

# Hessisches Ärzteblatt

Online unter: [www.laekh.de](http://www.laekh.de) | 11 | 2018  
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 79. Jahrgang



Foto: mauritiusimages/Science Source/VAID

## Wie kommt das q vor SOFA?

CME-Fortbildung  
zur Sepsis-3 Teil I

Rasterelektronenmikroskopische Aufnahme von Staphylococcus aureus-Bakterien. Staphylococcus aureus kann eine Vielzahl von Infektionen verursachen und ist einer von zahlreichen möglichen Erregern der Sepsis.

### 2. Ordentliche Delegierten- versammlung

Auf der Agenda standen der Jahresabschluss 2017, die Änderung der Hauptsatzung und das Versorgungswerk

### Zukunft gestalten:

#### Digitalisierung, MWBO & Co

Die neue Präsidiumsspitze der Landesärztekammer Hessen berichtet über ihre Vorhaben in der neuen Wahlperiode

### Interview: Im Einsatz für Ärzte ohne Grenzen

Dr. med. Kanya Götsch berichtet über die Arbeit der Organisation und ihre persönlichen Erfahrungen

# Gesundheit vor der Wahl

**K**aum haben Sie vor wenigen Monaten (hoffentlich) Ihre Stimme bei der Kammerwahl 2018 abgegeben, da steht am 28. Oktober mit der Landtagswahl in Hessen schon wieder eine Wahl bevor. Spielt die gesundheitliche Versorgung der hessischen Bevölkerung darin eine große Rolle? Schließlich kennen wir alle die Schlagzeilen über überfüllte Notaufnahmen, wochenlange Wartezeiten auf einen Arzttermin, mangelnde Qualität in den Krankenhäusern, Angst vor multiresistenten Krankenhauskeimen, verweigerte Rezepte, „blutige“ Entlassungen und so weiter. So liegt die Erwartung nahe, dass die Wahlprogramme der Parteien dem Gesundheitsbereich einen großen Anteil widmen, denn schließlich handelt es sich um einen wesentlichen Bereich der Daseinsvorsorge. Aber, es wird Sie kaum verwundern, die Gesundheit und Pflege betreffenden Teile der Wahlprogramme der wahrscheinlich in den Landtag einziehenden Parteien sind in ihrem Umfang doch recht überschaubar. Ohne den Anspruch auf Exaktheit erheben zu wollen, liegt ihr textlicher Anteil am Gesamtprogramm zwischen ca. 2 und 7 Prozent. In einigen Vorworten zum jeweiligen Wahlprogramm wird das Wort Gesundheit noch nicht einmal erwähnt. Umso wichtiger ist es daher, die in vielen Punkten seit Jahren unveränderten Forderungen der Ärzteschaft immer wieder laut und deutlich zu artikulieren:

- Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit
- Sicherung des Handlungsspielraums der ärztlichen Selbstverwaltung
- Einbezug des Sachverständigen der ärztlichen Körperschaften in gesundheitspolitische Beratungen
- Zugang aller Bevölkerungsgruppen zur medizinischen Versorgung
- Förderung der gesundheitlichen Versorgung in der Fläche
- Erhöhung der Medizinstudienplätze
- Ökonomisierung der Medizin zurückdrängen
- Delegation statt Substitution
- Sicherstellung der medikamentösen Versorgung
- Reduzierung der überbordenden Bürokratie in Klinik und Praxis
- Refinanzierung von Weiterbildung in Klinik und Praxis
- Kein Missbrauch von Qualität zum Abbau von Versorgungsstrukturen
- Einheitliche Qualitätsanforderungen an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe
- Aufhebung der Budgetierung
- Aufhebung der Regresse
- Personaluntergrenzen auch in der Medizin

- Bessere Bezahlung der Kolleginnen und Kollegen im Öffentlichen Gesundheitsdienst
- Abbau des Investitionsstaus in den Krankenhäusern
- Gewährleistung des Datenschutzes
- Neuorganisation des MDK, das heißt Unabhängigkeit von Krankenkassen
- Gesundheitserziehung in den Schulen
- Flächendeckende Versorgung mit Breitband und Mobilfunk
- Mehr Förderung industriunabhängiger medizinischer Forschung.

Diese Aufzählung erhebt selbstredend keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Würden diese Forderungen endlich erfüllt oder zumindest Eingang in die politischen Beschlüsse und Handlungen finden, wäre das schon ein großer Schritt. Schließlich dienen diese Forderungen dem Wohl von Patientinnen und Patienten. Wer den ärztlichen Berufsstand fördert und unterstützt, handelt im Sinne der Bevölkerung. Wir brauchen eine sachliche, in die Zukunft schauende Politik. Gesundheit und leider auch Krankheit sind und bleiben Themen, die jenseits von ideologisch geführten Debatten mit langem Atem und großer Umsicht behandelt werden müssen. Wir Ärzte sind zu einer konstruktiven Zusammenarbeit bereit. Hoffen wir, dass die Wahlsieger unser Angebot annehmen werden.



Foto: Katarina Ivanisevic

Dr. med. Edgar Pinkowski  
Präsident

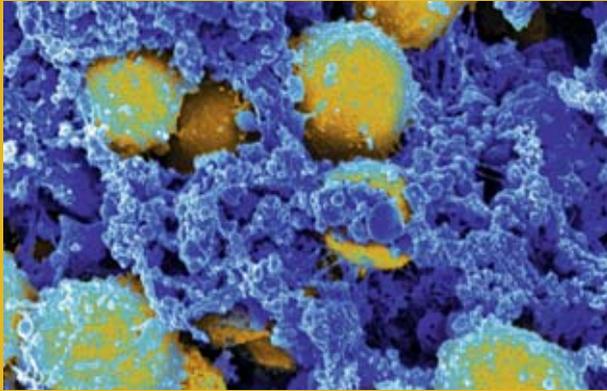


Foto: mauritius images/Science Source/NIAD

## CME: Wie kommt das q vor SOFA? Sepsis-3: Überblick in zwei Akten

Nach wie vor ist die Sepsis eine häufige Todesursache bei Infektionen weltweit. Der erste Teil des Fortbildungsbeitrags befasst sich mit Grundlagen und Definition, Historie, Diagnostik, Epidemiologie und Pathophysiologie der Sepsis.

656



Foto: Katja Möhrle

## 2. Ordentliche Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

Auf der Agenda der Delegiertenversammlung im September standen der Jahresabschluss 2017, die Änderung der Hauptsatzung, die Berichte aus dem Versorgungswerk sowie zum neuen Verwaltungsgebäude der LÄKH an der Hanauer Landstraße 152 in Frankfurt/Main.

650

**Editorial:** Gesundheit vor der Wahl ..... 647

### Ärzttekammer

Änderung der Hauptsatzung und Entlastung für das Geschäftsjahr 2017 – 2. Ordentliche Delegiertenversammlung (16. Wahlperiode 2018–2023) ..... 650  
 Bericht des Versorgungswerkes ..... 652  
 Zukunft gestalten: Die neue Präsidiumsspitze der Landesärztekammer Hessen berichtet über ihre Vorhaben in der neuen Wahlperiode ..... 654

### Fortbildung

Wie kommt das q vor SOFA? Sepsis-3: Überblick in zwei Akten ..... 656  
 Multimedikation beim älteren Patienten – Zweiter Thementag der Reihe „Ärzte und Apotheker im Dialog“ ..... 679

### Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung .... 671  
 ■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule ..... 677  
 ■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** ..... 687

### Im Gespräch

Ärzte gesucht: „Wir leisten Hilfe zur Selbsthilfe“ – Interview mit Jürgen Leimann vom Senior Experten Service ..... 662  
 Im Einsatz für den Senior Experten Service: Interview mit Prof. Dr. Ulrich Finke ..... 663

**Recht:** Heilung von ärztlichen und pflegerischen Dokumentationsversäumnissen ..... 670



Fotos: Katja Möhrle (l.), Katja Götsch (r.)



Foto: Ärzte ohne Grenzen

**Zukunft gestalten: Digitalisierung, Work-Life-Balance, Weiterbildung & Co.**

In den kommenden fünf Jahren stehen wesentliche Prozesse und Entscheidungen für die hessische Ärzteschaft an. Im Gespräch berichtet die neue Präsidiumsspitze der Landesärztekammer Hessen über ihre Vorhaben in der neuen Wahlperiode.

654

**Ärzte ohne Grenzen: Medizinische Hilfe und Sprachrohr für Menschen in Not**

Ärzte ohne Grenzen ist ein internationales Netzwerk, das derzeit in ca. 70 Ländern aktiv ist. Dr. med. Kanya Götsch, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, berichtet über die Arbeit der Organisation und ihre Erfahrungen aus Einsätzen in Afghanistan und Pakistan.

680/682

**Junge Ärzte und Medizinstudierende**

Und, wie macht ihr das so? DEGAM-Hospitation in einer Hausarztpraxis in Niedersachsen ..... 666

**Mensch und Gesundheit**

Interview mit Gudrun Manuwald-Seemüller: Treuhänderin des Weltverbandes für transplantierte Sportler ..... 668  
 Ärzte ohne Grenzen: Medizinische Hilfe und Sprachrohr für Menschen in Not in 70 Ländern weltweit ..... 680  
 Im Einsatz für „Ärzte ohne Grenzen“: Dr. med. Kanya Götsch berichtet im Gespräch über ihre Erfahrungen ..... 682  
 Exzellenter Kliniker: Erinnerung an Prof. Dr. med. Georg Haas ..... 685

**Medizinische Fachangestellte**

Ehrung der besten Absolventen der MFA-Prüfung in Hessen ..... 690

**Leserbrief:**

Der Wille des Patienten soll der Maßstab sein ..... 669

**Personalien**

..... 686

**Impressum**

..... 692



**Neu: Das Hessische Ärzteblatt jetzt auch als App**

Jetzt steht das Hessische Ärzteblatt als App für iOS und Android zur Verfügung und kann über den App-Store kostenlos auf Handy und Tablet heruntergeladen werden.



# Änderung der Hauptsatzung und Entlastung für das Geschäftsjahr 2017

## 2. Ordentliche Delegiertenversammlung (16. Wahlperiode 2018–2023)

Nach der Wahl ist vor der Wahl. So begann die Delegiertenversammlung am 12. September dort, wo die konstituierende Delegiertenversammlung vom 25. August unterbrochen worden war. Damals waren neben Kammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen), und Vizepräsidentin Monika Buchalik, ÄrztINNEN Hessen, zunächst neun Beisitzer in das neue Präsidium der Landesärztekammer gewählt worden.

Um sicherzustellen, dass künftig auch die kleineren Listen im Vorstand vertreten sind, hatten die Delegierten beschlossen, das Gremium zu vergrößern und mit elf Beisitzern zu besetzen. Dr. med. H. Christian Piper (Marburger Bund) und Dr. med. Wolf Andreas Fach (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen) wurden als weitere Beisitzer nominiert, die zunächst mit Gaststatus im Präsidium der Kammer vertreten sind. Da für ihre Wahl die – bisher maximal neun Beisitzer vorsehende – Hauptsatzung geändert werden muss, wurde die konstituierende Delegiertenversammlung zu Beginn der zweiten ordentlichen Delegiertenversammlung fortgesetzt.

Mit klarer Mehrheit (58 Stimmen) votierten die Ärztevertreter für die geänderte Hauptsatzung, die daraufhin der Aufsichtsbehörde vorgelegt werden konnte. Persönliche Erklärungen und Kommentare zu der Erweiterung des Präsidiums sollen erst auf der Delegiertenversammlung im November diskutiert werden.

### Keine Beanstandungen

Neben Themen des Versorgungswerkes (siehe S. 652) standen der Jahresabschluss 2017, die Bestimmung der Wirtschaftsprüfer und der Sachstandsbericht „Verwaltungssitz der Landesärztekammer Hanauer Landstraße 152“ auf der Tagesordnung der Arbeitssitzung.

„Wo ist der Sekt?“, müsste er jetzt eigentlich fragen, stünde er für ein wirtschaftlich ausgerichtetes Unternehmen vor dessen Gesellschaftern, stellte Armin Beck, Sprecher des Finanzausschusses der LÄKH, zum Auftakt seines Berichts über das Geschäftsjahr 2017 fest: Nachdem bereits das Jahr 2016 durch einen außerordentlichen Ertrag aus dem Verkauf der ehemaligen Kammerimmobilie in der Broßstraße mit einem ungeplanten Gewinn abgeschlossen wurde, sei im Berichtsjahr 2017 erneut ein Jahresüberschuss in Höhe von TEUR 2.977 erzielt worden. Allerdings arbeite die Kammer nicht gewinnorientiert, so Beck, und hatte ursprünglich wie für die Vor- und Folgejahre zur Reduzierung der Betriebsmittelrücklage einen Verlust geplant. Wie Beck ausführte, ist die Abweichung des Jahresergebnisses vom geplanten Jahresfehlbetrag im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass sich auf der Ertragsseite die Mitgliedsbeiträge besser als geplant entwickelt hatten und ein noch aus dem Vorjahr vorhandener Veranlagungsrückstand kräftig aufgeholt wurde. Außerdem konnte auf der Kostenseite unter anderem durch eine der Finanzmarksi-

tuation Rechnung tragenden Anpassung der Vereinbarung für die betriebliche Altersversorgung (bAV) der Mitarbeiter der Aufwand für die bAV deutlich reduziert werden. Aufgrund des Überschusses betrug das Eigenkapital der Landesärztekammer Hessen zum 31. Dezember 2017 TEUR 27.356. Abschließend fasste Beck zusammen, dass die Bilanz der LÄKH unter anderem von dem Beschluss der Delegiertenversammlung vom 25. März 2017 geprägt werde, ein neues schlüsselfertig zu erstellendes Verwaltungsgebäude der Ärztekammer in Höhe von ca. 33 Mio EUR zu erwerben. Im Jahr 2017 seien schon Anschaffungsneben- und Planungskosten von TEUR 2.129 aktiviert worden. Auf der Passivseite habe man bereits im Jahresabschluss 2016 eine Rücklage „Kammerneubau“ gebildet. Beck schlug vor, den Überschuss dieser zweckgebundene Rücklage zur Finanzierung der zukünftigen Abschreibungen des Neubaus zuzuführen. Wirtschaftsprüferin Cornelia Auxel, Bansbach GmbH, stellte in ihrem Bericht über die Jahresabschlussprüfung 2017 fest, dass Buchführung und Jahresabschluss ordnungsgemäß seien, es keinerlei Beanstandungen gegeben habe und dass der uneingeschränkte Bestätigungsvermerk erteilt worden sei.

### Zweckrücklage genehmigt

Dr. med. Peter Zürner, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen, dankte Beck, Auxel und dem Kaufmännischen Geschäftsführer der



LÄKH, Hans-Peter Hauck, für ihre Arbeit. Ob es angesichts des Überschusses jetzt nicht an der Zeit sei, die Kammerbeiträge zu senken, wollte Anne Kandler, Marburger Bund, wissen. Auch PD Dr. med. Andreas Scholz, Marburger Bund, regte an, für die langfristige Planung zu überlegen, wie man die Betriebsmittelrücklage weiter zurückführen könne. Demgegenüber gab Dr. med. Wolf Andreas Fach, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen, zu bedenken, dass zwar das Geschäftsjahr 2017 positiv habe abgeschlossen werden können, dies jedoch einmaligen Sondereffekten, unter anderem der neuen Dienstvereinbarung zur bAV, zu verdanken sei. Der Überschuss aus dem Jahr 2017 sei als Ausnahme zu



Fotos: Katja Möhrle

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen, Armin Beck, Sprecher des Finanzausschusses der LÄKH, Dr. med. Lars Bodammer und Wirtschaftsprüferin Cornelia Auxel (Bansbach GmbH) – von oben links im Uhrzeigersinn.

betrachten. Wie bereits Beck berichtet habe, solle das Plus auch seiner Meinung nach in die zweckgebundene Rücklage für den Neubau des Kammergebäudes in der Hanauer Landstraße 152 fließen.

Dr. med. Sabine Dominik betonte, dass es geboten sei, eine Zweckerücklage zu bilden. „Die Zweckerücklage ist sauber bilanziert“, unterstrich Hauck. Er sei zuversichtlich, dass die Kammer mit den vorgesehenen Baukosten hinkomme. Um aber auch für Eventualitäten, gerüstet zu sein, sei es wichtig, über eine solche Rücklage zu verfügen. Sie könne außerdem langfristig zur Finanzierung der jährlichen Abschreibungen für das Kammergebäude verwendet

werden und somit zukünftige Haushaltsjahre entlasten. Die Delegiertenversammlung habe es aber auch jeder Zeit in der Hand, die Rücklage früher aufzulösen. Nachdem Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski verkündet hatte, dass der Jahresabschluss mit 68 Stimmen von der Delegiertenversammlung festgestellt worden sei, sprachen sich die Delegierten mehrheitlich (45 Stimmen) dafür aus, das Ergebnis der zweckgebundenen Rücklage Kammerneubau zuzuführen.

Dr. med. Glatzel, Liste Älterer Ärzte und Vorsitzender der Ausschusses Hilfsfonds, bedankte sich zunächst bei seinen Vorgängern Dr. Zürner und Dr. Dr. Rudolph, bevor er die Zahlen des Geschäftsjahres 2017 vorstellte. Dieses habe zum 31.12. 2017 mit einem Vermögen von 192.599,30 EUR abgeschlossen. In sieben Jahren werde das Kapital des Hilfsfonds aufgebraucht sein, teilte Glatzel mit. Mit 53 Ja-Stimmen und 9 Enthaltungen erteilte die Delegiertenversammlung für das Geschäftsjahr 2017 Entlastung.

## Baufortschritt nach Plan

Mit Entwurfsansichten der Außenfassade und der Innenräume im Erdgeschoss sowie Fotos von der aktuellen Bauentwicklung illustrierte Dr. med. Lars Bodammer, Marburger Bund, seinen Sachstandsbericht zum Projekt Hanauer Landstraße 152, dem neuen Verwaltungsgebäude der Landesärztekammer. Helle Betonbänder akzentuieren die dunkel gehaltene Klinkerfassade, der Eingangsbereich öffnet sich mit einer breiten Glasfront zur Hanauer Landstraße. An der linken Gebäudeseite ist ein Betonrelief mit dem Schriftzug Landesärztekammer vorgesehen. Klar, hell und transparent präsentiert sich das innenarchitektonische Konzept des Gebäudes; die Lichtlinien an der Decke im Erdgeschoss haben auch eine wegweisende Funktion. Bodammer informierte über das Leitsystem und Medienplanung des behindertenfreundlichen Gebäudes und teilte mit, dass der Baufortschritt nach Plan verlaufe.

## Diskussion über Ausschüsse

Heftige Diskussionen löste der unter anderem von Dr. med. H. Christian Piper, Marburger Bund, gestellte Antrag aus, wonach

geprüft werden solle, ob die Aufstellung der Ausschüsse der Landesärztekammer vernünftig sei. Das Präsidium wird in dem Antrag aufgefordert, die DV am 24.11.2018 so vorzubereiten, dass die auf Kammersatzungen beruhenden und ständigen Ausschüsse Ärztliche Psychotherapie, Ärztliche Weiterbildung, Notfallversorgung und Katastrophenmedizin, stationäre Versorgung, Telematik, Transplantation und Organspende und Suchtausschuss zur Beratung der Delegiertenversammlung und des Präsidiums gewählt werden können. „Hier meinen wir, dass eine Neuorientierung aus der Entscheidung der DV aufgebaut werden sollte“, erklärte Piper. Er halte den Antrag nicht für eine gute Idee und sei erstaunt, dass erfahrene Mitglieder des Präsidiums diesen einbringen, entgegnete Dr. med. Peter Zürner, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen: „Wir haben jetzt das größte Präsidium aller Zeiten, und dieses soll auch Entscheidungen treffen können.“ Bisher berieten die Ausschüsse das Präsidium, das dann entscheide und die Entscheidungen in die DV trage. Wenn man dies nun ändere, das Präsidium ausschalte und alles die DV machen lasse, wäre damit die Trennung zwischen Legislative und Exekutive aufgehoben. Dr. med. Susanne Johna, Marburger Bund, hielt dagegen, dass man die Frage im Präsidium diskutiert habe: „Dass das Präsidium ständige Ausschüsse bestimmt, entspricht nicht der Satzung.“ Michael Knoll, Die Hausärzte, bat den Justitiar der LÄKH, Manuel Maier, um Klärung der Frage, ob die Kammer mit der bisherigen Regelung seit Jahrzehnten gegen die Hauptsatzung verstoßen habe. Maier verneinte dies; nach § 9 der Hauptsatzung können die genannten Ausschüsse von dem Präsidium gebildet und besetzt werden. Die DV könne aber auch von dem Recht Gebrauch machen, neben dem Finanzausschuss und dem Ausschuss Hilfsfonds weitere Ausschüsse zu bilden. Würde die DV so entscheiden, wie von Piper beantragt, wäre dies ein Paradigmenwechsel. Mit großer Mehrheit (56 Stimmen) folgten die Ärztevertreterinnen und -vertreter dem Geschäftsordnungsantrag von Dr. med. Alfred Möhrle, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen, auf Präsidiumsüberweisung.

**Katja Möhrle**



## Bericht des Versorgungswerkes

Der Vorsitzende des Vorstandes, Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg, informierte die Delegierten in seinem Bericht zunächst darüber, dass das Bundeskabinett eine Ausweitung der sogenannten Mütterrente beschlossen hat, die zum Beginn des neuen Jahres wirksam werden soll: Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) würde Eltern dann für jedes vor 1992 geborene Kind statt bislang zwei Beitragsjahren zweieinhalb Beitragsjahre anrechnen. Für nach 1992 geborene Kinder werden wie bislang drei Beitragsjahre anerkannt. Nach den Schätzungen der DRV könnten davon rund 10 Mio. Mütter oder Väter profitieren – auch Mitglieder von berufsständischen Versorgungswerken, wenn sie gleichzeitig einen Rentenanspruch gegenüber der DRV haben.

### Zinsen bleiben niedrig

Den Schwerpunkt des Berichtes nahm, wie in der September-Delegiertenversammlung üblich, der Jahresabschluss ein. Das wirtschaftliche Umfeld war auch im Jahr 2017 günstig, weshalb die meisten Volkswirtschaften ein solides Wachstum verzeichnen konnten, das in vielen Fällen – etwa in der EU – sogar höher als im Vorjahr war. Die Geldentwertung nahm auf einem niedrigen Niveau in den meisten entwickelten Nationen ebenfalls zu. Gleichwohl haben in den größten dieser Länder nur die amerikanische und die britische Notenbank die Zinsen erhöht. Der Buchwert der festverzinslichen Wertpapiere in der Direktanlage ging weiter von 5,45 Mrd. € auf 5,26 Mrd. € zurück. Im Gegenzug erhöhten sich die Fondsanlagen (mit einem hohen Aktienanteil) von 2,05 Mrd. € auf 2,48 Mrd. €. Auch



Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg (l.), Vorsitzender des Vorstandes des Versorgungswerkes, und seine Stellvertreterin Dr. med. Susan Trittmacher.



die Buchwerte der Immobilien und des Beteiligungskapitals (Private Equity) stiegen weiter an. Das Versorgungswerk investiert damit vermehrt in Sachwerte, weil Anleihen und andere Ausleihungen mit einem festen Zinssatz nach wie vor nicht attraktiv sind.

### Zahl der Mitglieder steigt weiter

Zum Ende des Jahres 2017 hatte das Versorgungswerk 26.615 aktive Mitglieder – 286 mehr als im Vorjahr. Die gesamten Beiträge stiegen um 13 Mio. € auf 316 Mio. €. Auch die Zahl der Rentner nahm weiter zu, und zwar von 10.079 auf 10.688. Dadurch erhöhten sich die Rentenzahlungen auf 237 Mio. €. Die durchschnittliche Regelaltersrente betrug 2.186 €.

Der bilanzielle Rechnungszins konnte erneut abgesenkt werden (diesmal um 0,03 Prozentpunkte) und liegt jetzt bei 3,52 %. Dieser Zins gibt an, welche Verzinsung mindestens notwendig ist, um die Verpflichtungen erfüllen zu können. Der Deckungsrückstellung mussten deshalb 68 Mio. € zugeführt werden. Die tatsächlich erzielte laufen-

de Durchschnittsverzinsung lag mit 3,55 % über dem bilanziellen Rechnungszins. Die Bilanzsumme stieg von 8,76 Mrd. € auf 9,13 Mrd. €. Wie in den Vorjahren konnte die Verlustrücklage, also das Eigenkapital des Versorgungswerkes, weiter aufgestockt werden. Sie enthält jetzt 433 Mio. € und entspricht damit 5,02 % der Deckungsrückstellung. Erstmals wurde damit die Grenze von 5 % überschritten. Dies ist nach einer entsprechenden Satzungsänderung im vergangenen Jahr möglich. Danach kann die Verlustrücklage bis zu 7 % der Deckungsrückstellung ausmachen. Mehr Eigenkapital ist angesichts der gestiegenen Risiken bei der Kapitalanlage unbedingt notwendig.

### Erhöhung der Renten und Anwartschaften

Die Delegiertenversammlung hat den Jahresabschluss 2017 festgestellt und den Vorstand entlastet. Wie vom Vorstand vorgeschlagen, hat sie außerdem beschlossen, die Renten und Anwartschaften um jeweils 0,5 % zu dynamisieren. Die von den Anwärtern von 2010 bis 2017 gezahlten Beiträge werden deshalb im Geschäftsjahr 2017 statt mit 3,0 % mit 3,5 % verzinst. Die Rentenerhöhung wird zum 01.01.2019 wirksam. Für beide Maßnahmen zusammen müssen der Rückstellung für Überschussbeteiligung rund 32 Mio. € entnommen werden. Dr. von Schenck betonte, dass zusammen mit der Stärkung des Eigenkapitals eine ausgewogene Lösung für die Verteilung der Überschüsse gefunden werden konnte.



Fotos: Katja Möhrle

Die Wirtschaftsprüfer des Versorgungswerkes, Christiane Lawrenz und Peter Schulz, beide von PricewaterhouseCoopers.

**Johannes Prien**

Referent des Vorstandes

# Zukunft gestalten: Digitalisierung, Weiterbildung & Co.

## Die neue Präsidiumsspitze der Landesärztékammer Hessen berichtet über ihre Vorhaben in der neuen Wahlperiode

In den kommenden fünf Jahren stehen wesentliche Prozesse und Entscheidungen für die hessische Ärzteschaft an, unter anderem die Umsetzung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO), Verbesserungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die Digitalisierung des Gesundheitswesens, die Erwartungen an die sektorenübergreifende Versorgung oder die Zukunft der ärztlichen Versorgung im ländlichen Bereich.

Wie Dr. med. Edgar Pinkowski, neuer Präsident der Landesärztékammer Hessen (LÄKH), und Vizepräsidentin Monika Buchalik diese und weitere Herausforderungen angehen möchten, berichten sie im Gespräch.

**Herr Dr. Pinkowski, kurz nach Ihrer Wahl zum Präsidenten haben Sie sich zu einem aktuellen Thema, der Organspende, positioniert und die von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in die Diskussion gebrachte Widerspruchslösung befürwortet. Diese ist nicht unumstritten. Warum halten Sie sie dennoch für richtig?**

**Dr. med. Edgar Pinkowski:** Im internationalen Vergleich liegt Deutschland bei diesem Thema ziemlich weit hinten. Auch „Skandale“ rund um die Wartelisten tragen dazu bei, dass wir fast Schlusslicht bei der Organvergabe sind. Um dieses Problem zu lösen, muss zum einen die Aufklärung im Fokus stehen und außerdem – so ist es auch im Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministers vorgesehen – müssen Strukturen und Prozesse verbessert werden: Jede Klinik sollte einen eigenen Transplantationsbeauftragten haben, dafür müssen personelle Ressourcen aufgestockt werden.

Das allein wird jedoch nicht reichen. Angesichts von rund 10.000 Patientinnen und Patienten, die verzweifelt auf ein Spenderorgan warten, ist die Zeit für einen Strukturwandel gekommen. Wie in den meisten europäischen Ländern sollte deshalb auch in Deutschland jeder Bürger als Organspender gelten, sofern er oder sie vorher nicht widersprochen hat.

**Der Deutsche Ärztetag hat die Grundlagen für eine neue MWBO gelegt, die in Zukunft von den einzelnen Ärztekammern umgesetzt werden muss. Welche Chancen bietet sie jungen Ärztinnen und Ärzten?**

**Pinkowski:** Mit der vom Deutschen Ärztetag beschlossenen neuen MWBO ist ein Paradigmenwechsel von Zeiten auf



Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident

Kompetenzen verbunden. Statt Fallzahlen und der Abarbeitung von Katalogen wird die Vermittlung von Fähigkeiten im Fokus stehen. Damit passt sich die Weiterbildung an die heutigen Gegebenheiten und Lebensumstände an und verbessert die Möglichkeit, Weiterbildung und Familie in Einklang zu bringen. Ich wage zwar zu bezweifeln, dass die Weiterbildung in Zukunft kürzer sein wird, aber sie wird einfacher in Teilzeit zu leisten sein.

**Welche Aufgaben kommen bei der Umsetzung konkret auf die Kammer zu?**

**Pinkowski:** Künftig werden auch die Weiterbilder verstärkt gefordert. Die Kammer muss Weiterbildungsbefugnisse prüfen und eventuell hinsichtlich des Umfangs kürzen oder erweitern. Eine große, mit der Einführung der neuen MWBO einhergehende Änderung, ist das elektronische Logbuch zur Dokumentation

der Weiterbildung. Dies umzusetzen wird ein riesiger Prozess, der auch für die Landesärztékammer mit erheblichem Aufwand verbunden sein wird.

**Wenn auf die Weiterbilder neue Anforderungen zukommen, braucht es da nicht mehr Ressourcen in den Kliniken? Die Weiterbildung kommt ja jetzt schon – so**



Monika Buchalik, Vizepräsidentin

**wird es häufig berichtet – oftmals zu kurz im Klinikalltag.**

**Pinkowski:** Hier zeigt sich eines der Grundprobleme, mit denen wir derzeit im Gesundheitswesen zu tun haben: die Ökonomisierung. Geschäftsführer und andere Teilhaber von Kliniken versuchen, Geld zu sparen, wo es möglich ist. Um jedoch die Qualität der ärztlichen Versorgung auch künftig sicherzustellen, wird es notwendig sein, dass die Ressourcen für eine adäquate Weiterbildung vorhanden sind.

**Frau Buchalik, Sie sind mit dem erklärten Ziel angetreten, sich für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie stark zu machen. Wie wollen Sie das erreichen?**

**Monika Buchalik:** In Hessen haben wir in den vergangenen Jahren schon einiges dafür getan, beispielsweise hat die flächendeckende Einführung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD) zu einer merklichen Entlastung der niedergelassenen



Kolleginnen und Kollegen geführt. Für stillende Mütter ist allerdings die Befreiungszeit vom ÄBD noch nicht ausreichend, dazu führen wir bereits Gespräche mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH). Im stationären Sektor ist es bedauerlicherweise nach wie vor kein Standard, dass es in den Kliniken eine Kinderbetreuung gibt. Häufig fehlen sogar Angebote zur Vermittlung von KITA-Plätzen. Auch hier ist noch einiges zu tun!

### **Auch die Verbesserungen der Arbeitsbedingungen im Arztberuf allgemein haben Sie thematisiert. Worauf beziehen Sie sich dabei?**

**Buchalik:** Ein aktuelles Problem ist die Zunahme von Gewalt und Respektlosigkeit gegenüber Ärzten und medizinischem Hilfspersonal. Um die Sicherheit von medizinischem Personal zu gewährleisten, müssen gesetzliche Regelungen angepasst werden. Als konkreten Vorschlag zu dieser Problematik habe ich außerdem bereits Deeskalationskurse angeregt.

### **Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist in aller Munde. Immer wieder wurde der Ärzteschaft, auch der Landesärztekammer Hessen, vorgeworfen, den digitalen Fortschritt nicht zu fördern, sondern im Gegenteil ihn zu bremsen. Was sagen Sie dazu?**

**Pinkowski:** Fest steht, dass die Digitalisierung auch weiterhin in sämtlichen Lebensbereichen voranschreiten wird. Im Gesundheitswesen sollte sie dazu dienen, die Behandlungen zu verbessern und den Ärztinnen und Ärzten die Arbeit zu erleichtern. Der Datenschutz muss gewährleistet werden und – das ist derzeit nicht selbstverständlich – die Daten müssen auch künftig lesbar sein! Die Ärzteschaft ist nicht technikfeindlich, allerdings muss die Technik dem Arzt-Patientenverhältnis nutzen!

**Buchalik:** Die Digitalisierung kann dazu beitragen, die Kommunikation zu verbessern – nicht nur zwischen Arzt und Patient, sondern auch zwischen Ärzten und Sektoren. Allerdings muss dafür erst einmal die Voraussetzung eines flächendeckenden Internets geschaffen werden.

### **Politik und Medien haben begeistert reagiert, als sich die Delegierten des diesjährigen Deutschen Ärztetages für die Ab-**

### **schaffung des sogenannten Fernbehandlungsverbots aussprachen; ein Beschluss, der von den einzelnen Landesärztekammern noch umgesetzt werden muss.**

**Pinkowski:** Die Aufhebung des ausschließlichen Fernbehandlungsverbots ist zunächst ein Grundsatzbeschluss des Deutschen Ärztetages. Wie wir diesen in Hessen umsetzen, wird sich zeigen. Ob und unter welchen Voraussetzungen Modellprojekte wie zum Beispiel in Baden-Württemberg genehmigt werden, hat die Delegiertenversammlung zu entscheiden. Entgegen dem, was die Politik propagiert, ist die Telemedizin nicht die Lösung für alle Probleme im Gesundheitswesen. Auch für digitale Behandlungsmöglichkeiten oder Beratungen braucht es Ärzte – und von diesen haben wir schlichtweg nicht genug. Deshalb plädiere ich für die Erhöhung der Medizinstudienplätze.

### **Wie beurteilen Sie die elektronische Patientenakte, die es schon jetzt in verschiedenen Formen gibt? Und was sollte sie alles beinhalten?**

**Pinkowski:** Die elektronische Patientenakte sollte vor allem einheitlich sein, hier ist der Gesetzgeber gefordert. Darüber hinaus sollte sie von einer Institution verwaltet werden, die kein wirtschaftliches Interesse an den Daten hat. Das könnte beispielsweise die Ärztekammer sein. Die E-Akte sollte Arztbriefe, Diagnosen, Labor- und Röntgenbefunde beinhalten. Außerdem einen Notfalldatensatz und – was häufig vergessen wird, allerdings meiner Ansicht nach ausgesprochen sinnvoll wäre – den Impfausweis.

### **Seit langem fordert die Ärzteschaft von der Politik Konzepte zur sektorenübergreifenden Akut- und Notfallversorgung. Im Referentenentwurf für das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sieht die Bundesärztekammer neben einigen Kritikpunkten auch positive Ansätze. Halten Sie das Konzept für realistisch? Lassen sich damit Sektorengrenzen überwinden?**

**Pinkowski:** Zunächst einmal: Nein, ich halte dieses Konzept nicht für die Lösung zur Überwindung von Sektorengrenzen. Zudem bin ich auch anderer Meinung als Prof. Montgomery, was das TSVG betrifft. Das Konzept der Terminservicestellen an sich

ist schon fraglich, und erst recht brauchen wir keine Ausweitung der Kompetenzen!

### **Sie sprechen sich gegen die Terminservicestellen aus?**

**Pinkowski:** Ja, hier bin ich einer Meinung mit dem KVH-Vorsitzenden. Da wir in Hessen bereits andere Lösungen erarbeitet haben, halte ich Terminservicestellen für überflüssig. Sinnvoller ist es, wenn die Zentralen des ÄBD an Kliniken angebunden sind und dort entschieden wird, ob der Patient in die Notaufnahme oder zum ÄBD muss. Das funktioniert allerdings nur, wenn die Kliniken mitziehen.

### **Sie ist ein Sorgenkind der Gesundheitspolitik: die ärztliche Versorgung im ländlichen Bereich. Ärzteschaft und Politik bemühen sich seit Jahren um eine Verbesserung der Situation. Reichen die bisherigen Maßnahmen aus Ihrer Sicht aus, um junge Menschen für eine spätere landärztliche Tätigkeit zu begeistern? Wie sehen Sie die Zukunft der ärztlichen Versorgung im ländlichen Bereich?**

**Buchalik:** Zunächst einmal bin ich froh, dass bereits so viel unternommen wird. Es werden Programme auf den Weg gebracht und Anreize geschaffen, damit wieder mehr Allgemeinmediziner aufs Land kommen – nicht zuletzt das Land Hessen bemüht sich mit vielen Förderungsmaßnahmen. Die Gemeinden müssen weitere Anreize schaffen wie bspw. Kostenübernahme für Kinderbetreuung. Mit der neuen MWBO wird ein weiterer Schritt getan, um die Attraktivität der Allgemeinmedizin zu erhöhen, da sie mehr Spielraum und Flexibilität hinsichtlich der Weiterbildung im ambulanten Bereich bietet. Zudem würde ich die Einführung eines Pflichtquartals in der Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr sehr begrüßen.

**Pinkowski:** Für die jüngere Generation spielt Geld nicht mehr die wichtigste Rolle. Junge Kolleginnen und Kollegen legen Wert auf Work-Life-Balance, das heißt, das Lebensumfeld muss auch für Partner und Kinder attraktiv sein. Quoten und Zwang halte ich dagegen für den falschen Anreiz, um Menschen für die Tätigkeit auf dem Land zu gewinnen.

**Interview: Katja Möhrle und Caroline McKenney**

# Wie kommt das q vor SOFA? Sepsis-3: Überblick in zwei Akten

## Teil I

VNR: 2760602018302860003

Dr. med. Andreas Marx, Dr. med. Rolf Teßmann

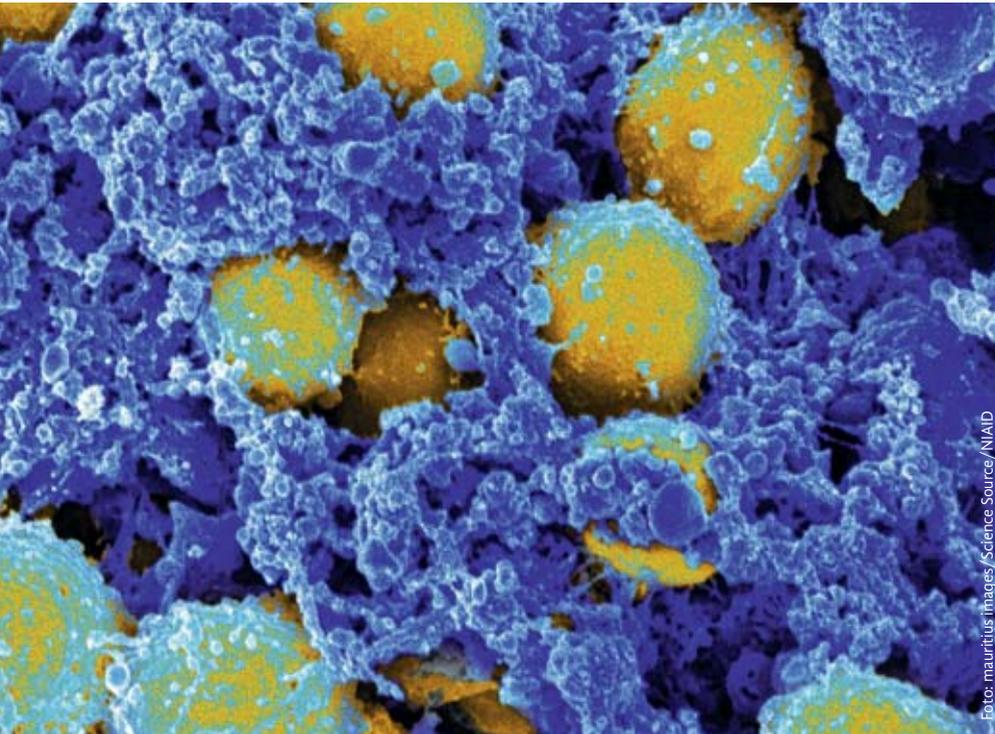


Foto: mauritius images / Science Source / NIAD

Rasterelektronenmikroskopische Aufnahme des Bakteriums *Staphylococcus aureus*. *Staphylococcus aureus* kann eine Vielzahl von Infektionen verursachen und ist einer von zahlreichen möglichen Erregern der Sepsis.

### Grundlagen/Definition

Die Sepsis ist nach wie vor eine häufige Todesursache bei Infektionen weltweit. In entwickelten Ländern („High Income Countries“) lag gemäß einer aktuellen Untersuchung die Bevölkerungs-Inzidenz für stationär behandelte Sepsis bei 437 und für schwere Sepsis bei 270 pro 100.000 Personen-Jahren („person-years“). Die Mortalität betrug 17 Prozent (%) bei Sepsis und 26 % bei schwerer Sepsis [1]. Zahlen für weniger entwickelte Länder sind rar. Nach den Hochrechnungen der Autoren sterben weltweit jährlich 5,3 Millionen Menschen an Sepsis.

In der Laienpresse häufig noch als „Blutvergiftung“ beschrieben, wird Sepsis heute anders definiert.

Von einer 2014 durch die European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) und der Society of Critical Care Medicine (SCCM) eingesetzten Task Force wurden 2016 neue Definitionen von Sepsis und

septischer Schock vorgelegt [2]. Diese stellen die nunmehr dritten international konsentierten Definitionen des Syndroms Sepsis dar und werden auch als „Sepsis-3“ bezeichnet.

Bereits unter Berücksichtigung dieser neuen Sepsis-Definition publizierte die Surviving Sepsis Campaign (SSC) 2017 ihre aktuellen Leitlinien zum Management von Sepsis und septischem Schock [3]

Die 55 Autoren der SSC sind von 25 internationalen mit Sepsis befassten Organisationen und Fachgesellschaften benannt worden. Die ersten Leitlinien der SSC erschienen 2004 und sind seither im vierjährigen Rhythmus aktualisiert worden.

Sepsis ist nun definiert als eine „lebensbedrohende Organdysfunktion, die durch eine fehlregulierte Wirtsantwort auf eine Infektion verursacht wird“. Der septische Schock bildet eine Untergruppe der Sepsis, die durch ausgeprägte zirkulatorische, zelluläre und metabolische Dysfunktion geprägt ist und eine deutlich höhere Mortalität als Sepsis alleine aufweist.

In der allgemein verständlichen sogenannten Laiendefinition, die die Autoren der Sepsis-3 vorgeschlagen haben, wird Sepsis als „eine lebensbedrohliche Erkrankung, bei der die Reaktion des Körpers auf eine Infektion zu einer Schädigung der eigenen Gewebe und Organe führt“ beschrieben. Diese Definition soll helfen, der Bevölke-

#### Abbildung 1: SIRS Kriterien

Körpertemperatur	> 38° C oder < 36° C
Herzfrequenz	> 90/min
Tachypnoe	Atemfrequenz > 20/min oder PaCO <sub>2</sub> < 32 mmHG
Leukozyten	> 12.000/mm <sup>3</sup> oder < 4000/mm <sup>3</sup> oder > 10 % unreife Neutrophile
Sind zwei oder mehr Kriterien erfüllt, liegt das Systemische Inflammationssyndrom (SIRS) vor.	

Abb. 1: SIRS-Kriterien sind nach Sepsis-3 nicht mehr Bestandteil der Sepsis-Definition.

rung das komplexe Erkrankungsbild Sepsis näher zu bringen.

Der Krankheitsverlauf bei Sepsis – insbesondere bei dem gefürchteten septischen Schock – ist zweifellos ein zeitkritischer medizinischer Notfall, vergleichbar mit Schlaganfall, Myokardinfarkt oder Polytrauma. Dies führt zwangsläufig auch zu der Erkenntnis, dass das Krankheitsbild Sepsis/septischer Schock jedem praktizierenden Arzt bekannt sein muss.

## Historie

Die Definition der Sepsis war jahrzehntelang beschränkt auf fieberhafte Zustände, bei denen eine positive Blutkultur nachgewiesen wurde. Für dieses klinische Bild wurde der Begriff „Septikämie“ geprägt. Erstmals beschrieb 1989 Roger C. Bone, US-amerikanischer Intensivmediziner: „Sepsis ist definiert als eine Invasion von Mikroorganismen und/oder ihrer Toxine in den Blutstrom zusammen mit der Reaktion des Organismus auf diese Invasion“ [4]. Folgerichtig wurde in der ersten international konsentierten Sepsisdefinition im Jahre 1992 auf die Blutkultur als Diagnosekriterium verzichtet.

Es wurden Schweregrade der Sepsis über schwere Sepsis bis zum septischen Schock beschrieben [5]. Sepsis war nun eine Kombination aus Infektion und einem Syndrom der systemischen inflammatorischen Reaktion (Systemic inflammatory response syndrome (SIRS)) des Körpers (siehe Abb. 1).

Das Vorliegen einer Organdysfunktion erfüllte die Definition der schweren Sepsis. Der septische Schock wurde als Untergruppe der schweren Sepsis gesehen, bei der trotz adäquater Flüssigkeitszufuhr eine Hypotension besteht und Zeichen der Hypoperfusion wie Laktatacidose oder Oligurie vorhanden sind.

Diese Definitionen wurden 2001 überarbeitet und das Konzept der Sepsis als Kombination aus SIRS und Infektion im wesentlichen bestätigt [6], einige klinische Symptome und Laborparameter wurden als diagnostische Kriterien hinzugefügt (sogenanntes Sepsis-2-Konzept).

In der neuen dritten Konsensusdefinition der Sepsis, kurz „Sepsis-3“ genannt, wird nun der Fokus mehr auf die sepsisinduzierten Organschäden als auf die Inflammation

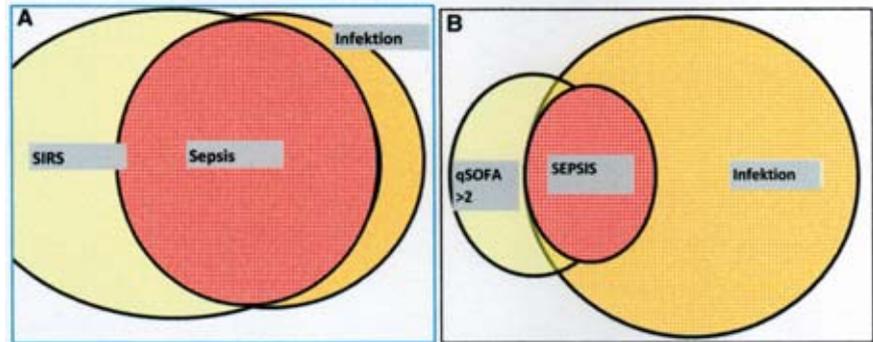


Abb. 2:

Sepsis wird bei Anwendung von qSOFA-Kriterien seltener diagnostiziert

A: Fast vollständige Überlappung von Sepsis und Infektion bei Anwendung der SIRS-Kriterien zur Sepsis-Definition (alte Sepsis-Definition)

B: Bei Anwendung der qSOFA-Kriterien bessere Trennschärfe zwischen Infektion und Sepsis (Sepsis-3-Definition)

Quelle: modifiziert nach [7]

mation gerichtet, die in den zuvor geltenden Definitionen ein wesentliches Kriterium war.

Eine beeinträchtigte Organfunktion gehört nunmehr zu der Definition jeder Sepsis. Damit ist auch der bisherige Begriff der „Schweren Sepsis“ verlassen worden. Die SIRS-Kriterien sind nach Sepsis-3 nicht mehr diagnoserelevant, sie wurden als zu wenig spezifisch für das Vorliegen einer Sepsis eingeschätzt. Insbesondere seien diese oft auch bei einfachen Infektionen und nicht-infektiösen Erkrankungen positiv, in vielen Fällen aber eher Ausdruck der physiologischen Abwehrreaktion und nicht einer dysregulierten Reaktion des Körpers auf eine Infektion. Siehe hierzu auch Abb. 2.

Gleichwohl wird SIRS aber weiterhin als ein sehr nützliches Kriterium bei der Diagnosestellung von Infektionen gesehen [7].

## Diagnostische Probleme bei geriatrischen Patienten

An dieser Stelle sei auf die besonderen diagnostischen Probleme bei geriatrischen Patienten hingewiesen, die in der Sepsis-3-Definition nicht speziell adressiert wurden. Gerade der geriatrische Patient zeigt in der Phase der sich anbahnenden Sepsis oftmals nur eine sehr gering ausgeprägte klinische Symptomatik, einen schleichenden Krankheitsverlauf, häufig sogar mit Fehlen des lange Zeit obligat geforderten Kardinalsymptoms „Fieber“

(so entwickeln bis zu 30 % aller älteren Patienten trotz einer schweren Infektion kein Fieber!) [8].

## Fazit 1

- 1992 wurde die erste international konsentierte Sepsis-Definition etabliert (sogenannte Sepsis-1).
- 2001 wurde Sepsis als eine Kombination aus SIRS und Infektion beschrieben (sogenannte Sepsis-2).
- 2016 wird Sepsis als eine lebensbedrohliche Organdysfunktion, die durch eine fehlregulierte Wirtsantwort auf eine Infektion verursacht wird, definiert (Sepsis-3).

## Aktuelle Sepsis-Scores: SOFA und qSOFA

Um die Diagnose einer „Sepsis“ zu stellen, muss nach Sepsis-3 eine lebensbedrohliche Organdysregulation vorliegen. Erfasst wird diese durch den SOFA-Score (Sequential Organ Failure Assessment-Score). Dieser Score wurde schon 1996 von Experten der ESICM für den Einsatz bei kritisch Kranken validiert. Er beschreibt bei Patienten auf der Intensivstation den Grad einer Organ(dys-)funktion – allerdings nicht ausschließlich bei Sepsis [9].

Es wird die Dysfunktion von sechs Organ-systemen unter Einbeziehung definierter Laborparameter in fünf Schweregraden (0–4) erfasst. Eine normale Organfunktio-

**Abb. 3: SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)-Score**

Score	0	1	2	3	4
<b>Atmung</b>					
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> <sup>1</sup> mmHg	> 400	< 400	< 300	< 200	< 100
<b>Gerinnung</b>					
Thrombozyten (1.000/mm <sup>3</sup> )	> 150	< 150	< 100	< 50	< 20
<b>Leber</b>					
Bilirubin (mg/dl)	< 1,2	1,2-1,9	2,0–5,9	6,0–11,9	≥ 12
<b>Kardiovaskulär</b>					
Hypotension (Katecholamin-Dosierung in ug/kgKG/min) MAD = mittlerer arterieller Druck	MAD ≥ 70 mmHg	MAD < 70 mmHg	Dopamin ≤ 5 oder Dobutamin (jede Dosierung)	Dopamin > 5 oder Epinephrin < 0.1 oder Norepinephrin < 0.1	Dopamin > 15 oder Epinephrin > 0.1 oder Norepinephrine > 0.1
<b>Cerebral</b>					
Glasgow ComaScale	15	13–14	10–12	6–9	< 6
<b>Niere</b>					
Kreatinin (mg/dl) oder Diurese	< 1,2	1,2- 1,9	2,0–3,4	3,5–4,9 < 500 ml/Tag	≥ 5 < 200ml/Tag
<sup>1</sup> paO <sub>2</sub> = arterieller Sauerstoffpartialdruck, FiO <sub>2</sub> = inspiratorische Sauerstoffkonzentration					

on wird mit 0, eine massiv eingeschränkte Funktion mit 4 Punkten bewertet. Insgesamt sind Werte zwischen 0 und 24 Punkten möglich, wobei eine größere Punktzahl mit einem erhöhten intensivmedizinischen Mortalitätsrisiko korreliert (siehe Abb. 3).

Schon ein SOFA-Score von 2 oder mehr geht mit einer um etwa 10 % erhöhten Mortalität einher. Dementsprechend wird für die Diagnose Sepsis nun eine infekti- onsbedingte Veränderung des SOFA-Scores von ≥ 2 gefordert.

Der septische Schock wird definiert durch eine Katecholaminpflichtigkeit zur Auf- rechterhaltung eines mittleren arteriellen Druckes (MAD) von ≥ 65 mmHg und einem erhöhtem Laktatwert von > 2mmol/l bei Nichtvorliegen einer Hy- povolämie [10].

Die Mortalität des septischen Schocks ist hoch und wird in dieser Metaanalyse mit

42,3 % (95 % Konfidenzintervall, 41,2 %-43,3 %) angegeben.

Außerhalb von Intensivstationen ist der relativ komplexe SOFA-Score allerdings nicht ohne weiteres und vor allem nicht ohne Zeitverzug zu erheben (auch weil Laborparameter berücksichtigt werden müssen). Eine Art „Schnelltest“ zur Diag- nosestellung „Verdacht auf Sepsis“ wurde gesucht. Mit dem sogenannten qSOFA (q = für „quick“) wurde dann ein „Scree- ning Tool“ definiert, welches in der Lage ist, schnell und schon „am Krankenbett“ einen Patienten mit Sepsis-Verdacht zu identifizieren (siehe Abb. 4).

Für den qSOFA wurden anhand von über 74.000 Patientendaten mittels einer mul- tivarianten logistischen Regressionsanaly- se drei Parameter bestimmt.

In den qSOFA gehen Atemfrequenz, systo- lischer Blutdruck und Bewusstseinslage des Patienten ein. Eine Atemfrequenz

≥ 22/Minute, ein systolischer Blutdruck ≤ 100 mmHg und eine veränderte menta- le Bewusstseinslage (Glasgow Coma Scale < 15) werden mit je 1 Punkt bewertet. Der qSOFA kann 0–3 Punkte betragen.

Patienten, die bei Vorliegen einer Infekti- on außerhalb einer Intensivstation einen q-SOFA-Score ≥ 2 haben, weisen eine drei- bis 14-fach erhöhte Krankenhausmortalität auf [11].

Der qSOFA ist ausdrücklich aber nicht Be- standteil der Sepsis-Definition! Er ist viel- mehr ein „Screening- Instrument“ außer- halb von Intensivstationen, wie in der Arzt-Praxis, der Notfallaufnahme oder auf Normalstation, um die Verdachtsdiagnose Sepsis schnell zu stellen.

Auch examinierte Pflegekräfte außerhalb der Intensivstation sollen so in der Lage sein, schnell die Diagnose: „Verdacht auf ei- ne Sepsis“ stellen können, um unverzüglich einen Arzt zu informieren. Jede neu aufge-

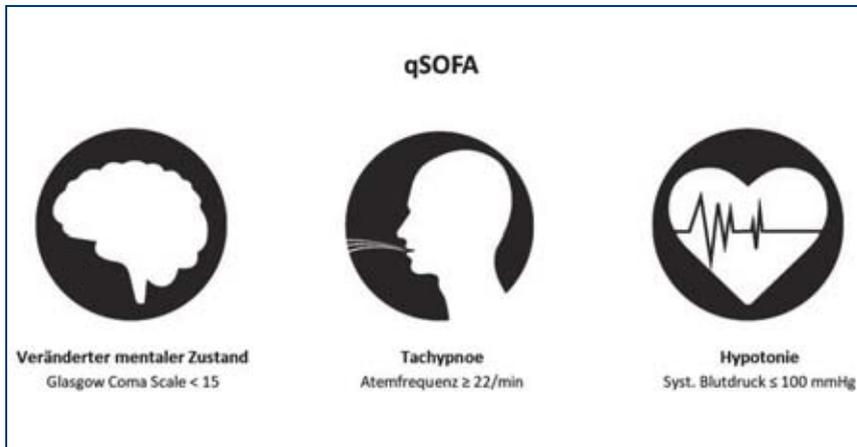


Abb. 4: qSOFA-Kriterien adaptiert von <http://www.qsofa.org/> mit freundlicher Genehmigung durch Prof. C. W. Seymour, University of Pittsburgh.

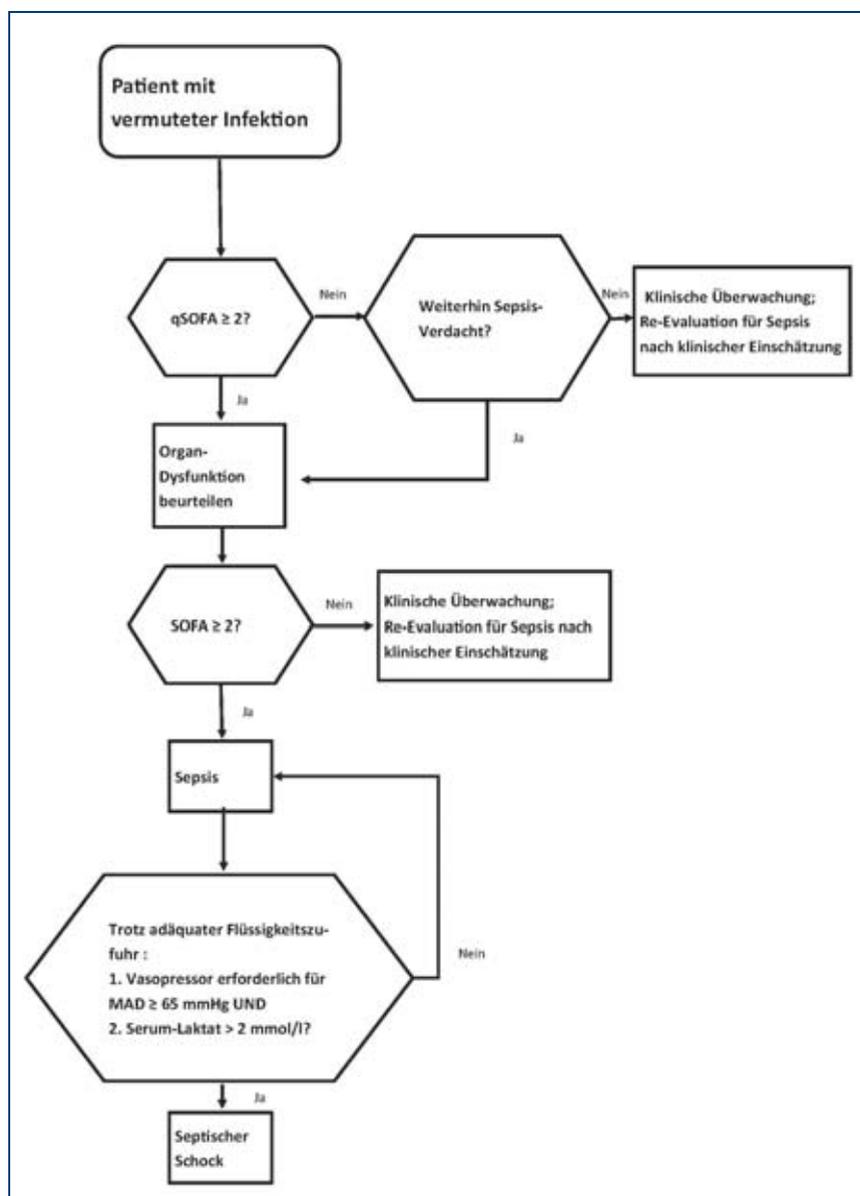


Abb. 5: Algorithmus zur Diagnostik bei Infektion und vermuteter Sepsis, modifiziert nach [2].

treten akute Verwirrtheit eines Patienten sollte – bis zum Beweis des Gegenteils – an eine Sepsis denken lassen!

Die sofort eingeleitete, weitergehende Evaluation des Patienten soll helfen, unmittelbar eine Therapie einzuleiten, mit dem Ziel, die hohe Sepsisletalität zu senken [7]. Einen möglichen Algorithmus zum diagnostischen Vorgehen bei Patienten mit Infektion und Verdacht auf Sepsis zeigt Abb. 5.

### Kritik an Sepsis-3

Insbesondere der vermeintliche Verzicht auf SIRS-Kriterien und die Definition des qSOFA als Screening-Tool wurden nach Publikation von „Sepsis-3“ intensiv und kontrovers diskutiert. Die Kritiker weisen vor allem darauf hin, dass der qSOFA-Score zwar sehr spezifisch, aber wenig sensitiv für das Vorliegen einer Sepsis und der Vorhersage der sepsisbedingten Mortalität sei. Daher bestehe die Gefahr, dass Patienten, die die qSOFA-Kriterien nicht erfüllen, aber dennoch eine Sepsis entwickeln, zu spät erkannt und therapiert werden [12]. Ferner wird kritisiert, dass für die Diagnose „Sepsis“ bereits Organschäden bestehen müssen und somit die Diagnosestellung eher verzögert werden könnte [13].

### Fazit 2

- Auf der Intensivstation wird die Diagnose Sepsis mittels des SOFA-Scores erhoben.
- Eine Sepsis wird durch eine infektbedingte akute Änderung von mindestens zwei Punkten im SOFA-Score definiert.
- Der neu eingeführte qSOFA dient außerhalb der Intensivstation dem „Screening“ von Risikopatienten mit Infektionsverdacht auf Sepsis (veränderter mentaler Status, systolischer Blutdruck ≤ 100 mmHg und Atemfrequenz ≥ 22 min.).

### Epidemiologie der Sepsis

Sepsis ist ein häufiges Krankheitsbild auch in deutschen Kliniken und geht mit einer hohen Mortalität einher. Je nach Studiendesign unterscheiden sich die Daten zur

Inzidenz, Prävalenz und Mortalität. So berichtet die INSEP-Studie (Incidence of severe sepsis and septic shock in German intensive care units), dass von über 11.000 Patienten, die auf Intensivstationen behandelt wurden, 12,6 % mit einer schweren Sepsis oder einem septischen Schock diagnostiziert wurden [14].

Bei 1.285 Patienten lag in der multizentrisch und prospektiv durchgeführten INSEP-Studie gemäß der Sepsis-1-Definition ein septischer Schock vor. Bei Anwendung der neuen Sepsis-3 Kriterien wäre hingegen nur bei 848 Patienten diese Diagnose gestellt worden. Die Krankenhaus-Mortalität bei schwerer Sepsis und septischem Schock (Sepsis-1) lag in dieser Untersuchung bei 23,4 % und 43,3 %.

Fleischmann et al. fanden hingegen im Jahre 2010 bei septischem Schock eine Krankenhaus-Mortalität von 61 %, die bis zum Jahr 2013 auf 58,8 % rückläufig war [15]. Anders als die INSEP-Studie waren hier allerdings nicht nur die auf Intensivstationen behandelten Patienten berücksichtigt worden. Vielmehr wurden hier Routinedaten ausgewertet, die die nach dem Krankenhausentgeltgesetz erhobenen DRG-Daten mit den sepsis-spezifischen ICD-Codes in Bezug setzten.

Da die SIRS-Diagnosekriterien einfach zu erheben sind, fanden diese „leicht messbaren Kriterien“ Eingang in das ICD-System (International statistical classification of diseases and related health problems), um eine Sepsis zu definieren. Allerdings wird bereits bei Erfüllen von zwei SIRS-Kriterien und einer Infektion eine Sepsiscodierung getriggert, ohne dass die nach

Sepsis-3 geforderten SOFA-Kriterien einer Sepsis in jedem Fall erfüllt werden.

Die neue Sepsis-3 Definition hat allerdings bis 2018 noch keinen Eingang in das deutsche Kodiersystem gefunden. Ein entsprechender Antrag der Deutschen Sepsis Gesellschaft an das DIMDI befindet sich in Abstimmung (mündliche Mitteilung Prof. Dr. Brunkhorst).

Welchen Einfluss die neue Sepsis-3 Definition auf die Kodierung und die Diagnostik des Syndroms Sepsis und damit auf zukünftige epidemiologischen Daten haben wird, kann derzeit noch nicht abgeschätzt werden.

Es ist aber zu erwarten, dass die Diagnose Sepsis eher seltener gestellt werden wird, da nicht mehr jede Infektion, bei der auch die Kriterien eines „Syndroms der systemischen Inflammationsreaktion“ (SIRS) erfüllt sind, der neuen Sepsis-3-Definition entspricht.

### Pathophysiologie der Sepsis

Eine Sepsis kann sich grundsätzlich aus jeder Infektion entwickeln. Sepsis-Auslöser können hierbei Bakterien, Pilze, Viren, Parasiten oder Toxine sein. Die Sepsis ist dabei Folge einer Dysregulation des Immunsystems, die als Reaktion auf die Infektion auftritt, also eine pathologische Wirtsreaktion.

Bei den bakteriellen Erregern zeichnet sich über die vergangenen Jahrzehnte, zumindest in den entwickelten Ländern, eine Tendenz hin zu grampositiven Infektionen ab, welche mittlerweile häufiger auftreten als gramnegative Infektionen [16].

Zudem steigt in jüngerer Zeit die Zahl der Infektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) deutlich an.

Eine Reihe von prädisponierenden individuellen Faktoren können die Entwicklung einer Sepsis begünstigen. Dazu gehören unter anderem Vorerkrankungen mit Störungen der Immunkompetenz wie HIV-Infektion, chronisch lymphatischer Leukämie, Diabetes oder Tumorleiden. Gleiches gilt für vorbestehende medikamentöse Therapien mit immunmodulatorisch wirkenden Substanzen wie beispielsweise Zytostatika.

Als Reaktion auf eine Infektion wird der Organismus zunächst versuchen, diese lokal einzudämmen. Zellen der unspezifischen Immunabwehr verfügen über eine Reihe von Rezeptoren („Pattern Recognition Receptors“, PRR), mit denen diverse molekulare Muster von Erreger-DNA und-RNA, sowie weitere erregerspezifische Strukturen wie Zellwandbestandteile oder Endotoxine erkannt werden. Diese externen Liganden werden auch als pathogen-associated molecular patterns (PAMP) bezeichnet. PRR erkennen aber auch endogene Moleküle, die aus dem Zelluntergang körpereigener Strukturen stammen, diese werden als damage-associated molecular patterns (DAMP) bezeichnet [17].

PAMP und DAMP führen beide durch die Aktivierung spezifischer Rezeptoren zu einer schnellen Reaktion immunkompetenter Zellen. DAMP werden aber auch aus nichtinfektiöser Ursache freigesetzt, zum Beispiel durch traumainduziertem Gewebeuntergang. Hierin liegt auch eine Ursache der vergleichbaren Pathophysiologie von Sepsis und der inflammatorischen Symptome nicht-infektiösem Ursprungs (SIRS).

Der Normalverlauf einer Infektion ist die mehr oder weniger zügige Heilung. Hier sorgen sowohl proinflammatorische wie auch antiinflammatorische Reaktionen des Immunsystems in einer sehr komplexen Abstimmung für die Eingrenzung und Überwindung der infektsbedingten Noxe. Bei einer Sepsis kommt es hingegen zu einer pathologischen, systemischen Entzündungsreaktion. Es finden sich initial proinflammatorische Zytokine in sehr hoher Konzentration, es wird auch von einem „Zytokin-Sturm“ gesprochen.

## Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Wie kommt das q vor SOFA? Sepsis-3: Überblick in zwei Akten – Teil I“ von Dr. med. Rolf Teßmann und Dr. med. Andreas Marx finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes ([www.laekh.de](http://www.laekh.de)). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das

Mitglieder-Portal vom 25.10.2018 bis 24.10.2019 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.

Dieser „Zytokin-Sturm“ wird initial durch Monozyten und Makrophagen ausgelöst. Diese pro-inflammatorische Mediatoren, wie Tumornekrosefaktor  $\alpha$  (TNF $\alpha$ ), Interleukin 1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ) aber auch Interleukin 6 und 12 (IL-6, IL-12) und Interleukin 8 (IL-8) bewirken als Chemokine eine Rekrutierung von neutrophilen Granulozyten an den Ort der Infektion.

Anti-inflammatorische Komponenten der Immunantwort gewinnen insbesondere bei einer länger andauernden Sepsis an Bedeutung. Dies kann bis zu einer Immunsuppression führen mit dem deutlich erhöhten Risiko von Sekundärinfektionen.

Folge der Fehlregulation ist eine maximale Aktivierung des Immunsystems mit weitreichenden direkten und indirekten Störungen verschiedenster Organsysteme. Endothelzellen, die im Rahmen der Immunreaktion aktiviert werden, lockern ihre zellulären Verbindungen, was zu einer erhöhten Permeabilität mit Extravasation führt. Zudem kommt es zu einer Vasodilatation, die in Kombination mit der erhöhten Gefäßpermeabilität den „septischen Schock“ begünstigt (q-SOFA-Kriterium: Hypotonie < 100 mmHg).

Die Myokardfunktion kann durch diverse Zytokine direkt beeinträchtigt werden, die Kontraktilität nimmt ab und die Herzfrequenz zu. Es entwickelt sich das Bild einer septischen Kardiomyopathie mit zunächst gesteigertem Herzzeitvolumen. Dieses reicht aber nicht, um die durch die Vasodilatation gesteigerte Nachlastsenkung auszugleichen.

Eng verbunden mit der immunologischen Reaktion sind die Veränderungen des hämostaseologischen Systems [18]. Die Koagulopathie ist ein zentraler Bestandteil der durch Sepsis induzierten Pathomechanismen. Die durch die Sepsis induzierte Hyperkoagulopathie kann bis zur disseminierten intravasalen Gerinnung (DIC) führen. Sie ist zentraler Bestandteil einer Sepsis – insbesondere des septischen Schocks – und initiiert bzw. unterhält viele Folgeschäden für alle betroffenen Organe.

In der Summe führen die sepsisinduzierten Pathomechanismen zu einer erheblichen Störung der Mikrozirkulation, welche weitere Organschäden bedingt. Hinzu kommt eine durch die Sepsis ausgelöste Störung der Sauerstoffverwertung auf Zellebene. Selbst bei ausreichender Or-

gandurchblutung führt diese zwangsläufig zu schwersten Organfunktionsstörungen [19].

Die im Rahmen einer Sepsis ausgeschütteten Mediatoren stoßen insbesondere im Gehirn metabolische Kaskaden an, die zu einer Verstärkung der Inflammation und einer Dysbalance von Neurotransmittern mit Aktivierung des exzitatorisch wirkenden NMDA-Rezeptoren führt; klinisch zeigt sich dies durch ein sich entwickelndes Delir (q-SOFA-Kriterium: GCS < 15). Besonders hervorzuheben ist auch das Sepsisorgan Lunge, welches mit der einzigen Kompensationsmöglichkeit auf erhöhten zellulären Sauerstoffbedarf, (Lactat-)Azidose und septische Kardiomyopathie reagieren kann: Tachypnoe mit deutlich erhöhter Atemarbeit (q-SOFA-Kriterium: Atemfrequenz > 22/min.).

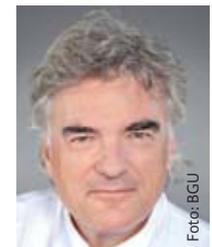
Noch bedrohlicher wird das Krankheitsbild, wenn die Lunge selbst der Sepsisfokus ist (zum Beispiel bei einer Pneumonie).

Endzustand einer unbehandelten Sepsis/ des septischen Schocks ist das sogenannte „septische Multiorganversagen“, dessen Letalität von über 60 % auch heute noch inakzeptabel hoch ist.

### Fazit 3

- Auslöser einer Sepsis können Bakterien, Viren, Parasiten, Pilze oder Toxine sein.
- Sepsis wird als eine pathologische Wirtsreaktion auf eine Infektion gesehen.

- Es kommt zu einer systemischen, überschießenden Entzündungsreaktion mit zunächst sehr hohen Konzentrationen pro-inflammatorischer Mediatoren.
- Folge sind weitreichende Schädigungen aller Organsysteme.
- Im weiteren Verlauf des Krankheitsgeschehens gewinnen auch anti-inflammatorische Komponenten der Immunantwort an Bedeutung.
- Unbehandelt können diese Reaktionen zum septischen Multiorganversagen führen, dessen Letalität über 60 % betragen kann!



**Dr. med. Andreas Marx** (links)

**Dr. med. Rolf Teßmann** (rechts)

BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH  
Friedberger Landstraße 430  
60389 Frankfurt am Main

E-Mail: rolf.tessmann@bgu-frankfurt.de

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Anzeige

# Multiple Choice-Fragen:

## Wie kommt das q vor SOFA?

### Sepsis-3: Überblick in zwei Akten – Teil I

VNR: 2760602018302860003

(nur eine Antwort ist richtig)

**1. Die aktuelle, international konsentrierte Definition der Sepsis („Sepsis-3“) wurde publiziert im Jahre:**

- 1) 1998
- 2) 2000
- 3) 2010
- 4) 2016
- 5) 2018

**2. Gemäß der aktuellen Sepsis-3-Definition liegt bei einem septischem Schock immer vor:**

- 1) Lactat-Wert > 6 mmol/l.
- 2) Nachweis von Bakterien in der Blutkultur.
- 3) Hohes Fieber.
- 4) 1–3 müssen nicht zwingend vorliegen.

**3. Zum qSOFA-Score gehören folgende Parameter:**

- A) Körpertemperatur
- B) Mittlerer arterieller Blutdruck
- C) Atemfrequenz
- D) Bewusstseinslage
- E) Systolischer Blutdruck

- 1) A, B und C sind richtig.
- 2) A, D und E sind richtig.
- 3) C, D und E sind richtig.
- 4) A, B und D sind richtig.
- 5) B, D und E sind richtig.

**4. Für den SOFA-Score gilt Folgendes:**

- 1) Er ist ursprünglich für den Einsatz in der ambulanten Krankenversorgung entwickelt worden.
- 2) Schon ein infektiöses Score Ergebnis von 2 geht mit einer erhöhten Mortalität einher.
- 3) Der Score kann maximal 36 Punkte erreichen.

4) Der Score ist ausschließlich zur Verwendung bei Patienten mit Sepsis entwickelt worden.

5) Es gehen lediglich Laborwerte in diesen Score ein.

**5. Für den qSOFA-Score gilt:**

- 1) Er sollte nur auf Intensivstationen zur Anwendung kommen.
- 2) Ein Score von  $\geq 2$  weist auf ein deutlich erhöhtes Mortalitätsrisiko hin.
- 3) Der wichtigste Parameter zur Berechnung des Scores ist die Herzfrequenz.
- 4) Der Score war bereits Bestandteil der Sepsis-Definition von 1992.
- 5) Die Bestimmung der PCT-Konzentration im Serum geht in die Score-Berechnung ein.

**6. Eine Sepsis kann unter anderem ausgelöst werden durch:**

- 1) Pilze
- 2) Bakterien
- 3) Viren
- 4) Antworten 1–3 treffen alle zu.

**7. Beweisend für das Vorliegen einer Sepsis ist:**

- 1) Mindestens zwei SIRS-Kriterien sind erfüllt.
- 2) Akuter Verwirrheitszustand, der nicht traumatisch bedingt ist.
- 3) CRP-Wert im Serum  $\geq 15\text{mg/dl}$ .
- 4) Fieber  $\geq 39^\circ\text{C}$ .
- 5) Antworten 1–4 treffen nicht zu.

**8. Der septische Schock ist ein schweres Krankheitsbild. In der INSEP-Studie betrug die Krankenhausmortalität bei septischem Schock ca.**

- 1) 4 %
- 2) 14 %
- 3) 24 %
- 4) 43 %
- 5) 85 %

**9. Die Sepsis ist gemäß Sepsis-3 definiert als:**

- 1) Ein SOFA-Score größer 5 Punkte.
- 2) Eine toxinbedingte Entzündungsreaktion bei Infektion.
- 3) Lebensbedrohliche Organdysfunktion aufgrund einer fehlregulierten Körperantwort auf eine Infektion.
- 4) Vorliegen von SIRS bei positiver Blutkultur.
- 5) Fieberhafte Entzündungsreaktion ausschließlich bei bakterieller Infektion.

**10. Für die Pathophysiologie der Sepsis gilt:**

- 1) Ausschließlich pro-inflammatorische Mediatoren spielen hier eine Rolle.
- 2) Bei länger andauernder Sepsis kann eine Immunsuppression Bedeutung gewinnen.
- 3) Das Gerinnungssystem ist bei Sepsis nicht wesentlich betroffen.
- 4) Die Sauerstoffverwertung auf Zellebene ist bei Sepsis immer gesteigert.
- 5) Als Erreger spielen Bakterien nur eine untergeordnete Rolle.

### Literatur zum Artikel:

# Wie kommt das q vor SOFA?

## Sepsis-3: Überblick in zwei Akten – Teil I & II

Dr. med. Rolf Teßmann, Dr. med. Andreas Marx

- [1] Fleischmann, C., et al., Assessment of Global Incidence and Mortality of Hospital-treated Sepsis. Current Estimates and Limitations. *Am J Respir Crit Care Med*, 2016. 193(3): p. 259–72.
- [2] Singer, M., et al., The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 2016. 315(8): p. 801–10.
- [3] Rhodes, A., et al., Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine*, 2017. 43(3): p. 304–377.
- [4] Bone, R.C., et al., Sepsis syndrome: a valid clinical entity. Methylprednisolone Severe Sepsis Study Group. *Crit Care Med*, 1989. 17(5): p. 389–93.
- [5] Bone, R.C., et al., Definitions for Sepsis and Organ Failure and Guidelines for the Use of Innovative Therapies in Sepsis. *Chest*, 1992. 101(6): p. 1644–1655.
- [6] Levy, M.M., et al., 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. *Intensive Care Med*, 2003. 29(4): p. 530–8.
- [7] Vincent, J.L., G.S. Martin, and M.M. Levy, qSOFA does not replace SIRS in the definition of sepsis. *Crit Care*, 2016. 20(1): p. 210.
- [8] LaMantia, M.A., et al., Screening for delirium in the emergency department: a systematic review. *Ann Emerg Med*, 2014. 63(5): p. 551–560 e2.
- [9] Vincent, J.L., et al., Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. Working group on „sepsis-related problems“ of the European Society of Intensive Care Medicine. *Crit Care Med*, 1998. 26(11): p. 1793–800.
- [10] Shankar-Hari, M., et al., Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 2016. 315(8): p. 775–87.
- [11] Seymour, C.W., et al., Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 2016. 315(8): p. 762–74.
- [12] Sartelli, M., et al., Raising concerns about the Sepsis-3 definitions. *World J Emerg Surg*, 2018. 13: p. 6.
- [13] Schmoch, T., et al., [New Sepsis-3 definition : Do we have to treat sepsis before we can diagnose it from now on?]. *Anaesthesist*, 2017.
- [14] SepNet Critical Care Trials, G., Incidence of severe sepsis and septic shock in German intensive care units: the prospective, multicentre INSEP study. *Intensive Care Med*, 2016. 42(12): p. 1980–1989.
- [15] Fleischmann, C., et al., Hospital Incidence and Mortality Rates of Sepsis. *Dtsch Arztebl Int*, 2016. 113(10): p. 159–66.
- [16] Martin, G.S., et al., The Epidemiology of Sepsis in the United States from 1979 through 2000. *New England Journal of Medicine*, 2003. 348(16): p. 1546–1554.
- [17] Takeuchi, O. and S. Akira, Pattern recognition receptors and inflammation. *Cell*, 2010. 140(6): p. 805–20.
- [18] van der Poll, T., J.D.d. Boer, and M. Levi, The effect of inflammation on coagulation and vice versa. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 2011. 24(3): p. 273–278.
- [19] Fink, M., Cytopathic hypoxia in sepsis. *Acta Anaesthesiol Scand Suppl*, 1997. 110: p. 87–95.
- [20] Rivers, E., et al., Early Goal-Directed Therapy in the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock. *New England Journal of Medicine*, 2001. 345(19): p. 1368–1377.
- [21] Dellinger, R.P., et al., Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Intensive Care Medicine*, 2008. 34(1): p. 17–60.
- [22] Reinhart, K., et al., [Prevention, diagnosis, treatment, and follow-up care of sepsis. First revision of the S2k Guidelines of the German Sepsis Society (DSG) and the German Interdisciplinary Association for Intensive and Emergency Care Medicine (DIVI)]. *Anaesthesist*, 2010. 59(4): p. 347–70.
- [23] Mouncey, P.R., et al., Protocolised Management In Sepsis (ProMiSe): a multicentre randomised controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of early, goal-directed, protocolised resuscitation for emerging septic shock. *Health Technol Assess*, 2015. 19(97): p. i-xxv, 1–150.

- [24] Dellinger, R.P., et al., Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. *Intensive Care Med*, 2013. 39(2): p. 165–228.
- [25] Bodi, M., et al., Therapy of ventilator-associated pneumonia: the Tarragona Strategy. *Clinical Microbiology and Infection*, 2001. 7(1): p. 32–33.
- [26] Sandiumenge, A., et al., Therapy of ventilator-associated pneumonia. A patient-based approach based on the ten rules of „The Tarragona Strategy“. *Intensive Care Med*, 2003. 29(6): p. 876–883.
- [27] S3 Antibiotika Anwendung im Krankenhaus 2013 verlaengert.pdf. 2016 2016/12/07/; Available from: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/092-001l\\_S3\\_Antibiotika\\_Anwendung\\_im\\_Krankenhaus\\_2013-verlaengert.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/092-001l_S3_Antibiotika_Anwendung_im_Krankenhaus_2013-verlaengert.pdf).
- [28] Kumar, A., et al., Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock\*. *Critical Care Medicine*, 2006. 34(6): p. 1589–1596.
- [29] Ferrer, R., et al., Empiric Antibiotic Treatment Reduces Mortality in Severe Sepsis and Septic Shock From the First Hour: Results From a Guideline-Based Performance Improvement Program\*. *Critical Care Medicine*, 2014. 42(8): p. 1749–1755.
- [30] GRADE home. 2017 2017/11/20/; Available from: <http://www.gradeworkinggroup.org/>.
- [31] Levy, M.M., L.E. Evans, and A. Rhodes, The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Intensive Care Med*, 2018.
- [32] Damiani, E., et al., Effect of performance improvement programs on compliance with sepsis bundles and mortality: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS One*, 2015. 10(5): p. e0125827.
- [33] Scheer, C.S., et al., Quality Improvement Initiative for Severe Sepsis and Septic Shock Reduces 90-Day Mortality: A 7.5-Year Observational Study. *Crit Care Med*, 2017. 45(2): p. 241–252.
- [34] Brower, R.G. et al., Ventilation with Lower Tidal Volumes as Compared with Traditional Tidal Volumes for Acute Lung Injury and the Acute Respiratory Distress Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 2000. 342(18): p. 1301–1308.
- [35] Holst, L.B., et al., Transfusion requirements in septic shock (TRISS) trial – comparing the effects and safety of liberal versus restrictive red blood cell transfusion in septic shock patients in the ICU: protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 2013. 14: p. 150.

# Ärzte gesucht: „Wir leisten Hilfe zur Selbsthilfe“

## Interview mit Jürgen Leimann vom Senior Experten Service

Irgendwann ist er da, ob heiß ersehnt oder gefürchtet: der Ruhestand. Wer sein Berufsleben als erfüllend empfunden hat, möchte meist auch die neue Lebensphase sinnvoll gestalten. Der Senior Experten Service (SES) bietet Fach- und Führungskräften im Ruhestand vielfältige Möglichkeiten zum ehrenamtlichen Engagement. Jürgen Leimann ist Regionalbeauftragter des SES für die Region Rhein-Main-Neckar.

**Sie waren Direktor bei einer großen deutschen Bank. Was hat der Abschied vom Berufsleben für Sie bedeutet und wie sind Sie auf den Senior Experten Service aufmerksam geworden?**

**Jürgen Leimann:** Ruhestand heißt, plötzlich auf der anderen Seite des Schreibtisches zu sitzen. Auch wenn es viel Zeit für Privates, Hobbys oder Reisen gibt, fällt der Abschied vom Berufsleben nicht immer leicht. Wer sich fit fühlt, möchte berufliche Erfahrungen nicht ungenutzt brach liegen lassen. Das war und ist auch bei mir so: Nach wie vor spüre ich viel Energie in mir und den Wunsch, etwas Sinnvolles zu tun. Dass der Senior Experten Service (SES) dafür ideale Möglichkeiten bietet, erfuhr ich im Gespräch mit einem befreundeten Arzt.

„Das ist doch etwas für dich“, meinte er. Ich bewarb mich und habe inzwischen Einsätze in Uganda und in der Mongolei absolviert. Allerdings – Leimann schmunzelt – bisher nicht als Finanzexperte sondern dank meines Hobbys, der Bienenzucht. Zur Bekämpfung von Fluchtursachen

Früher Bankdirektor, jetzt Regionalbeauftragter des Senior Experten Service für die Region Rhein-Main-Neckar: Jürgen Leimann.



Foto: Katja Kölsch

wollen viele Länder Menschen in einer sinnvollen Tätigkeit wie der Imkerei schenken lassen, damit sie bleiben.

**Was genau verbirgt sich hinter dem Senior Experten Service (SES)?**

**Leimann:** Der SES – die Stiftung der Deutschen Wirtschaft für internationale Zusammenarbeit – wurde 1983 gegründet und ist die größte deutsche Entsendeorganisation für ehrenamtliche Fach- und Führungskräfte, die sich im Ruhestand befinden oder eine berufliche Auszeit eingelegt haben. Sie geben weltweit Hilfe zur Selbsthilfe. Der SES hat bisher über 40.000 Einsätze in mehr als 160 Ländern durchgeführt. Dabei geht es um Anlei-

tung, Schulung und Fortbildung. Über 12.000 Expertinnen und Experten aus rund 50 Branchen und über 50 Berufsfeldern sind aktuell beim SES registriert.

**Welche Aufgaben hat der SES und was sind seine Ziele?**

**Leimann:** Wir tragen Wissen in die Welt. Das heißt, wir sorgen dafür, dass andere – im Ausland etwa kleine und mittlere Unternehmen, öffentliche Verwaltungen, Kammern, Schulen sowie soziale und medizinische Einrichtungen – vom Know-how gestandener Experten profitieren. Auch in Deutschland sind wir aktiv. Hier engagieren sich unsere Profis vor allem für die Nachwuchsförderung. Das Mentorenprogramm VerA soll Ausbildungsabbrüche verhindern und ist damit bundesweit erfolgreich. Die Ziele des SES lassen sich in drei Punkten zusammenfassen: Alle Experteneinsätze folgen dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe, sie sind grundsätzlich ehrenamtlich und sie kommen immer auf Wunsch des Auftraggebers zustande.

**Ist der Eindruck richtig, dass beide Seiten von den Einsätzen profitieren?**

**Leimann:** Vollkommen richtig: Von dem gegenseitigen Austausch zwischen Alt

### Senior Experten Service (SES)

Träger des SES sind die Spitzenverbände der deutschen Wirtschaft, der Bundesverband der Deutschen Industrie, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, der Deutsche Industrie- und Handelskammertag und der Zentralverband des Deutschen Handwerks. Für seine Aktivitäten im Ausland wird der SES finanziell vom Bundesministerium

für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung unterstützt. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert das Engagement des SES für Auszubildende in ganz Deutschland. Informationen im Internet unter: [www.ses-bonn.de](http://www.ses-bonn.de)  
E-Mail: [ses@ses-bonn.de](mailto:ses@ses-bonn.de) oder [j.leimann@ses-bonn.de](mailto:j.leimann@ses-bonn.de)

und Jung profitieren beide. Unsere Auftraggeber nutzen die Erfahrung der Fachleute im Ruhestand. Diesen wiederum bietet der Einsatz bereichernde Erfahrungen und Begegnungen mit Menschen und Kulturen, die nicht selbstverständlich sind. Dass ihr Wissen viel bewirkt, sehen wir an den seit Jahren steigenden Einsatzzahlen.

**Wie kann man sich beim SES engagieren?**

**Leimann:** Wir suchen händierend Experten aus allen Berufen. Dabei sind Ärztinnen und Ärzte der verschiedenen Fachgebiete besonders gefragt, zum Beispiel in Äthiopien, China, Nepal, Peru und

Uganda. Wer für den SES aktiv werden möchte, kann sich registrieren lassen. Ob und wann es dann zu einem Einsatz kommt, hängt von der Nachfrage, der fachlichen Qualifikation und – bei Einsätzen im Ausland – auch den Fremdsprachenkenntnissen ab.

**Worauf müssen Interessentinnen und Interessenten vorbereitet sein?**

**Leimann:** Grundsätzlich gilt: Registrierung und die Einsätze sind für unsere Experten völlig kostenlos – inklusive Impfungen, Flüge, Unterkunft und Verpflegung. Im Vorfeld der durchschnittlich drei- bis vier-

wöchigen Einsätze finden Vorbereitungsseminare in der SES-Zentrale in Bonn statt, auf denen die Teilnehmer mit den Gepflogenheiten des jeweiligen Einsatzlandes vertraut gemacht werden. Auch später im Ausland ist man nicht allein: Repräsentanten des SES unterstützen vor Ort, Dolmetscher übersetzen und im Notfall hilft eine rund um die Uhr besetzte Hotline des SES sofort. Wichtig sind Bereitschaft und Offenheit, sich auf Land und Leute einzulassen. Gegenseitige Wertschätzung sind das A und O für den Erfolg der Einsätze.

**Interview: Katja Möhrle**

## Mit einfachen Mitteln Besserung erzielen

### Im Einsatz für den Senior Experten Service: Interview mit Prof. Dr. Ulrich Finke

Prof. Dr. med. Ulrich Finke, MBA, Facharzt für Chirurgie, Visceralchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, war bis zu seiner Pensionierung im Jahr 2015 Ärztlicher Direktor des Sankt Katharinen-Krankenhauses in Frankfurt am Main. Für den Senior Experten Service (SES) reiste Finke bereits zweimal nach China und zuletzt nach Madagaskar.

**Wann sind Sie zu dem Senior Experten Service gestoßen?**

**Prof. Dr. med. Ulrich Finke:** Das war im Jahr 2015. Einer meiner Oberärzte hatte auf einem Chirurgenkongress davon erzählt und meine Neugier geweckt. Ich fühlte mich von der Philosophie des SES, Botschafter des eigenen Landes auf professioneller Ebene zu werden, angesprochen. Bei dem Einführungsseminar in Bonn waren wir etwa 18 Leute, davon fünf Ärztinnen und Ärzte; alle standen am Ende des Berufslebens. Was mich schon damals beeindruckt hat, waren die professionellen Auswahlkriterien des SES: Alle Projekte werden vorher sehr genau geprüft, ebenso die Qualifikationen der Experten.

**Wann wurde Sie zum ersten Mal mit einem Einsatz beauftragt? Wie waren Ihre Eindrücke?**

**Finke:** Meine erste Reise führte mich 2015 nach China, genauer gesagt nach Lanz-

hou. Pünktlich wurde ich von einem Vertreter des SES am Flughafen abgeholt und zunächst in mein Hotel gebracht. Um meinen Einsatz vorzubesprechen, traf ich mich abends in netter Atmosphäre mit meinen chinesischen Kollegen zum Essen. An meinem ersten Arbeitstag nahm ich an der Morgenbesprechung teil, bei der eine Schwester über die Notfälle der Nacht berichtete. Bei der anschließenden Visite stellte man mir einige Patienten vor und fragte mich, wie

denn die Behandlung in diesen Fällen bei uns in Deutschland aussähe. Beim Gang durch das Krankenhaus bemerkte ich viele defekte Einrichtungen – kaputte Wasserhähne, Türen etc. Sie standen in krassen Gegensatz dazu, dass fast jeder in der Klinik ein iPhone 4 oder höherwertig bediente. Auch der OP fiel durch defekte Türen oder Leitungen auf, außerdem stand dort viel zu viel Gerät – ein Standard, der bei uns die Hygienemaßnahmen nicht pas- siert hätte.



Foto: Katja Kölsch



Sprechstunde in Antsiranana, Madagaskar.



Hochkonzentriert während einer Hüftoperation in Yichun.

### Warum hatte das chinesische Krankenhaus einen Experten des Senior Expert Service angefordert?

**Finke:** Sie wollten wissen, wie wir in Europa Orthopädie und Unfallchirurgie betreiben. Natürlich ist China kein Entwicklungsland und verfügt selbst über sehr gute medizinische Einrichtungen. Der Einsatz in einer sogenannten Sekundärklinik wie in Lanzhou dient der Fortbildung der Fachärzte. Aus Konkurrenzgründen werden keine Experten aus chinesischen Spitzenkrankenhäusern, sogenannten Primärkliniken, angefragt. Der Einsatz eines europäischen Senior Experten war allerdings offensichtlich auch als Werbung für das Haus gedacht.

### Wurden Sie rasch in den Arbeitsabläufe in der Klinik integriert? Welche Aufgaben mussten Sie übernehmen?

**Finke:** Die Integration verlief schnell. Am zweiten Tage nahm ich gleich an drei Operationen teil. Die erste Operation war die Versorgung einer Außenknöchelfraktur, bei der ich meinem chinesischen Kollegen Dr. Ch. assistierte. Bei der zweiten sah ich nur noch die Versorgung einer Claviculfraktur mit einer Platte, bei der dritten Operation assistierte ich Doktor Ch. bei einer Fersenbeinfraktur. Zwischen den Operationen gab es reichlich Wartezeit, so dass wir erst gegen 13:30 Uhr zum Mittagessen gingen, an dem unter anderem meine Dolmetscherin, die Tochter der Vizedirektorin des Krankenhauses, teilnahm. Sie studierte Pharmazie in der Nähe von Shanghai und war ausgesprochen

kompetent. Nach der Rückkehr ins Krankenhaus hielt ich vor sieben jungen Assistenten, der Vizedirektorin des Krankenhauses und Doktor Ch. einen Vortrag über die Versorgung von Gelenkfrakturen.

### Bot sich auch die Gelegenheit, Ihre Umgebung näher kennenzulernen?

**Finke:** Ja, so wurde ich beispielsweise von der Krankenhausleitung zu einem Ausflug an den Gelben Fluss in einen Park eingeladen, der wie alles in China, extrem belebt war. Anschließend besuchten wir ein typisches Restaurant, das wie ein Schnellimbiss gestaltet war. Tatsächlich waren dort mehr als 50 verschiedene Garküchen nebeneinander unterirdisch angeordnet. Wie es der Zufall wollte, war der Direktor der Klinik, Doktor P., mit dem Manager gut bekannt. Er ließ sich natürlich nicht nehmen, mich besonders zu begrüßen und mit den Leckereien dieser Ansammlung von Restaurants zu versorgen.

Noch in 2015 hatte ich einen weiteren Einsatz in China, und zwar in der Stadt Yichun im Norden Chinas ca. eine Autostunde vom russischen Grenzfluss Amur entfernt und in der Stadt Weihai am chinesischen Meer. Beide Krankenhäuser waren deutlich besser ausgestattet als das in Lanzhou und gehörten einer höheren Kategorie an. Dieser Aufenthalt dauerte vom 12. Oktober bis 4. November.

### Wo fand dann Ihr nächster Einsatz statt?

**Finke:** Im November 2016 flog ich auf Vermittlung des SES für drei Wochen nach

Madagaskar. Die Poliklinik Next in Antsiranana, ein relativ kleines Krankenhaus mit ca. 60 stationären Betten, hatte um Unterstützung durch einen deutschen Experten gebeten. Dabei ging es vor allem um die fachliche Anleitung der drei Assistenzärzte, die sich in der Weiterbildung zum Allgemeinarzt befanden.

### Wie wurden Sie in Madagaskar in Empfang genommen, und wo waren Sie untergebracht?

**Finke:** Nach etwas abenteuerlichen Erfahrungen bei der Ankunft in der Hauptstadt Antananarivo – mir wurde eine Armbanduhr gestohlen – hob am nächsten Morgen um kurz nach sechs eine zweimotorige Propellermaschine älteren Datums nach Antsiranana ab. Es war wolkig, unterbrochen von Sonnenstrahlen und Turbulenzen. Nach der pünktlichen Landung wurde ich von dem Team des Krankenhauses in Empfang genommen und zu einem kleinen gemeinsamen Frühstück gebracht. Meine Unterkunft im Krankenhaus bestand aus zwei Zimmern, die sauber und ordentlich wirkten, aber die Nüchternheit eines Krankenzimmers mit Neonleuchten und kahlen Wänden ausstrahlten.

Mir wurde sofort das Internet eingerichtet und die Küche gezeigt, in der für mich am Nachmittag und Abend gekocht wurde. Anschließend unternahm ich ein paar Schritte um das Gelände herum und machte einige Fotos von der – im Unterschied zu der vernachlässigt anmutenden Umgebung – sehr gepflegt wirkenden

Next Polyclinique. Die Kollegen waren freundlich um mich bemüht. Unter anderem wurde ich zu einer Stadttour nach Antsiranana eingeladen. Wir fuhren durch die Stadt und mir fiel auf, wie trocken die Gegend war. Die Häuser waren größtenteils verfallen, immer wieder unterbrochen von einzelnen durchaus gepflegten Anwesen. Wir besuchten auch die Universität mit den Studentenwohnheimen, die ein ähnlich tristes Bild boten.

### Wie sah Ihr Arbeitstag in der Klinik aus?

**Finke:** Mein Arbeitstag begann zwischen 8:00 und 8:30 Uhr. Von Anfang an wurde ich einem jungen Assistenzarzt, Dr. H., zur Seite gestellt, der ebenfalls im Krankenhaus wohnte. Schon am ersten Tag erlebte ich eine ganz normale Sprechstunde mit gemischten Diagnosen: Patienten mit schweren Arthrosen, diabetischen Neuropathien, einen Freund des Klinikdirektors mit Morbus Parkinson und einen drei Tage alten Verkehrsunfall mit Rippenserienfraktur rechts und einer offenen distalen Unterarmfraktur rechts. Diese war nur auswärts mit einer kurzen Wundversorgung behandelt und ansonsten nicht ruhiggestellt worden. Hier wickelte ich eine Schiene an, wobei die Ausstattung der Klinik mit Materialien eher dürftig war. Der zweite Verkehrsteilnehmer, eine 22 Jahre alte junge Frau, hatte einen leicht verschobenen Schambeinbruch und eine dislozierte Clavicula Fraktur, die ich mit einem sogenannten Rucksackverband behelfsmäßig versorgte.

### Welche Aufgaben kamen während des dreiwöchigen Aufenthaltes auf Sie zu?

**Finke:** Interessanterweise wurde ich keineswegs nur mit orthopädischen und chirurgischen Fragestellungen konfrontiert, vielmehr erstreckten sich die Konsultationen auf die gesamte Medizin: Patienten mit unklaren Bauchschmerzen, Unterleibsschmerzen, Sichelzellanämie und Krämpfen, etc. Unter anderem wurde mir ein dreijähriges Kind mit Tachypoe vorgestellt, als deren Ursache sich eine Totalverschattung der rechten Lunge herausstellte.

Die Vorbereitung einer Leisten-Hernien-Operation sah so aus, dass aus einem großen Container ein Haufen Instrumente auf einen steril abgedeckten Tisch geschüttet wurde und ich mir dann die entsprechenden Instrumente aussuchen konnte. Assistent von einem Arzt in Weiterbildung führte ich die Operation durch.

### Wo lagen Ihrer Meinung nach die Schwierigkeiten im jeweiligen Einsatzland?

**Finke:** In Madagaskar sind die meisten Patienten nicht versichert und müssen für einen Krankenhausaufenthalt je nach Zimmerqualität bezahlen. Auch alle Untersuchungen sind kostenpflichtig; eine Beratung kostet 10.000 Avyary, das sind etwa 3 €. Hier fühlt sich der Senior Experte hilflos, kann er doch das System nicht ändern. Die Bereitschaft der Mitarbeiter des Krankenhauses, sich zu verändern, war jedoch durchaus vorhanden. Insgesamt hatte ich den Eindruck, dass man sich

Mühe gab und auch etwas lernen wollte, es allerdings an vielem einfach fehlte.

### Was konnten Sie als Senior Experte zur Lösung der Probleme und Verbesserung der Situation beitragen?

**Finke:** Als Experte und Spezialist für Hüft- und Kniegelenkersatz hätte ich in Madagaskar mehr leisten können, wären die Mittel vorhanden gewesen. Bei den rheumatischen Erkrankungen konnte ich dagegen hinsichtlich klinischer Symptomatik, bildgebender und Labordiagnostik und für die Therapie im Sinne des Projektes als Lehrer und Ausbilder für die Ärzte in Weiterbildung tätig werden. Dies wurde dankbar und offen aufgenommen.

Als mit dem deutschen Gesundheitssystem vertrauten Arzt überkommt einen manchmal eine gewisse Hilflosigkeit, will man grundlegend etwas ändern, denn dies würde eine totale Veränderung des Sozialsystems des anderen Landes, wie beispielsweise die Krankenversicherung für alle, bedeuten. Bei einem abschließenden Gespräch mit dem Leiter der Klinik schlug ich vor, für bestimmte orthopädische Operationen das bei uns übliche, preiswerte und einfach zu handhabende Baukastensystem einzuführen. Meines Erachtens ist es wichtig, den Kolleginnen und Kollegen vor Ort nicht den Mut zu nehmen und von einem Paradies westlicher Prägung zu erzählen, sondern mit einfacheren Mitteln Besserung und Lindierung zu empfehlen und zu erreichen.

**Interview: Katja Möhrle**

Anzeige

## Spenden Sie für die Überlebenden der Naturkatastrophe in Indonesien

Nach Erdbeben und Tsunami mit mehr als 1.400 Toten in Indonesien haben die Überlebenden mit den verheerenden Folgen der Verwüstung zu kämpfen. Auf der indonesischen Insel Sulawesi ist außerdem ein Vulkan ausgebrochen.

### Sie können helfen!

Unter anderem rufen folgende Organisationen zu Spenden auf:

- Aktionsbündnis Katastrophenhilfe:  
<https://www.zdf.de/service-und-hilfe/zuschauerservice/spenden-tsunami-indonesien-100.html>
- Save the children  
<https://www.savethechildren.de/erdbeben-indonesien/>

# Und, wie macht ihr das so?

## DEGAM-Hospitation in einer Hausarztpraxis in Niedersachsen

Direkt um die Ecke war es nicht, als meine Praxis-Partnerin und ich uns zur Hospitation ins nördliche Niedersachsen aufmachten. Aber wir kannten die Kollegen von hausärztlichen Kongressen und wollten uns gezielt als Teil der Hospitation deren Praxis-Software anschauen. Bereits im Vorfeld hatten wir uns mit den Kriterien der Praxishospitationen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vertraut gemacht und uns über Verschwiegenheit und die Grundregeln der Hospitation verständigt. Es geht um einen kollegialen Austausch. In der fremden Praxis ist man Gast und soll sich entsprechend verhalten. Dies fiel uns in der besuchten Gemeinschaftspraxis der Kollegen Schumacher und Langer in Schwanewede nicht weiter schwer. Freundlich wurden wir begrüßt, jede von uns konnte einen der Kollegen in seiner Sprechstunde begleiten, wobei wir in der Hälfte der Zeit tauschten.

Nach ein paar Jahren in der eigenen Praxis empfinde ich es als sehr bereichernd, einmal bei jemand anderem hinter die Kulissen schauen zu dürfen. Die Zeiten, in denen Hausärzte sich gegeneinander abkapselten und Angst hatten, die Kollegen könnten ihnen die Butter vom Brot neh-

### Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“

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

Schicken Sie Ihre Texte bitte per E-Mail an: [katja.moehrle@laekh.de](mailto:katja.moehrle@laekh.de)



Die Gastgeber der DEGAM-Praxishospitation: Timo Schumacher und Jan Langer (von links).

men, sind ja glücklicherweise vorbei. Im Gegenteil: Auch auf Kongressen erleben wir immer wieder eine große Offenheit. Eigene Schwierigkeiten werden im vertrauten Gespräch offen thematisiert, Lösungsansätze ausgetauscht. Letztendlich haben ja die meisten Praxen mit ähnlichen Herausforderungen zu kämpfen.

In der Gast-Praxis wurden wir von Seiten der Patienten überwiegend sehr freundlich aufgenommen und unsere Anwesenheit im Sprechzimmer toleriert. In Einzelfällen bat der Patient um einen Vier-Augen-Kontakt mit seinem vertrauten Hausarzt, was natürlich jederzeit von uns respektiert wurde. Diese Zeit konnten wir nutzen, um beispielsweise die Abläufe bei den Medizinischen Fachangestellten (MFA) zu beobachten.

Zu den „Benimm-Regeln“ einer Hospitation gehört natürlich: Die Besucher mischen sich nicht in die beobachtete Konsultation ein. Sie äußern sich nur auf Nachfrage. Bei unserem Besuch in Schwanewede lief das ganz natürlich ab – teilweise entwickelten sich gemeinsame Überlegungen zur Differentialdiagnose und zum Vorgehen noch während der Konsultation, teilweise reflektierten wir nach der Verabschiedung des Patienten mit dem Kollegen darüber, ob wir etwas anders gemacht hätten und warum.

Es zeigte sich, wie so häufig: Auch dort wird nur mit Wasser gekocht. Außerdem unterscheiden sich unsere Vorgehensweisen zwar in Details, aber nie wirklich grundsätzlich. An ähnlichen Stellen kamen wir ins Grübeln – ist die Patientin mit Bauchweh einzuweisen? Könnte es sich um eine Sigmadivertikulitis handeln? Sollte man antibiotisch behandeln? Könnte eine Laboruntersuchung weiter helfen? Bei einem Anruf aus dem Altenheim bezüglich einer Patientin mit neurologischer Symptomatik: Muss ein Hausbesuch gefahren, gar ein Rettungswagen alarmiert werden? Welche Diagnostik soll von den Pflegekräften vorher bereits übernommen werden? Muss das Vorgehen mit den Angehörigen oder dem Betreuer der Patientin besprochen werden?

Hier empfanden auch die gastgebenden Kollegen unser Feedback hilfreich, wobei sich die Einschätzungen der Situation sehr ähnelten. Als niedergelassene Hausärzte sind wir es gewöhnt, häufig solche Entscheidungen allein treffen zu müssen. Manchmal fragt man sich, ob man zu sehr „im eigenen Saft schmort“ und sich zu wenig hinterfragt. Es beruhigt zu sehen, dass andere sich ähnlich verhalten würden. Das mag in anderen Praxen vielleicht auch mal anders aussehen. In manchen Fällen

mag es auch schwierig sein, wertschätzend die Herangehensweise eines Kollegen zu respektieren, wenn dieser gänzlich andere und vielleicht nicht mehr leitliniengerechte Vorstellungen vertritt, vielleicht auch im Arzt-Patienten-Kontakt Verhaltensweisen zeigt, die wir als Besucher unangenehm finden. Hier kann das Feedback dann schwieriger werden. Dennoch besteht die Kunst darin – und das ist eine weitere „Benimm-Regel“ für Hospitationen: Ein Feedback soll immer äußerst wertschätzend gestaltet werden.

## Gegenseitiger Respekt

Darüber sollte man sich vorher im Klaren sein. Es geht in einer Praxishospitation nicht um Urteile, sondern um Austausch und gegenseitiges Lernen, hierfür ist der gegenseitige Respekt essenziell. Man sollte auch anerkennen, welche Überwindung es so manchen Kollegen kosten mag, sich „in die Karten schauen“ zu lassen. In der eigenen Praxis kennt man ja so einige Unzulänglichkeiten und „Baustellen“, da fühlt man sich schnell verletztlich, wenn von außen jemand zuschaut.

Neben dem rein medizinischen gibt es natürlich auch Gespräche über Abläufe und praxisorganisatorische Herausforderungen. In unserem Fall fing der Dialog bereits nach der Anreise am Vorabend bei einem gemütlichen Glas Wein an...



Foto: privat

Sie besuchten die Praxis in Niedersachsen: Julia Reich und Dr. med. Sabine Frohnes (von links).

Wie werden Akutpatienten in die Sprechstunde integriert? Wie lang sind bei Euch die Wartezeiten zur Grippezeit? Wann werden Rezepte zum Unterschreiben wem vorgelegt? Welche Tätigkeiten können an die MFA delegiert werden? Unter welchen Voraussetzungen und wann fährt welcher Kollege zum Hausbesuch? Wie sind die Erfahrungen mit der neuen Software? Da die Praxis frisch umgebaut ist, holten wir uns auch hier für die bevorstehende Renovierung unserer Praxis viele Anregungen und neue Motivation.

## Anerkennung von Fortbildungspunkten beantragen

Es lohnt sich, vorher mit der Ärztekammer Kontakt aufzunehmen wegen der Anerkennung der Hospitation als Fortbildungsveranstaltung. Dies wird in jedem Bundesland etwas verschieden gehandhabt. Leider herrscht bei landes-übergreifenden Hospitationen nicht immer Einigkeit darüber, welche Landesärztekammer zuständig ist. Letztendlich wurden uns aber als Besucher von Hessen 7 Fortbildungspunkte für die ganztägige Hospitation anerkannt.

Nach der Sprechstunde saßen wir mit den Kollegen noch zusammen für ein abschließendes Feedback. Beide Seiten empfanden den kollegialen Austausch als angenehm und wertschätzend, ein Gegenbesuch ist fest geplant, scheitert bisher nur am beiderseitigen Zeitmangel. Wir freuen uns darauf, werden aber vorher als Besuchte wohl auch etwas nervös sein...

Anregungen und eine Anleitung zur Hospitation, eine Vorlage für die Bescheinigung und eine Liste von Hospitationspraxen findet man im Internet auf der Webseite der DEGAM: [www.degam.de/praxishospitation.html](http://www.degam.de/praxishospitation.html)

**Dr. med. Sabine Frohnes**

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Kassel

E-Mail:

[dr.frohnes@hausarztin-kassel.de](mailto:dr.frohnes@hausarztin-kassel.de)

## Absolventenfeier in Frankfurt



148 junge Ärztinnen und Ärzte aus Frankfurt feierten im Juli gemeinsam den erfolgreichen Abschluss ihres Medizinstudiums. Auch der damalige Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (l.), nutzte die Feier, um den Absolventen persönlich zu gratulieren.

Fotos: Uniklinikum Frankfurt am Main

## „Schwimmen heißt, nicht aufzugeben“

### Interview mit Gudrun Manuwald-Seemüller: Von der transplantierten Schwimmerin zur Treuhänderin des Weltverbandes für transplantierte Sportler



Gudrun Manuwald-Seemüller erreichte mit einem Spenderorgan sportliche Höchstleistungen – und managt den Verein TransDia, der Sportlerinnen und Sportler mit einem solchen Handicap fördert.

**TransDia steht für „Sportverein für transplantierte und dialysepflichtige Menschen“. Ihr persönliches Schicksal und ihre sportlichen Erfolge sind eng mit dem Verein verknüpft, den Sie heute als Vorsitzende leiten. Wie kam es dazu und welche Rolle spielt Schwimmen in Ihrem Leben?**

**Gudrun Manuwald-Seemüller:** Schwimmen heißt, nicht aufzugeben: So könnte mein persönliches Motto lauten. Nach einer erfolgreichen Lebertransplantation im Jahr 2002 durfte ich in den Folgemonaten eine unglaubliche Rehabilitation erleben. Eine große Rolle hat dabei der Sport gespielt, genauer gesagt: das Schwimmen. Schon in meiner Jugend hatte ich Erfahrungen im Schwimmverein gesammelt. Sie motivierten mich dazu, nach Operation und Reha wieder ins Schwimmbecken zu steigen. Nach dem wochenlangen Klinikaufenthalt geschwächt und instabil, konnte ich mich dort erstmals wieder frei bewegen und spüren, dass Wasser trägt.

**Wie haben Sie dieses Erlebnis empfunden und was hat es bei Ihnen bewirkt?**

Es war toll, wie eine Wiedergeburt. Ich konnte Kraft und Ausdauer zurückgewin-

nen. Dadurch war ich auch in der Lage, wieder relativ schnell in meinen Beruf als Physiotherapeutin zurück zu kehren.

**Dass Sie wieder beruflich aktiv wurden, war bereits ein Meilenstein. Doch Sie haben die zurückgewonnene Energie auch in den Sport investiert. Wann stießen Sie zu TransDia?**

Die Entdeckung, doch noch ziemlich schnell schwimmen zu können, brachte mich 2005 zum ersten Mal zu den Deutschen Meisterschaften der Transplantierten und Dialysepatienten. Diese werden vom Verein TransDia e. V. veranstaltet. Dass ich in meiner Altersklasse sportliche Erfolge erzielen konnte, machte Lust auf weitere Wettkämpfe.

Ich nahm an den European Transplant and Dialysis Sport Championship teil; eine Gold-, eine Silber- und zwei Bronzemedailles waren Belohnung und Motivation für ein weiteres Ziel. So lockten mich die Weltspiele der Transplantierten (World Transplant Games) 2009 in Australien – das perfekte Geschenk zu meinem damals bevorstehenden runden Geburtstag.

Bei den „Winter World Transplant Games“ (WWTG), die 2010 in St. Foy en Tarran-

taise/Frankreich stattfanden, konnte ich in der Kategorie „Super Veterans“ vier Goldmedaillen erzielen.

**Stand und steht für Sie beim Sport der Erfolg im Mittelpunkt?**

Auch wenn ich seit 2008 an allen internationalen Wettbewerben sommers wie winters teilgenommen habe, geht es mir nicht um Platzierungen. Die Begegnung mit den anderen organtransplantierten Sportlern bei deutschen-, europäischen- oder Weltmeisterschaften ist immer ein besonderes und ungemein berührendes Erlebnis. Für uns alle ist die Möglichkeit, an sportlichen Wettbewerben teilzunehmen und dieses zweite Leben gestalten zu dürfen, ein Wunder.

Das rettende Organ hat uns zu Gewinnern gemacht. Wir gedenken und danken unseren Organspendern, ihren Familien und unseren Ärzten und feiern ein Fest des Lebens. So waren und werden diese Meisterschaften national und international in erster Linie immer ein Ort sein, um Danke zu sagen.

**Sie sind nicht nur Sportlerin, sondern auch Sportfunktionärin. War das von Anfang an geplant?**

Persönlich hätte ich nie gedacht, dass mich mein sportliches Engagement einmal in Funktionärsgrämien führen würde. Im Oktober 2013 wurde ich im Rahmen einer außerordentlichen Mitgliederversammlung zur ersten Vorsitzenden von TransDia gewählt. Ohne Vorkenntnisse und nur dank der außerordentlich guten Zusammenarbeit im frisch gewählten Vorstand ist es gelungen, das Schiff des Vereins über Wasser zu halten. Aus dem Vereinsnamen TransDia, gebildet aus Transplantation und Dialyse, ist zum besseren Verständnis TransDia Sport Deutschland e. V. geworden.

**Wie hat sich der Verein TransDia in den vergangenen Jahren entwickelt?**

Unsere Teams sind bei allen Veranstaltungen national und international durch

Teamkleidung und Namen als deutsche Mannschaft kenntlich. Sehr stolz macht mich das Abschneiden der Mannschaft TransDia Sport bei den XXI. World Transplant Games in Màlaga/Spanien. 63 Medaillen bedeuten Platz vier in der Nationenwertung, errungen mit 61 Aktiven. Diesen großartigen Erfolg gönne ich jedem Teammitglied von Herzen, er macht mich stolz und belohnt unsere Vereinsarbeit.

**Welches Ziel verfolgen Sie mit Ihrem Engagement?**

Mein Ziel ist es, auf „Gesundheit nach Transplantation“ gestalterisch Einfluss zu nehmen. Dass ich 2014 in das „Presidential Committee“ der European Transplant and Dialysis Sports Federation (ETDSF) gewählt wurde, war ein erster Schritt, um einerseits Deutschland eine Stimme auf europäischer Ebene zu verschaffen, andererseits die Bedeutung von Sport nach Transplantation und während der Dialyse zu verbreiten. Ebenso die Wahl in das Council des Weltverbandes: „World Transplant Games Federation“ (WTGF) im Jahr 2015.

Nach Neuordnung des Weltverbandes (englisches Recht) sind wir aus „Concillors“ „Trustees“ geworden – also Treuhänder im Komitee des Weltverbandes („Trustee at Board of World Transplant Games Federation“). Neben anderen Aufgaben, wie Bildung des Schiedsgerichts bei den WTGF, bin ich Mitglied des Medi-

cal Committee, also für die gesundheitlichen Voraussetzungen der teilnehmenden Athleten mitverantwortlich. Darüber hinaus kümmere ich mich um die künftigen Austragungsorte von Weltspielen.

**Was treibt Sie bei Ihren vielfältigen Aktivitäten an?**

Sicher ist der Motor mein Traum, einmal die World Transplant Games in Deutschland auszurichten. An den World Transplant Games 2017 in Màlaga/Spanien ha-

ben über 2300 Athleten und fast 2000 Begleiter teilgenommen. Spanien, das Land mit den weltweit besten Organspendezahlen, war uns ein großartiger Gastgeber. Die Bevölkerung des Landes und die Regierung stehen hinter dem Gedanken zur Organspende: Organspende, Transplantation heißt Leben bewahren, Leben retten.

So wünsche ich mir das auch in Deutschland.

**Interview: Katja Möhrle**

**Kontakt und Geschichte von TransDia**

**Kontakt:**

TransDia Sport Deutschland e. V.  
c/o Gudrun Manuwald-Seemüller  
Frankfurterstr. 14  
72760 Reutlingen  
Fon: 07121 6953048  
E-Mail: info@transdiaev.de

Im Jahre 1982 wurde der Verein als DSN (Deutscher Sportverein für Nierentransplantierte) in Husum gegründet. Mit der Namensänderung in DSVO (Deutsche Sportvereinigung für Organtransplantierte) im Jahre 1997 wurde dem Beitritt von „Nicht-Nierenpatienten“ Rechnung getragen. Seit 2005 heißt der Verein nun TransDia. Damit wurden Dialysepatienten integriert. Seit 1980 werden jährlich zu Himmelfahrt an wechselnden Orten in ganz Deutschland die Deutschen

Meisterschaften ausgetragen. Auch Transplantierte und Dialysepatienten aus den deutschsprachigen Nachbarländern Südtirol, Schweiz, Österreich sind dabei. Diese Veranstaltungen sind u. a. auch Werbung für Organspende mit entsprechender Außenwirkung. Alle zwei Jahre werden Weltspiele für Organtransplantierte sowie die Europäischen Spiele der Organtransplantierten und Dialysepatienten ausgetragen.

TransDia Sport Deutschland e. V. ist Gründungsmitglied der European Transplant and Dialysis Sports Federation und der World Transplant Games Federation. Der Vorstand des Vereins bringt sich auch politisch ein, beispielsweise in die Diskussion um den Entwurf eines neuen Gesetzes für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende.

**Leserbriefe**

**Der Wille des Patienten soll der Maßstab sein**

*Leserbrief zum Artikel „Ansichten und Einsichten: Pflegeheime – ambulant oder stationär?“ von Michael Andor, HÄBL 9/2018, S. 531*

**Schreiben Sie uns!**

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. E-Mails bitte an: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Im Vogelsengang 3, 60488 Frankfurt/Main.

Foto: Werner Hillpert – Fotolia.com

Ich war als Internistin und Hausärztin von 1966–1996 in der Kleinstadt Bad Soden tätig. Für mich war es selbstverständliche Aufgabe, auch über Hausbesuche Patienten zu begleiten, wenn sie nicht fähig waren, meine Praxis aufzusuchen. Auch wenn diese im örtlichen Pflegeheim aufgenommen werden mussten, sah ich mich verantwortlich, wenn ich gerufen wurde. Der Patient vertraute sich in seiner Arztwahl mir an. Den Begriff „zwangsweise

Dienstverpflichtung“ hörte ich nie. Dieser passt auch nicht zum Arztberuf. Ich bin freiwillig Ärztin geworden – und das hat sich für den Kranken und den Patienten als gut erwiesen, den Sterbefall eingeschlossen. Bei der Frage einer stationären Behandlung soll möglichst der Wille des Patienten der Maßstab sein.

**Dr. med. Dietmut Thilenius**  
Bad Soden



## Heilung von ärztlichen und pflegerischen Dokumentationsversäumnissen

Die Patientendokumentation dient bekanntlich im Falle eines Arzthaftungsverfahrens der Beweissicherung. Seit der Entscheidung des BGH vom 18.03.1986<sup>1</sup> besteht auch für die Pflege die Pflicht zu einer ordnungsgemäßen Dokumentation. Rechtsgrundlage ist zum einen § 4 KrPflG<sup>2</sup> sowie die KrPflAPrV<sup>3</sup>, zum anderen das Vertragsrecht, sei es in Form eines Behandlungs-, Krankenhaus- oder Heimvertrages.

In einem Haftungsverfahren ist der Patient sowohl für den Behandlungs- bzw. Pflegefehler als auch für den Ursachenzusammenhang zwischen diesem und dem geltend gemachten Gesundheitsschaden beweispflichtig. Eine nicht nachvollziehbare und mithin mangelhafte Dokumentation kann zugunsten des Patienten zu Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr führen. Das Unterlassen der erforderlichen Dokumentation kann Indiz dafür sein, dass die ärztliche bzw. pflegerische Maßnahme unterblieben ist, obgleich sie geboten war.

Auf die Dokumentation können sich der Patient als auch der Arzt bzw. das Pflegepersonal jeweils zu ihren Gunsten berufen: Was nicht dokumentiert ist, aber hätte dokumentiert werden müssen, gilt als nicht geschehen; umgekehrt ist einer zeitnahen und vollständigen, äußerlich unverdächtigen Dokumentation grundsätzlich Glauben zu schenken.<sup>4</sup> Etwaige Lücken in der Dokumentation können geschlossen werden, indem man den dokumentationspflichtigen Umstand anderweitig beweist. Dies kann durch mündliche Anhörung des Arztes bzw. der Pflegekraft, aber auch durch Vernehmung von Zeugen – in der Regel Mitarbeiter – erfolgen.<sup>5</sup> In aktueller Entscheidung hat sich auch das OLG Dresden<sup>6</sup> mit der Frage der Heilung von ärztlichen Dokumentationsversäumnissen auseinandergesetzt und die bisherige Rechtsprechung<sup>7</sup> bestätigt. Der Senat führt hierzu aus, dass nach höchstrichterlicher Rechtsprechung die fehlende Dokumentation einer aufzeichnungspflichtigen Maßnahme zwar grundsätzlich die Vermutung begründe, dass die Maßnahme unterblieben ist. Die Vermutung des § 630h Abs. 3 BGB kann aber dadurch entkräftet werden, dass der Beweis des Gegenteils (§ 292 ZPO) geführt wird. Dies kann durch Parteianhörung geschehen, wenn deren Angaben hinreichend glaubhaft sind und die Partei glaubwürdig erscheint.<sup>8</sup> Ebenso wie bei der streitigen Aufklärung, bei der es im Einzelfall zur gerichtlichen Überzeugungsbildung ausreicht, wenn durch Zeugen im Wege der Parteivernehmung gemäß § 448 ZPO oder durch Parteianhörung die ständige Praxis einer ordnungsgemäßen Aufklärungspflicht nachgewiesen wird, können Arzt und Pflegekraft auch durch den Nachweis einer gefestigten Untersuchungsroutine den Beweis für ein entsprechendes

Vorgehen im konkreten Einzelfall führen, wenn es feststeht, dass überhaupt eine solche Untersuchung gegeben hat.<sup>9</sup>

### Fazit

Die Vermutung, dass eine nicht in den Behandlungsunterlagen dokumentierte Untersuchung oder Pflegemaßnahme nicht erfolgt ist, können Arzt bzw. Pflegekraft im Rahmen ihrer Parteianhörung entkräften. Sofern feststeht, dass überhaupt eine Behandlung oder Pflegemaßnahme durchgeführt wurde, ist es ausreichend, wenn die Betroffenen schildern, wie sie in vergleichbaren Fällen regelmäßig vorgehen. Im Rahmen eines Rechtsstreits empfiehlt es sich daher, im Falle von Dokumentationslücken frühzeitig eine Parteivernehmung anzuregen und bereits im ersten Verhandlungstermin dafür Sorge zu tragen, dass nicht nur die Klägerseite zum Behandlungsverlauf angehört wird, sondern Arzt und Pflegekraft gleichfalls Gelegenheit gegeben wird, ihre regelmäßigen Vorgehensweisen und insbesondere auch hierbei erfolgende Routine zu schildern, um die Vermutung des § 630 a Abs. 3 BGB zu widerlegen.

**Dr. iur. Thomas K. Heinz**  
Rechtsanwalt,  
Fachanwalt für MedR  
E-Mail: [dr.tkheinz@freenet.de](mailto:dr.tkheinz@freenet.de)



<sup>1</sup> BGH, Urteil vom 18.06.1986, Az. VI ZR 215/84 – Leitsatz: Im Krankenblatt eines Krankenhauspatienten, bei dem die ernste Gefahr eines Durchliegegeschwürs (Dekubitus) besteht, sind sowohl die Gefahrenlage als auch die ärztlich angeordneten vorbeugende Maßnahmen zu dokumentieren.

<sup>2</sup> Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 35 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert

<sup>3</sup> Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2003 (BGBl. I S. 2263), zuletzt geändert durch Artikel 33 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) <sup>4</sup> OLG Köln, Urt. v. 13.08.2014, Az. 5 U 57/14

<sup>5</sup> zuletzt OLG Koblenz, VersR 2017, 353

<sup>6</sup> OLG Dresden, GesR 2018, 28

<sup>7</sup> siehe BGH, GesR 2015, 88

<sup>8</sup> OLG Koblenz, VersR 2017, 353

<sup>9</sup> In Folge ebenso KG, GesR 2018, 424



## 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!

#### Infektiologie

##### Antibiotic Stewardship (ABS)

**Modul 3 – Advanced:** Mo., 11. – Fr., 15. März 2019

**Leitung:** Dr. med. C. Imirzalioglu  
Prof. Dr. med. J. Lohmeyer  
Dr. med. J. Kessel

**Modul 2 – Fellow:** Mo., 13. – Fr., 17. Mai 2019

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

**Gebühr je Modul:** € 1.000 (Akademiestatistiker € 900)

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

#### Innere Medizin

##### Interdisziplinäres Forum Frankfurt:

##### Lungen- und Bronchialheilkunde

In Kooperation mit dem Frankfurter Arbeitskreis Pneumologie, Allergologie (FAPA) e. V. und dem Nordwestkrankenhaus

**Was gibt es Neues in der Pneumologie 2018? Fachgebietsbezogene multidisziplinäre Fortbildungsveranstaltung**  
Sa., 01. Dezember 2018

**Leitung:** Dr. med. P. Kardos, Frankfurt  
**Ort:** Frankfurt, Krankenhaus Nordwest  
**Gebühr:** kostenfrei

##### Auskunft/Anmeldung:

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

#### Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer, siehe S. 679.

##### Multimedikation bei älteren Patienten

Mi., 05. Dezember 2018, 19:00 – 21:30 Uhr

**Leitung:** Prof. Dr. med. K.-R. Genth,  
Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber  
PD Dr. med. R. Püllen,  
Dr. phil. nat. C. Ude

**Gebühr:** € 30 (Akademiestatistiker € 27)

**Ort:** Frankfurt, Hanauer Landstr. 160

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

#### Arbeitsmedizin

##### Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische

##### Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

**FOBI: Refresher** Mi., 21. November 2018 6 P

**MIMA: Erstschtulung** Mi., 05. Dezember 2018 6 P

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

**Gebühr:** € 110 (Akademiestatistiker € 99)

**Max. Teilnehmerzahl:** 25

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

#### Rechtsmedizin

##### Leichenschau

Mi., 20. Februar 2019, Mi., 27. Februar 2019,

Mi., 06. März 2019 und Mi., 13. März 2019, jeweils 15:00 Uhr

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

**Ort:** Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin

**Gebühr:** auf Anfrage

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

#### Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

##### 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.flloeren@laekh.de



## Psychotherapie

**Muslimische Patienten in der Psychotherapie**  
Sa, 26. Januar 2019, 10:00 - 16:00 Uhr **6 P**

**Leitung:** Dr. med. I. Rüschoff, Darmstadt  
M. Laabdallaoui, Darmstadt

**Gebühr:** € 100 (Akademiestatutmitglieder € 90)

**Identität und Toleranz - Der Umgang mit schwierigen Patienten aus bekannten und fremden Kulturen**  
Sa., 23. Februar 2019, 09:30 - 16:20 Uhr **7 P**

**Leitung:** Dr. med. A. Schüler-Schneider,  
Frankfurt

**Gebühr:** € 90 (Akademiestatutmitglieder kostenfrei)

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

## Geriatrische Grundversorgung

**Block Ia: Fr., 30. November 2018 – Sa., 01. Dezember 2018**  
**Block Ib: Fr., 14. – Sa., 15. Dezember 2018** **insg. 32 P**

**Gebühr:** Block Ia + Ib € 480  
(Akademiestatutmitglieder € 432)

**Block II: Mi., 13. – Sa., 16. Februar 2019** **insg. 32 P**  
**Gebühr:** € 480 (Akademiestatutmitglieder € 432)

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

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

## Hygiene / Öffentliches Gesundheitswesen

**Hygienebeauftragter Arzt, Refresher**  
Mi., 07. – Do., 08. November 2018 **16 P**

**Gebühr:** € 300 (Akademiestatutmitglieder € 270)

**Leitung:** Dr. med. A. Lengler, Gießen  
K.-U. Wucher, Gießen

**Hygienebeauftragter Arzt, Refresher Rehabilitation**  
Do., 08. – Fr., 09. März 2019

**Leitung:** Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt  
Dr. med. S. Hofmann, Bad Nauheim  
Dr. med. K. Steul, Frankfurt

**Gebühr:** € 300 (Akademiestatutmitglieder € 270)

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

## Notfallmedizin

**Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)**  
Do., 07. – Sa., 09. März 2019

**Gebühr:** € 420 (Akademiestatutmitglieder € 378)

**Leitung:** Dr. med. R. Merbs, Friedberg  
M. Leimbeck, Braunsfeld

**Wiederholungsseminar Leitender Notarzt**  
Sa., 17. November 2018 **12 P**

**Leitung:** Dr. med. G. Appel, Kassel

**Gebühr:** € 260 (Akademiestatutmitglieder € 234)

**Ort:** Kassel, Hess. Landesfeuerwehrschule

**Notfallmedizin machbar machen**

Mi., 28. November 2018 **6 P**

**Gebühr:** € 180 (Akademiestatutmitglieder € 162)

Mi., 13. März 2019

**Gebühr:** € 180 (Akademiestatutmitglieder € 162)

**Leitung:** Dr. med. R. Merbs, Friedberg

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

## Kinder- und Jugendmedizin

**Pädiatrie „State of the Art“ -**

**Pränatale Diagnostik, Genetik, Fehlbildungen**  
Mi., 20. März 2019, 15:00 – 20:00 Uhr

**Leitung:** Prof. Dr. med. R. Schlößer, Frankfurt  
**Gebühr:** € 75 (Akademiestatutmitglieder kostenfrei)

**Auskunft/Anmeldung:**

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

## Hämotherapie

**Transfusionsverantwortlicher/-beauftragte**  
Do., 21. – Fr., 22. März 2019 **16 P**

**Ort:** Kassel, Klinikum

Do., 09. – Fr., 10. Mai 2019 **16 P**

**Ort:** Bad Nauheim, FBZ der LÄKH

**Leitung:** Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach  
**Gebühr:** jeweils € 340 (Akademiestatutgl. € 306)

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



## Ultraschall

### Gefäße

**Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnersorgenden Gefäße**

Fr., 30. November 2018 (Theorie)

Sa., 01. Dezember 2018 (Praktikum)

Gebühr: € 340 (Akademiestatistiker € 306)

Ort Praktikum: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

### Grundkurs (interdisziplinär)

Do., 14. - Fr., 15. Februar 2019 (Theorie)

Sa., 16. Februar 2019 (Praktikum)

### Aufbaukurs (periphere Gefäße)

Do., 13. - Fr., 14. Juni 2019 (Theorie)

Sa., 15. Juni 2019 (Praktikum)

Gebühren: auf Anfrage

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

für Gefäße: Frankfurt

Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

### Abdomen und Retroperitoneum

**Abschlusskurs Sa., 03. November 2018 (Theorie)  
+ 2 Termine je 5 Std. (Praktikum)**

Gebühr: € 380 (Akademiestatistiker € 342)

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

**Grundkurs Fr., 25. - Sa., 26. Januar 2019 (Theorie)**

+ 2 Termine je ca. 6 Std. (Praktikum)

**Aufbaukurs: Fr., 01. - Sa., 02. März 2019 (Theorie)**

+ 2 Termine je ca. 6 Std. (Praktikum)

**Abschlusskurs: Sa., 02. November 2019 (Theorie)**

+ 2 Termine je ca. 6 Std. (Praktikum)

Gebühren: auf Anfrage

Leitung der Kurse Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

für Abdomen: Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

### Aufbaumodul Schilddrüse I

Sa., 09. Februar 2019, 09:00 – 17:00 Uhr

Gebühr: auf Anfrage

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

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

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

E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

## Dermatologie

### Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

**Mi., 27. März 2019, 13:00 – 21:00 Uhr**

**8 P**

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechtheim

Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)

zzgl. € 70 Schulungsmaterial

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

E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

## Ambulante Ethikberatung

Blended Learning-Veranstaltung gem. Curriculum der AEM.

### Theorieteil - Modul 1:

**Präsenzteil Fr., 15. – Sa., 16. Februar 2019**

Selbststudium 21. Januar – 14. Februar 2019

### Theorieteil - Modul 2:

**Präsenzteil Mi., 13.03.2019**

Selbststudium 17. Februar – 12. März 2019

### Theorieteil - Modul 3:

**Präsenzteil Mi., 10. April 2019**

Selbststudium 14. März – 09. April 2019

**Moderationskurs:** auf Anfrage

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

Gebühren: Theorieteil € 650

(Akademiestatistiker € 585)

Moderationskurs € 300

(Akademiestatistiker € 270)

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

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

## Fachkunde im Strahlenschutz

### Spezialkurs Röntgendiagnostik

**insg. 20 P**

**Fr., 07. – Sa., 08. Dezember 2018, 09:00 – 17:00 Uhr**

+ ein prakt. Halbtage zur Auswahl:

**Mo., 10. oder Mi., 12. Dezember 2018, 14:00 – 18:00 Uhr**

Ort Praktikum: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

Gebühr: € 340 (Akademiestatistiker € 306)

### Spezialkurs Interventionsradiologie

**Di., 29. - Mi., 30. Januar 2019, 09:00 – 16:15 Uhr**

**8 P**

Ort Praktikum: Frankfurt, Universitätsklinikum

Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)

**Kenntniskurs** (Theoretische und praktische Unterweisung)

**Sa., 16. Februar 2019**

Gebühr: Theorie: € 100 (Akademiestatistiker € 90)

Praxis: € 60 (Akademiestatistiker € 54)

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

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

E-Mail: melanie.turano@laekh.de



## Moderatorentaining für ärztliche Qualitätszirkel

**Fr., 22. – Sa., 23. Februar 2019** 20 P

**Leitung:** Dr. med. A. Mainz, Korbach

**Fr., 29. – Sa., 30. März 2019** 20 P

**Leitung:** Dr. med. W. Zeckey, Fulda

**Fr., 27. – Sa., 28. September 2019** 20 P

**Leitung:** Dr. med. W. Zeckey, Fulda

**Gebühr:** jeweils € 360  
(Akademienmitglieder € 324)

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

## Diabetologie

### Intensiv-Seminar „Diabetologie“

In Zusammenarbeit mit der Hessischen Diabetes Gesellschaft (HDG).

**Fr., 01. – Sa., 02. Februar 2019**

**Leitung:** Dr. med. M. Eckhard, Bad Nauheim

**Gebühr:** € 160 (Akademienmitglieder € 144)

### Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Diabetes Gesellschaft (HDG); zertifizierte DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2.

**Teile 3 + 4: Mi., 27. März 2019**

**Leitung:** Dr. oec. troph. J. Liersch, Gießen

Dr. med. B. Fischer, Gießen

**Gebühr:** auf Anfrage

### Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,

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

## II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

## 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.

**Block 1: Fr., 25. – Sa., 26. Januar 2019** 16 P

**Block 2: Fr., 29. – Sa., 30. März 2019** 16 P

**Block 3: Fr., 17. – Sa., 18. Mai 2019** 16 P

**Block 4: Fr., 27. – Sa., 28. September 2019** 16 P

**Block 5: Fr., 01. – Sa., 02. November 2019** 16 P

**Block 6: Fr., 13. – Sa., 14. Dezember 2019** 16 P

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

**Gebühren je Block:** € 280 (Akademienmitglieder € 252)

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

## Akupunktur

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

### I. Teil Theorie (120 Std.)

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

**G1 – G2: Fr., 18. – Sa., 19. Januar 2019**

**G3 – G4: Fr., 01. – Sa., 02. Februar 2019**

**G5 – G6: Fr., 01. – Sa., 02. März 2019**

**G7 – G8: Fr., 14. – Sa., 15. Juni 2019**

**G9 – G10: Fr., 13. – Sa., 14. September 2019**

**G11 – G12: Fr., 25. – Sa., 26. Oktober 2019**

**G13 – G14: Fr., 29. – Sa., 30. November 2019**

**G15 (A-Diplom) Sa., 07. Dezember 2019**

### II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

**Fr., 07. – Sa., 08. Dezember 2018**

**Fr., 18. – Sa., 19. Januar 2019**

**Fr., 01. – Sa., 02. März 2019**

**Fr., 13. – Sa., 14. September 2019**

**Fr., 25. – Sa., 26. Oktober 2019**

**Fr., 01. – Sa., 02. November 2019**

**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



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

**Kurstage:** Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!

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

Beginn Telelernphase: 24. Oktober 2018

**A1** **Mi., 23. – Mi., 30. Januar 2019**

Beginn Telelernphase: 17. Dezember 2018

**B1** **Mi., 13. – Mi., 20. März 2019**

Beginn Telelernphase: 06. Februar 2019

**C1** **Mi., 15. – Mi., 22. Mai 2019**

Beginn Telelernphase: 10. April 2019

**Gebühren:** jeweils € 600 (Akademiemitgl. € 540)

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

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

## Palliativmedizin

**Palliativmedizin, Refresher**

**Sa., 24. November 2018**

**Leitung:** Dr. med. L. Fendel, Darmstadt

**Gebühr:** auf Anfrage

**Fallseminar Modul 1**

**Di., 19. – Sa., 23. März 2019**

**Leitung:** Dr. med. C. Riffel, Darmstadt

**Gebühr:** auf Anfrage

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

## Suchtmedizin

**Suchtmedizinische Grundversorgung**

**Kursteil 1:** **Fr., 11. – Sa., 12 Januar 2019**

**Kursteil 2:** **Fr., 18. – Sa., 19. Januar 2019**

**Kursteil 3:/Wahlthema** **Fr., 08. – Sa., 09. Februar 2019**

**Kursteil 4:** **Fr., 01. – Sa., 02. März 2019**

**Orte:** **Kursteile 1 – 3:**  
**Frankfurt, Bürgerhospital und SAGS**  
**Kursteil 4: Friedrichsdorf, Salus Klinik**

**Leitung:** D. Paul, Frankfurt

**Gebühr je Kursteil:** € 200 (Akademiemitglieder € 180)

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

## Spezielle Schmerztherapie

**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 (Akademiemitglieder € 252)

**Ort:** **Kassel, Klinikum**

**Auskunft/Anmeldung:** A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,  
E-Mail: adelheid.zinkl@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. Intensivmedizin, 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: adiola.candelo-roemer@laekh.de

## Sportmedizin

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

Der Umfang der Weiterbildung beträgt 240 Stunden. Die inhaltliche Zusammensetzung ist auf die aktuellen Bestimmungen der WBO der LÄKH ausgerichtet. Der Kurs enthält theoretische und – in großem Umfang – praktische Elemente.

**ZTK 3, 4, 10: Mo., 11. – Sa., 16. März 2019**

**ZTK 7, 9, 11: Mo., 23. – Sa., 28. September 2019**

**ZTK 1, 12, 14: Mo., 04. – Sa., 09. November 2019**

**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



## Manuelle Medizin / Chirotherapie

**Kursblock I** (inkl. 20 UE E-Learning)  
**Do., 09.– Sa., 11. Mai 2019 u. Fr., 17.– Sa., 18. Mai 2019**  
**Kursblock II** (inkl. 20 UE E-Learning)  
**Do., 22.– Sa., 24. August 2019 u. Fr., 30.– Sa., 31. August 2019**  
**Leitung:** Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden  
**Gebühr:** auf Anfrage  
**Auskunft/Anmeldung:** M. Turano, Fon: 06032 782-213,  
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

## Allgemeinmedizin

**Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin**  
**Kurs C - Modul IIb: Sa., 02. Februar 2019**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg  
 Dr. med. R. Gerst, Baden-Baden  
**Kurs A - Modul I: Fr., 10. – Sa., 11. Mai 2019**  
**Kurs B - Modul IIa: Fr., 20. – Sa., 21. September 2019**  
**Leitung:** Dr. med. W. Hönnmann, Kelkheim  
**Gebühren je Kursteil:** auf Anfrage

**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:** € 260 (Akademiestudierende € 234)  
**Auskunft/Anmeldung:** J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,  
 E-Mail: joanna.jerusalem@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 und 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 (Akademiestudierende € 432)  
**Gebühr/Tag:** € 150 (Akademiestudierende € 135)  
**Auskunft/Anmeldung:** S. Holler, Fon: 06032 782-226  
 E-Mail: susanne.holler@laekh.de

## Sozialmedizin

**AK I (E + F):** **Di., 12. – Fr., 22. Februar 2019** **80 P**  
**AK II (G + H):** **Di., 10. – Fr., 20. September 2019**  
**Leitung:** Dr. med. R. Diehl  
**Gebühr:** jeweils € 680  
 (Akademiestudierende € 612)  
**Auskunft/Anmeldung:** C. Löffler, Fon: 06032 782-287,  
 E-Mail: claudia.loeffler@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](http://www.akademie-laekh.de)  
**E-Mail: [akademie@laekh.de](mailto:akademie@laekh.de)**



### NäPA (Nicht-ärztliche Praxisassistentenz)

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](http://www.carl-oelemann-schule.de).

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

### Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Auszubildende zur Winterprüfung

#### Abrechnung: EBM

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

**Termin (PVK 1\_2):** Sa., 15.12.2018, 10:00–16:30 Uhr

**Gebühr:** 75 €

#### Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ

**Inhalte:** Im Kurs werden die Kernelemente der GOÄ und die Abrechnung von Arbeitsunfällen wiederholt und vertieft.

**Termin (PVK 2\_3):** Fr., 14.12.2018, 10:00–16:30 Uhr

**Gebühr:** 75 €

#### Medizinische Fachkunde

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

**Termin (PVK 4\_2):** Sa., 24.11.2018 und Sa., 01.12.2018, jeweils 10:00–16:30 Uhr

**Gebühr:** 130 €

**Kontakt:** Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

**E-Mail:** [elvira.guenthert@laekh.de](mailto:elvira.guenthert@laekh.de)

### Ein- bis zweitägige Fortbildungen

#### Teamwork in Stresssituationen

**Inhalte:** Vermehrte Arbeitsbelastung im Praxisalltag führt oft zu Stress-Situationen 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):** Sa., 01.12.2018, 09:30–16:45 Uhr

**Teilnahmegebühr:** 105 €

**Kontakt:** Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

### Fachkraft für Impfmanagement (40 Stunden)

**Inhalte:** Der Qualifizierungslehrgang gliedert sich in vier Themenschwerpunkte: 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 10 Stunden, die anhand einer Aufgabenstellung von den Teilnehmer/-innen selbstständig erarbeitet wird.

Die Teilnahme an der 8-stündigen Fortbildung „Impfen“ wird beim Qualifizierungslehrgang „Impfmanagement“ anerkannt.

**Termine (IMP):** Fr., 01.02.2019–Sa., 02.02.2019 und Fr., 15.02.2019–Sa., 16.02.2019

**Gebühr:** 420,00 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

### Onkologie

#### ZUSATZTERMIN: Qualifizierungslehrgang Onkologie (120 Stunden)

Nach der „Onkologievereinbarung“ können bei der Behandlung von Onkologiepatienten in begründeten Fällen Medizinische Fachangestellte hinzugezogen werden. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Onkologiepatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen wird in Modulform angeboten. Informationen zum Gesamtlehrgang oder einzelnen Modulen finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Website. Gerne senden wir Ihnen den Informationsflyer zu.

**Beginn:** ab Mi., 05.12.2018

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

### Aufbaufortbildung Onkologie

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

#### Qualitätsmanagement und Good Clinical Practice (GCP)

**Inhalte:** Bedeutung wissenschaftlicher Studien für die Onkologie, Qualitätssicherung in der ambulanten Onkologie, GCP: Entwicklung von Arzneimitteln, Rechtliche Rahmenbedingungen klinischer Prüfungen, Studiendokumentation, Umgang mit Prüfmedikation und mehr.

**Termin (ONK A 2):** Fr., 30.11.2018–Sa., 01.12.2018, insgesamt 10 Stunden

**Gebühr:** 150 €

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



## Kardiologie 120 Stunden

**Inhalte:** Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang vermittelt spezielle Kenntnisse von Krankheitsbildern in der Kardiologie und befähigt dazu, den Arzt/die Ärztin bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung ambulanter nicht-invasiver, invasiver diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu unterstützen. Zusätzliche Themen der Fortbildung sind: Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen, Patientenschulungen, Telemedizin, Kommunikation und Motivation zu Verhaltensänderungen. Nähere Informationen zum Gesamtlehrgang finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Homepage.

**Termin (KAR):** Interessentenliste

**Gebühr:** auf Anfrage

**Kontakt:** Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax: -180

## Strahlenschutzkurse

### Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (90 Stunden)

Die Fortbildung umfasst 60 Stunden praktische Demonstrationen und Übungen sowie 30 Stunden Vermittlung von theoretischen Lerninhalten.

**Termin (STR 1):** ab Mi., 06.02.2019

**Gebühr:** 980 € zzgl. 50 € Prüfungsgebühr

### Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für medizinisches Assistenzpersonal

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

**Termin (STR A 2\_1):** Fr., 15.03.2019, 08:30–16:00 Uhr und Sa., 16.03.2019, 08:30–17:00 Uhr

**Gebühr:** 245 € inkl. Lernerfolgskontrolle

### Aktualisierungskurs „Kenntnisse im Strahlenschutz“

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

**Termin (STR A 1\_1):** Sa., 16.03.2019, 08:30–17:00 Uhr

**Gebühr:** 110 €

**Kontakt:** Ilona Preuß, Fon: 06032 154-154, Fax: -180

## Aufbereitung von Medizinprodukten (24 Stunden)

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung regelt das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten. Die Fortbildung zum Erwerb der Sachkenntnis wird auf der Grundlage des Curriculums der Bundesärztekammer „Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis“ durchgeführt.

**Termin:** ab Do., 17.01.2019

**Teilnahmegebühr:** 340 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

## Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die Module:

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

Durch die Kombination von **300 Stunden Pflichtteil** und **120 Stunden medizinischen Wahlteil** hat der/die Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Praxismanagement als auch in Patientenkoordination und Medizin. Als medizinischer Wahlteil werden u. a. Fortbildungskurse gemäß den Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Im COS-Fortbildungsprogramm sind u. a. die Qualifizierungslehrgänge beschrieben, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden. Im Internet: [www.fortbildung-mfa.de](http://www.fortbildung-mfa.de).

**Termin (FAW 2):** ab 16.05.2019

**Gebühr Pflichtteil:** 1.580 €

**Prüfungsgebühren:** 200 €

Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage.

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

## ALLGEMEINE HINWEISE

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

**Veranstaltungsort** (soweit nicht anders angegeben):

**Carl-Oelemann-Schule (COS)**

Website: [www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de)

Carl-Oelemann-Weg 5 | 61231 Bad Nauheim

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

**Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:**

Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule

Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim

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

E-Mail: [gaestehaus@fbz-hessen.de](mailto:gaestehaus@fbz-hessen.de)

# Multimedikation beim älteren Patienten

## Zweiter Thementag der Veranstaltungsreihe „Ärzte und Apotheker im Dialog“

Der Fortschritt der Medizin und die wachsende Zahl älterer multimorbider Patienten lassen Multimedikation immer mehr zum Alltag von Patienten, Ärzten und Apothekern werden. Multimedikation ist zu komplex, um kategorisch als gut oder als schlecht klassifiziert zu werden. Es geht stets um die Bewertung von Einzelfällen. Diese Fortbildung soll dazu beitragen, dass eine Arzneimitteltherapie – auch mit vielen Präparaten – dem älteren Patienten tatsächlich nützt.

Aus Sicht des Arztes ist der entscheidende Parameter zur Bewertung einer Multimedikation die Indikation für jedes einzelne Präparat. So ist stets zu prüfen, ob für jedes verordnete Medikament tatsächlich eine Erkrankung vorliegt, die die Gabe des Medikamentes rechtfertigt. Viele Präparate werden gegeben, um ein unerwünschtes Ereignis in der Zukunft zu verhindern, das betrifft beispielsweise Antikoagulantien, Antihypertensiva oder Osteoporosepräparate. Bei älteren Patienten muss in diesen Fällen bei der Indikationsstellung abgeschätzt werden, ob die Lebenserwartung des Patienten groß genug ist, um den in Studien ermittelten Effekt des Medikamentes zu erleben.

Vor allem geriatrische Patienten erhalten nicht selten mehrere Arzneimittel von unterschiedlichen Verordnern. Häufig mündet diese Situation im Zustand der „Polypharmazie“ mit mindestens vier bis fünf dauerhaft, systemisch eingenommenen Arzneimitteln. Mit steigender Anzahl von Arzneimitteln nimmt für den betroffenen Patienten das aus der Therapie resultierende Risiko zu: Interaktionen, arzneimittelbezogene Probleme und Unverträglichkeiten sind die Folge.

Darüber hinaus steigt die Wahrscheinlichkeit inkorrekt er Einnahmemodalitäten („vor“, „während“ oder „nach dem Essen“), falscher Dosierungen und falscher Handhabungen der Darreichungsformen, das gefährdet den Therapieerfolg.

Wenn in der „Stamm-Apotheke“ eines Patienten die Verordnungen verschiedener Ärzte zusammentreffen, ist diese Apotheke geradezu die ideale Instanz, um Interaktionen zu prüfen und – bei etwaigen

Problemen – die zuständigen Ärzte zu informieren. Außerdem gehört es zu den ursprünglichen Aufgaben des Apothekers, die idealen Einnahmemodalitäten zu definieren und den Umgang mit Tabletten, wie zum Beispiel das Teilen oder Mörsern, dem Patienten zu erklären. Auch in der Zusammenarbeit mit dem Arzt sind zahlreiche Schnittstellen denkbar: Nach einer umfangreichen Medikationsanalyse können beispielsweise Therapieoptimierungen durch einen Austausch von Darreichungsformen vorgenommen werden.

Die Apotheke versteht sich zunehmend nicht mehr nur als Logistik-Partner. Auch Dienstleistungsangebote gehören immer selbstverständlicher zu den Aufgaben einer Apotheke. Beispielsweise erlaubt es das Konzept ATHINA (Arzneimitteltherapiesicherheit in Apotheken) dem Patienten eine strukturierte und qualitätsgesicherte Form der Arzneimittelanalyse anzubieten, an deren Ende eine interdisziplinär ausgerichtete Therapieoptimierung steht.

### Ärzte und Apotheker im Dialog

Die neue Fortbildungsreihe berichtet praxisnah, ausgehend von Fallbeispielen, über häufige Krankheitsbilder und die leitliniengerechten Therapien. Ziel ist es, in kurzen Veranstaltungen das aktuelle Wissen zu-

sammenzufassen und dabei der unterschiedlichen Sicht von Ärzten und Apothekern auf Patienten und Therapiekonzepte gerecht zu werden. Daraus wird sich der Dialog entwickeln, der ausdrücklich in der Diskussion mit den Fortbildungsteilnehmern geführt werden soll – sehr gerne anhand von Beispielen aus dem eigenen Arbeitsalltag. Idealerweise wird sich dieser Dialog in den Alltag fortsetzen. Besonders in der ambulanten Versorgung kann das zu einer Verbesserung von Sicherheit und Compliance der Medikamententherapie beitragen.

#### PD Dr. med. Rupert Püllen

Facharzt für Innere Medizin, Geriatrie;  
Medizinisch-Geriatriische Klinik,  
Agaplesion Markus Krankenhaus,  
Frankfurt am Main

#### Dr. phil. nat. Christian Ude

Fachapotheker  
für Arzneimittelinformation,  
Lehrbeauftragter  
der Goethe Universität  
Frankfurt am Main,  
Stern-Apotheke, Darmstadt

Kontakt: Akademie  
für Ärztliche Fort- und Weiterbildung,  
Carl-Oelemann-Weg 5,  
61231 Bad Nauheim

### Ärzte und Apotheker im Dialog: Multimedikation beim älteren Patienten

#### Termin:

Mittwoch, 5. Dezember 2018,  
19–21.30 Uhr, in den Räumen  
der Steuer-Fachschule  
Dr. Endriss  
Hanauer Landstraße 160  
Frankfurt/Main

#### Referenten:

PD Dr. med. Rupert Püllen,  
Dr. phil. nat. Christian Ude

**Gebühr:** 30 Euro

**Zertifizierung:** 3 Fortbildungspunkte

**Veranstaltungsreihe:** Kooperation der  
Landesärztekammer Hessen mit der  
Landesapothekerkammer Hessen

#### Information und Anmeldung:

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

# Ärzte ohne Grenzen

## Medizinische Hilfe und Sprachrohr für Menschen in Not in 70 Ländern weltweit

Ein Veranstaltungsraum im Uniklinikum Frankfurt, der am späten Nachmittag trotz warmen Spätsommerwetters bis auf den letzten Platz besetzt ist: Der Vortrag zur Arbeit von Ärzten ohne Grenzen (ÄoG) von Dr. med. Kanya Götsch zog viele Interessenten an, die mehr über die Aktivitäten der Hilfsorganisation erfahren wollten. Die Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe stellte die Hilfsorganisation vor und berichtete von ihren persönlichen Erfahrungen und Eindrücken. Götsch ist Oberärztin an den Hochtaunus-Kliniken in Bad Homburg – ein starkes Kontrastprogramm zu ihren bisherigen Einsatzorten bei ÄoG in Afghanistan und Pakistan. Wie sie selbst diese Zeit empfunden hat und was sie dazu motiviert, auch Ende dieses Jahres wieder an einem Projekt teilzunehmen, erzählt sie im Interview auf S. 682.

### Hilfe und Sprachrohr für Menschen in Not

„Ärzte ohne Grenzen leistet zum einen humanitäre und medizinische Notfallhilfe, zum anderen sind wir ein Sprachrohr für Menschen in Not“, eröffnete Götsch ihren Vortrag. Das sogenannte Témoignage-Prinzip sei ein wichtiger Grundsatz der Organisation. „Témoigner“, aus dem französischen für „Zeugnis ablegen“, bedeute in der Praxis, als Sprachrohr für die Menschen zu fungieren und so unter anderem das Bewusstsein der Öffentlichkeit für Krisen zu stärken.

Weiterhin bilden Unabhängigkeit, Unparteilichkeit und Neutralität die Grundlage für die Arbeit der Organisation. „Das Grundprinzip lautet, dass alle bedürftigen Menschen gleich sind – unabhängig von Geschlecht, Religion, Ethnizität etc.“, resümierte Götsch. Die Arbeit von Ärzten ohne Grenzen umfasse dabei das gesamte Versorgungsspektrum, angefangen bei der Basisversorgung bis hin zu spezieller medizinischer Hilfe sowie nachhaltigen Präventionsprogrammen, etwa zum Thema Mangelernährung. „In dem geburts-hilflichen Krankenhaus, in dem ich in Afghanistan gearbeitet habe, wurden zum



Teil der Neonatologie in Khost

Beispiel Beratungsangebote zum Thema Verhütung eingeführt, bei dem es noch viel Nachholbedarf gibt“, berichtete die Gynäkologin.

### Internationales Netzwerk mit standardisierten Abläufen

Ärzte ohne Grenzen ist ein internationales Netzwerk, das derzeit in rund 70 Ländern aktiv ist und sich zum Großteil über private Spenden finanziert. „So wird die Unabhängigkeit der Organisation gewährleistet. Rund 90 Prozent des Geldes fließt direkt in unsere Projekte“, so Götsch.

Damit notwendige professionelle Hilfe schnell dort ist, wo sie gebraucht wird, braucht es standardisierte Verfahren und Materialien für verschiedene Szenarien. Daher stehen die sogenannten Logistikpakete immer fertig abgepackt bereit und sind umgehend verfügbar, ebenso wie qualifiziertes und motiviertes Personal. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ÄoG kommen aus den unterschiedlichsten Bereichen, wie aus Medizin und Administration. Außerdem sind Psychologen, Laborpersonal, Logistiker, Epidemiologen, Wasser- und Sanitärfachleute Bestandteil des Teams. „Den absoluten Mammutan-

teil in den Projekten stemmen allerdings die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort“, ergänzte die Referentin.

### Ärztliches Personal aus allen Bereichen im Einsatz

„Ärztinnen und Ärzte werden im Grunde aus allen Fachrichtungen gebraucht, vor allem aber aus der Chirurgie, Anästhesie, Gynäkologie, Notfallmedizin, Pädiatrie und Allgemeinmedizin – um ein paar Beispiele zu nennen“, listete Götsch auf. Die Hauptaufgaben des ärztlichen Personals lägen im Bereich der klinischen Tätigkeiten sowie der Erkennung und Bekämpfung von Gesundheitsrisiken. Aber auch Planung und Organisation stünden auf der Agenda, ebenso wie die Medikamentenversorgung und die Verantwortung des Einsatzteams. Vor dem Hintergrund der Nachhaltigkeit sei auch die Ausbildung und Supervision des Personals vor Ort eine Priorität. „Die Arbeit muss weitergehen können, wenn das Team von Ärzten ohne Grenzen wieder weg ist“, so Götsch. Dafür müsse man eigene, nationale Standards ein Stückweit loslassen. „Protokolle und Abläufe müssen an nationale Gegebenheiten angepasst und möglichst umfassend standardisiert

werden, damit das Personal vor Ort bzw. die nächsten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ÄoG im Projekt damit weiterarbeiten können. Dafür nutzen wir Guidelines, die sich u. a. an WHO-Standards und evidenzbasierten Daten orientieren.“

### Berufserfahrung, Engagement und Sprachkenntnisse erwünscht

Zu den Aufgaben des ärztlichen Personals im Einsatzland gehöre auch die Dokumentation und Auswertung verschiedener Daten zu beispielsweise Todesursachen, Häufigkeit bestimmter Erkrankungen oder – je nach Projekt – auch Häufigkeit von Mangelernährung oder gewaltsame Verletzungen durch Waffen. Diese Auswertungen hätten eine Steuerungsfunktion, weil man Risiken und Entwicklungen erfassen und besser einschätzen könnte, die bei der weiteren Projektplanung zu berücksichtigen seien, berichtete Götsch. Von besonderem Interesse für die Zuhörer waren die Voraussetzungen, um bei der Organisation mitwirken und an einem Projekt teilnehmen zu können. „Grundsätzlich rate ich jedem, es einfach mal zu versuchen“, lautete die Empfehlung. Eine Approbation, mindestens zwei Jahre Berufserfahrung und eine längere Verfügbarkeit seien jedoch notwendig, um für Projekte infrage zu kommen. Besonders gefragte Fachärzte könnten jedoch auch für kürzere Einsatzzeiten ausreisen.

### Lehren und Lernen unter Extrembedingungen

Die Bewerber sollten weiterhin Eigeninitiative mitbringen und die Bereitschaft, zu lernen und zu lehren, unter instabilen Bedingungen zu arbeiten und medizinische Verantwortung für ein Team zu übernehmen. „Man wird in solchen Einsätzen häufig mit den eigenen Schwächen konfrontiert – insbesondere vor dem Hintergrund, dass man nicht immer alle gewohnten Hilfsmittel zur Verfügung hat“, so Götsch. „Aber man lernt fachlich und kontextspezifisch dazu und kann umgekehrt auch etwas zurückgeben. Darüber hinaus war ich auch sehr beeindruckt von den Fähigkeiten, über die zum Beispiel die Hebammen in Pakistan verfügten, die zum Teil ärztliche Aufgaben übernommen haben. Man kann viel von dem einheimischen Personal lernen!“

Reise- und Berufserfahrung in Entwicklungsländern seien zwar wünschenswert, aber keine Grundvoraussetzung – im Gegensatz zu Englischkenntnissen, die es in einem internationalen Team notwendigerweise braucht. „Zusätzlich ist es natürlich super, wenn man französisch spricht. Rudimentäre Sprachkenntnisse sind dabei nicht schlimm, die Situation ist eine andere, als wenn man als Tourist verreist. Die Leute, mit denen man arbeitet, wollen einen verstehen und sind extrem bemüht.“

### Psychosoziale Unterstützung für Teilnehmer

Weil die Einsätze für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer oft große persönliche Herausforderungen darstellen, werden sie gezielt vorbereitet und begleitet. Angeboten werden u. a. Vorbereitungskurse, einatzspezifische Trainings, Briefings, Evaluationen und Beratungen, berichtete Götsch. „So richtig kann man nicht vorbereitet werden auf das, was einen vor Ort erwartet. Aber es hilft trotzdem, sich in Strukturen einzuarbeiten und Abläufe zu verstehen.“ Zudem werden die Einsatzkräfte vor und nach dem Einsatz durch eine psychosoziale Beratung unterstützt. Die Ansprechpartner stehen während des gesamten Prozesses zur Verfügung und nehmen auch nach einem Einsatz noch einmal telefonischen Kontakt auf.

### Organisatorischer Aufwand, der sich lohnt

In der abschließenden Fragerunde zeigte sich reges Interesse an sowohl organisatorischen und fachlichen Fragen als auch hinsichtlich der persönlichen Erlebnisse und Eindrücke der Referentin. So wurde Götsch etwa nach dem hohen bürokratischen Aufwand gefragt, der mit einer Bewerbung bei Ärzte ohne Grenzen einhergeht. „Der erste Schritt ist definitiv zeitaufwendig und kompliziert. Aber die Organisation muss die Kenntnisse des Bewerbers möglichst umfassend einschätzen können, um ihn nachher erfolgreich dem passenden Projekt zuzuordnen.“ So würden junge Bewerber beispielsweise mit erfahrenen Kollegen zusammen eingesetzt und könnten von diesen lernen. Letztlich, so gab Götsch den Zuhörerinnen und Zuhörern mit auf den Weg, sei es ein Aufwand, der die Mühe lohnt. „Ich kann jedem empfehlen, einen Einsatz für Ärzte ohne Grenzen in Erwägung zu ziehen. Die Erfahrungen möchte ich nicht mehr missen!“

**Caroline McKenney**

Informationen zu Ärzten ohne Grenzen und die nächsten Termine für Informationsabende finden Sie online: [www.aerzte-ohne-grenzen.de](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de)



District Headquarter Hospital in Timurgara, Lower Dir District, Pakistan

## Im Einsatz für „Ärzte ohne Grenzen“

Dr. med. Kanya Götsch berichtet im Gespräch über ihre Erfahrungen

**Frau Götsch, vielen Dank für Ihren interessanten Vortrag zur Arbeit von Ärzten ohne Grenzen. Sie haben selbst bereits an drei Projekten teilgenommen?**

**Dr. med. Kanya Götsch:** Richtig, das erste Mal war ich 2010 für zehn Monate im Tschad in Afrika, fünf Jahre später ging ich für ein zweites, geburtshilfliches Projekt nach Khost in Ostafghanistan. Das ist ca. 20 Flugminuten von Kabul entfernt – weil die Landwege zu unsicher waren, mussten wir die Strecke damals fliegen. Für mein drittes Projekt war ich 2017 für zwei Monate in Pakistan.

In Khost war ich in einer Geburtsklinik, in der ca. 17.800 Entbindungen jährlich stattfinden. Das kann man sich hier bei etwa 1.500 Geburten, wie z. B. in den Hochtaunuskliniken, wo ich derzeit arbeite, kaum vorstellen. Ärzte ohne Grenzen hat dort ein Projekt, weil die Müttersterblichkeit in der Region extrem hoch ist. Khost hat ca. eine Million Einwohner und die Versorgungsstruktur ist nicht gut, viele Menschen kamen aus dem Umland zu uns ins Zentrum. Die medizinische Betreuung für Frauen ist schlecht und die Situation gene-



Foto: Hochtaunus-Kliniken

Dr. med. Kanya Götsch

rell schwierig, weil es um die Frauenrechte in Afghanistan nicht gut bestellt ist.

**Wie kann man sich die Situation in einer lokalen Einrichtung wie in Khost vorstellen? Welche Zustände finden Sie – die Sie an den Standard einer deutschen Klinik gewohnt sind – dort vor?**

**Götsch:** Im Kreissaal war es so voll, jedes vorhandene Bett wurde genutzt, außer-

halb des Kreißsaals haben sich regelmäßig zwei Frauen ein Bett geteilt. Auf der Neonatologie wurde jede freie Fläche für die Neugeborenen freigeräumt, Zwillinge haben sich generell ein Bett geteilt. Das war schon ein großer Kontrast zu deutschen Kliniken, auch hinsichtlich der sehr pragmatischen Gestaltung. Alles ist sehr einfach, aber effizient gehalten. Und – das muss man an dieser Stelle betonen – es herrschen gute Standards. Steriles Arbeiten vor allem im OP ist dank regelmäßiger Unterstützung durch Hygienetrainer (z. B. einer OP-Schwester aus der Türkei in meiner Einsatzzeit) selbstverständlich, und alle notwendigen Materialien sind vorhanden. Die Bedingungen sind in dieser Hinsicht also keineswegs schlecht. Kommt es mal zu Versorgungsengpässen – was ich persönlich allerdings noch nicht erlebt habe – gibt es in der Regel auch Apotheken vor Ort, über die sich Medikamente beschaffen lassen. Diese sind bezüglich Arzneimittelsicherheit von Ärzten ohne Grenzen geprüft.

**Und welche Unterschiede gibt es hinsichtlich der medizinischen Behandlung der Patientinnen?**

**Götsch:** Während ich 2016 in Khost war, gab es allein im April 1.750 Geburten – und das bei einer Kaiserschnitttrate von fünf Prozent. Diese Zahl ist extrem niedrig, weil wir mit Blick auf die Zukunft der Frauen versuchen müssen, den Eingriff grundsätzlich zu vermeiden. Wer kümmert sich beispielsweise um die möglichen Komplikationen, die mit einer Folgeschwangerschaft einhergehen können, wenn Ärzte ohne Grenzen nicht mehr vor Ort ist? Aufgrund dieser Voraussetzungen wird der Eingriff überwiegend als lebensrettender Eingriff bei mütterlicher Indikation gestellt und seltener aus kindlicher Indikation, wie es in Deutschland die Regel ist, von Wunschkaiserschnitten mal ganz abgesehen. Das ist wirklich eine bittere Pille, die man schlucken muss, wenn das Neugeborene beispielsweise an den Folgen einer Asphyxie verstirbt.



Foto: Kanya Götsch

Operationssaal in Khost

### Da gab es bestimmt einige Herausforderungen für Sie als Gynäkologin...

**Götsch:** Allerdings! Frauen, die eine Eklampsie haben, werden in Deutschland üblicherweise per Notkaiserschnitt entbunden. In Pakistan beispielsweise, wo dieses schwere Krankheitsbild häufig vorkommt, wird die Geburt eingeleitet und neben dem medikamentösen Management eine vaginale Entbindung angestrebt, die zu meinem Erstaunen sehr häufig und gut gelingt. Und während in Deutschland bei Drillingsgeburten selbstverständlich ein geplanter Kaiserschnitt gemacht werden würde, werden die Frauen in Khost/Afghanistan zumeist vaginal entbunden. In Khost hatten wir extrem viele Mehrlingsgeburten, weil dort Clomifen frei verkäuflich ist und ohne ärztliche Betreuung eingenommen wird.

Generell ist die Unwissenheit rund um alle Themen zur Familienplanung sehr groß, daher wurde damals ein Beratungsangebot eingeführt, in dem die Frauen beispielsweise zum Thema Kontrazeption medizinisch aufgeklärt wurden. Im Rahmen eines solchen Programms wird jetzt Gesundheitsbildung durchgeführt und Kontrazeptionsmaßnahmen, wie zum Beispiel eine Spiraleinlage direkt nach der Entbindung, können angeboten werden.

### Welche Rolle spielten kulturelle Unterschiede in ihrem Arbeitsalltag in Afghanistan und Pakistan?

**Götsch:** In erster Linie sind die Frauen unsere Patientinnen, so wie in Deutschland auch. Aber das Geschlechterbild ist ein ganz anderes, daran muss man sich gewöhnen. Zum Beispiel müssen wir akzeptieren, dass bei einem notwendigen Kaiserschnitt, auch wenn die Zeit einem entgegenspielt, der Ehemann oder ein anderer männlicher Angehöriger seine Einwilligung erteilen muss.

Auch der Umgang mit der Burka ist für das Projekt sicherheitsrelevant: Damit es nicht passiert, dass Waffen in die Klinik gelangen, müssen die Burkas im Eingangsbereich geprüft und vor der Aufnahme abgelegt werden. Aus kulturellen Aspekten dürfen männliche Mitarbeiter die Abteilung nur unter bestimmten Umständen betreten. Zusätzlich mangelt es schlichtweg an qualifiziertem weiblichem Fachpersonal – nicht zuletzt, weil Frauen einen



Vaginale Entbindungen auch bei Drillings: Ein Triplet aus Khost.

extrem eingeschränkten Zugang zu Bildung haben. Und die gut ausgebildeten Frauen waren lieber in Kabul tätig, weil es dort sicherer ist, sie mehr Freiheiten haben und die Versorgungsbedingungen bessere sind.

Solche Situationen erfordern kreative Lösungen. Wir haben zum Beispiel Kinderbetreuung für die Beschäftigten angeboten, ebenso wie Englischunterricht für die nationalen Mitarbeiter. Letzteres war in Pakistan nicht nötig, da das Bildungsniveau deutlich besser und eine Verständigung auf Englisch meist kein Problem war.

### Akzeptieren die Menschen vor Ort die Hilfe von Ärzten ohne Grenzen?

**Götsch:** Das ist die Voraussetzung für die Durchführung eines Projekts. Wir können natürlich nicht einfach irgendwo hingehen und loslegen. Die Menschen müssen uns vertrauen. Und die Organisation muss die Voraussetzungen dafür schaffen, dass wir unter sicheren Bedingungen unsere Arbeit machen können. Dazu gehört unter anderem die Kooperation und Vernetzung mit lokalen Einrichtungen und Behörden.

### Und dennoch ist die Sicherheitslage in einigen Projekten so prekär, dass Sie das Gelände der Einrichtung nicht verlassen durften?

**Götsch:** Der Sicherheitsaspekt ist natürlich eine Herausforderung und beeinträchtigt das tägliche Leben enorm. In Khost haben wir auf dem Gelände der Einrichtung gelebt und konnten aus Sicherheitsgründen nicht raus. Man ist im Grunde ein bisschen gefangen und weiß nicht,

was außerhalb dieses geschützten Geländes vor sich geht. In Pakistan war der Sicherheitskontext ein wenig lockerer, dort haben wir etwas vom Leben in der Stadt mitbekommen.

Je schlechter die Sicherheitslage ist, desto höher ist der Standard der Unterbringung. Auf dem Gelände in Khost hatten wir Sportangebote und haben regelmäßig gemeinsam gekocht und gegessen. Man versucht so, einen gewissen Ausgleich und Freizeit zu schaffen, damit kein Lagerkoller entsteht und die Leute nicht nur arbeiten. An diese prekäre Situation gewöhnt man sich kaum, aber man lernt, damit umzugehen. Es gibt allerdings auch Kollegen, die ein Projekt abbrechen müssen, weil sie damit nicht zurechtkommen.

### Gibt es Situationen, die Sie in Ihren Einsätzen für Ärzte ohne Grenzen persönlich an Ihre Grenzen bringen?

**Götsch:** Die Arbeitsbelastung ist insgesamt extrem hoch und auch die ständige Rufbereitschaft in der Nacht bringt einen manchmal an seine Grenzen. Alles Gewohnte, Familie und Freunde sind gefühlt unerreichbar weit weg und wenn man nur per WhatsApp, Skype oder Email in Kontakt ist, bleibt es oftmals unmöglich, gewisse Erfahrungen zu teilen. So habe ich den Austausch im internationalen Team umso wichtiger empfunden, mit dem man praktisch im gleichen Boot sitzt.

Und dann muss man auch akzeptieren, dass es dazugehört, dass Situationen nicht immer gut ausgehen. Viele Patientinnen

kommen zu spät zu uns, nicht jedes Leben kann gerettet werden. Das ist wirklich sehr schwer. Aber die Fälle, die schlecht ausgehen, werden im Nachhinein im Team besprochen, im Sinne einer Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz. Das hilft bei der Aufarbeitung und auch um mögliche Behandlungsfehler kritisch zu analysieren, um daraus lernen zu können.

Besonders schlimm ist es, wenn Kinder es aufgrund von eigentlich – aus unserer Sicht – einfachen Komplikationen nicht schaffen. Frühgeborene etwa, die unter 1.000 Gramm wiegen, haben dort wenige Überlebenschancen. Zum einen haben die meisten Neonatologien dort keine modernen Therapie- oder Beatmungsmöglichkeiten, wie es eine gut ausgestattete Kinderintensivstation hier hätte – und die in Khost war schon vergleichsweise gut ausgestattet. Eine Nachbeobachtungsstudie von Ärzten ohne Grenzen hat gezeigt, dass ein großer Anteil dieser Kinder nach der Entlassung das untersuchte Zeitintervall nicht überlebt hat.

Doch diese Realität gehört zu der Arbeit dazu und so freue mich über jedes Leben, das eine Chance hat, weil es gut und sicher auf die Welt gebracht werden kann und um jede Mutter, die wohlbehalten nach der Entbindung nach Hause geht.

**Ist es nach solchen gravierenden Erlebnissen nicht schwierig, sich nach der Rückkehr wieder an seinen Alltag zu Hause zu gewöhnen?**

**Götsch:** Tatsächlich habe ich den Kulturschock – insbesondere nach meinem zehnmonatigen Aufenthalt damals in Afrika – bei der Rückkehr als größer empfunden, als bei meiner Ankunft. Man sieht viele furchtbare Dinge, die man mit nach Hause nimmt. Aber diese Erfahrungen erden definitiv. Ich persönlich versuche das im Nachhinein zu trennen und in verschiedenen Schubladen einzuordnen. Wenn man gedanklich Vergleiche ziehen würde, wäre es sehr schwer, einfach weiterzumachen. Allerdings findet man sich auch nach solchen prägenden Erfahrungen schneller als erwartet in seinem Alltag wieder. Aber sicherlich verarbeitet jeder das Erlebte ein bisschen anders.

Letztlich überwiegen die positiven Eindrücke, die ich während meiner Einsätze sammeln durfte. Ich habe viele beeindruckende Menschen kennen und schätzen gelernt, meinen fachlichen Horizont erweitern können und einen besonderen Einblick in andere Kulturen bekommen.

**Wie vereinbaren Sie Ihre Tätigkeit für Ärzte ohne Grenzen mit ihrer Anstellung als Gynäkologin in Deutschland?**

**Götsch:** Ich habe hier eine 75-Prozent-Stelle, arbeite aber mehr, so dass ich für den Aufenthalt im Ausland die Überstunden nehmen kann. Mein Vorgesetzter ist glücklicherweise offen für dieses Modell. Früher habe ich die Einsätze auf Phasen zwischen zwei Jobs gelegt, aber irgendwann möchte man beruflich auch ankommen und langfristig planen.

Letztlich ist es auch eine Win-Win-Situation. Geburtshilfe ist in vielerlei Hinsicht ein Handwerk, wovon viel auch aus forensischen Gründen verloren gegangen ist und sich in einer alarmierend hohen Sectorate niederschlägt. Die Erfahrungen, die ich in den Projekten gesammelt habe, kann ich hier an meine Patientinnen und mein geburtshilfliches Team weitergeben.

**Sie werden Ende dieses Jahres wieder für ein Projekt im Ausland unterwegs sein.**

**Wo wird es diesmal hingehen?**

Dieses Jahr habe ich vor kurzem einen Einsatz im Kongo zugesagt. Ich bin gespannt auf die diesmal anderen Herausforderungen, die mich erwarten.

**Interview: Caroline McKenney**

# Exzellenter Kliniker: Prof. Dr. med. Georg Haas

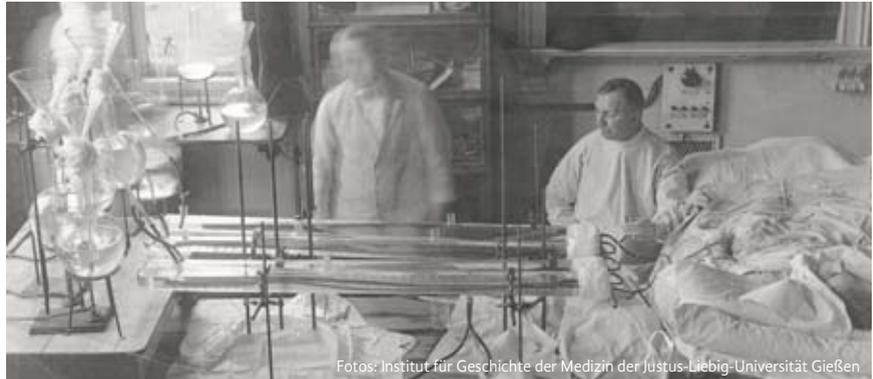
## 1924 gelang ihm weltweit die erste Hämodialyse eines Patienten in Gießen

Seit mehr als fünf Jahrzehnten sind Ärzte gewöhnt, dass die extrakorporale Hämodialyse viele Patienten im Akutfall des Nierenversagens rettet. Sie ermöglicht auch vielen Menschen ein langes und lebenswertes Überleben bei chronischem Nierenversagen, durchaus bis in hohes Alter. In Deutschland werden im Jahr 2018 knapp 80.000 Patienten regelmäßig dialysiert, zu ca. 95 Prozent mit der Hämodialyse. Mehr als 25.000 Patienten führen nach Überbrückung mit der Dialyse ihr weiteres, meist gutes Leben nach einer Nierentransplantation unter Immunsuppression, aber ohne maschinelle Nierenersatztherapie, für viele Jahre weiter.

Zur Entwicklung und Entdeckung der Dialyse wird, wie beispielhaft im April 2018 von n-tv [1], nicht selten so ähnlich getitelt: „Vor 75 Jahren gelang W. Kolff die erste Dialyse...“ Die wissenschaftliche Wahrheit ist jedoch, dass der Gießener Internist und nachmaliger Ärztlicher Direktor der dortigen Medizinischen Universitätspoliklinik, Prof. Dr. med. Georg Haas, schon im Jahr 1924 einen urämischen Patienten mehrmals mit von ihm entwickelten Kollodiumdialysatoren erfolgreich dialysiert hat [1]. Diese Pioniertat hatte Haas in vielfältigen Tierexperimenten über die vorhergehenden zehn Jahre vorbereitet und erst gewagt, als er den Patienten sicher mit einem gereinigten und damit wenig allergenen Hirudin antikoagulieren konnte. Das Bild des Forschers und Kliniklers bei der Patientenbehandlung im Hörsaal der Gießener Klinik (Foto) ist bis heute eindrucksvoll. Es zeigt, wie patientennah und im Detail sich dieser klinische Forscher engagierte.

Seine Erfahrungen mit den ersten und zehn weiteren klinischen Dialyse-Behandlungen zwischen 1924 und 1928 hat er mehrfach weiter publiziert. Er verwandte später auch das pharmazeutisch neu verfügbare Heparin. Leider fand er in seiner Zeit wenig Gehör und sogar Ablehnung seitens des damaligen klinischen und wissenschaftlichen Nestors der Nephrologie, Prof. Dr. med. Franz Volhard, Ordinarius in Halle, später in Frankfurt am Main.

Der Niederländer Prof. Dr. med. Willem Kolff wurde erst im Verlaufe des Zweiten



Prof. Dr. med. Georg Haas beim ersten Dialysepatienten sitzend und ein Helfer an der Apparatur, im damaligen Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik Gießen.

Weltkrieg auf diese Ansätze wieder aufmerksam und behandelte ab 1943 mehrere Patienten mit seiner „Kunstniere“ in Kampen. Nach Auswanderung in die USA hat er dort die klinische Entwicklung mit neuen, effizienteren Dialysatoren und Dialysemaschinen weiter vorangetrieben. Ohne die zuvor erarbeiteten Grundlagen des Gießener Pioniers Haas wären dieser Fortschritt und der spätere Siegeszug der Dialyse in der allgemeinen Patientenversorgung jedoch nicht möglich gewesen. Warum Haas' Erfolge seinerseits so bescheiden vorgebracht und von anderen zunächst zurückhaltend bewertet wurden, ist aus heutiger Sicht wenig verständlich. Haas hat nach ca. zehn Jahren sein Wissen zusammengefasst publiziert, aber möglicherweise im Schatten der medizinisch-wissenschaftlichen Welt [3]. Es wird ver-



Prof. Dr. med. Georg Haas  
\* 24. April 1886 in Nürnberg  
† 9. Dezember 1971 in Gießen

mutet, dass er sich in seiner Haupttätigkeit als Direktor der Gießener Poliklinik so aufgerieben habe, dass von daher weitere Forschungen unterblieben sind [4, 5]. Er war zweifellos „ein sehr guter und solider Kliniker“, „bei Kollegen und Patienten hochgeschätzt“ [6]. Im Alter von 85 Jahren ist der auch bei seinen Studenten hoch angesehene hessische Hochschullehrer 1971 verstorben, als die Dialyse in Deutschland bereits für rasch anwachsende Zahlen von Patienten nutzbar geworden war.

Posthum ehrt ihn die Benennung des großen ambulanten Dialyseinstitutes in Gießen als Georg-Haas-Dialysezentrum. Alljährlich vergibt der Berufsverband Deutscher Nierenzentren e. V. in Düsseldorf auf seiner wissenschaftlichen Jahrestagung den wohldotierten Georg-Haas-Forschungspreis für herausragende Promotionsarbeiten in der Nephrologie.

Prof. Haas ist damit – wenn auch spät – die berechtigte Anerkennung für bahnbrechende Forschungen vor jetzt nahezu 100 Jahren und für den ihm gelungenen Durchbruch zur klinischen Anwendbarkeit der Hämodialyse zugekommen.

**Dr. med. H. Christian Piper,**

Wiesbaden

Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie  
Präsidiumsmitglied der LÄKH

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

### Literatur zum Artikel:

# Exzellenter Kliniker: Prof. Dr. med. Georg Haas

von Dr. med. H. Christian Piper

- [1] <https://www.n-tv.de/wissen/Blut-waesche-gelang-erstmal-vor-75-Jahren-article20365973.html> (Recherchiert 26.09.2018)
- [2] Georg Haas: Versuche der Blutauswaschung am Lebenden mit Hilfe der Dialyse. In: *Klin. Wschr.* 4 (1), 1925, 13–14
- [3] Georg Haas: Die Methodik der Blutauswaschung (Dialysis in vivo). In: E. Abderhalden (Hrsg.): *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden*. Abt. V, Teil 8, Berlin / Wien 1935
- [4] Jost Benedum: Die Frühgeschichte der künstlichen Niere In: *Anaesthesiol. Intensivmed. Notfallmed. Schmerzther.* 38, 2003, 681–688
- [5] Ulrike Enke: Georg Haas – Pionier der Hämodialyse. In: *Deutsches Ärzteblatt*. Band 104, 2007, A 2252–2254
- [6] [https://de.wikipedia.org/wiki/Georg\\_Haas](https://de.wikipedia.org/wiki/Georg_Haas) (Recherchiert 26.09.2018)

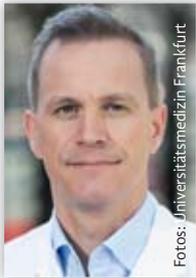


Foto: Universitätsmedizin Frankfurt



Die Universitätsmedizin Frankfurt am Main hat in diesem Jahr die Lehrstühle zweier Institute neu besetzt: **Prof. Dr. med. Elke Hattingen** (Foto rechts) ist neue Direktorin des Instituts für Neuroradiologie, **Prof. Dr. med. Peter Wild** (Foto links) neuer Direktor des Senckenberg Instituts für Pathologie. Einer seiner Tätigkeitsbereiche wird die Nutzbarmachung von Befunden, Bildern und Daten für einzelne Patienten in direkten Bezug zu großen Patientenkollektiven sein. Wild ist nach langjähriger Leitung der Abteilung „Systems Pathology“ im Universitätsspital Zürich seit April 2018 am Universitätsklinikum Frankfurt tätig. Prof. Elke Hattingen war zuvor Leiterin der Neuroradiologie des Universitätsklinikums Bonn. Sie will mit ihrem Team die Chancen künstlicher Intelligenz für Diagnose und Behandlung neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen nutzbar machen.

**Prof. Dr. med. Dr. h.c. Norbert Runkel** (Foto) übernimmt die Leitung der Klinik für Adipositas Chirurgie und Metabolische Chirurgie mit angegliedertem Adipositaszentrum am Sana Klinikum Offenbach. Er löst **Prof. Dr. med. Rudolf Weiner** ab, der



Foto: Foto Georg Offenbach

seit 2014 das Adipositaszentrum aufgebaut hat. Runkel war die vergangenen 18 Jahre Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Villingen-Schwenningen, wo er unter anderem ein zertifiziertes Zentrum für Adipositaschirurgie aufbaute und leitete.

Die Gynäkologie und die Geburtshilfe am Marienhospital Darmstadt wird als Hauptabteilung unter der Leitung von Chefarzt **PD Dr. med. Sven Ackermann**, Direktor der Frauenklinik am Klinikum Darm-

stadt, in enger Kooperation mit drei der bisherigen Belegärzten neu aufgestellt. Damit soll eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung mit Fachärzten bei über 1.200 Geburten jährlich sichergestellt werden.



Foto: Klinikum Darmstadt

Am Sana Klinikum Offenbach wurde jetzt ein eigenständiger pneumologischer Fachbereich eingerichtet, der bislang an der Klinik für Gastroenterologie, Pneumologie, Hämatologie und Onkologie angesiedelt war. Die neue Spezialklinik für Lungenerkrankungen steht unter chefarztlicher Leitung von **Dr. med. André Althoff**, zuletzt leitender Oberarzt der Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt Lungenerkrankungen am Frankfurter St. Elisabethen-Kran-



Foto: Sana Klinikum Offenbach

kenhaus. Davor war er als Abteilungsleiter für den Aufbau einer Klinik für Pneumologie und Onkologie an den Hochtaunus-Kliniken in Bad Homburg verantwortlich.

**Prof. Dr. med. Michael Stumpf** (Foto) ist neuer Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie an den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden. Er folgt auf **Prof. Dr. med. Otto Koilmar**. Stumpf wechselt vom Helios Klinikum Pforzheim, wo er die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie leitete. Sein Schwerpunkt liegt in der Tumorchirurgie des Magen-Darm-Trakts inklusive der Chirurgie der Speiseröhre, der minimal-invasiven Magen Chirurgie und der Chirurgie der Bauchspeicheldrüse.



Foto: Helios HSK Wiesbaden

**Einsendungen für diese Rubrik bitte per E-Mail an: [isolde.asbeck@laekh.de](mailto:isolde.asbeck@laekh.de)**

## Bundesverdienstkreuz 1. Klasse für Prof. Dr. med. Hans-Dieter Klenk

Für seine Verdienste um die Medizin wurde der Marburger Virologe Prof. Dr. med. Hans-Dieter Klenk mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse geehrt. In der Hessischen Staatskanzlei Wiesbaden verlieh Ministerpräsident Volker Bouffier die Auszeichnung an den langjährigen Leiter des Instituts für Virologie sowie des Medizinischen Zentrums für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Philipps-Universität Marburg. Klenk widmete sich u. a. der Erforschung von zoonotischen Viren, die vom Tier auf den Menschen übertragen werden und schwere Krankheiten auslösen können. Insbesondere für seine Forschungsarbeiten zu Grippe-, Ebola- und Marburgviren hat er internationales Renommee erlangt. Er gehört zahlreichen Fachgesellschaften an, unter anderem der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina und der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Sechs Jahre lang war er zudem Präsident der Deutschen Gesellschaft für Virologie. Im Jahr 2006 erhielt Klenk die Robert-Koch-Medaille in Gold für sein Lebenswerk. Seine richtungsweisende molekularbiologische Erforschung von Influenza-Viren wurde 2010 mit dem Emil von Behring-Preis ausgezeichnet. Im Rahmen seines Amtes als Vizepräsident der Von-Behring-Röntgen-Stiftung in Marburg setzt er sich auch weiterhin für Entwicklungsperspektiven der Universitätsmedizin ein.



Foto: Staatskanzlei

Ministerpräsident Volker Bouffier (l.) ehrte Prof. Dr. med. Hans-Dieter Klenk mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse.

(Quelle: Philipps-Universität Marburg)

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 21. März 2018 (HÄBL 7–8/2018, 508), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 12. September 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 21. März 2018 (HÄBL 7–8/2018, 508), wird wie folgt geändert:

**In § 6 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „neun“ durch die Angabe „elf“ ersetzt.**

#### II.

### In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. November 2018 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hes-

sen am 12. September 2018 beschlossene Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 12. September 2018



Dr. med. Edgar Pinkowski  
– Präsident –

-----  
**Genehmigungsvermerk:**  
**Hessisches Ministerium für Soziales und Integration**

V8 – 18b2120–0001/2008/008

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 12. September 2018 beschlossene Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, 25. September 2018

Im Auftrag  
gez. Dr. Stephan Hölz

## Aufruf zur Studienteilnahme Versorgung Sterbender

Der Verlegungsprozess sterbender Patienten aus den Pflegeeinrichtungen in das Krankenhaus ist Gegenstand eines Forschungskonsortiums unter Leitung des Gießener Instituts TransMIT (verantwortlich Prof. Dr. Wolfgang George) in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (verantwortlich Dr. med. Eckhard Starke). Das Projekt wird durch den Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert.

In dem Verlegungsprozess besitzt der Hausarzt eine zentrale Funktion. Die

durch diesen gesammelten Erfahrungen und Einschätzungen sind somit sehr wichtig, wenn es gilt, mögliche Verbesserungen in der Praxis einzuführen.

Die Teilnahme an der 10–15-minütigen Online-Befragung im Internet unter [www.sterbestudie.de](http://www.sterbestudie.de) findet anonym und nur zu diesem Zweck statt. Der bereits freigeschaltete Fragebogen kann bis zum 1. November 2018 bearbeitet werden. Über die Ergebnisse wird an dieser Stelle berichtet werden. Fragen per E-Mail an: [george@transmit.de](mailto:george@transmit.de).

### Wir gedenken der Verstorbenen

### Ungültige Arztausweise

**Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:**

**Arztausweis-Nr. 060047353** ausgestellt am 23.02.2017 für Vassilios Arabatzis, Frankfurt

**Arztausweis-Nr. 60036678** ausgestellt am 06.01.2015 für Dr. med. Christian Klaus Bastanier, Frankfurt

**Arztausweis-Nr. 60046574** ausgestellt am 12.01.2017 für Dr. med. Kirsten Bauer, Dreieich

**Arztausweis-Nr. 60050192** ausgestellt am 21.09.2017 für Lisa Frauke Hilgers, Egelsbach

**Arztausweis-Nr. 60049031** ausgestellt am 26.06.2017 für Dr. med. Horst Hüblich, Wiesbaden

**Arztausweis-Nr. 60031379** ausgestellt am 16.10.2013 für Dr. med. Christoph Kindler, Mainz

**Arztausweis-Nr. 60039925** ausgestellt am 16.09.2015 für Dr. med. Stephan Kurz, Frankfurt

**Arztausweis-Nr. 60054479** ausgestellt am 15.06.2018 für Kambiz Madjidian, Staufenberg

**Arztausweis-Nr. 60040809** ausgestellt am 26.11.2015 für Dr. med. Birgit Pfeiffer, Griesheim

**Arztausweis-Nr. 60030985** ausgestellt am 03.09.2013 für Annette Rockenbach, Gimbsheim

**Arztausweis-Nr. 60043825** ausgestellt am 04.07.2016 für Dr. med. Susanne Schubert-Bast, Brombachtal

**Arztausweis-Nr. 60045363** ausgestellt am 26.10.2016 für Dr. med. Julia Schumm, Homburg

**Arztausweis-Nr. 60051814** ausgestellt am 15.01.2018 für Dr. med. Annette Strack, Kassel

**Arztausweis-Nr. 60032713** ausgestellt am 26.02.2014 für Dr. med. Wolfgang Tacke, Steinbach

**Arztausweis-Nr. 60043963** ausgestellt am 13.07.2016 für Dr. med. Angelika Trabert, Dreieich

**Einladung zur  
Fortsetzung der 1. und Konstituierenden Delegiertenversammlung  
und zur 3. ordentlichen Delegiertenversammlung  
der Landesärztekammer Hessen  
16. Wahlperiode 2018–2023**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,  
zur Fortsetzung der 1. und Konstituierenden Delegiertenversammlung und zur  
3. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen  
der 16. Wahlperiode 2018–2023 lade ich Sie für  
**Samstag, 24. November 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

---

- I. *Fortsetzung der 1. und Konstituierenden Delegiertenversammlung vom 25. August 2018*
  1. **Begrüßung**
  2. **Genehmigung des Beschlussprotokolls des ersten Teils der 1. und Konstituierenden Delegiertenversammlung vom 25. August 2018**
  3. **Bestätigung der Zahl von 11 beisitzenden Mitgliedern des Präsidiums**
  4. **Wahl des 10. und 11. Beisitzers des Präsidiums**
  5. **Wahl des 3. Beisitzers im Vorstand der Bezirksärztekammer Darmstadt**
  6. **Wahl der Vorsitzenden und stv. Vorsitzenden der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen**
- II. *3. ordentliche Delegiertenversammlung*
  1. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
  2. **Genehmigung des Beschlussprotokolls der 2. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 12. September 2018**
  3. **Bericht des Präsidenten und Aussprache**
  4. **Versorgungswerk**  
Bericht des Vorsitzenden/der stv. Vorsitzenden des Vorstandes
  5. **Haushaltsplan 2019**
  6. **Hilfsfonds-Richtsätze 2019**
  7. **Wahl der Abgeordneten zum 122. Deutschen Ärztetag 2019 in Münster**
  8. **Änderungen von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen**
    - a) Änderung der Hauptsatzung
    - b) Änderung der Geschäftsordnung der Landesärztekammer Hessen
    - c) Änderung der Berufsordnung
    - d) Änderung der Notfalldienstsatzung
    - e) Änderung der Kostensatzung
  9. **Ausbildungswesen Medizinische Fachangestellte**  
Berufsbildungsausschuss der LÄKH  
- Nominierung eines stv. Mitglieds für die Amtsperiode 2018–2022
  10. **Verwaltungssitz der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt**
  11. **Anträge zum Bericht des Präsidenten**
  12. **Verschiedenes**

---

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

---

Frankfurt am Main, 10. Oktober 2018  
Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. Edgar Pinkowski  
– Präsident –

### Erratum

Nennung des Schlichtungsausschusses der Bezirksärztekammer Gießen im Hessischen Ärzteblatt 10/2018 S. 594: Bei Dr. med. Monika Deutscher wurde der Promotionstitel nicht abgedruckt.

# Ehrung der besten Absolventen der MFA-Prüfung in Hessen



Die hessenweit besten Absolventen der MFA-Ausbildung mit (hintere Reihe v. l.): Axel Henkel (Hess. Ministerium Wirtschaft) Sandina Gall (Sachbearbeiterin BezÄK Gießen), Roswitha Barthel (Leiterin der LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte), Dr. Karin Hahne (Präsidentin des Verbandes Freier Berufe in Hessen) und Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (damaliger Präsident der Landesärztekammer Hessen).

In einer Feierstunde ehrte der Verband Freier Berufe in Hessen (VFBH) Mitte September die landesweit besten Auszubildenden des Prüfungsjahrgangs 2018 aus den Berufen der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten, Steuerfachangestellten sowie Rechtsanwalts- und Notarfachangestellten im Wiesbadener Kurhaus. Für den Verband Freier Berufe nahmen Präsidiumsmitglied Dr. med. Alfred Möhrle, für die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) der ehemalige Präsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach mit Roswitha Barthel, Leiterin der LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte sowie Sandina Gall, Sachbearbeiterin der Bezirksärztekammer Gießen, an der Ehrung teil.

„Wir hatten 27 Beste aus der Winter- und der Sommerprüfung 2018 für Medizinische Fachangestellte ermittelt und eingeladen, davon sind 16 auch erschienen“, zeigte sich Barthel erfreut.

Dr. Karin Hahne, Präsidentin vom Verband Freier Berufe in Hessen, gratulierte den

Absolventinnen und Absolventen, die ihre Ausbildung mit „sehr gut“ bestanden haben, zu ihrem erfolgreichen Abschluss. Ein Grußwort richtete Axel Henkel vom Hessischen Ministerium für Wirtschaft, Energie, Verkehr und Landesentwicklung an die Absolventen.

Wie wichtig die duale Ausbildung ist, zeigt die im europaweiten Vergleich geringe Arbeitslosenquote junger Erwachsener und die hohe Anpassungsfähigkeit des Systems der dualen Berufsausbildung an neue berufliche Anforderungen. Damit wird deutlich, dass die duale Berufsausbildung eine der tragenden Säulen der Fachkräftesicherung ist und bleiben muss. Mehr als zehn Prozent der jährlich in Hessen abgeschlossenen dualen Ausbildungsverhältnisse entfallen auf die freien Berufe.

**Roswitha Barthel,  
Marianne Kaiser-Müller**  
beide LÄKH-Abteilung  
Ausbildungswesen:  
Medizinische Fachangestellte

## Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

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

Die Redaktion freut sich über Zusendungen per E-Mail an: [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de)

Wir gratulieren zum zeh- und mehr  
als zehnjährigen Berufsjubiläum:

## Bekanntmachungen der LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

### (Wieder-)wahl des Vorsitzes des Berufsbildungsausschuss

In der konstituierenden Sitzung des Berufsbildungsausschusses am 5. September 2018 fand die Wahl der/des Vorsitzenden und der/des stellvertretenden Vorsitzenden statt. Für die Amtsperiode vom 1. Juli 2018 bis 30. Juni 2022 wurde Dr. med. Karlhans Baumgartl als Vorsit-

zender gewählt. Renate Schwarz wurde als stellvertretende Vorsitzende gewählt. In beiden Fällen handelt es sich um eine Wiederwahl.

**Roswitha Barthel**

Assessorin,  
Leiterin der LÄKH-Abteilung  
Medizinische Fachangestellte

## Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung für MFA am 27. März 2019

Auszubildende, die an der Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 27. März 2019 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

### 5. und 12. Dezember 2018

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

Es wird gebeten, das Anmeldeformular rechtzeitig und vollständig ausgefüllt einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Zwischenprüfung 2019 nicht garantiert werden kann.

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

**Abteilung Ausbildungswesen:  
Medizinische Fachangestellte**  
der Landesärztekammer Hessen



Foto: Constanze Coch

**Feier für erfolgreiche MFA-Abschlussprüfung in Frankfurt:** Dr. med. Wolfgang Seher, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt, gratulierte 175 Absolventen zur bestandenen Prüfung, darunter waren auch vier Männer. Weitere Ansprachen hielten Oberstudiendirektor Horst Schad, Schulleiter der Theodor-Heuss-Schule in Offenbach, und Jutta Hartmann, Arbeitnehmervertreterin des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V. Untermalt wurde die Feierlichkeit vom Klarinetten-Trio „di Bassetto“.

## Hessisches Ärzteblatt

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

**Herausgeber:** Landesärztekammer Hessen, vertreten durch Dr. med. Edgar Pinkowski, 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.

**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: haeb1@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

**Abonnementsservice:** 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: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 4, gültig ab 01.01.2018

Auflage Lt. IVW 2. Quartal 2018:

Druckauflage: 37.467 Ex.; Verbreitete Auflage: 37.106 Ex.

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



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

LA-MED

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