2015 laut einer aktuellen Untersuchung, basierend auf einem Review von knapp 1.500 Studien fast verdoppelt – auf mehr als 1,1 Milliarden [4]. Im westeuropäischen Raum zeichnet sich Deutschland leider durch eine überdurchschnittliche Hypertonie-Prävalenz aus. In der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) wurde bei 18 bis 79 Jährigen eine Prävalenz von 33,4 % bei Männern und 30 % bei Frauen erhoben [6].

Viel erschreckender war jedoch die Rate bei der kontrollierten Hypertonie. Nur we-

niger als die Hälfte der Männer (45,5 %) und lediglich 57,5 % der Frauen hatten deutschlandweit ihren Bluthochdruck unter Kontrolle. In der Region „Zentral-West“, zu der auch Hessen zählt zeigte sich bei männlichen Studienteilnehmern eine Kontrollrate von bescheidenen 44,3 % (58,7 % Frauen) [6].

Um die mangelnde Hypertonie-Kontrolle besser zu verstehen, ist es von entscheidender Bedeutung, die unterschiedlichen Gründe des Therapie-Versagens zu beleuchten. Inwieweit sich die Definitionen einer schwer einstellbaren Hypertonie, einer nicht kontrollierten oder gar einer therapieresistenten Hypertonie voneinander unterscheiden, soll nicht im Vordergrund dieser Diskussion stehen. Bevor die Ursachen der schwer zu kontrollierenden Hypertonie und die entsprechenden Therapieoptionen im Einzelnen diskutiert werden, müssen die Blutdruckziele definiert werden.

- Bluthochdruck ist weiterhin der Hauptrisikofaktor für Sterblichkeit.
- Mehr als ein Drittel der Erwachsenen sind betroffen.
- Nur knapp die Hälfte kontrolliert.

Welcher Zielblutdruck ist anzustreben?

Noch gelten die Leitlinien der European Society of Hypertension (ESH) und European Society of Cardiology (ESC) von 2013 – übersetzt und kommentiert von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK), sowie der Deutschen Hochdruckliga e. V. DHL® [7, 8]. In Abb. 1 sind die Zielblutdruckwerte für die verschiedenen Risikogruppen und Altersklassen dargestellt.

¹ Nierenzentrum Wiesbaden, Wiesbaden, ² Klinik für Nephrologie, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Düsseldorf

Zielblutdruck 2013 – Empfehlungen ESH/ESH	Empf.-grad	Evidenz-grad	Fazit:
Ein systolischer Ziel-Blutdruck < 140 mmHg:			Systolisch
a) empfohlen bei Patienten mit niedrigem bis moderatem kardiovaskulären Risiko	I	B	Generell: <140 mmHg
b) empfohlen bei Patienten mit Diabetes;	I	A	
c) ist zu erwägen bei Patienten mit einer Vorgeschichte von Schlaganfall oder TIA;	Ila	B	
d) zu erwägen bei Patienten mit KHK;	Ila	B	
e) zu erwägen bei Patienten mit diabetisch bedingter oder nicht diabetisch bedingter chronischer Nierenerkrankung.	Ila	B	
Bei älteren Bluthochdruck-Patienten unter 80 Jahren mit einem systolischen Blutdruck ≥ 160 mmHg gibt es einen klaren Nachweis für die Empfehlung einer Blutdrucksenkung auf Werte von 150 bis 140 mmHg.	I	A	60-80 Jahre: 140-150 mmHg
Bei leistungsfähigen älteren Patienten unter 80 Jahren können systolische Blutdruckwerte < 140 mmHg erwogen werden, während bei der gebrechlichen älteren Patientengruppe die systolischen Blutdruck-Ziele an die individuelle Verträglichkeit angepasst werden sollten.	Iib	C	Wenn fit: <140 mmHg
Bei Personen über 80 Jahren mit einem initialen systolischen Blutdruck ≥ 160 mmHg wird empfohlen, den Wert auf 150 bis 140 mmHg zu senken, vorausgesetzt, diese Personen befinden sich in einem guten physischen und geistigen Zustand.	I	B	>80 Jahre: 140-150 mmHg
Ein diastolischer Blutdruck-Zielwert von < 90 mmHg ist immer empfehlenswert, es sei denn, es handelt sich um Patienten mit Diabetes, deren Werte < 85 mmHg liegen sollten. Dennoch sollte berücksichtigt werden, dass diastolische Blutdruckwerte zwischen 80 und 85 mmHg sicher sind und gut toleriert werden.	I	A	Diastolisch Generell: <90 mmHg DM: <85 mmHg

Abb. 1 zeigt die Blutdruckziele für die verschiedenen Risikogruppen und Altersklassen analog der kommentierten ESH/ESC 2013 Leitlinie, modifiziert aus [7].

Zielwertdiskussion nach SPRINT

Ende 2015 veröffentlichte die SPRINT Research Group eine Studie, die weltweit für viel Aufsehen sorgte (siehe auch HÄBL 09/2017, S. 485). An mehr als neuntausend Risiko-Hypertonikern wurde der Einfluss einer intensiven Blutdrucksenkung auf Werte < 120 mmHg (121,4 mmHg erreicht) systolisch auf das kardiovaskuläre Risiko untersucht [9]. Diabetiker waren von der Studie allerdings ausgeschlossen!

Im Vergleich zu der Kontrollgruppe, in der ein Praxisblutdruck < 140 mmHg angestrebt wurde (136,2 mmHg erreicht), konnte nach einem Beobachtungszeitraum von knapp fünf Jahren eine Reduktion der Todesfälle um 25 % in der intensiveren Gruppe beobachtet werden. Auf Grund der deutlichen Überlegenheit wurde die Studie ein Jahr vor dem geplanten abgebrochen.

Somit müsste nach SPRINT der (Praxis-)Blutdruck meiner Patienten, gemessen von mir im Praxis-Sprechzimmer auf 120 mmHg abgesenkt werden. 120 ist das neue 140 – oder etwa doch nicht? Was lässt einen noch zweifeln? Hier sind wichtige methodische Aspekte zu beachten, die im Folgenden erläutert werden.

Ein Kernelement der Hypertonie-Abklärung und Therapieüberwachung stellt die korrekte Erhebung des Blutdrucks dar. Bei der Messung wird zwischen der Praxisblutdruckmessung und der Blutdruckmessung außerhalb der Praxis unterschieden. Vorteil der praxisunabhängigen Messung ist die große Zahl der außerhalb einer medizinischen Einrichtung erhobenen Werte, was eine repräsentativere Bestimmung des Blutdrucks erlaubt. Neben der automatisierten Langzeitblutdruckmessung (ABPM) hilft die häusliche Blutdruck-Selbstmessung den Blutdruck besser einzuschätzen. Die praxisunabhängigen Messmethoden erlauben meist eine genauere Vorhersage kardiovaskulärer Ereignisse [10]. Darüber hinaus wird hier die Problematik der „Weißkittelhypertonie“ umgangen. Auf

Grund der Weißkittelkomponente werden die Grenzwerte der Praxismessung im Allgemeinen um plus 5 mmHg (systolisch und diastolisch) höher angegeben, als bei der Blutdruckmessung außerhalb der Praxis (Tab. 1).

Messmethode nicht vergleichbar

Die in der SPRINT-Studie angegebenen Blutdruck-Zielwerte beziehen sich auf die Praxisblutdruckmessung. Beim genauen Durchlesen des SPRINT-Studien-Designs erkennt man eine automatisierte Praxisblutdruckmessung [9]. Den Patienten wurde im Nebenzimmer die Blutdruckmanschette von der Studienschwester angelegt, daraufhin das Gerät gestartet. Nach einer Latenz von fünf Minuten erfolgten automatisiert im Abstand von jeweils einer Minute drei Messungen, deren Durchschnitt die Praxismessung der Studie darstellte.

Diese Messmethode ist nicht mit der üblichen Praxismessung vergleichbar! Untersuchungen innerhalb der SPRINT-Population haben gezeigt, dass die Tagesmittelwerte der erfahrungsgemäß niedrigeren Langzeitblutdruckmessung erheblich von der Praxismessung abweichen. So war im intensivierten Therapiearm (Praxisblutdruckmessung < 120 mmHg) ein gar höherer Tagemittelwert in der Langzeitblutdruck zu beobachten (127 mmHg systolisch) [11]. Eine neue Untersuchung aus der nephrologischen Abteilung der University of Indianapolis kann die beträchtlichen Unterschiede zwischen der in SPRINT verwendeten Methode, der üblichen Praxismessung und der ambulanten automatisierten 24-Stunden-Messung bestätigen [12]. Der analog dem SPRINT-Protokoll automatisiert gemessene systolische

Tab. 1: Definition der Hypertonie anhand der Praxismessung und der Messung außerhalb der Praxis ESH/ESC 2013 [10]

Praxisblutdruck:	≥ 140/90 mmHg
Häuslicher Blutdruck:	≥ 135/85 mmHg
Langzeitblutdruck:	Tagesmittel: ≥ 135/85 mmHg
	Nacht-Mittel: ≥ 120/70 mmHg
	24h-Mittel: ≥ 130/80 mmHg

Praxisblutdruck lag im Mittel um minus 12,7 mmHg niedriger als der am selben Tag mit der üblichen Praxismessung erhobene Wert und um minus 7,9 mmHg niedriger als die Tagesmittelwerte der 24-Stunden-Messung. Der diastolische Wert wich mit minus 12,0 mmHg und minus 11,7 mmHg ebenfalls deutlich ab. Würde man auf die in SPRINT erreichten 121,4 mmHg die 12,7 mmHg dazu addieren, käme man rechnerisch mit 134,1 mmHg genau in den der Hochdruckliga neu empfohlenen Korridor – „Praxiszielblutdruck für Risikopatienten“ (siehe unten).

- Die Zielblutdruckwerte müssen auf die in den Studien angewandten Blutdruckmessmethoden bezogen werden.
- Aus der sehr validen und gut reproduzierbaren automatisierten und unbeobachteten Praxisblutdruckmessung (wie in SPRINT) resultieren niedrigere Werte als in der üblichen Praxismessung.
- Die automatisierte Messung könnte in Zukunft eine größere Rolle spielen, ist im Alltag jedoch bisher noch wenig verbreitet.

Neue amerikanische Leitlinien

Seit November 2017 gelten in Amerika neue Blutdruckziele. Die Klassifikation „Hypertonie Grad I“ wurde um 10 mmHg auf 130–139/80–89 mmHg gesenkt [1] (Tab. 2). Entsprechend der Verschiebung der Blutdruckgrenzen ist die Hypertonie-Prävalenz in den USA von 32 % auf 46 % deutlich angestiegen. Gerade in der Altersgruppe 20–44 Jahre

(von 11 % auf 30 %) und 45–54 Jahre (33 % auf 50 %) sind die größten Verschiebungen zu beobachten. Deutlich mehr Menschen werden nun als Patienten eingestuft. Die ökonomischen Auswirkungen auf die amerikanische Gesundheitspolitik sind noch nicht abschätzbar.

Stellungnahme der Deutschen Hochdruckliga DHL 2017

Die Deutsche Hochdruckliga DHL® e. V. hat nach Veröffentlichung der amerikanischen Leitlinien eine erste Stellungnahme veröffentlicht [13].

Die Deutsche Hochdruckliga und die europäischen Hochdruckfachgesellschaften wollen die Vorschläge aus den USA in ihre Überlegungen zur Überarbeitung der neuen europäischen Leitlinien mit einbeziehen [13]. Auch werden die von der neuen Leitlinie der ACC/AHA ausgehenden Impulse begrüßt. Die aktuell gültige Definition von $\geq 140/90$ mmHg soll jedoch vorerst beibehalten werden. Die Veröffentlichung der neuen europäischen Leitlinien ist für August 2018 vorgesehen.

Wenn gleich die Hypertonie-Definition in den europäischen Leitlinien sich von denen der amerikanischen Kollegen unterscheidet, ist der Korridor, welcher Zielblutdruck angestrebt werden soll, in den neu erscheinenden europäischen Leitlinien durchaus vergleichbar:

Zielblutdruck generell für die Altersgruppe 18–65 Jahre: 130 mmHg systolisch (oder niedriger, wenn gut toleriert), aber nicht < 120 mmHg. Als diastolischer Zielblutdruck soll < 80 bis 70 mmHg angestrebt werden. Für die Al-

tersgruppe > 65 Jahre wird ein Zielkorridor von 130–140/70–80 mmHg vorgeschlagen.

Die stetige Senkung des Blutdrucks kann die kardiovaskuläre Ereignisrate nachweislich reduzieren. Anzumerken ist jedoch auch der deutliche Anstieg der Nebenwirkungsrate vor allem bei intensiver Blutdrucksenkung [14]. Hier sind vor allem bei älteren Patienten das Auftreten von orthostatischer Hypotension mit Schwindel, die Verschlechterung der mentalen Funktion, Elektrolytentgleisungen und Nierenfunktionsverschlechterungen zu nennen. Die ohnehin mangelnde Medikamenten-Adhärenz kann hierdurch weiter verschlechtert werden (siehe unten). Auch das Arzt-Patienten Verhältnis kann durch die symptomatischen Nebenwirkungen stark leiden. Wie eingangs bereits berichtet, muss bei der kontroversen Zielblutdruckdiskussion auf ein wichtiges Problem hingewiesen werden, vor welchem auch in einem aktuellen Lancet Editorial explizit gewarnt wurde [15]:

→ Derzeit sind wir nicht in der Lage, selbst die aktuell gültigen Blutdruckziele bei einem Großteil unserer Patienten zu erreichen! Hier müssen gemeinsam mit den Patienten Strategien entwickelt werden, damit eine ausreichende und anhaltende Blutdruckkontrolle erreicht wird.

- **Empfohlener Zielblutdruck:**
Generell für die Altersgruppe 18–65 Jahre: 130 mmHg systolisch (oder niedriger, wenn gut toleriert), aber nicht < 120 mmHg und diastolisch < 80 bis 70 mmHg.
Für die Altersgruppe > 65 Jahre: Zielkorridor 130–140/70–80 mmHg.
- Tiefere Senkung der Blutdruckwerte reduziert die kardiovaskuläre Ereignisrate aber auf Kosten der Verträglichkeit.
- Zielblutdruck 120 oder 140? Noch werden nicht einmal die aktuell gültigen Blutdruckziele erreicht.

Tab. 2: Amerikanische Klassifikation von Praxisblutdruck ACC/AHA 2017 [1]

Kategorie	Systolischer Blutdruck		Diastolischer Blutdruck
Normal	< 120 mmHg	und	< 80 mmHg
Erhöht	120–129 mmHg	und	< 80 mmHg
Hypertonie			
Grad I	130–139 mmHg	oder	80–89 mmHg
Grad II	≥ 140 mmHg	oder	≥ 90 mmHg

Wie starten – wie kombinieren?

Nicht medikamentös:

Lebensstil Faktoren

Übergewicht, Bewegungsmangel, übermäßiger Alkoholenuss sowie eine erhöhte Kochsalzzufuhr sind eng mit arterieller Hypertonie assoziiert. In den gängigen Leitlinien werden Änderungen im Lebensstil an erster Stelle empfohlen, da diese wesentlich dazu beitragen, den Blutdruck zu kontrollieren [1, 10]. Insbesondere eine Steigerung der körperlichen Aktivität sowie eine Gewichtsreduktion verbessern den Blutdruck deutlich. Auch eine Umstellung der Ernährung mit mehr Gemüse, Obst, Vollkornprodukten sowie weniger Fett (sogenannte DASH Diet) sind bewiesene Maßnahmen für die Behandlung gegen Bluthochdruck [1, 10]. Bezüglich des Alkoholkonsums ist beschrieben, dass sich eine Reduktion ebenfalls positiv auf das Blutdruckverhalten auswirkt [1, 10].

Medikamentöse Therapie

Die antihypertensive Behandlung mittels einer Monotherapie wird bei Patienten mit milder Blutdruckerhöhung oder niedrigem bis moderaten kardiovaskulären Risiko empfohlen. Eine primäre Kombination aus zwei Wirkstoffen ist bei Betroffenen mit deutlich erhöhten Blutdruckwerten oder hohem kardiovaskulärem Risiko zu erwägen. Eine Vielzahl randomisierter kontrollierter Studien und ihrer Meta-Analysen haben keinen klinisch relevanten Unterschied zwischen den verschiedenen Substanzklassen gezeigt [10]. Der Hauptnutzen einer antihypertensiven Therapie beruht auf der Blutdrucksenkung an sich. Entsprechend sind die fünf großen Substanzklassen (ACE-Hemmer, Angiotensinrezeptorblocker, Diuretika, Betablocker und Calciumantagonisten) gleichermaßen für die Behandlung geeignet (Abb. 2).

Eine Initialtherapie mit RAS-Blockern (ACE-Hemmer oder Angiotensinrezeptorblocker) ist für die meisten Patientengruppen sinnvoll und wird von einigen Leitlinien als „First-Line“ vorgeschlagen [18]. Nicht gewählt werden dürfen sie allerdings bei Schwangeren. Bei Frauen im gebärfähigen Alter sollten RAS-Blocker nur bei zuverlässiger Kontrazepti-

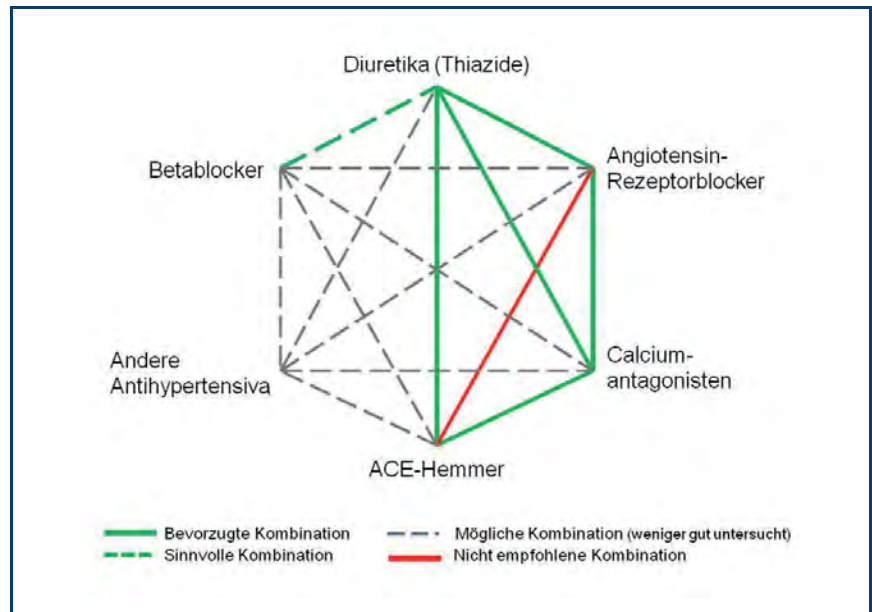


Abb. 2 zeigt Antihypertensiva für die Initialtherapie und mögliche Kombinationen, modifiziert aus [7].

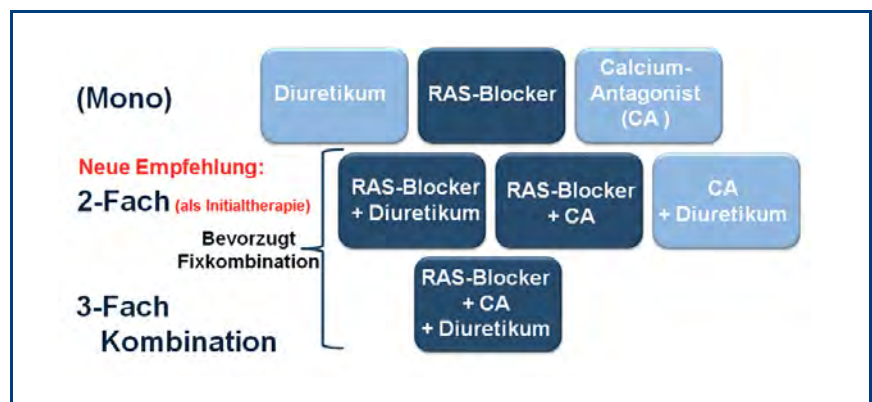


Abb. 3 stellt einfache Behandlungsvorschläge für die Monotherapie sowie die Zweifach- und Dreifach-Kombination vor. In Dunkelblau sind Wirkstoffe bzw. Kombinationen der ersten Wahl hervorgehoben. Hellblaue Antihypertensiva stellen alternative Möglichkeiten dar. Eine Kombinationstherapie wird als Initialtherapie gegenüber einer Monotherapie bevorzugt.

on angewendet werden. Eine Kombination aus den genannten Substanzklassen ist möglich, wobei eine Kombination aus ACE-Hemmern und Angiotensinrezeptorblockern auf Grund renaler Nebenwirkungen (Hyperkaliämie und Verschlechterung der Nierenfunktion) nicht empfohlen wird [10]. Üblicherweise werden RAS-Blocker mit einem Diuretikum oder einem Calciumantagonisten kombiniert. Bei Hochrisikopatienten oder Patienten > 20/10 mmHg oberhalb des Zielblutdrucks kann gleich kombiniert gestartet werden [1, 10].

In der im August 2018 erscheinenden neuen europäischen Leitlinie wird die duale Kombinationstherapie bereits für

die Initialbehandlung empfohlen! Man erhofft sich so ein zuverlässigeres Erreichen der Zielblutdruckwerte. Fixkombinationen sollen bevorzugt werden.

Als Dreierkombination wird die Kombination aus RAS-Blockern, Calciumantagonisten und Diuretika von den nationalen und internationalen Fachgesellschaften empfohlen [1, 10]. In Abb. 3 wird eine vereinfachte [18], aber leitlinienkonforme Antihypertensiva-Strategie für Mono-Therapie, Duale-Kombination und Dreifach-Kombination dargestellt.

Die neuen Leitlinien favorisieren eine primäre Kombinationstherapie gegenüber einer Monotherapie.



Abb. 4 veranschaulicht die häufigsten Ursachen eines Therapieversagens.

Gründe für Therapie-Versagen

Leider erreicht man trotz Anwendung der in den Leitlinien vorgeschlagenen Behandlungsstrategien bei seinen Patienten oft nicht die gewünschten Zielblutdruckwerte. Hierfür kann es zahlreiche Gründe geben [19]. Die häufigsten Ursachen, die zu Therapieversagen führen können, beziehungsweise die Blutdruckeinstellung erschweren, sind in Abb. 4 zusammengefasst.

Medikamenteninteraktionen

Zahlreiche Substanzen können den Blutdruck steigern, beziehungsweise die gewünschte Effekte antihypertensiv wirkende Medikamente abschwächen. Die wohl häufigste Interaktion ist die mit den frei verkäuflichen NSAR-Schmerzmitteln (nichtsteroidale Antirheumatika) [20]. Über Hemmung der renalen Prostaglandinproduktion kann es zu Wasser- und Salzretention kommen. Gerade bei älteren Patienten, Diabetikern oder niereninsuffizienten Patienten ist dieser Effekt besonders ausgeprägt. Aber auch sympathomimetische Substanzen (Nasentropfen, Kreislauf- oder Diätpillen) können den Blutdruck erhöhen. Alkohol und illegale Drogen wie Kokain oder Amphetamine führen ebenfalls nicht selten zu hyperten-

siven Entgleisungen [20]. Neben oralen Kontrazeptiva und Steroiden können die in der Transplantation standardmäßig eingesetzten Calcineurin-Inhibitoren Cyclosporin und Tacrolimus oder das bei Niereninsuffizienz oft benötigte Erythropoietin die Blutdruckeinstellung erschweren [20]. Nicht zuletzt sollte gezielt nach Lakritz-Konsum gefragt werden, da die damit verbundene Hemmung der 11-Hydroxysteroid-Dehydrogenase 2 zu einer Überstimulation des Mineralokortikoidrezeptors führt. Klinisch und laborchemisch wird so das klinische Bild eines primären Hyperaldosteronismus imitiert [20].

Suboptimale Therapie

Eine suboptimale Therapie, die oft mit einem extrazellulären Volumenüberschuss und einer mangelnden Medikamenten-Adhärenz verbunden ist (siehe unten), ist eine der häufigsten Ursachen einer schwer einstellbaren Hypertonie. In Medikamentenplänen von Patienten, die mit nicht kontrollierter Hypertonie vorgestellt werden, vermisst man oft die empfohlene Dreifachkombination aus RAS-Blockern, Calciumantagonisten und Diuretika [19]. Bei Patienten mit therapierefraktärer Hypertonie trotz Dreifachkombination kann zusätzlichen Spironolacton versucht werden. In der kürzlich veröffentlichten Path-

way-II Studie wurde an Patienten mit nicht kontrollierter Hypertonie trotz bereits bestehender Dreifachkombination durch Spironolacton eine bessere Blutdruckreduktion erreicht als durch Beta-blocker oder Alphablocker [21]. Es sollte jedoch darauf hingewiesen werden, dass das Hyperkaliämie-Risiko unter einer Kombination von Mineralokortikoid-Rezeptorblockern mit anderen Hemmstoffen des RAS deutlich ansteigt. Bei eingeschränkter Nierenfunktion sollten entsprechend regelmäßige Kontrollen der Elektrolyte sowie der Retentionsparameter erfolgen.

Wasser- und Salzüberschuss

Ein Volumenüberschuss führt gerade bei Patienten mit Niereninsuffizienz zu einer schwer einstellbaren Hypertonie [20]. Eine kochsalzreiche Ernährung kann diese Situation noch verstärken. Das überschüssige Wasser und Salz muss mittels forcierendem Diuretika-Einsatz (zum Beispiel Torsemid), oder auch mittels Ultrafiltration durch Peritonealdialyse oder Hämodialyse eliminiert werden. Darüber hinaus sollte auf eine kochsalzarme Diät hingewiesen werden. Die orale Kochsalzzufuhr lässt sich durch Bestimmung der Natrium-Chlorid-Ausscheidung im 24 Stunden Urin leicht quantifizieren.

Mangelnde Compliance

Auf Grund des subjektiv geringen Leidensdruckes ist die Hypertoniebehandlung mit einer unzureichenden Compliance, genauer genommen Medikamenten-Adhärenz, vergesellschaftet. Die niedrige Adhärenz ist die häufigste Ursache für unzureichend kontrollierten Bluthochdruck [22]. Hinzu kommt, dass die meist kardiovaskulär vorerkrankten Patienten insgesamt unter einer recht hohen Medikamentenlast leiden. So wurde an einer englischen Population mit mehr als 100.000 neu eingestellten Hypertonikern gezeigt, dass nach drei Jahren jeder zweite seine antihypertensive Therapie bereits abgebrochen hatte [23]. Einen entscheidenden Einfluss hat hier neben einer guten Patientenaufklärung die Vereinfachung des Medikamentenplans. Durch Verwendung von Fixkombinationen kann die Tablettenanzahl unter Beibehaltung der Wirkstoffe

Tab. 3: Klinische Parameter, die auf eine sekundäre Hypertonieform hindeuten

Generell:

Schwer einstellbare oder therapieresistente Hypertonie, schneller Blutdruckanstieg über eine kurze Zeitspanne, Manifestation im Alter < 30 Jahre

Schlafbezogene Atemstörungen:

Gehäuft bei Adipositas, berichtetes Schnarchen (z. B. durch Partner), Tagesmüdigkeit, Kopfschmerzen

Primärer Hyperaldosteronismus:

Wiederholte Hypokaliämien (Cave: mehr als 50 % verlaufen normokaliäm), metabolische Alkalose

Renoparenchymatöse Hypertonie:

Erhöhtes Serumkreatinin (besser ist die geschätzte eGFR nach MDRD), pathologische Urinanalyse (Erythrozyturie, Proteinurie)

Renovaskuläre Hypertonie:

Anstieg des Serumkreatinins um mindestens 30 % nach Beginn einer ACE-Hemmer bzw. AT1-Blocker Therapie, diffuse Atherosklerose (KHK, pAVK, cAVK), seitendifferente Nierengröße, abdominelles Strömungsgeräusch, rezidivierendes Lungenödem, Hypertonie bei jungen Frauen (Fibromuskuläre Dysplasie)

Hyperkortisolismus/Cushing:

Iatrogene Steroidzufuhr, Mondgesicht, Stammfettsucht, Striae rubrae

Phäochromozytom:

Paroxysmale Blutdruckentgleisungen, oft begleitet von Palpitationen, Kopfschmerzen und Schwitzen

Schilddrüsenfunktionsstörungen:

TSH außerhalb des Normbereichs, Symptome einer Schilddrüsenüber- oder Unterfunktion

Aortenisthmusstenose:

Fehlende Fußpulse, hoher Blutdruck an den oberen Extremitäten bei niedrigem Blutdruck an den unteren Extremitäten, seitendifferente Blutdruckwerte an den Armen (links < rechts, wenn linke A. subclavia distal der Stenose).

eGFR estimated glomerular filtration rate; MDRD modification of diet in renal disease; ACE angiotensin converting enzyme; AT1 Angiotensin-II-Rezeptor-Subtyp 1; KHK koronare Herzkrankheit; pAVK periphere arterielle Verschlusskrankheit; cAVK zentrale arterielle Verschlusskrankheit; TSH Thyreoidea-stimulierendes Hormon, Thyreotropin; Tabelle modifiziert aus [24]

deutlich gesenkt werden. Auf den Benefit einer Verschreibung von Fixkombinationen weisen die Leitlinien explizit hin [1, 10].

Sekundäre Hypertonie

Sekundäre Hypertonieformen sind bei Therapieversagen überproportional häufig zu beobachten. Dennoch bedarf es einer Vorabauswahl, um unnötige und aufwendige Tests zu vermeiden. In der Tabelle 3 werden klinische Befunde dargestellt, die erste Hinweise auf eine sekundäre Hypertonieform geben können.

Zu den häufigen Formen der sekundären Hypertonie zählen die renalen Hypertonieformen, renoparenchymatöse und renovaskuläre Hypertonie, der primäre Hyperaldosteronismus sowie die schlafbezogenen Atemstörungen. Seltener sind Hyperkortisolismus, Phäochromozytom, Schilddrüsenfunktionsstörungen oder eine Aortenisthmusstenose. Im Folgenden werden die wichtigsten diagnostischen Schritte bei ausgewählten sekundären Hypertonieformen genannt.

Renoparenchymatöse Hypertonie

Ein direkter Zusammenhang zwischen dem Rückgang der glomerulären Filtrationsrate und dem Anstieg der Hypertonie-Prävalenz konnte in der Vergangenheit mehrfach gezeigt werden. Neben dem mit Niereninsuffizienz oft vergesellschaftetem Volumenüberschuss nimmt die Aktivierung des Sympathikus eine zentrale Rolle ein [25]. Chemo- und Mechanorezeptoren in der Niere werden aktiviert. Über sensorische Afferenzen, die in das zentrale Nervensystem projizieren, wird der Sympathikus aktiviert. Sympathische Efferenzen leiten dies in die Zielorgane Herz, Niere und Gefäße weiter. Wird eine primäre Nierenerkrankung vermutet, empfiehlt sich eine Nierenbiopsie, um diese gegebenenfalls gezielt therapieren zu können und so auch die Blutdrucksituation zu verbessern.

Renovaskuläre Hypertonie

Die renovaskuläre Hypertonie wäre eine durchaus schnell zu korrigierende Hypertonieform. Allerdings hat es gerade hier in den vergangenen Jahren viel Dis-

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Update arterielle Hypertonie – Zielwertdiskussion und Behandlungsstrategien“ von Prof. Dr. med. Oliver Vonend 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 ausschließlich online über das Mitglieder-

Portal vom 25.06.2018 bis 24.06.2019 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. Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Die Inhalte des Artikels sind produkt- und/oder dienstleistungsneutral. Es bestehen keine Interessenkonflikte des Autors.

kussion bezüglich der Indikationsstellung gegeben. Ende des Jahres wird eine neue S2K-Leitlinie „Erkrankungen der Nierenarterie“ erwartet, deren Kerninhalte im Folgenden vorab dargestellt werden sollen.

Die Inzidenz der Nierenarterienstenose variiert je nach Patientenselektion. Bei Patienten ohne Risikofaktoren ist sie sehr selten. Deutlich häufiger finden sich atherosklerotische Nierenarterienstenosen bei älteren Menschen (> 55 Jahre) und bei Patienten mit Hypertonie, Diabetes, Nierenkrankheit und Nikotinabusus sowie bei Atherosklerose in anderen Gefäßbetten (pAVK, cAVK, KHK) [26]. Bei älteren Patienten werden Häufigkeiten von > 10 % beschrieben [26].

Ein Screening mittels Duplexsonographie sollte dann erfolgen, wenn neben schwer einstellbarer Hypertonie kurz nach Beginn einer ACE-Hemmer- beziehungsweise Angiotensinrezeptorblocker-Therapie ein Anstieg des Serumkreatinins beobachtet wird. Auch diffuse Atherosklerose (KHK, pAVK, cAVK), seitendifferente Nierengröße, ein abdominelles Strömungsgeräusch oder das rezidivierende Auftreten eines Lungenödems („flash pulmonary edema“) machen eine Nierenarterienstenose deutlich wahrscheinlicher. Wird eine Hypertonie bei einer jungen Frau gefunden, sollte man an eine fibromuskuläre Dysplasie denken [26].

Schnittbildgebende Verfahren haben einen nur sehr eingeschränkten Stellenwert in der Diagnostik der renovaskulären Hypertonie. Nur die Kombination aus den oben beschriebenen klinischen Parametern in Zusammenhang mit einer duplexsonographisch festzustellenden veränderten Nierenperfusion sowie Flussbeschleunigungen in der Nierenarterie sagen etwas über die Relevanz und somit Sinnhaftigkeit einer geplanten Intervention voraus [26].

In keiner der randomisierten kontrollierten Studien an Patienten mit atherosklerotischer Nierenarterienstenose konnte eine wesentliche Verbesserung des Blutdrucks oder der Nierenfunktion durch die Beseitigung der Nierenarterienstenose gesehen werden, wie auch eine Metaanalyse und eine COCHRANE Analyse bestätigten [27]. Allerdings wurden

nicht alle Patienten mit atherosklerotischen Stenosen in die Studien eingeschlossen. Aufgrund von Rekrutierungsproblemen (CORAL Studie) mussten die Kriterien gelockert werden, so dass letztlich Patienten eingeschlossen wurden, die die Definition eines schwer einstellbaren Hochdrucks nicht erfüllen. Auch hatten die Patienten im Mittel eine lediglich 68 %ige Diameterstenose und somit kein wesentliches klinisches Problem [28]. Der Einschluss in die zweite große Nierenarterienstenose Studie (ASTRAL) war nur möglich, wenn der behandelnde Arzt sich unsicher war, ob der Patient von einer Intervention profitieren könnte [29]. Beide Studien zeigten keinen Vorteil der Angioplastie gegenüber einer rein medikamentösen Therapie – bei derart ausgewählten Patienten. Hieraus kann geschlossen werden, dass bei Unsicherheit gegenüber einem Nutzen der Angioplastie und bei unkomplizierter Stenose eine solche auch nicht durchgeführt werden sollte. Bei Patienten mit hochgradigen Stenosen > 70 % und entsprechender Klinik (Lungenödem/„flash pulmonary edema“, schwer einstellbaren Bluthochdruck trotz dreifach Antihypertensiva oder rascher Nierenfunktionsverschlechterung) zeigte sich ein Benefit durch eine Angioplastie [30].

Ultima Ratio – Invasive Verfahren

Lässt sich der Blutdruck trotz aller Maßnahmen nicht kontrollieren, sollte der Patient einem Hypertonie-Spezialisten vorgestellt werden. Hier können neben den bereits diskutierten Optionen invasive Verfahren der Blutdrucksenkung evaluiert werden [19]. Das Verfahren der renalen Denervation wird wie die Thematik der Nierenarterienstenose (siehe oben) ebenfalls stark kontrovers diskutiert. Die Intervention kann bei geeigneter Patientenauswahl jedoch durchaus wirksam sein, wie die jüngste SPYRAL-Studie zeigen konnte [31]. Auch die Barorezeptor Stimulation wird weiter als Therapieform der resistenten Hypertonie angewendet. Beide Verfahren sollten jedoch nur im Rahmen kontrollierter Studien angewendet werden.

Zusammenfassung und Fazit

- Neue Leitlinien aus den USA empfehlen eine Absenkung der Blutdruckziele.
- Die Überarbeitung der europäischen Hypertonie-Leitlinien wird August 2018 erwartet.
- Durch die in den USA gültige neue Definition der arteriellen Hypertonie (Grad I 130–139/80–89mmHg; Grad II >140/90mmHg) hat die Prävalenz der Erkrankung deutlich zugenommen.
- Empfohlener Zielblutdruck generell: 18–65 Jahre: 130mmHg systolisch (oder niedriger, wenn gut toleriert), aber nicht < 120mmHg und < 80–70mmHg diastolisch. > 65 Jahre: Zielkorridor von 130–140/70–80mmHg.
- Bei der Betrachtung der Zielblutdruckwerte muss auf die angewandte Blutdruckmessmethode geachtet werden.
- Automatisierte unbeobachtete Messungen (24-Stundenmessung oder automatisierte Messung im Nebenzimmer) zeigen deutlich niedrigere Werte, als die übliche Praxismessung.
- Bei Therapieversagen an Medikamenteninteraktionen, „Weißkittelhypertonie“, Volumenüberladung und sekundäre Hypertonieformen denken.
- Medikamenten-Adhärenz durch Vereinfachung des Medikamentenplans und Verwendung von Fixkombinationen verbessern.

**Prof. Dr. med.
Oliver Vonend**
Nephrologe, Hypertensiologe DHL

Nierenzentrum
Wiesbaden
Von-Leyden Str. 23
65191 Wiesbaden

Internet:
www.nephrologie-wiesbaden.de



Foto: privat

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

Multiple Choice-Fragen:

Update arterielle Hypertonie – Zielwertdiskussion und Behandlungsstrategien

VNR: 2760602018223270001

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage ist nicht korrekt?

- 1) Der Benefit einer Bluthochdruck-Therapie ist insbesondere bei Risikopatienten unumstritten.
- 2) Die Prävalenz der arteriellen Hypertonie zeigt laut WHO-Statistik in westeuropäischen Ländern einen rückläufigen Trend.
- 3) In Deutschland leidet circa ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung an Bluthochdruck.
- 4) Mehr als 2/3 der Bluthochdruck Betroffenen haben eine kontrollierte Hypertonie.
- 5) Bluthochdruck ist einer der Hauptrisikofaktoren für Sterblichkeit.

2. Welche Aussage zur Sprint-Studie ist korrekt?

- 1) Die Studie wurde vorzeitig abgebrochen, da sich kein Unterschied in den verschiedenen Studienarmen zeigte.
- 2) Die Sprint Studie hat die intensive Blutzuckersenkung bei Diabetikern untersucht.
- 3) Das kardiovaskuläre Risiko wurde in dem Behandlungsarm mit dem niedrigen systolischen Blutdruckziel <120mmHg besser gesenkt.
- 4) In der Sprint-Studie wurden Hochrisikopatienten mit Diabetes untersucht.
- 5) Nach einem Beobachtungszeitraum von knapp fünf Jahren war durch die intensivere Blutdrucksenkung eine Reduktion der Todesfälle um fast 10 % erreicht worden.

3. Welche Aussage ist korrekt?

- 1) Das in der Sprint-Studie angegebene Blutdruckziel von < 120mmHg bezieht sich auf die 24h Blutdruckmessung.
- 2) Der Praxisblutdruck meiner Patienten, gemessen von mir im Praxis-Sprechzimmer muss nach den Ergebnissen

der Sprint-Studie auf 120mmHg abgesenkt werden.

- 3) Die Messung des 24-Stundenblutdrucks ist obsolet.
- 4) Mit einer automatisierten unbeobachteten Praxisblutdruckmessung werden gewöhnlich niedrigere Werte, als mit der üblichen Prismessung beobachtet.
- 5) Die Blutdruckselbstmessung zu Hause wird nicht mehr empfohlen.

4. Welche Aussage ist nicht korrekt?

- 1) In den neuen amerikanischen Leitlinien wurde die Klassifikation „Hypertonie Grad I“ um 10mmHg auf 130–139/80–89mmHg gesenkt.
- 2) Die Hypertonie-Prävalenz ist in den USA in der Altersgruppe 45–54 Jahre von 33 % auf 50 % angestiegen.
- 3) In Deutschland wurde Definition für Hypertonie ebenfalls auf einen Praxisblutdruck von 130–139/80–89mmHg gesenkt.
- 4) Empfohlener Zielblutdruck generell:
18–65 Jahre: 130mmHg systolisch (oder niedriger, wenn gut toleriert), aber nicht < 120mmHg;
diastolisch < 80 bis 70mmHg.
> 65 Jahre: Zielkorridor von 130–140/70–80mmHg.
- 5) Die neuen europäischen Leitlinien werden August 2018 erwartet.

5. Welche Aussage ist korrekt?

- 1) Eine Steigerung der körperlichen Fitness, sowie eine Gewichtsreduktion verbessern den Blutdruck deutlich.
- 2) Nicht medikamentöse Behandlungsansätze der arteriellen Hypertonie haben in den aktuellen Leitlinien keinen Stellenwert mehr.
- 3) Eine Umstellung der Ernährung mit mehr Gemüse, Obst, Vollkornprodukten sowie weniger Fett (sogenannte

DASH Diet) zählt nicht zu den bewiesenen Maßnahmen für die Behandlung gegen Bluthochdruck.

- 4) Alkoholkonsums hat keinen Einfluss auf das Blutdruckverhalten.
- 5) Eine gesteigerte Kochsalzzufuhr ist nicht mit einer arteriellen Hypertonie assoziiert.

6. Welche Aussage ist korrekt?

- 1) Eine Kombination aus zwei Wirkstoffen ist bei Betroffenen mit deutlich erhöhten Blutdruckwerten oder hohem kardiovaskulärem Risiko als Initialtherapie nicht empfohlen.
- 2) ACE-Hemmer, Angiotensinrezeptorblocker, Diuretika, Betablocker und Calciumantagonisten sind gleichermaßen für die Behandlung von Bluthochdruck geeignet.
- 3) ACE-Hemmer sollten nicht mit einem Diuretikum kombiniert werden.
- 4) Angiotensinrezeptorblocker sollten nicht mit Calciumantagonisten kombiniert werden.
- 5) Fixkombinationen sind auf Grund der erhöhten Kosten zu vermeiden.

7. Welche Aussage ist korrekt?

- 1) Sympathomimetische Substanzen wie Nasentropfen oder Kreislaufpillen können die Effekte antihypertensiv wirkender Medikamente verstärken.
- 2) NSARs können die Blutdruckeinstellung erschweren.
- 3) Eine Dreifachkombination aus RAS-Blockern, Calciumantagonisten und Diuretika sollte vermieden werden.
- 4) Spironolacton wird in der Behandlung der arteriellen Hypertonie nicht mehr eingesetzt.
- 5) Volumenmangel kann üblicherweise zu einer schwer einstellbaren Hypertonie führen.

8. Welche Aussage ist nicht korrekt?

- 1) Auf Grund des subjektiv geringen Leidensdruck ist die Medikamenten-Adhärenz bei der Behandlung der arteriellen Hypertonie unzureichend.
- 2) Auf den Benefit einer Verschreibung von Fixkombinationen weisen die Leitlinien explizit hin.
- 3) Es konnte gezeigt werden, dass bei neu eingestellten Hypertonikern nach drei Jahren jeder zweite seine antihypertensive Therapie bereits wieder abgebrochen hatte.
- 4) Die Einhaltung einer Kochsalz-armen Diät lässt sich leider nicht überprüfen.
- 5) Eine gute Patientenaufklärung und Vereinfachung des Medikamentenplans kann die Medikamenten-Adhärenz deutlich verbessern.

9. Welche Aussage ist korrekt?

- 1) Sekundäre Hypertonieformen müssen bei allen Hypertoniepatienten ausgeschlossen werden.

- 2) Zu den häufigen Formen der sekundären Hypertonie zählen die renalen Hypertonieformen (renoparenchymatöse und renovaskuläre Hypertonie), der primäre Hyperaldosteronismus sowie die schlafbezogenen Atemstörungen.
- 3) Es findet sich kein Zusammenhang zwischen dem Rückgang der glomerulären Filtrationsrate und dem Anstieg der Hypertonie Prävalenz.
- 4) Das Phäochromozytom ist eines der häufigsten Formen der sekundären Hypertonie.
- 5) Lakritze kann bei milden Formen eines primären Hyperaldosteronismus eingesetzt werden.

10. Welche Aussage ist nicht korrekt?

- 1) In den randomisiert kontrollierten Studien „ASTRAL“ und „CORAL“ an Patienten mit atherosklerotischer Nierenarterienstenose konnte eine wesentliche Verbesserung des Blutdrucks oder der

Nierenfunktion durch die Beseitigung der Nierenarterienstenose gesehen werden.

- 2) Der Einschluss in die ASTRAL-Nierenarterienstenose Studie war nur möglich, wenn sich der behandelnde Arzt unsicher war, ob der Patient von einer Intervention profitieren könnte.
- 3) Bei Patienten mit hochgradigen Stenosen > 70 % und entsprechender Klinik (Lungenödem/„flash pulmonary edema“, schwer einstellbaren Bluthochdruck oder rascher Nierenfunktionsverschlechterung) zeigte sich ein Benefit durch eine Angioplastie.
- 4) Die renale Denervation als invasives Verfahren der Blutdrucksenkung wird weiterhin untersucht und angewendet.
- 5) Die invasiven Verfahren zur Blutdrucksenkung wie die renale Denervation oder die Barorezeptor Stimulation sollten nur im Rahmen kontrollierter Studien angewendet werden.

Literatur zum Artikel:

Update arterielle Hypertonie

Zielwertdiskussion und Behandlungsstrategien

von Prof. Dr. med. Oliver Vonend

- [1] Whelton, P.K., R.M. Carey, W.S. Aronow, et al. (2017) 2017 ACC/AHA/AA-PA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 71(19): e127-e248
- [2] Lopez, A.D., C.D. Mathers, M. Ezzati, D.T. Jamison, and C.J. Murray (2006) Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 367(9524): 1747–57
- [3] Bundy, J.D., C. Li, P. Stuchlik, et al. (2017) Systolic Blood Pressure Reduction and Risk of Cardiovascular Disease and Mortality: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA Cardiol* 2(7): 775–781
- [4] Ettehad, D., C.A. Emdin, A. Kiran, et al. (2016) Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 387(10022): 957–967
- [5] UKProspectiveDiabetesStudyGroup (1998) Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. UK Prospective Diabetes Study Group. *BMJ* 317(7160): 703–13
- [6] Diederichs, C. and H. Neuhauser (2014) Regional variations in hypertension prevalence and management in Germany: results from the German Health Interview and Examination Survey (DEGS1). *J Hypertens* 32(7): 1405–13; discussion 1414
- [7] Web-Referenz (2014) ESC Pocket Guidelines: Leitlinien für das Management der arteriellen Hypertonie Börm Bruckmeier Verlag GmbH ISBN 978–3–89862–948–5 (https://www.hochdruckliga.de/tl_files/content/dhl/downloads/2014_Pocket-Leitlinien_Arterielle_Hypertonie.pdf)
- [8] Kintscher, U. and F. Mahfoud (2015) [Therapy of hypertension–2015]. *Dtsch Med Wochenschr* 140(11): 835–42; quiz 843–4
- [9] Wright, J.T., Jr., J.D. Williamson, P.K. Whelton, et al. (2015) A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med* 373(22): 2103–16
- [10] Mancia, G., R. Fagard, K. Narkiewicz, et al. (2013) 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 31(7): 1281–357
- [11] Hoyer, J. and H. Haller (2017) Update Hypertonie. *Der Nephrologe* 2/2017
- [12] Agarwal, R. (2017) Implications of Blood Pressure Measurement Technique for Implementation of Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT). *J Am Heart Assoc* 6(2)
- [13] Kramer, B.K., M. Hausberg, B. Santer, K. Kusche-Vihrog, J. Weil, B. Weisser, U. Wenzel, and P. Trenkwalder (2017) [Blood Pressure Measurement and Treatment Targets: Position Paper of the DHL(R) Task Force Scientific Statements and Guidelines]. *Dtsch Med Wochenschr* 142(19): 1446–1447
- [14] Xie, X., E. Atkins, J. Lv, et al. (2016) Effects of intensive blood pressure lowering on cardiovascular and renal outcomes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet* 387(10017): 435–43
- [15] Kahan, T. (2017) Target blood pressure in patients at high cardiovascular risk. *Lancet* 389(10085): 2170–2172
- [16] Neter, J.E., B.E. Stam, F.J. Kok, D.E. Grobbee, and J.M. Geleijnse (2003) Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 42(5): 878–84
- [17] Xin, X., J. He, M.G. Frontini, L.G. Ogden, O.I. Motsamai, and P.K. Whelton (2001) Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 38(5): 1112–7
- [18] McManus, R.J., M. Caulfield, and B. Williams (2012) NICE hypertension guideline 2011: evidence based evolution. *BMJ* 344: e181
- [19] Potthoff, S.A. and O. Vonend (2017) Multidisciplinary Approach in the Treatment of Resistant Hypertension. *Curr Hypertens Rep* 19(1): 9
- [20] Calhoun, D.A., D. Jones, S. Textor, et al. (2008) Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment. A scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Hypertension* 51(6): 1403–19
- [21] Williams, B., T.M. MacDonald, S. Morant, et al. (2015) Spironolactone versus placebo, bisoprolol, and doxazosin to determine the optimal treatment for drug-

resistant hypertension (PATHWAY-2): a randomised, double-blind, crossover trial. *Lancet* 386(10008): 2059–2068

[22] Jung, O., J.L. Gechter, C. Wunder, A. Paulke, C. Bartel, H. Geiger, and S.W. Tonnes (2013) Resistant hypertension? Assessment of adherence by toxicological urine analysis. *J Hypertens* 31(4): 766–74

[23] Burke, T.A., M.C. Sturkenboom, S.E. Lu, C.E. Wentworth, Y. Lin, and G.G. Rhoads (2006) Discontinuation of antihypertensive drugs among newly diagnosed hypertensive patients in UK general practice. *J Hypertens* 24(6): 1193–200

[24] Vonend, O., I. Quack, and L.C. Rump (2012) Differentialdiagnostik der schwer einstellbaren Hypertonie. *Der Nephrologe* 5: 374–384

[25] Vonend, O., L.C. Rump, and E. Ritz (2008) Sympathetic overactivity--the Cinderella of cardiovascular risk factors in

dialysis patients. *Semin Dial* 21(4): 326–30

[26] Aboyans, V., M. Bjorck, M. Brodmann, et al. (2017) Questions and answers on diagnosis and management of patients with Peripheral Arterial Diseases: a companion document of the 2017 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): Endorsed by: the European Stroke Organisation (ESO) The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur Heart J* 39(9): e35–e41

[27] Bavry, A.A., S.R. Kapadia, D.L. Bhatt, and D.J. Kumbhani (2014) Renal artery revascularization: updated meta-analysis with the CORAL trial. *JAMA Intern Med* 174(11): 1849–51

[28] Cooper, C.J., T.P. Murphy, D.E. Cutlip, et al. (2014) Stenting and medical therapy for atherosclerotic renal-artery stenosis. *N Engl J Med* 370(1): 13–22

[29] Wheatley, K., N. Ives, R. Gray, et al. (2009) Revascularization versus medical therapy for renal-artery stenosis. *N Engl J Med* 361(20): 1953–62

[30.] Ritchie, J., D. Green, C. Chrysochou, N. Chalmers, R.N. Foley, and P.A. Kalra (2014) High-risk clinical presentations in atherosclerotic renovascular disease: prognosis and response to renal artery revascularization. *Am J Kidney Dis* 63(2): 186–97

[31] Townsend, R.R., F. Mahfoud, D.E. Kandzari, et al. (2017) Catheter-based renal denervation in patients with uncontrolled hypertension in the absence of antihypertensive medications (SPYRAL HTN-OFF MED): a randomised, sham-controlled, proof-of-concept trial. *Lancet* 390(10108): 2160–2170

Ist der Landarzt ein Auslaufmodell?

Bündnis heilen & helfen fordert Gesamtpaket von Politik, damit Heilen auf dem Land wieder möglich ist

Welche Rezepte hat die Politik für eine bessere medizinische Versorgung auf dem Land? Mit dieser Frage konfrontierten die im Bündnis „heilen & helfen“ zusammengeschlossenen hessischen Heilberufskörperschaften am 17. Mai Politiker der Landtagsfraktionen in Wiesbaden. Anlässlich der bevorstehenden Landtagswahlen tauschten sich die Vertreter der Heilberufskörperschaften in der von Andreas Hieke vom Hessischen Rundfunk moderierten Veranstaltung „Heilberufe fragen, Politiker antworten“ mit den Politikern zu zentralen Gesundheitsthemen aus. Dabei spannten sie einen Bogen von den Forderungen „Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Apotheker aufs Land“ und „Mehr Studienplätze in der Medizin“ über die zunehmende Bürokratisierung bis zur von ärztlicher Seite heftig kritisierten Budgetierung, der gesetzlich festgelegten Begrenzung des Honorarvolumens.

Deutlich benannten die Vertreter der Heilberufskörperschaften die Schwierigkeiten, die unter anderem dazu führen, dass Patienten nicht adäquat versorgt werden können. So beschrieben Dr. med. Jürgen Glatzel, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer (LÄKH), Ursula Funke, Präsidentin der Landesapothekerkammer (LAK Hessen) und Dr. Michael Frank, Präsident der Landeszahnärztekammer (LZKH) die dramatische Situation im ländlichen Raum, wo ein Teufelskreis aus schwindender Infrastruktur, Ausdünnung der Krankenhauslandschaft und unattraktiven beruflichen Rahmenbedingungen dazu führe, dass sich immer weniger Ärzte, Zahnärzte und Apotheker dort niederließen.

Mehr Medizinstudienplätze gefordert

„Auf dem Land stirbt es sich leichter und schneller“, sagte Glatzel mit bitterem Unterton. So benötige der Notarztwagen in der Stadt rund fünf Minuten, bis er bei einem Patienten sei, auf dem Land hingegen in der Regel 15 Minuten. Glatzel kriti-

sierte, dass nach den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschuss' (G-BA) ein Drittel aller Krankenhäuser aus der Notfallversorgung herausgenommen werden solle und es Überlegungen gebe, nur noch Kliniken mit über 500 Betten zu betreiben. Damit sei die Versorgung in der Fläche völlig am Ende. „Wenn es keine Ärzte und Apotheker mehr auf dem Land gibt, haben die Patienten keine Anlaufstelle mehr“, warnte Funke. Um junge Menschen auf das Land zu bekommen, reichten Geldanreize nicht aus; notwendig seien u. a. ein ausreichendes Angebot an Kitas und Schulen sowie günstige Verkehrsanbindungen. Angesichts des Ärztemangels, unter dem ländliche Gebiete heute schon litten, forderte Frank mehr Medizinstudienplätze. Allerdings müsse auch geklärt werden, wer diese bezahle. „Es muss mehr Geld in das System“, forderte Glatzel. Die bisherigen Anstrengungen der Politik hätten nicht die erhofften Ergebnisse gebracht, darin war sich das Bündnis der hessischen Heilberufe einig.

Gegen Preiswettbewerb bei Arzneimitteln

„Wir haben bereits richtige Wege eingeschlagen“, erklärte Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU), aber es müsse noch mehr getan werden. „Wir müssen auf allen Ebenen ansetzen.“ So sehen Bartelt und Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen), beide sozialpolitische Sprecher ihrer jeweiligen Landtagsfraktion, Lösungsansätze darin, finanzielle Anreize wie Starthilfen und Umsatzgarantien für Ärzte auf dem Land zu schaffen, ärztliche Überversorgung in „Innenstadtlagen mit gehobener Sozialstruktur“ (Bartelt) abzubauen, sowie durch infrastrukturelle Maßnahmen den ländlichen Raum insgesamt zu stärken. Im stationären Sektor setze man auf Verbundstrukturen von Krankenhäusern. René Rock, FDP-Fraktionsvorsitzender, und Marjana Schott, sozialpolitische Sprecherin der Fraktion der Linken, sprachen

sich dafür aus, mehr Studienplätze zu schaffen und mehr Ärztinnen und Ärzte auszubilden. Dr. Daniela Sommer, stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende, kritisierte die von den Vertretern der Regierungsfractionen vorgeschlagenen finanziellen Maßnahmen als nicht ausreichend und forderte eine längerfristige Unterstützung von Heilberuflern, die auf dem Land praktizieren. Dr. Bartelt stimmte Funke zu, dass zur Sicherung einer flächendeckenden Arzneimittelversorgung kein Preiswettbewerb bei Arzneimitteln sinnvoll sei und seine Fraktion daher wie im Koalitionsvertrag der Bundesregierung die Rückführung des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln auf das europarechtlich gebotene Maß unterstütze.

„Wir wollen auf dem Land arbeiten, aber wir dürfen nicht“, Scharf kritisierte Dr. Heike Winter, Präsidentin der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen (LPPKJP), die Bedarfsplanung. Es müssten zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten geschaffen werden, damit in ländlichen Gebieten mehr Psychotherapeuten praktizieren könnten. Die derzeitige Situation führe insgesamt zu unzumutbar langen Wartezeiten in Stadt und Land, in den ländlichen Regionen aber zu einer deutlichen Unterversorgung. Die Bedarfsplanung müsse grundsätzlich überarbeitet und an die stark gestiegenen Erkrankungszahlen angepasst werden. Forderungen, die Bocklet ausdrücklich unterstützte.

Diskussion über Budgetierung

Kontrovers wurde die Frage der Budgetierung diskutiert. Dr. Glatzel und Michael Matthes, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen (KZVH), wiesen darauf hin, dass 30 Prozent der ärztlichen Leistungen wegen am Quartalsende ausgeschöpfter Budgets nicht honoriert würden.



Oben: Vertreter der Heilberufskörperschaften (von links): Michael Matthes (Stv. Vorsitzender der KZVH), Ursula Funke (Präsidentin der LAK Hessen), Dr. med. Jürgen Glatzel (Präsidiumsmitglied der LÄKH) und Dr. Michael Frank (Präsident der LZKH).
Unten (von links): Moderator Andreas Hieke und die Vertreter der Landtagsfraktionen Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU), Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen), René Rock (FDP), Dr. Daniela Sommer (SPD) und Marjana Schott (Die Linke).

Dem hielt Dr. Bartelt (CDU) entgegen, dass eine Begrenzung erforderlich sei, um den Krankenkassenbeitrag stabil zu halten, während René Rock (FDP) sich gegen die Budgetierung aussprach, jedoch keine Chance auf deren Abschaffung sah. Dr. Sommer (SPD) hielt es für erforderlich, die vielseitigen Probleme in einem Gesamtkonzept anzugehen. Dass Budgetierung menschen- und leistungsfeindlich sei, kritisierten die Bündnisvertreter einhellig. „Ein Arzt darf nicht dafür bestraft werden, wenn er sich für seine Patienten abrackert“, kritisierte Dr. Michael Frank.

Kritik an Bürokratisierung

Mit Blick auf den Einsatz von Antibiotika und die zunehmenden Resistenzen stellte Dr. Ingo Stammberger, Präsident der Landestierärztekammer (LTK Hessen), eine

Verbindung zwischen Human- und Veterinärmedizin her. Er hob hervor, dass Resistenzen gegen Antibiotika unbedingt zu minimieren seien und wies darauf hin, dass in der Nutztierhaltung bereits eine deutliche Reduzierung des Einsatzes von Antibiotika erreicht worden sei. Die erst kürzlich im Bundestag verabschiedete Tierärztliche Hausapothekenverordnung beinhalte jedoch eine nicht notwendige erhebliche Bürokratisierung und finanzielle Belastung für Tierbesitzer, die der Bekämpfung von Resistenzen nicht nütze, und müsse daher geändert werden. Ärzte und Zahnärzte forderten eine Entbürokratisierung bei der Umsetzung der am 25. Mai 2018 in Kraft tretenden neuen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union, die zahlreiche datenschutzrechtliche Anforderungen an die ärztliche und zahnärztliche Praxis stelle.

Heftig wurde kritisiert, dass die Regierungsparteien in Hessen „keine großen Anstrengungen“ unternommen hätten, um die Heilberufskammern in Anlehnung an die IHK und die Handwerkskammern von dem neuen Informationsfreiheitsgesetz auszunehmen. Während Bocklet weitere Diskussionen zu dem Thema in Aussicht stellte, hielt Rock die Regelung für sinnvoll. Übereinstimmend zeigten sich die Politiker davon überzeugt, dass es noch viele Stellschrauben gebe, an denen zur Verbesserung der Versorgung auf dem Land gedreht werden müsse. Dass sich die Heilberufskörperschaften vor über zehn Jahren zu dem Bündnis heilen & helfen zusammengeschlossen haben, sei angesichts der Vielfältigkeit und Komplexität des Gesundheitswesens ausdrücklich zu begrüßen.

Katja Möhrle

Notfallversorgung in Not

Bad Nauheimer Gespräch mit Dr. Susanne Johna und Dr. Eckhard Starke

Überfüllte Notaufnahmen, überlastetes Personal, jeder zweite Patient in der Notaufnahme ist kein Notfall: So oder so ähnlich lauten die Schlagzeilen in Presse, Funk und Fernsehen zu Missständen im Gesundheitswesen, die fast jeder kennt. Sie bestätigten persönliche, schmerzhaft Erfahrungen, aber auch die Frustration der Ärztinnen und Ärzte sowie des Pflegepersonals in den Notfallambulanzen durch Überlastung und Hektik, sagte Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, 1. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Förderkreises Bad Nauheimer Gespräche, in ihren einleitenden Worten zu der Veranstaltung „Notfallversorgung in Not“ im Haus der Landes Zahnärztekammer Hessen.

Nach zweijährigen Beratungen hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 18. April Beschlüsse zur Notfallversorgung entsprechend dem Krankenhausstrukturgesetz 2016 gefasst. Sie beinhalten eine Neuregelung, die Definition von Qualität und personellen Mindest-

standards, aber auch den Ausschluss von 30 Prozent der Kliniken von der finanziellen Förderung der Notaufnahmen. „Eine komplexe und schwierige Thematik“, kommentierte Hasselblatt-Diedrich. Bereits ein halbes Jahr zuvor hatten Marburger Bund und Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam Vorschläge zur Rettung der Notfallversorgung erarbeitet und am 18. September 2017 die „Integrative Notfallversorgung“ vorgestellt.

Die Internistin und Gesundheitsökonomin Dr. med. Susanne Johna, Mitglied des Bundesvorstandes der Marburger Bundes und Landesvorsitzende des Marburger Bundes in Hessen sowie Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, und der Stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen Dr. med. Eckhard Starke, Allgemeinarzt, Fachkunde Rettungsdienst, Notfallmedizin, erläuterten und kommentierten das von einer Arbeitsgruppe aus Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten entwickelte Reformkon-

zept anlässlich des Bad Nauheimer Gesprächs.

Zentrale Forderungen seien eine gemeinsame medizinische Anlaufstelle am Krankenhaus, personelle und digitale Verknüpfung der Sektoren, um eine doppelte Inanspruchnahme zu vermeiden und eine gerechte Beteiligung der Ärztinnen und Ärzte an der Notfallversorgung, machten die Referenten deutlich. Wichtig sei eine definierte Strukturqualität, so Johna. Alle Patienten müssten nach Behandlungsdringlichkeit eingeordnet werden. Dabei solle schon beim Primärkontakt am Telefon eine Ersteinschätzung durch medizinisch geschultes Personal erfolgen, ob der Patient einen Facharzt benötige oder nicht.

Ein weiterer gemeinsamer Lösungsvorschlag zielt darauf ab, die Telefonnummern 112 und 116 117 zu vernetzen. Auch müssten die entsprechenden Rechtsgrundlagen geschaffen und die neuen Strukturen zunächst in Modellprojekten erprobt werden.

„Gestuftes System der stationären Notfallversorgung“ / G-BA-Beschluss

Krankenhäuser, die Notfallpatientinnen und -patienten stationär versorgen, können künftig der Höhe nach gestaffelte finanzielle Zuschläge erhalten. Voraussetzung dafür ist, dass bestimmte Mindestanforderungen erfüllt werden, die aus qualitativer Sicht für eine gute Notfallversorgung erforderlich sind. Auf Basis des aktuell beschlossenen Stufensystems werden die für die Krankenhausvergütung zuständigen Vertragspartner – die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung – Zu- und Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen vereinbaren. Die neue Regelung sieht vor, dass ein Krankenhaus für die Zuordnung in die Basisnotfallversorgung (Stufe 1) min-

destens über die Fachabteilungen Chirurgie/Unfallchirurgie sowie Innere Medizin am Standort verfügen muss. Die Aufnahme von Notfällen erfolgt ganz überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme. Hier wird auf der Grundlage eines strukturierten Systems über die Priorität der Behandlung entschieden und der Notfallpatient spätestens 10 Minuten nach der Aufnahme dazu informiert. Darüber hinaus muss gewährleistet sein, dass die entsprechende Betreuung durch einen Facharzt – bei Bedarf auch durch einen Anästhesisten – innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist. Für eine möglicherweise angezeigte Intensivbetreuung muss eine Intensivstation mit der Kapazität von mindestens sechs Betten vorhanden sein. Neben den Mindeststandards für die Ba-

sisnotfallversorgung enthält die Regelung des G-BA auch die Anforderungen an eine erweiterte und umfassende Notfallversorgung. Die allgemeine Hilfeleistungspflicht jedes Krankenhauses bleibt von der Zuordnung oder Nichtzuordnung zur Notfallversorgung unberührt.

Um die stationäre Notfallversorgung auch in strukturschwachen Regionen zu stärken, werden alle Krankenhäuser, die die Voraussetzungen für den Erhalt von Sicherstellungszuschlägen erfüllen, mindestens als Basisnotfallversorgungskrankenhäuser eingestuft. Sicherstellungszuschläge dienen dazu, in strukturschwachen Regionen eine stationäre Basisversorgung aufrecht zu erhalten.“

Auszug aus der Pressemitteilung
des G-BA vom 19.04.2018

„Patienten sind die Hauptpersonen im Gesundheitssystem, aber auch Hauptpersonen brauchen Regeln“, betonte Starke mit Blick auf die aktuelle Situation. „Wir müssen künftig zwingend zwischen tatsächlichen Notfällen und solchen Fällen unterscheiden, in denen die Patienten sofort behandelt werden wollen, obwohl sie häufig schon länger Beschwerden haben“. In der Ärzteschaft habe man überlegt, wie man der Konsumhaltung der Patienten entgegen treten könne. So sehe die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam mit dem Marburger Bund erarbeitete „Integrative Notfallversorgung“ vor, dass Notfallpatienten in die für sie geeignete Versorgungsebene gebracht werden.

Im Rahmen von Modellprojekten müsse die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bezüglich der Notfallversorgung gestärkt und die Finanzierung durch normgebende Institutionen unterstützt werden. Nach dem von Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach vorgestellten Konzept der Integrierten Versorgung solle es künftig eine zentrale Anlaufstelle, den sogenannten Tresen, im Krankenhaus geben, von dem aus der Notfallpatient entweder an den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder die zentrale Notaufnahme weitergeleitet werden soll.

Nötig sei eine personelle und digitale Verknüpfung der Sektoren, sagte Johna. Die Politik habe das Problem erkannt und im Koalitionsvertrag eine gemeinsame Finanzierungsverantwortung und den Aufbau von Notfallleitstellen und integrierten

Notfallzentren gefordert. Außerdem sei ein Strukturfond in Höhe von 1 Milliarde Euro für weitere vier Jahre aufgelegt worden. Doch das Kernproblem – der jährliche Investitionsbedarf der Krankenhäuser – sei damit nicht gelöst. Unterschiedlich bewerteten beide Referenten das Stufenkonzept des G-BA zur stationären Notfallversorgung,

wonach alle Krankenhäuser nach einem Kriterienkatalog beurteilt werden, ob sie die Voraussetzung für die Notfallversorgung erfüllen und nur dann zusätzliches Geld erhalten sollen. Johna kritisierte, dass dadurch bundesweit die Existenz von rund 639 Kliniken und damit die flächendeckende Versorgung von Notfällen gefährdet sei, da vor allem kleinere Kliniken auf dem Land von den Kürzungen betroffen seien.

Eine Sichtweise, die Starke nicht teilte. „Notfälle werden überall in Deutschland flächendeckend behandelt“, stellte er fest. Stationäre Notfallaufnahmen in Kliniken, die eine qualifizierte Notfallversorgung anbieten, würden auch weiterhin aufrechterhalten. Wichtig sei ein Konzept mit einer umfassenden Notfallversorgung als Grundmodell, einer erweiterten



Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, Dr. med. Susanne Johna und Dr. med. Eckhard Starke (v. l.)

Notfallversorgung und einer Basisnotfallversorgung. Seinem Argument, die von Kürzungen betroffenen Krankenhäuser hätten in der Vergangenheit nur fünf Prozent der Patienten versorgt, hielt Johna entgegen, dass es sich dabei immerhin um die Zahl von 2,5 Millionen Patienten handle. „Die Frage ist: Wo werden diese Menschen künftig versorgt?“ Sie kämen zusätzlich auf die anderen Notaufnahmen zu. Ihre hohe Zahl könne nicht ambulant bewältigt werden.

Als Feuerwerk von Informationen bezeichnete Hasselblatt-Diedrich die Diskussion. Obwohl es noch unterschiedliche Positionen gebe, stimme es sie optimistisch, dass sich Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte zusammengesetzt hätten, um eine Lösung zu finden.

Katja Möhrle

Buchtipps



Das menschliche Skelett

Taschenverlag 2018. Kit aus vorgeschnittenen Papierelementen, Zubehör und Aufbauanleitung, 50,5 x 65 cm, mehrsprachige Ausgabe: Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch, Spanisch. ISBN: 9783836572545, € 30

Wer sich noch an die klapprigen Kunststoff-Skelette aus der Schulaservatenkammer erinnern kann und diese faszinierend fand, wird auch als Nicht-Mediziner seinen Gefallen daran finden,

das (wieder) neu im Taschen-Verlag aufgelegte, vollständige und lebensgroße menschliche Skelett (1,80 Meter) aus Papier zusammenzubauen – mit beweglichen Gelenken. Ob es wirklich ohne Schere und Klebstoff funktioniert, muss sich in der Praxis erst erweisen. Da solche Bastelprojekte erfahrungsgemäß dauern können, sei hier schon mal auf diese spannende Neuerscheinung hingewiesen, die bestimmt nützlich für Ärztinnen und Ärzte ist sowie für alle Berufsgruppen, die anthropologische Forschungen betreiben. Für alle anderen bietet sich damit ebenfalls ein sehr individuelles Deko-Objekt, das in der Anschaffung nicht teurer als ein gebundenes Buch ist. Ein ideales Puzzle-Projekt für die Urlaubs- und Sommerzeit!

Isolde Asbeck



Den Blick über die Weinberge im Rheingau genoss schon Goethe: Impressionen mit Schloss Vollrads im Mittelpunkt. Foto: Woody T. Herner Woodworks

Von Leonard Bernstein bis Frida Gold

Das Rheingau Musik Festival lockt mit musikalischen Genüssen bei edlen Tropfen

Er war ein musikalischer Tausendsassa. „West Side Story“, „Candide“ und „On the Town“ gehören zu den bekanntesten Bühnenwerken des legendären amerikanischen Komponisten, Dirigenten und Pianisten Leonard Bernstein. Neben Musicals schrieb er Sinfonien, Chorwerke, Kammermusik und Liederzyklen. In diesem Jahr würde Bernstein 100 Jahre alt: Anlass genug für das Rheingau Musik Festival, sein Werk 2018 zu einem Themenschwerpunkt zu machen und dem charismatischen Künstler, der mit 40 Jahren Chefdirigent der New Yorker Philharmoniker wurde, ein musikalisches Portrait zu widmen.

„Happy Birthday Lenny!“

Bei einem musikalisch-literarischen Abend beleuchten seine Tochter Jamie Bernstein und der Pianist Sebastian Knauer Leben und Wirken Bernsteins. Unter dem Titel „Happy Birthday Lenny!“ soll in der Rheingauer Sommernacht auf Schloss Johannisberg ein musikalisches Feuerwerk zu seinen Ehren entzündet werden.

Ein Glas Wein in der Hand und Harmonien im Ohr: Vom 23. Juni bis 1. September 2018 breitet sich von Frankfurt über Wiesbaden bis zum Mittelrheintal wieder ein außergewöhnlicher Klangteppich aus. Rund 170 Konzerte an 40 unterschiedlichen Spielstätten – Hauptveranstaltungsorte sind auch in diesem Jahr Kloster Eberbach, Schloss Johannisberg, Schloss Vollrads und das Kurhaus sowie das neue RheinMain CongressCenter in Wiesbaden – verwandeln die Region bei der 31. Auflage des Rheingau Musik Festivals in ein sommerliches Konzerthaus. Weltbekannte Solisten und Orchester gastieren an architektonisch und kulturell bedeutenden Plätzen, in Kirchen und Kelterhallen. Aus alten Weingütern werden Bühnen, wo sich Klänge und Melodien mit kulinarischen Genüssen und edlen Tropfen mischen. Neben dem Schwerpunkt „Klassische Musik“ gehören Jazz, Kabarett und Weltmusik zum Repertoire des Festivals, das zu den größten in Europa zählt.

Freundschaft als Leitgedanke

Das Rheingau Musik Festival begann einst als private Initiative von Michael Herrmann, bis heute Intendant des Festivals, und anderen Musikliebhabern, die das musikalische Leben im Rhein-Main-Gebiet bereichern wollten. Eine der Gründungsmitglieder war Tatiana Fürstin von Metternich-Winneburg, die den Ostflügel von Schloss Johannisberg als Konzertsaal zur Verfügung stellte. Bis zu ihrem Tod 2006 saß sie dem Kuratorium des Festivals vor. Aktuell hat Roland Koch, ehemaliger Ministerpräsident des Landes Hessen, den Vorsitz des Festivals inne, das 1994 den Rheingau Musikpreis ins Leben rief. Seither wird er jährlich vergeben. Langeweile und Routine sind Fremdwörter, denn jedes Jahr werden neue Themenschwerpunkte gesetzt. Ausgehend von der Grundidee des Rheingau Musik Festivals, musikalische Weggefährten und Freunde im Rheingau zu versammeln, lautet 2018 der Leitgedanke „Freundschaft“. So war Intendant Michael Herrmann bis zu dessen Tod mit Bernstein befreundet.

Der zweite Komponisten-Schwerpunkt zeichnet Verbindungslinien des vor 100 Jahren verstorbenen französischen Komponisten des Impressionismus, Claude Debussy, zu älteren und zeitgenössischen Kollegen nach. Debussy, Visionär, Rebell und zugleich einer der wichtigsten Komponisten seiner Generation, war immer auf der Suche nach Neuem. Von der Weltausstellung 1889 in Paris ließ er sich dazu inspirieren, Klänge aus Java, Vietnam, China oder Andalusien in seine Kompositionen zu weben, die Künstler wie Lizi Ramishvili, Violoncello, und Khatia Buniatishvili, Klavier, oder Diane Schuur, vocals, und das Landes Jugend Jazz Orchester Hessen unter der Leitung von Wolfgang Diefenbach auf dem Festival interpretieren werden.

Gemeinsame Projekte

Auch die Projekte der diesjährigen „Fokus-Künstler“ des Festivals sind eng mit dem Leitgedanken „Freundschaft“ verknüpft. So bringen die Sopranistin Annette Dasch, der Oboist Albrecht Mayer und der Komponist und Bratscher Brett Dean befreundete Musiker mit in den Rheingau, um gemeinsam mit ihnen musikalische Projekte zu verwirklichen.

Brett Dean war 15 Jahre Bratschist bei den Berliner Philharmonikern. Im Jahr 2000 kehrte er in sein Heimatland Australien zurück, um sich stärker dem Schreiben

von Musik zu widmen. Heute zählt er zu den international meistaufgeführten Komponisten seiner Generation. In der Reihe „Fokus-Künstler“ zeigt er sich als Bratschist, Komponist und Dirigent. Gemeinsam mit den Festival Strings Lucerne stellt Brett in der „Mozart-Nacht“ seine „Short Stories“ vor – fünf Interludien für Streichorchester. Im Zusammenspiel mit Baiba Skride, Gergana Gergova, Hélène Clément und Alban Gerhardt rahmt er sein Streichquintett „Epitaphes“ mit klassisch-romantischen Vorbildern ein.

Gänsehaut und Lachen

„Meine Konzerte im Festivalsommer sind handverlesen“, verspricht Annette Dasch, in diesem Jahr Artist in Residence beim Rheingau Musik Festival. Von Gänsehaut bis Tränen bis Lachen sei alles möglich. Die Opern-, Konzert- und Liedersängerin zeigt in sechs Veranstaltungen mit Musik von Beethoven bis Lehár ihre musikalische Bandbreite. Begleitet wird Dasch von befreundeten Musikern wie Klaus Florian Vogt und Wolfram Rieger. Unter anderem wird sie in der konzertanten Aufführung von Franz Lehárs „Die lustige Witwe“ mit dem Symphonieorchester der Volksoper Wien unter der Leitung von Andreas Schüller zu hören und sehen sein.

Mit Musik von Vivaldi bis Britten will sich Albrecht Mayer als „Fokus Künstler“ in sechs Veranstaltungen präsentieren und

dabei ebenfalls von befreundeten Musikern begleiten lassen. In einem Kammermusik-Abend mit Tianwa Yang, Liisa Randalu und Gabriel Schwabe werden Werke von Mozart, Ravel, Moeran und Britten interpretiert. Unter dem Motto „Mozarts große Nachtmusiken“ wird Oboist Mayer gemeinsam mit Sinfonietta Cracovia im Eberbacher Kreuzgang unter anderem Mozarts Adagio für Englischhorn und Joseph Fialas Englischhornkonzert aufführen.

Fokus Jazz

Er gilt als einer der Stars des aktuellen Jazz, die New York Times nannte ihn sogar den „einflussreichsten Jazz-Pianisten der letzten 20 Jahre“: Brad Mehldau. Auf dem Rheingau Musik Festival ist er mit dem Brad Mehldau Trio zu Gast. Die Reihe „Fokus Jazz“ präsentiert insgesamt fünf hochkarätige Klaviertrios mit eigenen Klangsprachen. Jason Moran und sein Bandwagon greifen in ihrem Spiel Vergangenes auf und verweben es mit neuen Ideen. Das David Gazarov Trio verbindet beide Welten – sowohl die des Jazz als auch die klassische, während das Omer Klein Trio seine Inspiration zum Teil aus der traditionellen jüdischen Musik des Abendlandes und dem Orient, der Liedkunst der Romantik und dem Jazz US-amerikanischer und europäischer Prägung schöpft. In der skandinavischen Volksmelodik sowie der Pop- und Rockmusik verhaftet ist das schwedisch-kubanisch-deutsche Tingvall Trio.

Rosinen im Angebot

„Expedition Sound“ heißt die Reihe, die musikalische Grenzgänger zusammen bringen soll. Die Reihe „Next Generation“ mit jungen Künstlern und Ensembles lockt Neugierige. Als eine der Rosinen des Festivals ist die Band Frida Gold angekündigt, deren Elektro-Tracks seit 2010 zur deutschen Musiklandschaft gehören. Ihr Song „Wovon sollen wir träumen“ wurde zur Hymne der Frauenfußball-Weltmeisterschaft. Mit dem Geiger und Arrangeur MIKI haben Frida Gold ihre Songs als Streichquintetts neu aufgelegt.

Programm unter <https://www.rheingau-musik-festival.de/>.

Katja Möhrle



2017: Das SWR Symphonieorchester konzertiert mit der Auferstehungssinfonie im Kloster Eberbach.



Dr. med. Karen Kawecki (links) und Dr. med. Michael Werner.

Chefarztwechsel in der neurologischen Abteilung im Klinikzentrum Lindenallee Bad Schwalbach: Mit einer Feierstunde wurde kürzlich der langjährige Chefarzt der Neurologie, **Dr. med. Michael Werner**, in den Ruhestand verabschiedet. Als seine Nachfolgerin wurde **Dr. med. Karen Kawecki** begrüßt, die als neurologische Oberärztin bereits seit 2005 als seine ständige Vertreterin tätig ist. Seit 2005 hat Werner das Klinikzentrum stark mitgeprägt. Sein besonderer Einsatz galt der Weiterentwicklung der Behandlung des Morbus Parkinson und der Aufklärung Betroffener und ihrer Angehörigen. Auf sein Bestreben hin verfügt das Klinikzentrum Lindenallee über eine Spezialstation für die Rehabilitation von Patienten mit Morbus Parkinson und gilt als renommierte Parkinson-Klinik. Kawecki übernimmt die Leitung der Neurologie inklusive der Spezialabteilung für Morbus Parkinson. Sie hat zum Thema promoviert und ist Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, mit der Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen.

Prof. Dr. med. Wolfgang Weidner, ehemali-



ger Direktor der Klinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie der Justus-Liebig-Universität Gießen, ist für weitere drei Jahre (2018–2021) als hauptamtlicher Dekan des Fachbereichs Medizin wieder gewählt worden. Außerdem wurde ihm vom Bundespräsidenten das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen. Weidner (Jahrgang 1947) wechselte 1993 vom Klinikum Göttingen nach Gießen, wo er 22 Jahre lang die Klinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie des Gießener Uniklinikums

(UKGM) leitete. Von 2008 bis 2009 war er Präsident der Deutschen Urologen und von 2007 bis 2013 stand er als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Andrologie vor. Eines seiner Forschungsgebiete war männliche Unfruchtbarkeit. (red/Gießener Anzeiger)

Prof. Dr. med. Claus F. Vogelmeier (62), Direktor der Klinik für Innere Medizin, Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin am Standort Marburg des UKGM, ist neuer Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin für das Jahr 2018/2019.



Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Hans Rudolf Tinneberg (Foto) ist neuer Leiter der Sektion Endometrie am Krankenhaus Nordwest. In dieser Funktion wird der 67-Jährige gemeinsam mit dem Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, **Prof. Dr. med. Jörg B. Engel**, das neue Endometriozentrum am Krankenhaus Nordwest aufbauen. Tinneberg leitete vor seinem Wechsel an das Kran-



kenhaus Nordwest 15 Jahre die Frauenklinik der Justus-Liebig-Universität in Gießen. Er verfügt über ein MIC-III-Zertifikat der Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Endoskopie e. V. (AGE), deren Präsident er war, und gilt damit als ausgewiesener Spezialist für minimal invasive gynäkologische Eingriffe bei schwieriger Endometriose sowie für fertilitätserhaltende Behandlungen. Endometriose betrifft etwa zehn Prozent aller Frauen und ist eine der häufigsten gutartigen gynäkologischen Erkrankungen.

Dem ehemaligen Chefarzt der Chirurgie im Klinikum Frankfurt-Höchst, **Prof. Dr. med. Wolf-Joachim Stelter**, ist das Verdienstkreuz 1. Klasse übergeben worden. Von 1984 an – 23 Jahre lang – war er als Chefarzt der Chirurgischen Klinik tätig. Er gilt als einer der Pioniere der minimal-invasiven Chirurgie und entwickelte spezielle Stentprothesen für Aortenaneurysmen. 2007 ging Stelter in den regulären Ruhestand. 2010 wurde ihm jedoch als Konsiliararzt die Leitung der Gefäßchirurgie übertragen. 2013 wurde er Berater des kaufmännischen Geschäftsführers. Ende 2016 begann dann sein zweiter offizieller „Unruhestand“.



Dr. med. Norbert Dickopf wird 80 Jahre: Wohnhilfswerk als Lebenswerk

Mit dieser Überschrift könnte das Wirken des Oberurseler Internisten Dr. med. Norbert Dickopf (Foto), der am 16. Juli 2018 seinen 80. Geburtstag feiert, zusammengefasst werden. Gleichwohl ist es viel mehr als das. Es ist die Gründungsgeschichte des Vereins „Wohnhilfswerk für behinderte Menschen e. V.“ im Jahre 1979, mit dem Ziel, ein Wohnheim für behinderte Menschen zu schaffen. In dem 1985 erbauten Alfred-Delp-Haus in Oberursel wohnen heute 80 Menschen, teils schwerst mehrfach behindert. Über das „Betreute Wohnen“ bis hin zu integrativen Jugendtreffs wurde die Idee weiter entwickelt. Ohne den bis heute unermüdlichen Einsatz des mittlerweile Ehrengesetzten wäre all das nie möglich geworden. Zurecht wurde dieses Lebenswerk u. a. mit der Richard-Hammer-Medaille der Landesärztekammer Hessen und dem Bundesverdienstkreuz am Bande gewürdigt. Ganz besonders dürfte sich der gläubige Katholik über die Verleihung der Georgsplakette der Diözese Limburg in diesem Jahr gefreut haben. In Anerkennung und Würdigung seiner Lebensleistung gratuliere ich im Namen aller, die ihn kennen, zum 80. Geburtstag – bestimmt wird er auch in Zukunft noch die eine oder andere Inspiration für das Wohnhilfswerk geben.



Dr. med. Matthias Dickopf

Kontinuität und Innovation: Professor Helmut Remschmidt zum 80. Geburtstag

International renommierter Nestor der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ehemaliger Lehrstuhlinhaber an der Freien Universität Berlin und später an der Philipps-Universität Marburg. Weit über sein Fachgebiet hinaus engagierte sich Prof. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt unter anderem im Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer und erwarb Verdienste um die ärztliche Weiterbildung. Am 25. April dieses Jahres ist er 80 Jahre alt geworden.

„Kontinuität und Innovation“: So war ein Symposium anlässlich seines 80. Geburtstages überschrieben. Ein Motto, das nach Remschmidts eigenen Worten sein 35-jähriges Engagement als Fachredakteur und seit 1994 als stellvertretender Leiter der medizinisch-wissenschaftlichen Redaktion des Deutschen Ärzteblattes umschreibt. Erst im vergangenen Jahr beendete er die Tätigkeit auf eigenen Wunsch und hat damit große Fußstapfen hinterlassen.

Seine kontinuierliche Arbeit in der Patientenversorgung, in Wissenschaft, Forschung und Lehre und in vielen Ehrenämtern führte dazu, dass Remschmidt im Laufe seines reichen Berufslebens zahlreiche Auszeichnungen erhielt. Da es den Rahmen dieses Artikels sprengen würde, sie alle aufzählen, möchte ich pars pro toto die von der organisierten Ärzteschaft verliehenen Würdigungen herausgreifen: 1996 erhielt er die Ernst-von-Bergmann-Plakette der deutschen Ärzteschaft und 2003 die Ehrenplakette der hessischen Ärzteschaft.

Nach Studien der Psychologie, Philosophie und Medizin in Erlangen, Wien und Tübingen habilitierte sich Helmut Remschmidt 1971 in Marburg, dem ersten Lehrstuhl des Fachgebietes der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik und gründete 1975 als ordentlicher Professor für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters die gleichnamige Abteilung an der Freien Universität Berlin.

Zum Glück für uns Hessen kehrte er 1980 als Ordinarius nach Marburg zurück und machte aus dem ersten Lehrstuhl für das



Prof. Dr. med. Dr. Helmut Remschmidt feierte seinen 80. Geburtstag.

Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie den führenden Lehrstuhl in Deutschland. Damit reihte sich Remschmidt in die verdienstvolle Arbeit der Urväter der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland wie Hermann Emminghaus, Heinrich Hoffmann und Otto Löwenstein ein. Sechs seiner Schüler übernahmen später selbst Lehrstühle und führten sein Werk und Wirken fort.

Die berufliche Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte war ihm immer ein besonderes Anliegen und so setzte er sich mit Leidenschaft dafür ein, das recht junge Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie über die Grenzen der eigenen Fachkollegen hinaus bekannt zu machen. Nicht nur als akademischer Lehrer, sondern auch als internationaler Forscher stellte Remschmidt regionale, nationale und internationale Verbindungen her.

Lange bevor überall von der notwendigen Überwindung der Sektorengrenzen die Rede war, baute er erfolgreich eine klinische Versorgungsstruktur mit mobilen, ambulanten, stationären, teilstationären und komplementären Bereichen auf. Remschmidt verknüpfte medizinisch-psychiatrische Strukturen mit den Strukturen der Jugendhilfe und konnte damit vielen Kindern und Jugendlichen die Genesung oder Linderung ihrer Beschwerden im Vergleich zu einer Behandlung in den herkömmlichen Strukturen erleichtern.

28 Jahre lang, von 1984–2012, gehörte Remschmidt dem wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer an, davon über zehn Jahre als stellvertretender Vorsitzender. Auch in der Landesärztekammer Hessen engagierte er sich ehrenamtlich, unter anderem im Psychotherapie-Ausschuss und im Weiterbildungsausschuss.

Als er die eingangs erwähnte Tätigkeit als wissenschaftlicher Beirat bzw. Fachredakteur für das Deutsche Ärzteblatt, davon viele Jahre als stellvertretender Leiter der medizinisch-wissenschaftlichen Redaktion, beendete, verabschiedete sich Remschmidt von seinen Lesern mit den Worten: „Gleichwohl sind die Medizin insgesamt und die ärztliche Tätigkeit im Besonderen bedroht durch die maßlose Ökonomisierung und Bürokratisierung des gesamten Gesundheitswesens. Hier ist ein Umdenken erforderlich, und das Deutsche Ärzteblatt ist ein geeignetes Publikationsorgan, um Initiativen zur Revitalisierung des Gesundheitswesens durch die Ärzteschaft zu transportieren.“ Ein Zitat, das mir selbst aus der Seele spricht.

Es ist mir eine Ehre, einem hochgeschätzten Kollegen im Namen der hessischen Ärzteschaft für sein herausragendes Engagement herzlich zu danken und ihm alles erdenkliche Gute für die Zukunft zu wünschen.

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

29. GRAZER FORTBILDUNGSTAGE

DER ÄRZTEKAMMER FÜR STEIERMARK



8. bis 13. Oktober 2018 | Graz

Kurse, Seminare und Vorträge für Ärztinnen und Ärzte

www.grazerfortbildungstage.at

Ärzttekammer für Steiermark, Fortbildungsreferat, A-8010 Graz, Kaiserfeldgasse 29,
Tel.: +43(0)316/8044-37, -32, -33, Fax: +43(0)316/8044-132, fortbildung@aekstmk.or.at

10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin in Kassel



Gemeinsam Kinder vor Missbrauch schützen – ein wichtiges gesamtgesellschaftliches Ziel.

„Kinderschutz in der Medizin – damals, heute, morgen“: Unter diesem Motto diskutierten 470 Teilnehmerinnen und Teilnehmer Anfang Mai 2018 bei der 10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) im Kongress Palais in Kassel.

Renommierte nationale und internationale Experten deckten mit ihren Vorträgen das gesamte Spektrum des medizinischen und allgemeinen Kinderschutzes ab. Themen waren dabei u. a. die Geschichte des medizinischen Kinderschutzes, multiprofessioneller Kinderschutz, Vernachlässigung, Frühkindliche Traumatisierung und Belastungen, Ethische Fragen im medizinischen Kinderschutz, Präventiver Kinderschutz in der Medizin – Frühe Hilfen, wissenschaftliche Evidenz medizinischer Diagnosen, Wissenschaft und Kinderschutz-Leitlinie, Finanzierung im Kinder-

schutz und der Einfluss digitaler Medien als Thema im Kinderschutz.

Der erstmals als neues Format kreierte Henry-Kempe-Gedächtnisvortrag wurde von Dr. med. Francesca Navratil aus Zürich gehalten, die in beeindruckender Weise darstellte, was die Betreuung von Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs über die medizinische Befunderhebung hinaus bedeutet. Die in diesem Jahr erstmals vergewene Henry-Kempe-Auszeichnung der DGKiM erhielt Dr. med. Ingo Franke aus Bonn für seine herausragenden Verdienste um die DGKiM und den medizinischen Kinderschutz. Zu unserem großen Bedauern ist Franke am 4. Juni 2018 verstorben. Zum Gelingen der Tagung und der hervorragenden Stimmung trotz der ernsten Thematik trugen neben einer Reihe motivierter ehrenamtlicher Helfer die zahlreichen Unterstützer bei, die eine Veranstal-

tung dieser Größenordnung im wunderschönen Ambiente des Kasseler Kongress Palais überhaupt erst ermöglicht haben. Eine solche Unterstützung beim Thema Kinderschutz sei keineswegs eine Selbstverständlichkeit, hob das ehrenamtliche Tagungspräsidenten-Team, bestehend aus Dr. Anette Weißbrodt, Dieter Kunert und Dr. med. Bernd Herrmann vom Klinikum Kassel, zu Beginn hervor und bedankte sich bei den zahlreichen Unterstützern wie u. a. dem hessischen Sozialministerium und den Frühen Hilfen.

Die Jahrestagung wurde in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGfPI), dem multiprofessionellen Dachverband für Kinderschutz in Deutschland, veranstaltet. Schirmherren waren der hessische Gesundheits- und Sozialminister Stefan Grüttner und der Oberbürgermeister der Stadt Kassel, Christian Geselle.

Dr. med. Bernd Herrmann

Oberarzt Kinder- und Jugendmedizin,
Neonatologie –
Ärztliche Kinderschutz- und
Kindergynäkologieambulanz
Gesundheit Nordhessen, Klinikum Kassel
E-Mail: herrmann@klinikum-kassel.de
Internet: kindesmisshandlung.de

Sponsorenliste im Internet unter www.kindesmisshandlung.de/mediapool/32/328527/data/Sponsorenaufstellung-DGKiM_10.Jahrestagung_Kassel-2018.pdf/.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)

Die 2008 in Kassel gegründete Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) zählt über 370 Mitglieder und ist eine bundesweite multidisziplinäre Fachgesellschaft für Ärzte, Psychologen, Pflegende, Sozialarbeiter und andere Berufsgruppen, die sich innerhalb des Gesundheitswesens um den Schutz von Kindern vor Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung bemühen.

Sie unterstützt dies durch die Entwicklung von Standards und Leitlinien, durch

die fachliche Qualifikation und Ausbildung, durch wissenschaftliche Studien, Arbeitsgruppen und Jahrestagungen und als kinderschutzpolitische Interessenvertretung. Die DGKiM setzt sich für die Bildung von Kinderschutzgruppen an Kinderkliniken ein. Diese interdisziplinären Teams arbeiten gemeinsam nach einem klar definierten Konzept zum Schutz von Kindern vor Gewalt bei konkreten Fällen zusammen. Seit dem ersten Erscheinen des DGKiM-Leitfadens zum Kinderschutz

im Jahr 2010 haben sich in über 150 Kliniken Kinderschutzgruppen gebildet. Derzeit entwickelt die DGKiM eine AWMF-Leitlinie zum Kinderschutz, an der über 70 Fachgesellschaften beteiligt sind. Seit 2017 vergibt die DGKiM für Ärztinnen und Ärzte ein Zertifikat Kinderschutzmedizin und ermöglicht Kinderschutzgruppen eine Akkreditierung zu erwerben. Dies ermöglicht die Überprüfung von fachlichen Qualitätsstandards im medizinischen Kinderschutz.

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!

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“ – Hämatologie-Onkologie

Mi., 26. September 2018, 15:00 – 20:00 Uhr **7 P**

Leitung: Prof. Dr. med. R. Schlößer, Frankfurt

Gebühr: € 75 (Akademiestudienmitglieder kostenfrei)

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,

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

Datenschutz

Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis

Sa., 20. Oktober 2018

Leitung: André Zolg, M.Sc., Frankfurt

Andreas Wolf, Frankfurt

Gebühr: € 100 (Akademiestudienmitglieder € 90)

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Moderatorentaining für ärztliche Qualitätszirkel

Fr., 28. – Sa., 29. September 2018 **20 P**

Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda

Gebühr: € 360 (Akademiestudienmitglieder € 324)

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

E-Mail: andrea.flören@laekh.de

Rechtsmedizin

Was, wenn die Verletzung eine Straftat ist? Ärzte als sachverständige Zeugen

Teil 1: Mi., 19. September 2018

Teil 2: Fallbeispiele Mi., 17. Oktober 2018

Leitung: Prof. Dr. med. M. Verhoff

Gebühr: jeweils € 70 (Akademiestudienmitglieder € 63)

Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208,

E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Hautkrebs-Screening

Mi., 28. November 2018, 13:00 – 21:00 Uhr

Leitung: Dr. med. H.-M. Hübner, Langgöns

Dr. med. E. Reichwein, Villmar

Gebühr: € 180 (Akademiestudienmitglieder € 162)

zzgl. € 70 Schulungsmaterial

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

E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Ethik

Curriculare Fortbildung „Ambulante Ethikberatung“

Blended Learning-Veranstaltung gem. Curriculum der AEM.

Theorierteile: Fr., 31. Aug. – Sa., 01. Sep. 2018,

Mi., 19. September 2018 und

Mi., 31. Oktober 2018

Moderationskurs: Fr., 30. Nov. – Sa., 01. Dez. 2018

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

Gebühren: Theorierteil € 650

(Akademiestudienmitglieder € 585)

Moderationskurs € 300

(Akademiestudienmitglieder € 270)

Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Arbeitsmedizin

Arbeitsmedizinische Vorsorge: Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitl. Bedingungen

Fr., 26. – Sa., 27. Oktober 2018, 09:00 – 17:00 Uhr **16 P**

Leitung: Dr. med. U. Klinsing,

Dr. med. R. Snethlage

Gebühr: € 280 (Akademiestudienmitglieder € 252)

Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,

E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

FOBI: Refresher Mi., 19. September 2018 **6 P**

MIMA: Erstschtulung Mi., 24. Oktober 2018 **6 P**

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

Gebühr: € 110 (Akademiestudienmitglieder € 99)

Max. Teilnehmerzahl: 25

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

E-Mail: karin.kuebler@laekh.de

Impfkurs

Sa., 27. Oktober 2018, 09:00 – 17:30 Uhr **12 P**
Leitung: Dr. med. P. Neumann, Frankfurt
Gebühr: € 180 (Akademiestmitglieder € 162)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Kenntniskurs (Theoretische und Praktische Unterweisung)
Sa., 20. Oktober 2018 **je 4 P**
Gebühr: Theorie: € 100 (Akademiestmitgl. € 90)
 Praxis: € 60 (Akademiestmitgl. € 54)

Aktualisierungskurs
Sa., 10. November 2018, 09:00 – 16:15 Uhr **8 P**
Gebühr: € 150 (Akademiestmitglieder € 135)

Spezialkurs Röntgendiagnostik
Fr., 07. – Sa., 08. Dezember 2018, 09:00 – 17:00 Uhr
 + prakt. Halbttag (Termine werden noch bekannt gegeben)
Gebühr: € 340 (Akademiestmitglieder € 306)
Leitung: Prof. Dr. med. Dr. med. habil. B. Bodelle
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Infektiologie

Antibiotic Stewardship
Modul 5 – Expert: **Mo., 29. Okt. – Mi., 04. Nov. 2018**
Leitung: Prof. Dr. med. K. Hunfeld
Gebühr: auf Anfrage
Modul 1 – Basic: **Mo., 20. – Fr., 24. August 2018** **40 P**
Leitung: Prof. Dr. med. H.-R. Brodt,
 Prof. Dr. med. V. Kempf,
 Dr. med. J. Keßel,
 Prof. Dr. med. C. Stephan
Ort: **Frankfurt**
Gebühr: € 900 (Akademiestmitglieder € 810)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 Mail: heike.cichon@laekh.de

Innere Medizin

Rheuma an einem Tag
 In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim
Mi., 31. Oktober 2018 **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim
Ort: **Bad Nauheim**, REHA-Zentrum
Gebühr: € 75 (Akademiestmitglieder kostenfrei)
Max. Teilnehmerzahl: 40
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Notfallmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)
Fr., 02. – So., 04. November 2018 **30 P**
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
 M. Leimbeck, Braunfels
Gebühr: € 420 (Akademiestmitglieder € 378)
Wiederholungsseminar Leitender Notarzt
Sa., 17. November 2018 **12 P**
Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel
Gebühr: € 260 (Akademiestmitglieder € 234)
Ort: **Kassel**, Hess. Landesfeuerwehrschule
39. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar
 In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin
 des Universitätsklinikums Frankfurt (UKF).
Mo., 22. – Fr., 26. Oktober 2018 **55 P**
Leitung: Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer
 Prof. Dr. med. J. Bojunga
 Prof. Dr. med. G. Rohde, Frankfurt
Gebühr: € 620 (Akademiestmitglieder € 558)
Ort: **Frankfurt**, Universitätsklinikum
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Begutachtung

Medizinische Begutachtung
Modul II: **Sa., 20. Oktober 2018** **8 P**
Gebühr: € 130 (Akademiestmitglieder € 117)
Modul III: **Fr., 16. – Sa., 17. November 2018** **16 P**
Gebühr: € 250 (Akademiestmitglieder € 225)
Gutachtenerstellung: nur buchbar in Verbindung mit Modul III
Gebühr: Final- und Kausalitätsgutachten je € 25
 (Akademiestmitglieder € 22,50)
 Weitere Module unter www.akademie-laekh.de
Verkehrsmedizinische Begutachtung
Modul IV **Fr., 26. – Sa., 27. Oktober 2018** **12 P**
Gebühr: € 230 (Akademiestmitglieder € 207)
Modul V **Sa., 27. Oktober 2018** **4 P**
Gebühr: € 80 (Akademiestmitglieder € 72)
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
 E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter
Di., 06. – Mi., 07. November 2018 **16 P**
Leitung: PD Dr. med. Y. Schmitt
Gebühr: € 340 (Akademiestmitglieder € 306)
Ort: **Darmstadt**, Alice-Hospital
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Hygiene / Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher

Mi., 07. – Do., 08. November 2018

16 P

Gebühr: € 300 (Akademiestatistiker € 270)

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann

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

Intensivkurs Hygiene in Arztpraxen

Diese Veranstaltung richtet sich auch an medizinisches Fachpersonal.

Mi., 26. September 2018, 13:00 – 21:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth, S. Niklas

Gebühr: € 160 (Akademiestatistiker € 144)

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

Ultraschall

Gefäße

Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

Fr., 30. November 2018 (Theorie)

Sa., 01. Dezember 2018 (Praktikum)

Gebühr: € 340 (Akademiestatistiker € 306)

Ort Praktikum: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

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

Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Abdomen und Retroperitoneum

Abschlusskurs

Sa., 03. November 2018 (Theorie)

und zwei Termine je 5 Std. (Praktikum)

Gebühr: € 380 (Akademiestatistiker € 342)

Orte Praktika: Rhein-Main-Gebiet, div. Kliniken

Leitung der Kurse für Abdomen: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Aufbaumodul Farb- und Spektral-Dopplersonographie abdomineller Gefäße

Sa., 20. Oktober 2018, 09:00 – 18:00 Uhr

Gebühr: € 250 (Akademiestatistiker € 225)

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

Aufbaumodul Schilddrüse

Sa., 15. Dezember 2018, 09:00 – 17:00 Uhr

Gebühr: € 250 (Akademiestatistiker € 225)

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt
Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust, Frankfurt

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

Fachgebundene genetische Beratung

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

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

Modul 4: Kinder- und Jugendmedizin

8 P

Sa., 18. August 2018

Ort: Frankfurt, Laborarztpraxis

Gebühr: € 200 (Akademiestatistiker € 180)

Modul 5: Neurologie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin 26 P

Fr., 21. - Sa. 22. September 2018

Beginn Teilerlernphase: 21. August 2018

Gebühr: € 350 (Akademiestatistiker € 315)

Leitung: Dr. med. Dipl.-Biol. E. Schwaab

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

Einführung in die Schlafmedizin

Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe nach BUB-Richtlinien (anerkannt von DGSM und KV). In Kooperation mit der Gesellschaft für Schlafmedizin Hessen e. V. (GSMH).

Teil 1: Fr., 14. – Sa., 15. September 2018

Teil 2: Fr., 28. – Sa., 29. September 2018

Teil 3 (Praktikum): Fr., 19. Oktober 2018

Ort Praktikum: Hofheim, Schlafmedizinisches Zentrum

Gebühr: € 650 (Akademiestatistiker € 585)

Leitung: Dr. med. J. Heitmann
Dipl.-Psych. M. Specht
Prof. Dr. med. R. Schulz

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

Aktuelle Diabetologie

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

Teile 1 + 2: Mittwoch, 19. September 2018

Leitung: Dr. med. D. Winter, Bad Nauheim
Dr. med. B. Fischer, Gießen

Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de

EKG

EKG-Kurs mit praktischen Übungen

Fr., 10. – Sa., 11. August 2018 22 P

Gebühr: € 320 (Akademiestatistiker € 288)

EKG-Refresher-Kurs

Do., 23. August 2018 10 P

Gebühr: € 140 (Akademiestatistiker € 126)

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

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

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

Kriseninterventionsseminar (folgende Termine zur Auswahl):

Mi., 26. September 2018 oder Mi., 24. Oktober 2018 8 P

Gebühr € 150 (Akademiestatistiker € 135)

Refresher für Transplantationsbeauftragte Ärzte

Di., 20. November 2018, 09:30 – 17:30 Uhr 9 P

Gebühr: € 150 (Akademiestatistiker € 135)

Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt

PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz

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

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung
Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.

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

Die ArbMedVV „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen
klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen“ ist in Block B2
integriert.

Kurstage: Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!

A2 Mi., 05. – Mi., 12. September 2018

Beginn Telelernphase: 01. August 2018

B2 Mi., 24. – Mi., 31. Oktober 2018

Beginn Telelernphase: 24. September 2018

C2 Mi., 28. Nov. – Mi., 05. Dezember 2018

Beginn Telelernphase: 24. Oktober 2018

Gebühr: jeweils € 600 (Akademiestatistiker € 540)

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

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 12. – Sa., 17. November 2018 insg. 63 P

Themen der Halbtage:

Gastroenterologie, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie,
Nephrologie, Internistische Hämatologie, Onkologie, Intern. In-
tensivmedizin, Endokrinologie, Diabetologie, Rheumatologie

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder,

Gebühr ges.: € 560 (Mitglieder Akademie, BDI und
DGIM € 504)

Gebühr/Tag: € 150 (Mitglieder Akademie, BDI und
DGIM € 135)

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adia.candelo-roemer@laekh.de

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 3 40 P

Mo., 12. – Fr., 16. November 2018 (ausgebucht)

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: € 750 (Akademiestatistiker € 675)

Kurs-Weiterbildung (Basiskurs) 40 P

Di., 03. – Sa., 07. Juli 2018

Di., 04. – Sa., 08. Dezember 2018

Leitung: Dr. med. K. Mattek

Gebühr: € 650 (Akademiestatistiker € 585)

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

Sportmedizin

In Kooperation mit der Weiterbildungsakademie Sportmedizin,
Goethe-Universität Frankfurt, Abteilung Sportmedizin.

ZTK 6, 7, 9: Mo., 10. – Sa., 15. September 2018

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer

Gebühr: auf Anfrage

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

Suchtmedizin

Curriculum Qualifikation Tabakentwöhnung 20 P
als Blended Learning-Veranstaltung

Einführungsseminar: Fr., 28. September 2018

Telelernphase: Sa., 29. September –
Fr., 30. November 2018

Präsenzphase: Sa., 01. Dezember 2018

Gebühr: € 300 (Akademienmitglieder € 270)

Leitung: D. Paul, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

G9 – G10: Fr., 10. – Sa., 11. August 2018

G11 – G12: Fr., 21. – Sa., 22. September 2018

G13 – G14: Fr., 26. – Sa., 27. Oktober 2018

G15 (A-Diplom): Sa., 01. Dezember 2018

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Fr., 07. – Sa., 08. September 2018

Fr., 07. – Sa., 08. Dezember 2018

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

Krankenhaushygiene

Hygienebeauftragter Arzt 40 P
Mo., 24. – Fr., 28. September 2018

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

Gebühr: € 750 (Akademienmitglieder € 675)

Ort: Gießen, Universitätsklinikum

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

Allgemeinmedizin

**Psychosomatische Grundversorgung
für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin**

Kurs B: Fr., 21. – Sa., 22. September 2018 20 P

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Kelkheim

Gebühren: € 300 (Akademienmitglieder € 270)

Für Teilnehmer des Weiterbildungskollegs der Kompetenzzentren Hessen gelten ermäßigte Gebühren. Bitte fragen Sie uns.

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Fr., 14. – Sa., 15. Juni 2019

Leitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt

Gebühr: auf Anfrage

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

Spezielle Schmerztherapie

Block C: Fr., 07. – Sa., 08. September 2018 20 P

Leitung: C. Drefahl, Frankfurt

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Gebühr: € 280 (Akademienmitglieder € 252)

Block B: Fr., 02. – Sa., 03. November 2018 20 P

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

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Gebühr: € 280 (Akademienmitglieder € 252)

Orte: Block C, D: **Bad Nauheim**, FBZ
Block B: **Kassel**, Klinikum

Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,
E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Sozialmedizin

AK I (E + F): Di., 12. – Fr., 22. Februar 2019

AK II (G + H): Di., 10. – Fr., 29. September 2019

Kurstage Dienstag bis Freitag, außer Sonntag!

Leitung: Dr. med. R. Diehl

Gebühr: auf Anfrage

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

Notfallmedizin**Notfallmedizin machbar machen****Mi., 28. November 2018****6 P**

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
Gebühr: € 180 (Akademiestmitglieder € 162)

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

Psychosomatische Grundversorgung**24. 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., 10. – Sa., 11. August 2018 (ausgebucht) 16 P
Fr., 19. – Sa., 20. Oktober 2018 (ausgebucht) 16 P
Fr., 07. – Sa., 08. Dezember 2018 (ausgebucht) 16 P

Leitung: P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt
Gebühren je Block: € 280 (Akademiestmitglieder € 252)

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 07. – Sa., 10. November 2018 ges. 42 P

Themenübersicht:

Mi., 07. November 2018**Gynäkologische Onkologie****Do., 08. November 2018****Endokrinologie, Reproduktionsmedizin****Fr., 09. November 2018****Gynäkologie, Urogynäkologie****Sa., 10. November 2018****Geburtshilfe, inkl. Pränataldiagnostik**

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-R. Tinneberg
Gebühr ges.: € 480 (Akademiestmitglieder € 432)
Gebühr/Tag: € 150 (Akademiestmitglieder € 135)
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

In der Regel werden Akademieveranstaltungen ohne Sponsoren durchgeführt. Interessenskonflikte der Veranstalter, der Referenten und der Veranstaltungsleitung bestehen nicht. Abweichungen werden auf der Internetseite der jeweiligen Veranstaltung angezeigt. Alle Veranstaltungen sind produkt- und dienstleistungsneutral.

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

Anmeldung: Im Internet schnell und kostenfrei unter:

https://portal.laekh.de oder **http://www.akademie-laekh.de** möglich. Gerne können Sie sich auch schriftlich zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-200, Fax: 06032 782-220. Erst nach Rücksendung Ihrer unterschriebenen Anmeldeunterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Bitte beachten Sie die AGBs und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn Veranstaltungen kurzfristig abgesagt 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. Bitte informieren Sie sich über die Mitgliedsbeiträge online oder bei Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de

Akademie online:

www.akademie-laekh.de

E-Mail: akademie@laekh.de





Qualifizierungslehrgänge: NäPA (Nicht-ärztliche Praxisassistenten)

Nichtärztliche Praxisassistenten/-innen unterstützen Haus- und Fachärzte bei der Patientenversorgung. Im Rahmen der delegationsfähigen ärztlichen Leistungen können sie selbstständig Hausbesuche und Besuche in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durchführen und zum Beispiel Wunden versorgen, Blutdruck- und Blutzuckerwerte kontrollieren sowie die Sturzprophylaxe übernehmen. Informationen & Termine im Internet: www.carl-oelemann-schule.de.

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

Neu: Neurologie und Psychiatrie

Inhalte:

Vertiefung und Erweiterung von Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten im Bereich der fachspezifischen Versorgung von Patienten mit neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen.

- Neurologische und psychiatrische Untersuchung und Befunderhebung.
- Neurologische und psychiatrische Symptomlehre; Notfallmanagement.
- Neurologische Krankheitsbilder; Patienten- und Angehörigenbegleitung.
- Psychiatrische Krankheitsbilder; Patienten- und Angehörigenbegleitung.

Termin: Interessentenliste

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

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 besteht aus zwei Blockveranstaltungen. Zusätzlich sind die Fortbildungen „Kommunikation und Gesprächsführung“ (95 €) sowie „Wahrnehmung und Motivation“ (95 €) zu belegen. Informationen finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Homepage. Gerne senden wir Ihnen den Informationsflyer zu.

Beginn:

Blockveranstaltung PAL: ab Mi., 24.10.2018

Gebühr: € 705 zzgl. € 60 Prüfungsgebühr

Blockveranstaltung ONK PAL 1–3:

Do., 20.09. – Sa., 22.09.2018

Gebühr: € 255

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

NEU: Studienassistent in Prüfstellen

Der Qualifizierungslehrgang besteht aus drei Modulen à 40 Unterrichtsstunden:

1. Basismodul: Studienassistent

Überblick über die Aufbau- und Ablauforganisation in klinischen Forschungen und ausgewählte Aufgabenbereiche im Studienbüro durchführen.

2. Aufbaumodul 1: Studienbüro Organisation

Steuerungsinstrumente anwenden, Maßnahmen zur Erfüllung der Anforderungen an Prüfpräparate einleiten und Auswahlkriterien für Studien benennen.

3. Aufbaumodul 2: Studienkoordination

Fachliche Aufgabenstellungen in einem umfassenden, sich veränderndem beruflichen Tätigkeitsfeld selbstständig planen, bearbeiten und nach abgestimmten Vorgaben durch den Prüfer/die Prüferin Studien koordinieren.

Termin Basismodul (STU 1): Mo., 24.09.2018 – Fr., 28.09.2018

Gebühr: € 640 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

Ein- bis zweitägige Fortbildungen

NEU: Professionelles Termin- und Telefonmanagement

Inhalte: Tipps zu Stimme und Sprache, Herstellung einer positiven Gesprächsatmosphäre, Gesprächsführung mit „herausfordernden Patiententypen“, Telefon-Knigge, Praxisorganisation, Stressmanagement, souveräner Umgang mit Konflikten.

Termin (PAT 3): Sa., 15.09.2018, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 105

Teamwork in Stresssituationen

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

Termin (PAT 7_1): Sa., 01.12.2018, 09:30 – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 105,00

Belastungs-EKG für Fortgeschrittene

Inhalte: Erkennung von technischen Fehlern anhand von Herzstromkurven, Grundlagen der Pathologie, Ruhe-EKG und Belastungs-EKG, Notfallausstattung und Gerätewartung für den Funktionsbereich Belastungs-EKG, Grundlagen der Dopplermessung, praktische Durchführung und Überblick über die Auswertung eines Belastungs-EKGs.

Termin (MED 2): Sa., 15.12.2018, 09:15 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 105

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



Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin – Aufbaulehrgang

Inhalte: Der Aufbaulehrgang wurde für Absolventen des 60-stündigen Curriculums „Betriebsmedizinische Assistenz“ der Landesärztekammer Hessen entwickelt, die ihre Qualifikation auf das Niveau des neuen 140-stündigen Curriculums erweitern möchten.

Die Anerkennung basiert auf der Übergangsregelung gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer. Sie ist befristet bis zum 31.12.2018.

Beginn (BET Aufbau): Mi., 15.08.2018 (72 Stunden)

Gebühr: € 950 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

Durchführung der Ausbildung – Fortbildung in Wiesbaden

Die 40-stündige Fortbildung richtet sich an alle Medizinischen Fachangestellten oder Arzthelfer/-innen, die an der Durchführung der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten mitwirken und damit Arzt oder Ärztin unterstützen.

Termin (PAT 20): Fr., 17.08.2018 – Sa., 18.08.2018 und
Do., 13.09.2018 – Sa., 15.09.2018

Gebühr: € 480

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

Onkologie/Palliativversorgung

Zusätzlicher Termin! Modul ONK_PAL

Inhalte: Allgemeine medizinische Grundlagen in der Onkologie und Palliativversorgung, Versorgung und Betreuung von Patienten, Psychosoziale Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter/-innen im Bereich der onkologischen und palliativen Versorgung.

Termin: Do., 20.09.2018 bis Sa., 22.09.2018

Gebühr: € 255

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

Fachkraft für Impfmanagement (40 Stunden)

Der Qualifizierungslehrgang gliedert sich in vier Schwerpunkte: Medizinische Grundlagen, organisatorische Grundlagen, Erarbeitung einer Fallstudie, Best practice des Impfmanagements. Die Teilnehmer/-innen erarbeiten Fallbeispiele für ihren Tätigkeitsbereich. Das Lehrgangskonzept beschreibt eine zeitliche Anerkennung von zehn Stunden, die anhand einer Aufgabenstellung von den Teilnehmern selbstständig erarbeitet wird. Die Teilnahme an der 8-stündigen Fortbildung „Impfen“ wird beim Qualifizierungslehrgang „Impfmanagement“ anerkannt.

Termine (IMP): Fr., 19.10.2018 – Sa., 20.10.2018 und
Fr., 02.11.2018 – Sa., 03.11.2018

Gebühr: 410 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Aufbaufortbildung Onkologie

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

Psychoonkologie

Inhalte: Die dreitägige Aufbaufortbildung richtet sich insbesondere an Medizinische Fachangestellte, Arzthelfer/-innen, die bereits erfolgreich an einem 120-stündigen Qualifizierungslehrgang „Onkologie“ oder „Palliativversorgung“ teilgenommen haben. Die Inhalte der Fortbildung orientieren sich an der im Januar 2014 veröffentlichten S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“.

Termin (ONK A 3): Do., 13.09.2018 – Sa., 15.09.2018 (24 Std.)

Gebühr: € 280

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

Klinikassistent (KLA)

Die Fortbildung umfasst fachtheoretischen und fachpraktischen Unterricht, wobei insbesondere in 23 Unterrichtsstunden Handlungsabläufe in komplexen Fallübungen besprochen und erarbeitet werden.

Inhalte:

- Aufbau- und Ablauforganisation im Krankenhaus
- Relevante Gesetzgebungen
- Einführung in das Fallmanagement
- Interdisziplinäre prozessorientierte, stationäre Falldokumentation
- Interdisziplinäre prozessorientierte, ambulante Falldokumentation
- Datenverarbeitungssysteme / Digitalisierung
- Formular- und Abrechnungswesen
- Professionelle Kommunikation in Stresssituationen
- Best practice – Anwendungsübungen

Termin (KLA 1): ab 05.11.2018

Gebühr: € 1.180, zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: Bitte schriftlich oder per Fax an die COS.

Veranstaltungsort (soweit nicht anders angegeben):

Carl-Oelemann-Schule (COS)

Website: 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 COS | E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim

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

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Einschulungstermine der Berufsschulen

Die Sommerferien enden in diesem Jahr am 3. August 2018. Die Einschulungstermine der Berufsschulen liegen somit Anfang August. Das konkrete Einschulungsdatum der für Ihre Auszubildende zuständigen Berufsschule können im Internet unter: http://www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Berufsschulen/Einschulungstermine_Berufsschulen.pdf eingesehen werden.

Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B

Die Landesärztekammer Hessen möchte Sie als ärztlichen Arbeitgeber auf Ihre gesetzlichen Verpflichtungen hinweisen,

- Beschäftigte, insbesondere auch die Auszubildenden, bei Aufnahme der Tätigkeit über die für sie in Frage kommenden Immunisierungsmaßnahmen zu informieren

sowie

- gemeinsam mit dem Arzt oder der Ärztin, der die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen durchführt, festzulegen, welche Impfungen im Einzelfall notwendig sind, und die erforderlichen Impfungen kostenlos anzubieten.

Informationen können im Internet unter: www.laekh.de/aktuelles abgerufen werden.

Aus den Bezirksärztekammern

Wiesbaden: Einladung zum Informationsabend für neue Mitglieder

Die Bezirksärztekammer Wiesbaden lädt alle neuen Kammermitglieder des Bezirks zu einem Informationsabend ein.

Termin: Mittwoch, 29. August 2018

Uhrzeit: 18 bis 20.30 Uhr

Ort: St. Josefs-Hospital Wiesbaden, Vortragsraum (7. OG), Beethovenstr. 20, 65189 Wiesbaden

Anmeldung: per Fax: 0611 97748-41; per E-Mail: bezaek.wiesbaden@laekh.de

Anmeldeschluss: 20. August 2018

Punkte für die Anerkennung als Fortbildungsveranstaltung wurden bei der Landesärztekammer Hessen beantragt.

Themen:

- Arbeit der Kammer
- Weiterbildung
- Recht (Berufsrecht, Arzthaftungsrecht)
- Die „Digitale Welt“ der Landesärztekammer Hessen
- Altersvorsorge

Die Inhalte der Fortbildung sind produkt- und dienstleistungsneutral. Es bestehen keine Interessenskonflikte von Seiten des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referenten.

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)

Wir gedenken der Verstorbenen

Ungültige Arztausweise

Arztausweis-Nr. 060038022 ausgestellt
am 07.04.2015 für Ali Alrefaie, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060041103 ausgestellt
am 21.12.2015 für Dr. med. Nicole Irene
Buhl-Heinrichs, Petersberg

Arztausweis-Nr. 060040999 ausgestellt
am 11.12.2015 für Dr. med. Özkan
Demirbas, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060039010 ausgestellt
am 06.07.2015 für Dr. med. Claudia
Gerda Krödel, Fulda

Arztausweis-Nr. 060048488 ausgestellt
am 15.05.2017 für Sarah Heinemann,
Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060050448 ausgestellt
am 09.10.2017 für Kristina Kern, Friedberg

Arztausweis-Nr. 060045481 ausgestellt
am 04.11.2016 für Dr. med. Lina
Marzban, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060039476 ausgestellt
am 10.08.2015 für Dr. med.
Detlef Oldenburg, Hanau

Arztausweis-Nr. 060042432 ausgestellt
am 22.03.2016 für Christopher Renzel,
Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060044494 ausgestellt
am 24.08.2016 für Dr. med. Julia
Riemann, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060043701 ausgestellt
am 23.06.2016 für Vakhtang
Tsinamdzgvrishvili, Frankfurt

Ausstellung: 33 Uniklinika – eine Spitzenmedizin

Die hessischen Universitätsklinika verbinden Forschung, Lehre sowie Krankenversorgung und entwickeln Innovationen, von denen pro Jahr hunderttausende Patienten direkt profitieren. Um diese Leistungen sichtbar zu machen, präsentiert der Verband der Universitätsklinika Deutschlands eine Ausstellung, die anhand von Patien-

tengeschichten die menschliche Seite translationaler Hochleistungsversorgung sichtbar macht. Diese gastiert derzeit am Universitätsklinikum Frankfurt. Die Ausstellungsfläche befindet sich gegenüber der Cafeteria, Haus 23B, 1. OG, Universitätsklinikum Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main.

Goldenes Doktorjubiläum

Einladung zur 1. und Konstituierenden Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 16. Wahlperiode 2018 – 2023

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 1. und Konstituierenden Delegiertenversammlung der Landesärztekammer
Hessen der Wahlperiode 2018 – 2023 lade ich Sie für

Samstag, 25. August 2018, 10 Uhr s. t.,

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

T A G E S O R D N U N G

1. **Begrüßung**
2. **Wahl des Wahlausschusses**
 - a) Wahl der Wahlleiterin/des Wahlleiters
 - b) Wahl der drei Beisitzerinnen/Beisitzer
3. **Feststellung der Zahl der Beisitzerinnen/Beisitzer des Präsidiums**
4. **Wahlen**
 - a) **Präsidium**
 - 1) Präsidentin/Präsident
 - 2) Vizepräsidentin/Vizepräsident
 - 3) Beisitzerinnen/Beisitzer des Präsidiums
 - b) **Vorstände der Bezirksärztekammern**
 - c) **Finanzausschuss**
 - d) **Ausschuss „Hilfsfonds“**
 - e) **Schlichtungsausschüsse**
 - f) **Ausschüsse im Weiterbildungswesen**

Vorsitzende und Stellvertreter/-innen der Prüfungs- und
Widerspruchsausschüsse.
5. **Verschiedenes**

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 12. Juni 2018

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



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

**Einladung zur 2. ordentlichen Delegiertenversammlung
der Landesärztekammer Hessen
16. Wahlperiode 2018 – 2023**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 2. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen
der Wahlperiode 2018 – 2023 lade ich Sie für

Mittwoch, 12. September 2018, 17 Uhr s. t.,

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

T A G E S O R D N U N G

- 1. Begrüßung**
- 2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
- 3. Versorgungswerk**
 - a) Jahresabschluss 2017
 - b) Erhöhung der Renten zum 01.01.2019, Erhöhung der erworbenen Anwartschaften
 - c) Bestimmung der Wirtschaftsprüfer für die Jahresabschlussprüfung 2018
- 4. Jahresabschluss 2017**
 - a) Bericht des Vorsitzenden des Finanzausschusses
 - b) Bericht des Vorsitzenden des Hilfsfonds
 - c) Feststellung des Jahresabschlusses 2017
 - d) Entlastung des Präsidiums für das Jahr 2017
 - e) Bestellung der Wirtschaftsprüfer für die Jahresabschlüsse 2018 bis 2020
- 5. Verwaltungssitz der Landesärztekammer Hessen**

Hanauer Landstraße in Frankfurt am Main
Sachstandsbericht
- 6. Verschiedenes**

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 12. Juni 2018

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



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

Aufgrund §§ 1 und 17 Absatz 1 Nr. 3 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Dezember 2016 (GVBl. I S. 329), i.V.m. § 5 Absatz 3 Satz 2 und 6 Buchstabe „a“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 28. November 2017 (HÄBL 1/2018, S. 56), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 17. März 2018 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 28. November 2017 (HÄBL 1/2018, S. 56), wird wie folgt geändert:

1) § 5 Abs. 6 Buchstabe klein „L“ wird wie folgt neu gefasst:

„l) Wahl der Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag,“

2) In § 5 Abs. 7 wird wie folgt neu gefasst:

„(7) Bei der Wahl der Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag erhalten vorab die Mitglieder des Präsidiums, soweit sie nicht verzichten, ein Mandat. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.“

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2018 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 17. März 2018 beschlossene Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 21. März 2018

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

Genehmigungsvermerk:

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

V8 – 18b2120–0001/2008/000

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 17. März 2018 beschlossene Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 Heilberufsgesetz genehmigt.

Wiesbaden, 3. April 2018

Im Auftrag

gez.

Dr. Stephan Hölz

Zi-Wissenschaftspreis 2018

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) schreibt aktuell zum inzwischen siebten Mal den Zi-Wissenschaftspreis zur regionalen Versorgungsforschung aus, mit dem exzellente wissenschaftliche Arbeiten auf diesem Gebiet ausgezeichnet werden.

Thema: Regionale Unterschiede in der medizinischen Versorgung
Einsendeschluss: 17. August 2018
Preisgeld: 7.500 Euro
Informationen: Details zu den Teilnahmevoraussetzungen finden sich im Internet unter: www.zi.de/ausschreibungen/wissenschaftspreis/.

Aufgrund §§ 10 Absatz 1 und 17 Absatz 1 Nr. 6 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 6687), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Dezember 2016 (GVBl. I S. 329), i.V.m. § 5 Abs. 6e der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 28. November 2017 (HÄBL 1/2018, S. 56) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 17. März 2018 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Beitragssatzung der Landesärztekammer Hessen vom 10. Dezember 2014 (HÄBL 1/2015, S. 40) wird wie folgt geändert:

1) § 1 Abs. 4 wird wie folgt neu gefasst:

(4) Ebenfalls von der Beitragspflicht befreit sind die Kammerangehörigen, die am Veranlagungsstichtag Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (Arbeitslosenhilfe) bzw. Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) beziehen sowie die Pflichtmitglieder, die am Veranlagungsstichtag als Stipendiaten, Hospitanten tätig sind. Auf Antrag, welcher bis zum 31. Januar des Folgejahres zu stellen ist, erhalten die Kammerangehörigen eine Beitragsbefreiung, die im Beitragsjahr in Elternzeit gehen und während dieser keiner entgeltlichen ärztlichen Tätigkeit nachgehen.

2) § 6 Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

(3) Kammermitglieder, die im Bemessungsjahr mindestens ein steuerlich anerkanntes Kind haben, erhalten auf Antrag bis zur Beitragsstufe 90 einschließlich pro Kind 25,00 € Beitragsermäßigung.

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2019 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 17. März 2018 beschlossene Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 21. März 2018



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

Genehmigungsvermerk: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

V8 – 18b2120–0001/2008/006

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 17. März 2018 beschlossene Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 Heilberufsgesetz genehmigt.

Wiesbaden, 3. April 2018

Im Auftrag
gez.
Dr. Stephan Hölz

Aufgrund §§ 1 und 17 Absatz 1 Nr. 3 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Dezember 2016 (GVBl. I S. 329), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „b“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 28. November 2017 (HÄBL 1/2018, S. 56), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 17. März 2018 folgende Änderung beschlossen:

Änderung der Geschäftsordnung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Geschäftsordnung der Landesärztekammer Hessen vom 2. Mai 1995 (HÄBL 6/1995, S. 190), zuletzt geändert am 28. November 2017 (HÄBL 1/2018, S. 56), wird wie folgt geändert:

§ 12 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 12 Wahl der Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag

(1) Bei der grundsätzlich jährlichen Wahl der Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag erhalten vorab die Mitglieder des Präsidiums, soweit sie nicht verzichten, ein Mandat (§ 5 Abs. 7 Hauptsatzung).

(2) Die verbleibenden der Landesärztekammer Hessen zustehenden Abgeordneten werden von der Delegiertenversammlung aus ihrer Mitte, auf Vorschlag der in der Delegiertenversammlung vertretenen Listen und mit einfacher Mehrheit der anwesenden Delegierten gewählt. Die Anzahl der den Listen zustehenden Plätze wird nach dem Höchstzahlverfahren „d'Hondt“

ermittelt. Dabei sind die Abgeordneten aus dem Präsidium auf die Listen anzurechnen.

(3) Jede Liste hat die ihr zustehenden Kandidaten zuzüglich der Ersatzkandidaten fortlaufend nummeriert in einem Gesamtvorschlag einzubringen. Wird der Gesamtvorschlag abgelehnt, erfolgt entsprechend der Rangfolge Einzelwahl. Erhält ein Kandidat nach zwei Wahlgängen nicht die einfache Mehrheit, so muss seine Liste einen anderen Kandidaten vorschlagen.

(4) Kann nach der Wahl ein Kandidat einer Liste sein Mandat nicht wahrnehmen, so tritt an seine Stelle ein Ersatzkandidat, aus den gewählten Ersatzabgeordneten, der von der Liste bestimmt werden kann.

(5) Die von der Delegiertenversammlung gewählten Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag behalten ihr Mandat bis zu einer Neuwahl oder einem Mandatsverlust.

II.

In-Kraft-Treten

Die Änderungen der Geschäftsordnung treten am 1. Juli 2018 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 17. März 2018 beschlossene Änderung der Geschäftsordnung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 21. März 2018

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

Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Kommentare, Lob oder Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Die Redaktion behält sich Kürzungen vor. E-Mails an: haebl@laekh.de; Briefe: Hessisches Ärzteblatt, Im Vogelsang 3, 60488 Frankfurt.



Foto: Werner Hilpert – Fotolia.com

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. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M. | E-Mail: haebl@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: 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

Verkauf Industrie Medizin

Gebiet Nord: Miriam Fege, Tel. +49 4175 4006499,
Mobil +49 172 5792180, fege@aerzteverlag.de

Gebiet Süd: Claudia Soika, Tel. +49 89 15907146,
Mobil +49 172 2363730, 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: Urszula Bartoszek

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

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztekasse, Köln

Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEDED3

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

IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDE33

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 4, gültig ab 01.01.2018

Auflage Lt. IVW 1. Quartal 2018:

Druckauflage: 37.233 Ex.; Verbreitete Auflage: 36.914 Ex.



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



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikation im Gesundheitswesen e.V.

79. 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