

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de

6 | 2020

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

81. Jahrgang



Neue
WBO 2020 –
Sonderausgabe
jetzt online

Fortbildungen Nephrologie

Update IgA-Nephropathie

Immuntherapie im Alter

Medikation bei kardiorenenaler Insuffizienz

Lichtmikroskopie einer diffusen proliferativen Glomerulonephritis, Foto: © Kateryna Kon – stockadobe.com

Zentrale Notaufnahme

Zwei Ärztinnen der Zentralen Notaufnahme am Klinikum Darmstadt berichten über ihre Erfahrungen im Umgang mit Covid-19-Patienten

Gesundheitsämter am Limit

Ein Gespräch mit Dr. Birgit Wollenberg über alte und neue Herausforderungen im Arbeitsalltag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Bündnis Junge Ärzte

Unter dem Hashtag #MedizinfürMenschen fordert das Bündnis Junge Ärzte eine zukunftsfähige medizinische Versorgung in Deutschland

Triagierung – wer soll entscheiden?

In jüngster Zeit haben sich nicht nur die Ärzteschaft, sondern auch Teile der Öffentlichkeit mit Fragen der Triagierung im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie beschäftigt. Uns allen – ob als Arzt oder als Patient – wünsche ich von Herzen, bei einem Mangel von Beatmungsplätzen nicht über die Zuteilung dieser Plätze und damit gleichzeitig auch die Nicht-Zuteilung eines solchen Platzes entscheiden zu müssen. Dennoch müssen wir uns als Ärztinnen und Ärzte mit dieser Problematik auseinandersetzen und keine Vogel-Strauß-Politik verfolgen. Sollte der Entscheidungsfall eintreten, ist es dafür zu spät. Wir müssen die Verantwortung auch dann übernehmen, wenn die Entscheidung aus einem ethischen Dilemma heraus getroffen werden muss. Die Entscheidung selbst ist wohlgerne in Abhängigkeit von der Versorgungssituation und den vorhandenen Ressourcen immer eine individuelle Entscheidung. Keine Entscheidung zu treffen, ist jedoch keine Alternative.

Soll diese Entscheidung dem Gesetzgeber überlassen werden, vielleicht sogar in einem „Triagegesetz“? Das kann und will ich mir nicht vorstellen. In seiner Ad-Hoc-Empfehlung sagte der Deutsche Ethikrat zu Recht: „Der Staat darf menschliches Leben nicht bewerten und deshalb auch nicht vorschreiben, welches Leben in einer Konfliktsituation vorrangig zu retten ist.“

Das muss auch so bleiben und bedeutet gleichzeitig, dass Ärztinnen und Ärzte in dieser Situation eine ethisch und medizinisch begründete Entscheidung treffen müssen. Dafür brauchen sie die juristische Sicherheit, dass diese Entscheidung, die in einer tragischen Extremsituation getroffen wird, nicht nur keine juristischen Sanktionen nach sich ziehen darf, sondern vielmehr als rechtmäßig bewertet wird. Hier sollte der Gesetzgeber die entsprechende Grundlage schaffen, damit die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte im Zweifelsfall nicht im juristischen Regen stehen.

Neu ist das Problem mangelnder Ressourcen ja keineswegs, denn in der Transplantationsmedizin kennen wir den Versorgungsmangel leider schon sehr lange. Dort werden die Grundprinzipien medizinische Dringlichkeit und Erfolgsaussicht auf der Grundlage belastbarer medizinischer Kriterien in einem Algorithmus zusammengefasst. Ein starrer Algorithmus ist bei der Allokation medizinischer Ressourcen im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie jedoch nicht adäquat, da hier zu viele Variable aufeinandertreffen würden.

Patienten, die beispielsweise eine Beatmung in einer Vorsorgevollmacht abgelehnt haben, sollen gar nicht erst stationär aufgenommen werden, sondern zum Beispiel in der jeweiligen Pflegeeinrichtung palliativ behandelt werden. Hier gibt es jedoch ein großes Problem, denn Pflegeheime dürfen im Gegensatz zu Hospizen keine medikamentösen Notfalldepots vorhalten. Wie aber soll Atemnot mit einem Opioid gelindert werden, wenn das Heim keinen Vorrat besitzt und der Notarzt kein Btm-Rezept mitbrin-

gen kann? Der Gesetzgeber muss hier umgehend die gesetzliche Grundlage für eine legale Bevorratung schaffen. Bei allem wohlmeinendem Schutz der Pflegeheimbewohner oder anderer Risikopatienten darf das bundesverfassungsrechtlich garantierte Selbstbestimmungsrecht (vgl. Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Verbot der geschäftsmäßigen Beihilfe zum Suizid) nicht außer Acht gelassen werden. Quasi vollständige Isolation und Menschenwürde sind nicht miteinander vereinbar. Gutgemeinter Schutz durch einen von der Heimleitung angeordneten, medizinisch unbegründbaren Zimmerarrest ist eine Form der Freiheitsberaubung. Einen solchen Fall habe ich selbst erlebt und nur durch massives Einschreiten unter Aufzeigen der juristischen Konsequenzen abstellen können.

Während ich diese Zeilen schreibe, wird bereits über die teilweise Wiederaufnahme des Normalbetriebs in den Krankenhäusern diskutiert, weil sich unsere Behandlungskapazitäten bislang zum Glück als ausreichend erwiesen haben. Hoffentlich bleibt das auch so. Denn unter diesen Umständen reichen die Ressourcen aus und eine Triage wird nicht notwendig. Wenn der Ernstfall dennoch eintritt, sollten wir als verfasste Ärzteschaft vorbereitet sein. Deshalb hat der Vorstand der Bundesärztekammer eine entsprechende Orientierungshilfe zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels erarbeitet (<https://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/entscheidungen-an-indikationspatientenwillen-und-erfolgsaussicht-ausrichten/>).

Auch in dieser für uns alle sehr ungewöhnlichen Zeit geht es dennoch mit der neuen Weiterbildungsordnung voran, die am 1. Juli 2020 in Kraft treten wird. Nähere Informationen erhalten Sie in dieser Ausgabe auf den Seiten 326/327 und 370. Wegen des Umfangs wird die vollständige Weiterbildungsordnung nicht als Sonderdruck, sondern ausschließlich online als Sonderausgabe auf der Kammerwebsite www.laekh.de/aerzte/weiterbildung/ veröffentlicht.



Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: Peter Jülich

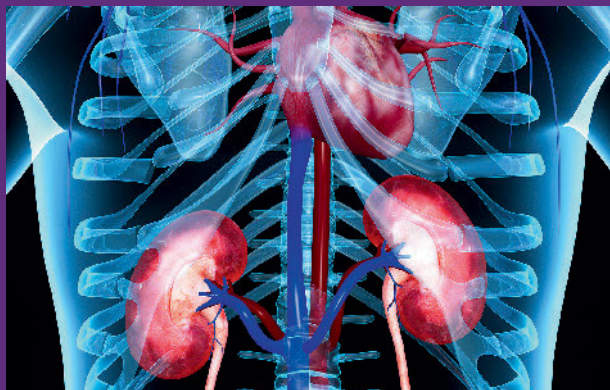


Foto: © 7activestudio – stock.adobe.com

Themenschwerpunkt Nephrologie

Drei nephrologische Fortbildungsartikel richten ihren Blick in die Breite sich vernetzender Schwerpunkte der Inneren Medizin: Thematisiert werden IgA-Nephropathie, Immunsystem und immunsuppressive Therapie im Alter sowie Pharmakotherapie bei schwerer Herzinsuffizienz bei chronischer Niereninsuffizienz.

340–356



Foto: Klinikum Darmstadt

Corona in der Zentralen Notaufnahme

Dr. Eva Moebus und Christine Ockelmann, zwei junge Ärztinnen der Zentralen Notaufnahme am Klinikum Darmstadt, berichten über ihre Erfahrungen in den vergangenen Wochen im Umgang mit Covid-19-Patienten und während der Pandemie, die mittlerweile nahezu normaler Alltag geworden ist.

334

Editorial: Triage – wer soll entscheiden?	323
Aus dem Präsidium: Kompetenzorientierte Weiterbildung – Aufbruch und Umdenken	326

Ärztzekammer

Neue ärztliche Weiterbildungsordnung für Hessen (WBO) ab 1. Juli 2020 in Kraft – FAQs: Was ändert sich?	327
Serie Patientensicherheit Teil 7: CIRSmedical.de – Das Netzwerk der deutschen Ärzteschaft	360

Mensch und Gesundheit

Italien in der Corona-Pandemie – Im Blickpunkt: die Region Kampanien mit Salerno	330
Das Virus und die Traurigkeit nicht gewinnen lassen – Das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS)	331
„Gemeinsam stark“ – Nationale Winterspiele „Special Winterspiele“ in Berchtesgaden	369

Ärztlicher Berufsalltag

Gesundheitsämter am Limit – Im Gespräch mit der Leiterin des Gesundheitsamtes Marburg-Biedenkopf	332
Mit viel Dynamik in eine neue Normalität – Junge Ärztinnen berichten über ihre Arbeit mit Covid-19-Infektionen	334

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	364
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	370
■ Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	374

Ansichten und Einsichten

Unhappy triad von Covid, EBM und Facharzt	335
Corona-Epidemie, Pflegeeinrichtungen und palliative Möglichkeiten	338
Psychotherapie in Zeiten von Corona	362



Foto: Gesundheitsamt Marburg-Biedenkopf

Gesundheitsämter am Limit

Bei der Bekämpfung des Corona-Virus kommt den Gesundheitsämtern eine große Bedeutung zu. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an ihre Kapazitätsgrenzen stoßen, wie Dr. Birgit Wollenberg, Leiterin des Gesundheitsamtes Marburg-Biedenkopf, im Gespräch erläutert.

332

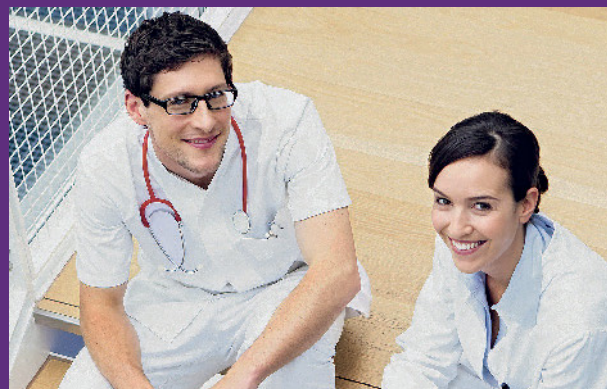


Foto: Westend61 – stock.adobe.com

Medizin für den Menschen

Unter dem Hashtag #MedizinfürMenschen fordert das Bündnis Junge Ärzte eine zukunfts-fähige medizinische Versorgung in Deutschland und hat sich in einem Offenen Brief an Bundeskanzlerin Merkel und Bundesgesundheitsminister Spahn gewandt. Ein Interview dazu mit Dr. Cornelius Weiß schließt an.

356–358

Fortbildung

Einführung ins Schwerpunktthema Nephrologie	340
CME: IgA-Nephropathie: Pathogenese, Klinik und Therapie	340
CME: Immunsystem und immunsuppressive Therapie im Alter	347
Pharmakologische Therapie der chronischen Herzinsuffizienz bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung	351

Parlando: Mit Mode provozieren und Aufsehen erregen – Michelle Elie im Frankfurter Museum Angewandte Kunst.. 359

Junge Ärzte und Medizinstudierende

Offener Brief des Bündnis Junge Ärzte	356
Interview: „Ärztliches Arbeiten funktioniert auch ohne bürokratisches Joch und kommerzielle Zwänge“	357

Medizinische Fachangestellte: Trotz Corona – 780 MFA absolvieren schriftliche Abschlussprüfung

Personalia: Josef Pfeilschifter übergibt sein Amt als Dekan des Fachbereichs Medizin

Impressum

Bücher



Psychotherapie im Kindesalter

C. Erner-Schwab

S. 336

Interessenkonflikt

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

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.



Kompetenzorientierte Weiterbildung – Aufbruch und Umdenken –

Alter Wein in neuen Schläuchen? Nein, darum geht es beim Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) für die hessischen Ärzte am 1. Juli 2020 wahrlich nicht.



Foto: Katarina Ivanisevic

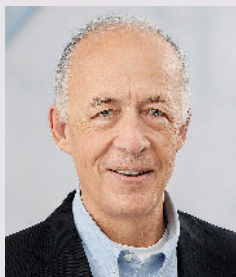


Foto: Katarina Ivanisevic



Foto: Katja Kölsch

Dr. med. H. Christian Piper, Dr. med. Wolf Andreas Fach, Prof. Dr. med. Erika Baum (v. l.)

Es geht darum, bis zur Approbation angelegte

ärztliche Fähigkeiten und Haltungen in der Weiterbildung zu vertiefen und zu einer Vielzahl möglicher Fachspezialisierungen aufzubauen. Allerdings, das ist der Parameterwechsel gegenüber der bisherigen WBO, nicht vorwiegend durch „trockene“ und am Ende summarisch bestätigte Nachweise absolvierter Weiterbildungszeiten und absolvierter Mindestzahlen von diagnostischen oder therapeutischen Prozeduren.

Es gibt zukünftig weniger geforderte Leistungszahlen und zu meist lediglich Mindest-Weiterbildungszeiten. Der ambulanten Weiterbildung sind die Türen weiter als zuvor geöffnet, nur an wenigen Stellen werden stationäre Pflichtzeiten gefordert. Stattdessen treten inhaltlich definierte Kompetenzziele in den Vordergrund, die – an welcher Weiterbildungsstätte auch immer – Punkt für Punkt zu leben, inhaltlich zu erledigen und differenziert zu dokumentieren sind.

Die zu erreichende Lertiefe wird in der neuen Weiterbildungsordnung mit drei vorangestellten, didaktisch ausdifferenzierten Kompetenzebenen beschrieben: (1) Faktenwissen, (2) Handlungs- und Begründungswissen sowie (3) Handlungskompetenzen, die zunächst unter Anleitung erlernt und in der Endstufe selbstständig und situationsadäquat in Kenntnis der Konsequenzen zu leisten sind. Diese Anforderungsebenen bildet die WBO 2020 mit den Stichworten „Kognitive Kompetenz“, „Methodenkompetenz“ und „Handlungskompetenz“ zu allen Pflichtinhalten der Facharztgebiete, der Schwerpunktweiterbildungen und der Zusatzweiterbildungen ab.

Damit ist die WBO 2020 als eine tabellarische Ordnung über die gesamten Fachgebiets-Details auf mehr als 440 Seiten aufgestellt, auf denen jeder Lernschritt klar benannt wird. Zugleich ist dies die Grundlage für eine intensivierte und abschnittsweise Kommunikation zwischen Weiterzubildenden und den Weiterbildern. Elektronisch zukünftig 1:1 als eLogbuch nachgebildet, müssen die absolvierten Schritte einzeln dokumentiert und sinnvollerweise zeitnah von den befugten Weiterbildern bestätigt werden. So entsteht eine stetige Selbstkontrolle der Beteiligten im laufenden Weiterbildungsprozess, verbunden mit einer kollektionalen Feedbackanforderung über erreichte oder noch zu errei-

chende Fortschritte. Bei Abteilungs- oder Stellenwechsel und Prüfungsanmeldung wird auch jederzeit eine konkrete und vorlegbare Entwicklungsdokumentation abrufbar.

Das Beschreiten von Neuland fordert Mut,

Durchhaltevermögen und selbstkritische Einstellungen, um mögliche Unzulänglichkeiten oder Fehlritte zu vermeiden. Die Mitglieder und Vorsitzenden des Weiterbildungsausschusses, viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Spitze der Weiterbildungsabteilung, die ärztliche Geschäftsführung, das Justiziariat und die Abteilung EDV/Organisationsentwicklung der LÄKH haben die Umsetzung der Muster-Weiterbildung der

Bundesärztekammer für Hessen in vielen Sitzungen und Arbeitsgesprächen seit Mitte 2018 sorgsam vorbereitet.

Wir möchten Sie bitten, eventuell verbliebene Fehler oder Unzulänglichkeiten in der im Juli 2020 beginnenden Realisierungsphase offen und konstruktiv zurückzumelden. Auch wenn die neue WBO für Hessen erst einmal „gesetzt“ ist, wird ein steter Anpassungs-, Ergänzungs- und Korrekturprozess in den nächsten Jahren weitergehen. So ist das auch auf der Ebene der Bundesärztekammer geregelt, um die grundlegende Kompatibilität der Weiterbildungsordnungen in allen Bundesländern im Interesse der Nachwuchskollegen zu sichern und gute didaktische Konzepte zu fördern.

Hochkarätige Weiterbildung ist vor allem anderen die bestmögliche Qualitätssicherung für die Patientenversorgung. Wir wünschen unter diesem Anspruch allen Beteiligten und Engagierten in der ärztlichen Weiterbildung viel Erfolg und einen guten Start in die neue Weiterbildungsordnung Hessen 2020!

Dr. med. H. Christian Piper
Stellv. Vorsitzender *

Dr. med. Wolf Andreas Fach
Vorsitzender *

Prof. Dr. med. Erika Baum
Stellv. Vorsitzende *

* des Weiterbildungsausschusses der LÄKH



Neue ärztliche Weiterbildungsordnung für Hessen (WBO) ab 1. Juli 2020 in Kraft

FAQs: Was ändert sich? Was ist wichtig? – Stand Mai 2020

Wann tritt die bisherige Weiterbildungsordnung außer Kraft?

Die bisherige WBO von 2005 tritt mit dem 30. Juni 2020 für alle Neubeginner in der Weiterbildung außer Kraft. Wer eine Weiterbildung bis zum 30. Juni 2020 begonnen hat, kann zum Zeitpunkt der eigenen Wahl freiwillig in die neue Regelung überwechseln oder unter den Vorgaben der Übergangsregelungen nach bisheriger WBO 2005 abschließen.

Wann tritt die neue Weiterbildungsordnung für Hessen in Kraft?

Nach erfolgter Genehmigung durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration tritt die neue WBO zum 1. Juli 2020 in Kraft. Die Bekanntgabe hierzu erfolgt als Sonderheft zum Hessischen Ärzteblatt 6/2020. Dazu wird online das Volltextdokument auf www.laekh.de/weiterbildung/ bereitgestellt – einschließlich der 2019 vorab beschlossenen Änderungen für die Allgemeinmedizin, der Einführung der Zusatzweiterbildung Betriebsmedizin, der Zusatzweiterbildung Kardio-MRT und der Zusatzweiterbildung Akut- und Notfallmedizin. **Achtung: Diese Neuregelungen sind bereits seit 1. Juli 2019 in Kraft getreten, einschließlich der Neuregelungen für den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin (siehe HÄBL 7/8 2019).**

Welche Übergangsbestimmungen gibt es für die fachärztlichen Gebiete?

Vom 1. Juli 2020 gilt für die Gebiete und solche mit integrierten Schwerpunkten wie z. B. Innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie etc. grundsätzlich eine Übergangsfrist von acht Jahren, also bis Mitte 2028 (für Allgemeinmedizin bis Mitte 2027, siehe vorherige Frage). Bis dahin kann eine vor dem jeweiligen Stichtag begonnene Weiterbildung nach alter WBO abgeschlossen werden.

Gilt das auch für eigenständige Schwerpunktweiterbildungen?

Für solche Weiterbildungen wie z. B. in

der Gynäkologie oder der Kinder- und Jugendmedizin gilt grundsätzlich eine Übergangsfrist von fünf Jahren, das heißt bis 30. Juni 2025.

Gilt das auch für die Zusatzweiterbildungen?

Für die Zusatzweiterbildungen wie z. B. Geriatrie, Intensivmedizin, Infektiologie etc. gilt grundsätzlich eine Übergangsfrist von fünf Jahren, also bis zum 30. Juni 2025. Analytische Psychotherapeuten können wegen der zum Teil langen Weiterbildungszeiten in jedem Fall nach der bisherigen Weiterbildungsordnung von 2005 abschließen, dafür wurde eine Sonderregel geschaffen.

Was ist beim freiwilligen Wechsel von der bisherigen zur neuen WBO zu beachten?

Alle bisher gültigen Dokumente gelten fort und können dem zukünftigen eLogbuch eingescannt hinzugefügt werden. Schwierige Einzelfragen oder bei begründetem Interesse (z. B. bei Anmeldung zu Förderprogrammen) können vor einem Wechsel zur neuen WBO mit der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) im Rahmen eines von der Ärztin/dem Arzt in Weiterbildung anzufragenden Vorwegentscheides verbindlich geklärt werden. Ähnliches ist auch vor einem Zuzug aus anderen Bundesländern sinnvoll. Vorwegentscheide können zukünftig gebührenpflichtig sein.

Was geschieht, wenn innerhalb der möglichen Übergangszeiten der WBO 2005 ein dafür befugter Weiterbilder ausscheidet?

Die Kammer wird bei Bedarf für die Phase der Übergangszeiten befristete, neue Befugnisse nach bisheriger WBO aussprechen, ggf. parallel zu einer Befugung eines Weiterbilders nach der neuen WBO 2020.

Was ändert sich Wesentliches mit der neuen Weiterbildungsordnung?

Neue Methoden von Diagnostik und The-

rapie wurden integriert. Die kognitive und Methodenkompetenz verlangen sachliche und fachliche Kenntnisse, die erworben werden müssen. Handlungskompetenz wird immer dann gefordert, wenn Erfahrungen und Fertigkeiten für eine selbstständige Ausführung einer Diagnostik oder Therapie gelernt und bis zur Selbstständigkeit vervollkommen werden müssen. Besonders in den chirurgischen Fächern bleibt es aber bei Mindestzahlen von Eingriffen wie z. B. Appendektomien und Koloneingriffen, ansonsten werden viele bisher geforderte Zahlen zurückgesetzt.

Gibt es neue Zeitanforderungen?

Verlängerungen von geforderten Weiterbildungszeiten gibt es keine. Im Gegenteil, Zeiten wurden verkürzt und sind Mindestzeiten. Definiert werden jetzt regelhaft die verpflichtenden stationären Anteile, der Rest kann ambulant absolviert werden.

Gibt es neue Fächer?

Balneologie, Ernährungsmedizin, Immunologie, Nuklearmedizin für Radiologen, Sexualmedizin, EMAH (Erwachsene mit angeborenem Herzfehler), Kinder- und Jugendurologie, Transplantationsmedizin und die Kardio-MRT-Untersuchung wurden neu in die Weiterbildungsordnung aufgenommen.

Kann man für neue Fächer zuvor erworbene Kompetenzen einbringen?

Ja, das erlauben die Übergangsregelungen: Gleichwertige Weiterbildungsabschnitte oder Inhalte, die innerhalb acht Jahren vor der Neueinführung qualifiziert erworben wurden, sind anerkennungsfähig. **Das ist innerhalb einer Frist von drei Jahren nach Inkrafttreten der Neuregelungen zu beantragen.** Entsprechender Stichtag für die ZWB Kardio-MRT, ZWB Betriebsmedizin, ZWB Akut- und Notfallmedizin und FA für Allgemeinmedizin war der 1. Juli 2019. Für die weiteren neuen

Fächer in der hessischen WBO 2000 ist der Stichtag der 1. Juli 2020.

Ändert sich der Ablauf der Weiterbildung?

Die Weiterbildung wird elternfreundlicher. Neben einer Weiterbildung in Teilzeit von 50 % der Arbeitszeit werden auch Drei-Monatsabschnitte (in Hessen aufgrund des Heilberufsgesetzes bis zu insgesamt zwölf Monaten) anerkannt.

Weiterbildungszeiten: Was ändert sich generell?

Die Mindest-Weiterbildungszeiten der Gebiete und Schwerpunkte ändern sich nicht. In der Inneren Medizin sind jetzt 24 Monate Weiterbildung im ambulanten Bereich möglich. Die berufsbegleitende Weiterbildung wurde gestärkt, z. B. in der Krankenhaushygiene und der Allergologie.

Gibt es Änderungen bei den Schwerpunktweiterbildungen?

Für zusätzlich zu erwerbende Schwerpunkte (z. B. bei Gynäkologie oder Pädiatrie) ist eine abgeschlossene Facharztweiterbildung Voraussetzung für den Eintritt in die Zusatzweiterbildung. Sogenannte „Versenkbare Zeiten“ aus der Grundweiterbildung sind nicht mehr berücksichtigungsfähig. Allerdings werden bereits zuvor qualifiziert erworbene Kompetenzen mit anerkannt, siehe dazu auch den nächsten Fragepunkt.

Können bereits erworbene Kompetenzen in andere Weiterbildungen mitgenommen werden?

Kompetenzen sind Kernpunkte der neuen WBO, Zeiten sichern dazu einen Mindestrahmen ab. Es soll zukünftig möglich sein, inhaltsgleiche, umschriebene und bereits dokumentierte Kompetenzen (z. B. Intubationen, organspezifische Sonographien) in weitere Weiterbildungsabschnitte oder andere Weiterbildungsgebiete „mitzunehmen“. Verfahren und eventuelle Begrenzungen müssen seitens der Landesärztekammer noch in Verwaltungsvorschriften geregelt werden.

Bestehen durch die Kompetenzorientierung neue Herausforderungen für Weiterzubildende?

Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung

(ÄiW) sollen erheblich mehr Transparenz über die an der jeweiligen WB-Stätte erlernbaren Kompetenzen erhalten. Das sollte in Eigeninitiative schon vor Eintritt in eine Weiterbildungsstätte und später in den regelmäßigen Entwicklungsgesprächen mit dem Weiterbilder wiederholt geklärt und aktiv nachgehalten werden. Abteilungsverbünde in Kliniken oder ambulant-stationäre Weiterbildungsverbünde können hier zur Vervollständigung evtl. inhaltlich beschränkter Befugnisse sehr hilfreich sein. Andernfalls werden für die ÄiW gezielte Wechsel der Weiterbildungsstätte zur Komplettierung des Kompetenzerwerbs notwendig.

Welchen Sinn haben neben den geforderten Kompetenzen die sogenannten FEWP?

Unter Mitwirkung der wissenschaftlichen Fachgesellschaft werden zu den Kompetenzen **F**achlich **e**mpfohlene **W**eiterbildungs**p**läne (FEWP) als zusätzliche Hilfestellung entwickelt werden (siehe § 2 Abs. (8) WBO 2020). Sie sollen didaktisch-methodische Ergänzungen, Erläuterungen oder Empfehlungen für das jeweilige Kompetenzziel ergeben. Dazu können z. B. fachgebietstypische Diagnosen, Maßnahmen oder Eingriffe detaillierter hierarchisiert oder in der zeitbezogenen Relevanz hinterleuchtet werden, ohne die WBO ändern zu müssen. Auch können methodische Neuerungen den zugrundeliegenden Kompetenzanforderungen im kurzfristigen Änderungsprozess beigefügt werden. FEWP sind kein formaler Satzungsbestandteil der WBO, haben empfehlenden Charakter und können daher flexibel angepasst werden.

Wie wird die neue Weiterbildung im Unterschied zur bisherigen dokumentiert?

Zunächst ist wichtig: Für diejenigen, die sich fortlaufend innerhalb der am 1. Juli 2020 beginnenden Übergangsfristen nach der WBO 2005 weiterbilden und zur Prüfung anmelden, bleibt alles wie bisher. Bei Neubeginnern ab 1. Juli 2020 werden – sobald verfügbar – im eLogbuch die erarbeiteten Weiterbildungsinhalte unter der Datenhoheit der Weiterzubildenden dokumentiert und mindestens einmal im Jahr bzw. zu Beendigung eines Abschnitts der Weiterbildung durch die Befugte bzw. den

Befugten für die Weiterbildung auf Anforderung bestätigt werden. Das eLogbuch bleibt im Besitz des Weiterzubildenden und kann mit allen bereits hinterlegten Daten in andere Landesärztekammerbereiche mitgenommen und dort weitergenutzt werden.

Vor dem generellen Ausrollen des hessischen eLogbuchs werden hierzu genauere Informationen, auch zur Datensicherheit und dem notwendigen Datenschutz, im 2. Halbjahr 2020 veröffentlicht werden.

Wann geht das elektronische Logbuch in Hessen an den Start?

Die allgemeine Nutzung des eLogbuchs soll nach erfolgreicher Abwicklung einer Pilotphase mit wenigen Weiterbildungsstätten zum Jahresbeginn 2021 beginnen. Zwischenregelungen für die Dokumentation von Leistungsnachweisen in der Zeitspanne der Pilotphase des eLogbuchs sollen im dritten Quartal 2020 bekannt gegeben werden.

Die Ärztekammer beurteilt später die erfolgte Weiterbildung für die Zulassung zur Prüfung anhand eines oder ggf. mehrerer zusammenfassender Weiterbildungszeugnisse und der gesamten begleitenden Kompetenz-Dokumentation, sei sie noch auf Papier erstellt oder ab dem verpflichtendem Stichtag elektronisch erfolgt.

Ändern sich Rechte und Pflichten von Ärztin/Arzt in Weiterbildung und Weiterbilderin bzw. Weiterbilder?

Es bleibt alles wie bisher: Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung haben die Pflicht einer ordnungsgemäßen Dokumentation, die vollständig und nachweisbar sein muss. Auf dieser Grundlage besteht das Recht auf Bestätigung und Ausstellung eines Weiterbildungszeugnisses durch die Weiterbilderin/den Weiterbilder. Weiterbilder haben das Zeugnis innerhalb von drei Monaten nach Abschluss eines WB-Abschnittes auszustellen. Es sind mindestens jährliche Statusgespräche und Eintragungen im eLogbuch gefordert. Bei Störungen dieses kollegialen Miteinanders kann die Landesärztekammer auf Anfrage vermittelnd einschreiten.

Was ändert sich bei den Weiterbildungsbefugnissen?

Die aktuell erteilten Ermächtigungen bzw.



Befugnisse für die Weiterbildung nach der WBO 2005 bleiben zunächst erhalten, durchaus bis zum Ende der Übergangsfristen. Sie werden nach und nach durch neue Befugnisse nach WBO 2020 ersetzt, zunächst mit einer pragmatischen, vorläufigen Lösung.

Es bleibt abzuwarten, ob sich bei späterer Erneuerung Veränderungen der Dauer bzw. der Inhalte der jeweiligen Befugnisse ergeben. Da derzeit mehr als 6.500 Weiterbildungsbefugnisse in Hessen bestehen, ist hierfür ein längerdauernder und herausfordernder Umstellungsprozess in gemeinsamer Anstrengung zu bewältigen. Soweit nicht alle geforderten Kompetenzen von einer/einem einzelnen Befugten bzw. aufgrund vorhandener Ausstattungen oder dem Diagnosemuster der Weiterbildungsstätte dargestellt werden können, werden gemeinsame Befugnisse, abteilungsübergreifende Befugnisse oder Weiterbildungsverbünde häufiger als bisher gefragt sein.

Wird auch zukünftig die Beantragung von Weiterbildungsbefugnissen für 12 oder 24 Monate erleichtert?

Das ist grundsätzlich vorgesehen, wird aber unter Berücksichtigung der neuen Kompetenzanforderungen in einer dafür

ausgearbeiteten Verwaltungsrichtlinie nach § 5 Abs. 5 WBO 2020 für Hessen neu gefasst werden.

Was ändert sich für die Weiterbilder?

Zur Einführung in die neue WBO und im Prozess der Umsetzung ist in Planung, spezifische Informationsseminare zum Umgang mit der neuen WBO anzubieten. Entsprechende Veranstaltungen werden nach Bedarf auch dezentral in allen Bezirksärztekammern ausgerichtet. Die aktuelle Coronakrise wird als Hemmnis für Präsenzveranstaltungen zu berücksichtigen sein. Alternativ sind Online-Konferenzen oder Webinare im Gespräch, aber noch nicht konkret greifbar.

Wie kann man sich weiter informieren?

- Updates dieser Fragen- und Antwortsammlung finden Sie im Internet auf unserer Website www.laekh.de/weiterbildung/.
- Bericht über die im November 2019 beschlussfassende Delegiertenversammlung in HÄBL 01/2020 (siehe S. 7 ff.), abrufbar über das Online-Archiv des Hessischen Ärzteblattes unter: www.laekh.de/.
- Gesamttext der BÄK-Musterweiterbildungsordnung 2018 im Internet: www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-

[weiter-fortbildung/weiterbildung/musterweiterbildungsordnung/](#).

- Gesamttext der Weiterbildungsordnung 2020 für Hessen:

Der volle Text ist ab Ende Mai 2020 im Internet unter www.laekh.de/aerzte/weiterbildung/ sowie als Juni-Sonderheft des Hessischen Ärzteblattes online verfügbar.

Unverändert können Sie gerne weitere Fragen von allgemeinem Interesse, die hier und online mit beantwortet werden sollen, per E-Mail senden an:

wbo2020@laekh.de

Dr. med. Wolf Andreas Fach

Präsidiumsmitglied, Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses

Dr. med. H. Christian Piper

Präsidiumsmitglied, Stellv. Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses

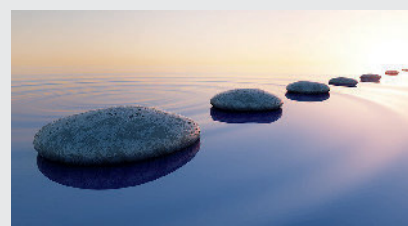
Jens Sudmann

Leiter der Abteilung Weiterbildung

Daniel Libertus

Rechtsreferent

Wir gedenken der Verstorbenen



Italien in der Corona-Pandemie

Im Blickpunkt: die Region Kampanien mit Salerno, Sitz der Ärzte- und Zahnärztekammer von Salerno



Übersicht über Covid-19 in Italien (positiv Getestete, Todesfälle und Genesene), Stand 28.04.2020.

Die Bilder von überfüllten Intensivstationen, Ärzten und Pflegepersonal am Rande der Erschöpfung und mit Särgen beladenen Militärtransportern, die durch das nächtliche Bergamo fahren, haben sich ins Gedächtnis eingebrannt. Italien ist eines der am schwersten von dem neuartigen Coronavirus betroffenen Länder. Nach Angaben des italienischen Gesundheitsministeriums vom 28. April 2020 wurden in Italien zu jenem Zeitpunkt über 201.000 Infektionen mit dem Coronavirus verzeichnet – eine Zahl, die Positiv-Getestete, Todesopfer (damals: 27.359) und Genesene (damals: 68.941) umfasst.

Der größte Teil der Covid-19-Infektionen konzentriert sich auf die nördlichen Regionen Lombardei, Emilia-Romagna, Piemont, Venetien und Ligurien. Die süditalienische Region Kampanien, zu der auch die Provinz Salerno gehört, ist weniger stark betroffen. Salerno ist Sitz der mit der Landesärztekammer Hessen partnerschaftlich verbundenen Ärzte- und Zahnärztekammer von Salerno, des Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Salerno.

Nach Angaben des Gesundheitsministeriums der Region Kampanien vom 27. April wurden dort bis zu diesem Datum 70.566 Abstriche (Coronatests) durchgeführt. 2.802 Personen hatten einen positiven

Corona-Testbefund, 2.225 befanden sich am 27. April in häuslicher Quarantäne und 33 in intensivmedizinischer Behandlung. 544 wurden mit Symptomen in Krankenhäuser eingeliefert. Als geheilt konnten bis zum 27. April 1.220 ehemals an Covid-19 erkrankte Menschen wieder entlassen werden. Die Zahl der Verstorbenen betrug zu dem genannten Zeitpunkt 358.

Bis Anfang Mai ging die Zahl der Neuinfektionen in ganz Italien leicht zurück. Allerdings hatte das Land am 2. Mai mit 474 weiteren Todesfällen in Zusammenhang

mit Corona-Infektionen den größten Anstieg von Opferzahlen seit 11 Tagen melden müssen. Insgesamt stieg die Zahl der Todesopfer nach Angaben der Johns Hopkins-Universität bis zum 10. Mai auf über 30.000; die Zahl der mit dem Coronavirus Infizierten (Positiv-Getestete, Genesene und Todesopfer) belief sich auf über 218.000 Personen.

Italiens Regierungschef Giuseppe Conte kündigte ab dem 4. Mai Lockerungen der strengen Ausgangsbeschränkungen an. Grundlage dafür waren die weiterhin sinkenden Zahlen von Covid-19-Patienten auf Intensivstationen und in Krankenhäusern. Auch die Zahl der Ende April verzeichneten positiven Fälle sank weiter.

Am 4. Mai ist Italien in „Phase 2“ der Pandemie mit schrittweisen Öffnungen eingetreten: Nach zwei Monaten strikter Ausgangssperre dürfen Italienerinnen und Italiener wieder alleine oder mit einer weiteren Person aus dem eigenen Haushalt zum Spazierengehen und zum Sport an die frische Luft – Masken und Abstandhalten sind Pflicht. Über 4,5 Millionen Beschäftigte nahmen am 4. Mai wieder ihre Arbeit auf, die Betriebe fahren ihre Produktion hoch. Bewegungen innerhalb der eigenen Region sollen unter Einhaltung bestimmter Regeln möglich sein, Fahrten in andere Regionen Ita-



Entwicklung neuer Fälle, Stand 28.04.2020.

Quelle der beiden Grafiken: Italienisches Gesundheitsministerium

liens aber zunächst weitgehend untersagt bleiben. Bars und Restaurants dürfen Speisen zum Mitnehmen verkaufen und sollen unter Einhaltung pandemiekonformer Schutzregeln ab Juni schrittweise wieder öffnen können.

Keine Lockerungen gibt es weiterhin bei Kinderbetreuung und Unterricht: So sol-

len Italiens Schulen und Kitas nach derzeitiger Planung nicht vor September wieder öffnen. In einem Interview mit der Zeitung „La Repubblica“ begründete Regierungschef Giuseppe Conte dies mit der „Gesundheit der Kinder“, die auf dem Spiel stehe. So habe ein Expertenkomitee das Risiko einer erneuten Infektionswelle als

zu hoch eingestuft. „Bleibt wachsam“, mahnte Conte generell zur Vorsicht. Das Virus zirkuliere nach wie vor. Entscheidend für seine weitere Eindämmung sei das verantwortungsvolle Verhalten aller.

Katja Möhrle

Das Virus und die Traurigkeit nicht gewinnen lassen

Das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS) ist für Betroffene da

Das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS) sorgt auch in der Corona-Krise dafür, dass Betroffene weiterhin Hilfe erhalten. Mit einer Plakat- und Postkartenaktion (siehe Foto) wird auf die Notfall-Hotline des Frankfurter Projekts zur Prävention von Suiziden mittels Evidenz-basierter Maßnahmen (FraPPE) aufmerksam gemacht.

In solch einer Ausnahmesituation kommt es verstärkt zu psychischen Belastungen, Stressreaktionen und Krisen. Aufgrund des Kontaktverbots können Angebote wie FRANS oder FraPPE nicht mit ihren üblichen Suizidpräventionsmaßnahmen arbeiten. Zwar werden laufende Psychotherapien in der Regel weitergeführt,

aber viele niedrigschwellige persönliche Unterstützungsangebote fallen zurzeit weg. FRANS hat daher telefonische Anlaufstellen, hilfreiche Links und Informationen auf seiner Internetseite zusammengestellt: www.frans-hilft.de/corona-pandemie.

Auf mehr als 200 Plakaten und auf Postkarten, die im gesamten Stadtgebiet ausgehängt wurden, wird außerdem die Not-



Foto: © FRANS

fall-Hotline des Projekts FraPPE beworben. Rund um die Uhr ist eine der psychiatrischen Kliniken Frankfurts erreichbar unter Fon: 069 630 13 113.

Über das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention

Das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS) wurde im Jahr 2014 auf Initiative des Frankfurter Gesundheitsamtes gegründet und wird seitdem von dort aus koordiniert. FRANS ist ein Zusammenschluss von mehr als 75 Institutionen und Organisationen, die gemeinsam eine Verringerung von Suiziden und Suizidversuchen in Frankfurt erreichen möchten. Ziele und Aktivitäten des Netzwerks sind:

- Entstigmatisierung des Themas Suizid und psychischer Erkrankungen im Allgemeinen, z. B. durch öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen sowie jährliche Veranstaltungen rund um den Welttag der Suizidprävention (10. September) unter der Kampagne

„Zehntausend Gründe – Suizid verhindern“ sowie durch die Internetseite: www.frans-hilft.de mit Hintergrundinformationen und Hilfsangeboten für Betroffene, Angehörige und Trauernde.

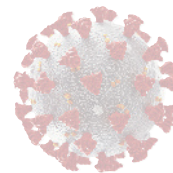
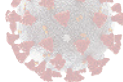
- Sensibilisierung von Professionellen und Gatekeepern für das Thema, z. B. durch Schulungen.
- Verbesserung der Datenlage bezüglich des Themas Suizid in Frankfurt, um am Bedarf orientierte Angebote machen zu können.
- Weiterentwicklung und Stärkung der Vernetzung der Hilfs- und Bewältigungsangebote in Frankfurt und Umgebung.

(red)

Entlastung für Mitarbeitende im Gesundheitswesen

Das Universitätsklinikum und das Gesundheitsamt in Frankfurt unterstützen auch Menschen in medizinischen Berufen. Das Gesundheitsamt hat ein übergreifendes Entlastungstelefon für Mitarbeitende im Gesundheitswesen eingerichtet, z. B. der Krankenhäuser, Pflegedienste, Alten- und Pflegeheime, Arztpraxen, von Gesundheitsamt, Rettungsdienst und Feuerwehr etc. Das Entlastungstelefon ist täglich von 10 bis 13 Uhr sowie von 18 bis 21 Uhr erreichbar unter Fon: 069 870036090. Am Universitätsklinikum können sich ratsuchende Kolleginnen und Kollegen zudem an ein eigenes Kriseninterventionstelefon wenden.

(red)



Gesundheitsämter am Limit

Im Gespräch mit Dr. Birgit Wollenberg, Leiterin des Gesundheitsamtes Marburg-Biedenkopf

Bei der Bekämpfung des Coronavirus kommt den Gesundheitsämtern eine große Bedeutung zu. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an ihre Kapazitätsgrenzen stoßen. Jahrelange Sparmaßnahmen und Stellenabbau im Öffentlichen Gesundheitsdienst fordern ihren Tribut. Dr. med. Birgit Wollenberg, Leiterin des Gesundheitsamtes Marburg-Biedenkopf und Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft der ärztlichen Leitungen der hessischen Gesundheitsämter, macht es deutlich: „Wir können die Krise meistern und erfahren gerade jetzt, wie wichtig unsere Arbeit ist. Das Problem ist aber die Menge.“

Arbeitsalltag in Zeiten von Corona

Die Fallzahlen gehen seit dem Lockdown im Landkreis Marburg-Biedenkopf deutlich zurück (Stand: 13. Mai). Ganz anders noch vor wenigen Wochen: „Als die Welle Mitte März anließ, hatten wir eine biologische Lage und mussten einen Krisenstab bilden. Das gesamte Gesundheitsamt haben wir auf das Thema Corona eingestellt und mussten alle anderen Aufgaben stilllegen“, beschreibt Birgit Wollenberg die Situation. Normalerweise besteht ihr Team im Bereich Infektionsschutz aus sieben Personen: zwei Ärzte, vier Gesundheitsaufseher und eine Verwaltungsfachkraft. Aktuell sind es 40.

Sobald vom Labor ein positiver Befund gemeldet wird, beginnt die Fallermittlung: Wer ist die Person, wo befindet sie sich, muss ein Absonderungsbescheid gemacht werden, wo hat sich die Person angesteckt? Wer sind ansteckungsverdächtige Kontaktpersonen?

Ein weiteres Aufgabenpaket, das darauf folgt, ist die Dokumentation. „Die Daten sind sehr umfangreich und es muss viel für einen einzelnen Fall recherchiert werden“, erläutert Wollenberg. Risikokonstellationen, beruflicher Kontext, Vorerkrankungen, Dauer der Erkrankung, stationäre Behandlung, ob eine Beatmung erfolgt ist, ob die Person aus einem Risikogebiet

kommt – und noch viele weitere Details müssen in eine bestimmte Software eingegeben werden, um im nächsten Schritt an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt zu werden. Doch damit hören die Aufgaben noch lange nicht auf: Handlungsempfehlungen für Kitas, Schulen, tägliches Monitoring der Covid-19-Erkrankten und der engen

Kontaktpersonen, Pressearbeit, Betreuung der Hotline für Bürgeranfragen, die auch bei seelischen Nöten im Corona-Kontext weiterhilft, Verteilung von Schutzausrüstung insbesondere an Alten- und Pflegeheime oder auch die Bearbeitung von Bußgeldbescheiden bei Verstößen gegen die Landesverordnungen. Auch Samstag und Sonntag geht die Arbeit weiter.

Das Thema Alten- und Pflegeheime ist Wollenberg besonders wichtig. „Sobald ein Alten- oder Pflegeheim betroffen ist, ist die Gefahr einer Ausbreitung besonders hoch. Denn gerade die Menschen dort haben das Risiko eines schweren Verlaufs, auch ist die Gefahr der Ausbreitung unter Mitarbeitenden und Bewohnern besonders hoch. Deshalb haben wir die Task Force ‚Pflege und Corona‘ gegründet.“ Ein Team aus sechs Personen sucht alle stationären Alten- und Pflegeheime im Landkreis präventiv auf, um diese speziell zu aktuellen Hygiene- und Abstandsregelungen zu beraten. Es wird besprochen, was im Falle eines Ausbruches zu tun ist, welche Isolationsmöglichkeiten vorhanden sind und wie das Personal eingeteilt werden könnte. Die Task Force springt auch ein und nimmt umgehend Abstriche bei symptomatischen Mitarbeitenden und Be-



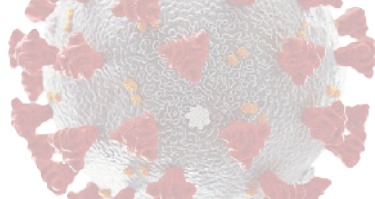
Dr. med. Birgit Wollenberg: „Gesundheitsämter benötigen eine dauerhafte personelle Aufstockung mit Fachpersonal.“

wohnen, wenn es den niedergelassenen Kollegen nicht möglich ist. Auch am Wochenende und an den Feiertagen ist die Task Force „Pflege und Corona“ einsatzbereit.

„Bislang gab es im Kreis Marburg-Biedenkopf zum Glück keinen Ausbruch in einem Alten- oder Pflegeheim, aber wir hatten schon häufiger Recherchearbeit und Verdachtsfälle.“ Nach Wollenbergs Wunsch sollte jedes Gesundheitsamt in der Lage sein, sich so intensiv kümmern zu können. Doch das sei angesichts der mangelnden Ressourcen insbesondere bei kleineren Ämtern kaum möglich.

Alte und neue Herausforderung: Personalknappheit

Um den vielen neuen Anforderungen gerecht zu werden, seien als Erstes Mitarbeiter aus anderen Bereichen des Gesundheitsamtes eingesprungen. „Wir sind ein mittelgroßes Gesundheitsamt und haben immer 65–70 feste Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Daher haben wir einen gewissen Spielraum und konnten in der akuten Krise sofort reagieren. Kleinere Gesundheitsämter kommen da unmittelbar in ganz große Schwierigkeiten.“ Doch auch in Marburg-Biedenkopf konnte das Ge-



sundheitsamt die erforderliche Personalmenge nicht allein stemmen. „Wir haben zusätzlich Hilfe aus anderen Bereichen der Verwaltung erhalten, z. B. aus der Altenhilfeplanung; auch Mitarbeiter aus dem Veterinäramt sind eingesprungen. Eine ganz große Hilfe sind außerdem die Medizinstudierenden, die sich bei uns gemeldet und kurzfristig Verträge bekommen haben. Eine Ärztin haben wir befristet neu eingestellt und von der Bundesagentur für Arbeit wurden zwei Ärzte abgeordnet. Auch über den Aufruf der Landesärztekammer haben wir einen weiteren Arzt gewinnen können.“

Die neuen Aufgaben und die vielen neuen Mitarbeiter erfordern wiederum weitere planerische Ressourcen. So sei allein eine Person nur mit Personaleinteilung und -akquise beschäftigt.

Trotz regionaler Unterschiede habe nun eine neue Phase begonnen: „Die erste Herausforderung haben wir bewältigt. Neues Personal und vor allem Notfallmechanismen wie Urlaubssperren, Stundenaufstockung bei Teilzeitkräften, Überstunden – so könnten wir die Krise irgendwie schaffen“, resümiert Wollenberg diese Phase. Jetzt sei der Punkt gekommen, wo man sich auf einen Dauerbetrieb in der Pandemie einstellen müsse. „Wir müssen davon ausgehen, dass es sich auf einem gewissen Niveau einpendelt und wir eine Dauerbearbeitung von Corona-Fällen haben.“ Ob die Gesundheitsämter einen erneuten exponentiellen Anstieg in einer zweiten Welle schaffen würden, bezweifelt sie jedoch. Die Herausforderung sei jetzt, dass die zusätzlichen Mitarbeiter nun langsam wieder abgezogen werden und an ihre eigentlichen Arbeitsplätze zurückkehren. „Uns bröckelt das Personal gerade wieder weg.“ Aber auch das am meisten belastete medizinische Stammpersonal bräuhete eigentlich dringend eine Pause. „Es ist jedoch niemand da, der einspringt. Im Gegenteil, wir haben jetzt schon wieder beginnende Personalknappheit. Das ist die Herausforderung, vor der wir gerade stehen.“

Damit auch die anderen Pflichtaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie z. B. im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, wieder aufgenommen werden können, brauche es jetzt noch viel mehr Personal. Zwar ist vom Land vorgesehen, dass je fünf Personen auf 20.000 für die

Kontaktpersonenermittlung und Fallrecherche für die Arbeit rund um Corona zur Verfügung gestellt werden. Konkrete Hilfe gebe es derzeit jedoch noch nicht. Die enorme Belastungssituation für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hatte Wollenberg als Amtsleitung stets im Blick. „Wir haben von Anfang an darauf geachtet, dass diejenigen, die Überstunden machen und am Wochenende arbeiten, immer zeitnah zwei ganze Tage frei bekommen. Das hat in der akuten Krise geholfen, ist aber auf lange Zeit zu wenig.“

Die Bereitstellung des Personals ist das Wichtigste, was Wollenberg von der Politik erwartet. „Wir brauchen dieses zusätzliche Personal, aber nicht allein für Fallermittlung und Kontaktpersonenrecherche, das ist zu kurz gedacht.“ Dies sei zwar ein großes Aufgabengebiet, an dem aber viele andere dranhängen. Kein Gesundheitsamt, so wie es bisher aufgestellt ist, würde dies schaffen.

Auch fachliche Unterstützung seitens des RKI oder des HLPUG in Form von Schulungsmaterialien für die neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sei notwendig. „Bei den vielen neuen Mitarbeitern braucht es eine systematische Kontrolle der Qualität. Es wäre schön, wenn nicht jedes Gesundheitsamt das einzeln ausdenken und wieder eine eigene Ressource reinstecken müsste. Eine zentrale Schulung, bevor die Leute in die Gesundheitsämter kommen, das wäre hilfreich.“

Es kommt auf Fachexpertise an

Auch für die Amtsleitungen selbst sei die Arbeit sehr intensiv. Unzählige Absprachen und Sitzungen in Form von Telefon-, Video- und auch Präsenzkonferenzen seien derzeit notwendig: interne Besprechungen der Gesundheitsämter untereinander, wöchentliche Besprechungen mit den Ministerien, Fachbesprechungen zur Organisation der ambulanten und stationären Versorgung oder mit den Stadtkreisverwaltungen über den Umgang mit Kitas und Schulen, Mitwirkung in den Planungsstäben für die stationäre Versorgung. „Die heftigste Belastung für das Führungspersonal der Gesundheitsämter ist im Moment aber die Sorge, was ist, wenn das fachliche Stammpersonal des Infektionsschutzes wegbricht aufgrund

der Arbeitsbedingungen? Es steht und fällt damit, dass die relativ wenigen Personen das jetzt durchhalten.“ Es räche sich gerade, dass die Gesundheitsämter in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten immer weiter runtergespart und abgebaut wurden. Teilweise seien Gehälter auch so unattraktiv, dass es schwierig gewesen sei, gutes Fachpersonal einzustellen.

„Der Schutz der Bevölkerung ist eine der Kernaufgaben der Gesundheitsämter.“ Während dies normalerweise eine langfristige und nachhaltige Aufgabe sei, entsprechende Netzwerke für Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen aufzubauen und zu unterstützen, zeigt sich in der Krise das gesamte Potenzial des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. „Es kommt jetzt auf unsere Fachexpertise an, das merken wir. Es zählt sich jetzt aus, dass wir als Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen ausgebildet sind und dass die Leitungen der Gesundheitsämter diese Qualifikation haben müssen.“ Bestrebungen, aufgrund eines Fachärztemangels die Stellenanforderung herabzusetzen, seien nicht akzeptabel. „Der Facharztmangel muss umgehend durch gezielte Förderprogramme behoben werden“, fordert Wollenberg hingegen. In Kassel und Frankfurt gebe es diese bereits, und auch in Marburg-Biedenkopf sei das geplant.

Da es keinen Lehrstuhl für ÖGD gebe, kämen Studierende – wenn überhaupt – nur wenig mit dem Fach in Berührung, was Wollenberg als klares Manko bezeichnet. Auch die Bezahlung – Ärzte des ÖGD sind die einzigen angestellten Ärzte, die nicht nach dem Ärztetarif bezahlt werden – müsste entsprechend angepasst werden. „Wir werden nach Verwaltungstarif bezahlt, und dieser beinhaltet keinerlei Differenzierung hinsichtlich der Position. Facharzt ist die höchste Entgeltstufe, unabhängig ob Sie in leitender Position sind oder nicht.“ Das sei ein strukturelles Problem, das unbedingt behoben werden müsse.

„Die Gesundheitsämter benötigen eine dauerhafte personelle Aufstockung mit Fachpersonal“, lautet bereits jetzt Wollenbergs Fazit aus der Pandemie. „Nur dann können wir auch die nächste Krise überstehen.“

Maren Grikscheit

Mit viel Dynamik in eine neue Normalität

Junge Ärztinnen berichten über ihre Arbeit mit Covid-19-Infektionen in der ZNA



Mit der Nachtschicht gerade fertig: die Ärztinnen Christine Ockelmann (links) und Dr. Eva Moebus.

Nach einer Zehnstundenschicht sind die beiden jungen Ärztinnen der Zentralen Notaufnahme (ZNA) am Klinikum Darmstadt etwas müde am frühen Morgen. Dennoch blicken sie zufrieden auf ihre geleistete Arbeit und sind motiviert, ihre Erfahrungen während der vergangenen sieben Wochen im Umgang mit Covid-19-Patienten zu schildern.

„Die enorme Anspannung, die bei uns allen herrschte, die ist weg. In den ersten Tagen und Wochen wussten wir einfach nicht, was auf uns zukommt. Jetzt haben wir uns mit der Situation und den Corona-Patienten alle eingefunden; es ist schon fast normaler Alltag geworden“, sagt Dr. med. Eva Moebus, Fachärztin für Innere Medizin und seit gut einem Jahr im Team der ZNA.

„Wir haben in den vergangenen Wochen sehr durchmischte Krankheitsbilder gesehen. Auch wenn wir viel weniger normale Patienten zu behandeln und versorgen hatten und das Arbeitsaufkommen eigentlich geringer war, war die körperliche Anspannung und damit die Belastung zu Beginn enorm hoch“, erzählt sie weiter. „Die Krankheit war einfach was Neues. Wir alle hatten die Bilder aus Italien und Spanien im Kopf und keine Ahnung, was auf uns zurollt“, ergänzt Christine Ockelmann, seit einem halben Jahr Ärztin in Weiterbildung in der ZNA. „Da mussten

sich erst neue Wege, Abläufe und Sicherheiten einspielen.“

Der Weg sei richtig gewesen: Von Anfang an seien Verdachtsfälle großzügig separiert worden. Der Aufbau des Zeltes mit neun Plätzen, die Schaffung des Isolierbereichs mit vier Betten in der ZNA für Corona-Verdachtsfälle, die mögliche Verlegung in die Intensivstation oder auch in die Isolierstation im Haus, die Sichtungsstellen an den Eingängen, das Besuchsverbot, all das seien die richtigen Maßnahmen gewesen, mit dieser neuen Infektionskrankheit Covid-19 umzugehen. Oder wie es Christine Hidas, Leitende Oberärztin der ZNA, nicht ohne Stolz ausdrückt: „Wir haben es geschafft, unser Klinikum sauber zu halten, kein Ausbruch in all der Zeit!“

Dabei habe die Rasanz der Maßnahmen, die vom Robert Koch-Institut und dem Krisenstab des Klinikums erhoben wurden, viel Dynamik in den Arbeitsalltag gebracht. Ebenso das zunehmende Wissen um die Atemwegserkrankung und deren Symptome. „Schauten wir zu Anfang vor allem auf China, galt unser Blick dann den Risikogebieten. Schnell haben wir die sehr symptomatischen Atembeschwerden erlebt“, schildert Moebus. „Häufig wurden die standardisierten Vorgehen (SOP) geändert, täglich gab es neue Anweisungen und neue Schutzmaßnahmen“, ergänzt Ockelmann.

Wenn ein Rettungswagen kommt, dann nimmt das ZNA-Team die Patienten vor dem Zelt in Augenschein, triagiert sie anhand eines Fragebogens – ab dem Moment greifen die verschiedenen Wegeleitungen: Auf den roten Wegen geht es für Infizierte und Verdachtsfälle weiter, auf den grünen für alle anderen. Bei Verdachtsfällen wird im Zelt oder im ZNA-Isolierbereich ein Abstrich gemacht – das Ergebnis ist mittlerweile innerhalb von einigen Stunden da, da dieser im Klinik-eigenen Labor ausgewertet wird.

Auch die schnelle Gewissheit, ist der Patient positiv – oder nicht, ist er rot oder grün, entlastet das Team sehr. Nach dem Krankheitsbild, den Blutbefunden und ersten Bildgebungen entscheiden die Ärztin-

nen, wohin der Patient bzw. die Patientin verlegt wird. „Kein Tag ist wie der andere. An manchen Tagen kommen zwei Verdachtsfälle zu uns, an anderen acht. Oft in Wellen. Auch vom Alter her sind die Patienten nach wie vor durchmischt. In jüngster Zeit kommen eher ältere Menschen, aus den Pflegeheimen, aber es kommen auch junge zu uns. Diese Tage war eine 19-Jährige bei uns“, erzählt Christine Ockelmann. „Manche Fälle, die Besonderen, die einen entweder emotional berühren oder medizinisch interessieren, die beschäftigen uns auch nach dem Dienst. Oder jene, denen es klinisch sehr schlecht geht. Da ist es schön, wenn man später noch mal von ihnen hört oder erfährt, wie es ihnen weiter ergangen ist.“

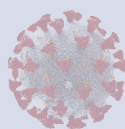
Beide berichten, ihre Familien und Freunde seien zwar ein wenig in Sorge um sie, sie selbst hätten aber keine Angst, sich anzustecken oder andere zu gefährden. Allzu groß sei ihr persönliches Umfeld derzeit eh nicht, und der Umgang mit Infektionen, „das ist unser Beruf!“, sagen beide unisono.

Die Ausnahmesituation der vergangenen Wochen habe das Team noch einmal gut zusammengeschweißt. Ockelmann: „Wir kommen ja aus ganz hektischen Zeiten mit überfüllten Wartebereichen und stundenlangen Wartezeiten. Im Vergleich dazu ist es hier extrem still gewesen.“ Viele Menschen haben wohl ihre Krankenhausbesuche aufgeschoben. Überhaupt gefällt beiden die gute Stimmung im ganzen Klinikum, „alle sind da und arbeiten zusammen. Auch der Transportdienst. Nirgendwo gibt es Krankmeldungen aus Panik. Das sind gute Zeichen für das Arbeiten im Klinikum.“

Eva Bredow-Cordier

Leiterin Unternehmenskommunikation
am Klinikum Darmstadt

Der Text ist bereits auf der Website des Klinikum Darmstadt als Teil einer Reihe erschienen, abrufbar unter: klinikum-darmstadt.de/aktuelles/.



Unhappy triad von Covid, EBM und Facharzt



Eine „unhappy triad“ kommt plötzlich und unerwartet. Eine unbedachte Bewegung oder Trauma führt zu tief greifenden Schäden am Kniegelenk, häufig mit langwierigen Folgen. Ähnlich unerwartet ist es jetzt zu tief greifenden Schäden für die fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen gekommen. Dafür sind zwei Faktoren verantwortlich.

Vom Gesetzgeber initiiert und von der ärztlichen Selbstverwaltung in Form der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) abgenickt, führt der neue EBM, der Einheitliche Bewertungsmaßstab, zu einer massiven Umverteilung der ärztlichen Vergütung.

Den Internisten und ihren Schwerpunkten fehlen insgesamt 1 Million Euro. Zusätzlich sind von den Radiologen und Nuklearmedizinern 1,5 Millionen Euro und von den Orthopäden über 600.000 Euro aufzubringen.

Die KBV hat die Umverteilung berechnet und mit den Sozialpartnern konsentiert. Dabei sind ihr Fehler unterlaufen. Investitionskosten, Abschreibung und Verzinsung, Personalkosten, Raumkosten wurden nicht ausreichend berücksichtigt. Ganz zu schweigen von dem für die Kolleginnen und Kollegen einzugehenden finanziellen Risiko. Es macht schon einen Unterschied, ob ein gutes ärztliches Gehalt mit einem sehr geringen finanziellen Risiko wie Sprechzimmer, einem/r Mitarbeiter/-in

und Stethoskop erfolgt. Oder ob es sich, notwendigerweise, um Investitionen in Millionenhöhe, beispielsweise in der Radiologie, handelt.

Noch ein Fehler ist der KBV unterlaufen. Sie hat einfach die Honorare für die Behandlung von Privatpatienten in ihre Berechnungen des ärztlichen Honorars der verschiedenen Fachgruppen integriert. Das steht der KBV nicht zu und ist systemwidrig. Ein Ausfall des Privathonorars aus welchem Grund auch immer würde auch nicht von der KBV ersetzt. Zudem lassen die unmittelbar vor der Beschlussfassung erfolgten Änderungen der Abschläge an einer korrekten Kalkulation der Leistungen zweifeln.

Die KV'en in den Bundesländern mussten den vermurksten EBM zum 1. April 2020 umsetzen. Man hat sich, besonders auch in Hessen, alle Mühe gegeben, durch neue Bezugsgrößen die Auswirkungen des neuen EBM abzumildern. Es bleiben Honorarminderungen – insbesondere im radiologisch-nuklearmedizinischen Bereich, aber auch bei den Internisten und den Orthopäden von 5–6 %. Die Praxiskosten laufen dagegen in voller Höhe und mit Lohnsteigerungen weiter. Eine Besserung ist nicht in Sicht.

Genau in diese vulnerable Phase stößt Covid-19. Die vom Autor ausdrücklich begrüßten und epidemiologisch begründeten Einschränkungen treffen die Fachärzteschaft ein zweites Mal – und ein Ende ist nicht abzusehen.

Fachrichtungen mit Elektivterminen wie Augen, HNO, Urologie und Orthopädie stellen den Praxisbetrieb ein oder versorgen noch 30 % der Patienten bei 100 % Kosten. Belegärzte dürfen nicht mehr operieren und erhalten dafür 0 % Vergütung. Gleiches gilt für Privateinnahmen, BG-Fälle (Patienten, für die Berufsgenossenschaften zuständig sind) und Selektivverträge. Krankenhäuser fallen unter den Schutzschirm, eine Weitergabe von Geld für nicht erbrachte Leistungen an ihre Belegärzte wäre aber wegen einer Korruptionsvermutung ein Fall für den Staatsanwalt.

Der sogenannte Schutzschirm nach § 87a Abs. 3b SGB V gilt nur für einen kleinen

Teil des Honorars – kurz vor der Insolvenz – und ist ein Fake. Kurzarbeitergeld gibt es nur im Einzelfall, obwohl die Einnahmen für viele Bereiche fehlen. Die Situation ist kaum besser als beim geschlossenen Italiener um die Ecke. Die Behauptung der Krankenkassen, man könne die ausgefallenen elektiven Prozeduren ja nachholen, ist wirklichkeitsfremd. Wie beim Italiener: Jeder Tisch kann nur einmal besetzt werden.

Was ist das Fazit?

Der EBM kostet Teile der Fachärzteschaft richtig viel Geld. Wenn technische Leistungen nur noch zum Selbstkostentarif erbracht werden, fällt die jahrelange Quersubvention des Arztlohnes weg. Daher muss die Vergütung der ärztlichen Leistung entsprechend angepasst werden. IT-Spezialisten im Angestelltenverhältnis würden für den kalkulierten Arztlohn gar nicht erst zur Arbeit erscheinen.

Der sogenannte Schutzschirm für die angeordneten Covid-19-Einschränkungen muss für die ausgefallenen Termine und die abgesagten elektiven technischen und operativen Leistungen im ambulanten fachärztlichen und belegärztlichen Bereich gelten. Die aktuellen Regelungen für die finanziellen Einbußen durch staatliche Anordnungen gefährden das System der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Eine Übernahme dieser Versorgung durch Kliniken ist organisatorisch und finanziell undenkbar.

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. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt.

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com



Dr. med.

Wolf Andreas Fach

Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer
Hessen,
Berufsverband
Deutscher
Internisten e. V.,
Vorsitzender Landesverband Hessen



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



Christiane Erner-Schwab: Psychotherapie im Kindesalter – Ratgeber für Erwachsene

Brandes & Apsel Verlag, 2018,
152 Seiten, ISBN 9783955582197,
€ 14.90

Psychodynamische Psychotherapie im Kindesalter – was passiert da eigentlich?

Für Eltern ist die Hemmschwelle zu einer psychotherapeutischen Behandlung ihres Kindes meist groß; Psychotherapeuten sehen deswegen nur einen gefilterten Ausschnitt aus dem Spektrum kindlicher Auffälligkeiten. Da die ärztliche Psychotherapie in den Fachgebieten aus verschiedenen strukturellen Gründen weitgehend am Aussterben ist, ist ein unmittelbarer psychotherapeutischer Zugang des erstbehandelnden Arztes in der Regel nicht möglich und eine Weiterleitung an eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten notwendig. Dabei ist es nicht nur für den Arzt, sondern vor allem für das Kind und dessen Eltern wichtig, diesen vielleicht angstbesetzten oder durch andere Vorurteile beeinflussten Schritt durchschaubar zu machen. Aus vielen Gründen wird letztlich nur ein Teil der Kinder einer Psychotherapie zugeführt.

Um Eltern, aber auch anderen Bezugspersonen wie Erziehern, Lehrern und Fachkollegen den konkreten Verlauf und die Probleme einer psychodynamisch-analytisch orientierten Kinderpsychotherapie aufzuzeigen und damit den durch Schweigepflicht

geschützten Rahmen transparent zu machen, hat Christiane Erner-Schwab diesen Ratgeber verfasst. Die psychoanalytische Psychotherapeutin mit pädagogischem Hintergrund beschreibt in dem Buch die zweijährige tiefenpsychologisch-analytische Behandlung eines achtjährigen Mädchens mit der Symptomatik eines ADHS und zeigt auf, dass keineswegs eine medikamentöse Behandlung notwendig ist, sondern mit einem festen Beziehungsangebot, einem konstanten Setting und einer Einbeziehung der Bezugspersonen auch eine schwierige Störung nachhaltig behandelbar ist.

Wann eine Psychotherapie angebracht ist, an wen sich Eltern wenden können, um eine Psychotherapie zu veranlassen, wie diese abläuft und was darin geschieht sowie wie die Eltern mit einbezogen werden, all diese Fragen werden für den Fall der psychodynamisch-analytisch orientierten Psychotherapie gut verständlich erläutert. Nun sind die psychodynamischen Therapieverfahren derzeit nicht gerade en vogue, weil verhaltenstherapeutische oder medikamentöse Maßnahmen vordergründig einen rascheren Effekt zeigen und deshalb häufig, weniger von den Eltern als von außen, insbesondere Kindergärten und Schulen, eingefordert werden. Die derzeitige gesellschaftliche Einstellung scheint mir mehr auf das Verhalten und die Symptomatik, also das Funktionieren, als auf die Lebenswelt und das Erleben der Kinder fixiert. Letzteres steht aber im Mittelpunkt psychodynamischer Therapien, für die ich mir eine breitere Akzeptanz wünsche. Das Buch kann ein Weg sein, mehr Interesse und Verständnis für diese Therapieformen zu wecken, was dem mehr allgemein gehaltenen Titel nicht unbedingt zu entnehmen ist.

Dr. med. Stephan Heinrich Nolte
Kinder- und Jugendarzt, Psychotherapeut

Studie zu Shingrix: Aufruf zur Teilnahme

Seit Mai 2018 steht ein neuartiger, inaktivierter Impfstoff (Shingrix, Glaxo-SmithKline Biologicals SA) zur Vorbeugung von Herpes Zoster (HZ, Gürtelrose) und postherpetischer Neuralgie bei Personen ab 50 Jahren auf dem deutschen Markt zur Verfügung. Es gibt jedoch zahlreiche Verdachtsfallmeldungen eines HZ sowie ausgeprägten, teilweise bläschenförmigen (bullösen) Hautreaktionen, die im engen zeitlichen Zusammenhang mit der Shingrix-Impfung stehen könnten. Das Paul-Ehrlich-Institut in Langen (Referat Pharmakovigilanz S1) bittet Ärzte und Ärztinnen, bei einem solchen Verdachtsfall an der Studie teilzunehmen. E-Mail: Studiensekretariat-S@pei.de

Herzinfarkt und Covid-19: Rückgang der stationären Aufnahmen um 25 Prozent



Eine Analyse der Krankenkasse DAK-Gesundheit belegt für dieses Jahr, dass im März 25 % weniger Menschen mit einem Herzinfarkt ins Krankenhaus eingeliefert worden sind als in den Vorjahren. Ärzte haben bereits darauf aufmerksam gemacht, dass derzeit viele Patienten mit Herzinfarktsymptomen nicht ins Krankenhaus kommen (vgl. HÄBL 05/2020, S. 280). Die DAK warnt davor, aus Angst vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus nicht den Notruf zu wählen. Auch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. warnt davor, dass Früherkennung oder die Durchführung wirksamer Krebstherapien verzögert wird aus Angst vor Covid-19. Patienten würden

erst in sehr fortgeschrittenen Tumorstadien kommen, und die Zahl der in Tumorkonferenzen vorgestellten Fälle mit frühen Tumorstadien sinke. In einem Positionspapier haben das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung und die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin Maßnahmen beschrieben, die ermöglichen, wieder angstfrei den Haus- oder Facharzt aufzusuchen. Eine Kernforderung ist die systematische Testung von Risikogruppen. Ca. 500.000 Tests pro Tag seien demnach erforderlich, um die Beschäftigten im Gesundheitswesen, die Infizierten und deren Kontaktpersonen sowie die Bewohner von Pflegeheimen regelhaft zu testen. (red)

Trotz Corona: 780 Medizinische Fachangestellte absolvieren schriftliche Abschlussprüfung

Gute Vorbereitung, eine genaue Ablauforganisation und die Einhaltung von Hygiene- und Abstandsregeln haben es möglich gemacht: Trotz der Herausforderungen in der aktuellen Corona-Pandemie konnten die schriftlichen Abschlussprüfungen der Medizinischen Fachangestellten (MFA) am 6. Mai an den Standorten der sechs Bezirksärztekammern erfolgreich durchgeführt werden.

„Medizinische Fachangestellte werden auch in diesen besonderen Zeiten dringend gebraucht. Die Corona-Pandemie offenbart in verstärkter Weise, wie unverzichtbar sie für die Patientenversorgung sind“, betont der hessische Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski. Das Präsidium der Landesärztekammer Hessen hatte daher in Abstimmung mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration beschlossen, die Prüfungen unter pandemiegeeigneten Bedingungen stattfinden zu lassen.

Bei den Planungen sei es darauf angekommen, Rahmenbedingungen für die Prüfung von insgesamt 780 jungen Frauen und Männern in Zeiten von Corona zu schaffen, erklärt Roswitha Barthel, Leiterin der MFA-Abteilung der Landesärztekammer Hessen. Dass das Prüfungsgeschehen reibungslos abgelaufen sei, habe an dem vorbildlichen Zusammenwirken aller Beteiligten – Prüflinge, Ausbildungspraxen, Berufsschulen, Aufsichtspersonen, Bezirksärztekammern und MFA-Abteilung – gelegen.

So seien die Prüflinge fast ausnahmslos zur Prüfung erschienen und hätten sich an



Prüfungsort Frankfurt Zeilsheim

die Pandemie-Regeln gehalten. Die Ausbildungsbetriebe hätten die Auszubildenden zur Teilnahme an der Prüfung motiviert und ihnen trotz der Belastungen, mit denen Arztpraxen aktuell konfrontiert seien, ausreichend Zeit für virtuellen Unterricht und Prüfungsvorbereitung gewährt. Um die zukünftigen Medizinischen Fachangestellten auf die Prüfung vorzubereiten, hätten die Berufsschulen in der Corona-Pandemie schnell von Präsenzunterricht auf virtuellen Unterricht umgestellt. Im Namen der Landesärztekammer dankt Barthel auch den Aufsichtspersonen, die trotz strenger Pandemievorgaben dafür gewonnen werden konnten, fünf Stunden Aufsicht zu führen, sowie den „Pandemie-Beauftragten“ – in der Regel Mitarbeiter des Bildungszentrums der LÄKH: „Zur Einhaltung der Pandemievorgaben mussten wir sie bei den Prüfungen zusätzlich einsetzen. Sie haben dafür gesorgt, dass das

Infektionsrisiko für die Prüflinge auf ein Minimum reduziert werden konnte.“

Um die Prüfungen überhaupt realisieren und am Prüfungstag pandemiegerecht durchführen zu können, seien viele Gespräche, Abstimmungen und Informationen notwendig gewesen, fasst Barthel zusammen: „Pandemievorgaben mussten immer wieder aktuell geklärt, geeignete Veranstaltungsräume gebucht, Pandemieregeln abgesprochen und Abstands- und Hygieneregeln kommuniziert werden.“ Man habe einen Ablaufplan erstellen, die Aufsichtspersonen vorbereiten, Material für Hygienemaßnahmen bereithalten und Prüflingsgruppen verkleinern müssen.

Ausdrücklich bezieht Barthel die Mitarbeiterinnen der Bezirksärztekammern in ihr Lob für alle Beteiligten mit ein. Sie hätten die zahlreichen Planungen ebenso engagiert wie flexibel diskutiert und umgesetzt.

Katja Möhrle

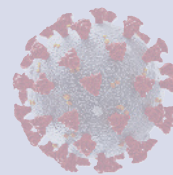
Goldenes Doktorjubiläum

02.07: Dr. med. Eberhard Haas, Darmstadt
 06.07: Dr. med. Heinrich Mannes, Leun
 06.07: Dr. med. Hans-Peter Oerke, Bad Nauheim
 10.07: Dr. med. Hans-Michael Seil, Wiesbaden
 13.07: Dr. med. Eva-Maria Benkel-Weitzel, Melsungen
 15.07: Dr. med. Hartmut Schneider, Bad Nauheim
 15.07: Dr. med. Marianne Schulte, Kelkheim
 17.07: Dr. med. James Ribeiro-Ayeh, Obertshausen
 17.07: Dr. med. Heidrun Trabant, Frankfurt

20.07: Dr. med. Uwe Ehresmann, Fulda
 22.07: Dr. med. Hans-Peter Luboeinski, Diez
 29.07: Dr. med. Christine Arndt, Marburg
 30.07: Dr. med. Barbara Knepper-Schröder, Taunusstein
 30.07: Dr. med. Volker Lautenschläger, Eschborn
 30.07: Dr. med. Jost Schattenberg, Mainz
 30.07: Dr. med. Ahmad Shahbazfar, Kassel
 30.07: Dr. med. Gerhard Usbeck, Gießen
 31.07.: Dr. med. Ruth Peter, Bad Vilbel



Letzte Reise. Frank S. fährt „in die Schweiz“.



Corona-Epidemie, Pflegeeinrichtungen und palliative Möglichkeiten

Die Verbreitung des SARS-CoV-2-Virus hat Maßnahmen verursacht, die zuvor undenkbar waren. Zunächst lag der Fokus auf der Verlangsamung der Ausbreitung und dem Aufbau der intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten. Die Bewohner von Pflegeeinrichtungen sollten besonders geschützt werden, da es die Menschen im Alter von und über 80 Jahren sind, die im Falle einer Infektion eine besonders hohe Sterblichkeit aufwiesen, woran auch eine Intensivtherapie nichts ändert. Zudem führt eine Infektion in einer Pflegeeinrichtung ohne besondere Hygienemaßnahmen zu einer schnellen Infektion vieler Bewohner mit verheerenden Folgen.

Unter den Patienten der Autoren verstarben bislang rund 50 % der über 80-jährigen Infizierten.

Soziale Isolation, Besuchssperren, Quarantäne

In den vergangenen Jahrzehnten konnten Lebensqualität, seelische und körperliche Gesundheit hochaltriger Bewohner von Pflegeeinrichtungen erheblich verbessert werden. Dies wurde möglich durch viele Projekte, die soziale Kontakte „von außen“ und die Interaktionen innerhalb der Einrichtung förderten und so körperlicher wie geistiger Immobilität entgegenwirkten.

Die drastische Reduktion unmittelbarer zwischenmenschlicher Kontakte führte zu einer sehr effektiven Reduktion der Erkrankungszahlen. Es zeigen sich nun die Nebenwirkungen. Die mangelnde Teilhabe beeinflusst Leben, seelische und körperliche Gesundheit älterer und alter Menschen besonders stark, insbesondere, wenn kognitive Einschränkungen bei demenziellen Syndromen vorliegen.

Die Bewohner unter Quarantäne sind angehalten, sich weitestgehend in ihren Zimmern aufzuhalten, Interaktionen werden eher verhindert als gefördert, Verwandtenbesuche oftmals selbst in der Sterbephase völlig unterbunden. Sogar Arztbesuche werden so weit wie möglich auf das absolut dringende Maß beschränkt. Ebenso wird das Pflegepersonal in den infizierten Wohnbereichen und Einrichtungen in der Zahl, so gut es geht, reduziert, um deren Gefährdung gering zu halten.

Noch vor wenigen Wochen entschied das Bundesverfassungsgericht zur Begründung der Verfassungswidrigkeit des Verbots der geschäftsmäßigen Sterbehilfe (§ 217 StGB a.F.), dass die persönliche Freiheit im Leben und Sterben hohes und schützenswertes Gut sei, auch wenn durch die Gewährung dieser maximalen Freiheit andere Menschen zu Schaden kommen könnten. Der Schutz der vulnerablen Gruppen sei deshalb nachrangig.

All das wird nun geradezu auf den Kopf gestellt: Menschen jeglicher Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit – vor allem alte Menschen – werden gutmeinend in eine Isolation verbannt, ohne dass die Folgen angemessen diskutiert werden. Formal gibt man Bedenken zu Protokoll, inhaltlich folgen bislang keine Taten. Argumentativ wird versucht, das Problem schwerer Schäden des bevormundenden Schutzes vor Selbstgefährdung dadurch zu umgehen, dass man es als Akt des Schutzes gegenüber Dritten darstellt. Der Selbstgefährder ist dann kein solcher, sondern einer, der andere in Gefahr bringt.

Mit der Achtung der Freiheit des Menschen oder dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1, Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz (GG) – um es einmal grund-

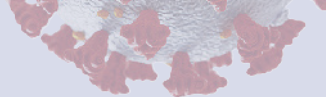
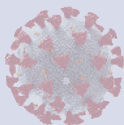
rechtlich zu wenden – hat das alles nichts mehr zu tun.

Die Exekutive muss hier deutlich ihre ersten Entscheidungen anpassen, und die Abgeordneten praktisch aller deutschen Parlamente sind nun aufgefordert, ihrer Kontrollfunktion gegenüber der Exekutive nachkommen.

Konkrete Überlegungen für Pflegeeinrichtungen

In Projekten zur Verbesserung der Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen wurden (vor Corona) als häufige Probleme in der Versorgungspraxis stets benannt:

- Die medikamentöse Verordnung erfolgt oft ohne ausreichende Abstimmung.
- Insbesondere in nicht-palliativen Versorgungssituationen bestehen große Unsicherheiten bei gesundheitlichen Verschlechterungen.
- Es erfolgt keine dokumentierte Therapiezieländerung bei nahendem Lebensende.
- Maßnahmen für die Überwachung, Dokumentation, Medikation bei finaler Versorgung fehlen.
- Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sind zu unklar oder nicht vorhanden.
- Gesetzliche Betreuer sind oft schlecht über die Patienten informiert und im Notfall nicht erreichbar.
- Angehörige können oftmals in ihrer Begleitung nicht ausreichend unterstützt werden.
- Ein zuständiger Hausarzt wäre von Mitarbeitern und Verwaltung sehr erwünscht.
- Der ärztliche Notdienst hat zu oft keine Betäubungsmittelrezepte und dazu



auch keine ausreichende Erfahrung in rechtlichen Rahmenbedingungen der Symptomkontrolle und des Sterben-Zulassens und ganz besonders keine ausreichende Befähigung aus palliativmedizinisch fachlicher Sicht in Symptomkontrolle bis zum Lebensende.

- Im Krisenfall steht kein qualifizierter Ansprechpartner zur Verfügung.
- Es findet kein regelhaftes Angebot für die Reflexion und Supervision statt.
- Muss der ärztliche Notdienst gerufen werden, wird die Patientin bzw. der Patient mit hoher Wahrscheinlichkeit ins Krankenhaus eingewiesen.

Die wichtigsten ad-hoc-Forderungen für die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Corona-Patienten in Pflegeeinrichtungen sind:

- 1) Rechtskonforme Möglichkeit, einen Pool an Notfallmedikamenten mit Betäubungsmitteln und nicht-BtM vorzuhalten.
- 2) Patientenverfügungen aktiv bewerben und in Kurzform am Bewohnerbett verfügbar machen, damit Behandlungswünsche für den Notfall bekannt sind.

Beides gemeinsam würde die Versorgungssicherheit und Leidminderung wesentlich verbessern.

Kooperationen tun Not

Die enge Zusammenarbeit der behandelnden Hausärzte mit Einrichtungen und Behörden ist unerlässlich. Kommt es zu einer Infektionswelle in einer Pflegeeinrichtung, so haben die betroffenen Bewohner in der Regel eine große Zahl verschiedener Hausärzte. Würden diese die Bewohner im Fall der Erkrankung mit hohem Fieber, respiratorischer Insuffizienz usw. täglich visitieren, stiege das Risiko einer Infektionsverbreitung deutlich an.

Sinnvoll ist dann ein einrichtungsbezogener Arzt, wie es vom Gesundheitsamt angeordnet werden kann. Dieser visitiert alle Patienten und arbeitet den Hausärzten zu. Die Hausärzte beraten weiterhin telemedizinisch und vermitteln als Lotsen und Kümmerer zwischen Angehörigen, Einrichtungen usw.

Technisch und rechtlich sind ein sicheres Medikamentenmanagement mit Vorhaltung notwendiger Medikamente für die

Palliativversorgung zwingend notwendig. Teils unübliche Medikamente zur Symptomkontrolle führen in Pflegeeinrichtungen zu einem großen Zugewinn an Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten und größerer Handlungskompetenz.

Wissen über die natürlichen Vorgänge der letzten Lebensphase muss besser vermittelt werden. Dieses ist gerade jetzt in der Krise notwendig und unter anderem durch kurze und prägnante Online-Schulungen möglich.

Zu den üblichen Ursachen von unvermeidbaren Einweisungen gehören Atemnot, die Folgen schwerer Stürze bei palliativen wie nicht palliativen Bewohnern, Nierenversagen, Infektionen wie Pneumonien und zerebrale Ischämien, wenn eine weitere Lebenserhaltung oder -verlängerung noch gewünscht wird, nicht jedoch bei fehlendem Behandlungswillen der Bewohner.

Eine stationäre Einweisung eines Hochbetagten bei SARS-CoV-2-Pneumonie zur Intensivtherapie führt fast immer zu Überversorgung und vermeidbarem Leid, da die Sterblichkeit dann selbst unter der Intensivtherapie extrem ist.

Die bessere Schulung des Personals kann dabei die Einschätzung von Krisensituationen bei allen Bewohnern deutlich verbessern.

In Sondierungsgesprächen von Studien und Projekten der jüngeren Zeit wurde stets ein sehr hoher Beratungs- und Unterstützungsbedarf von allen Mitarbeitern gesehen. Dies zieht sich als roter Faden durch wirklich alle Berufsgruppen und Tätigkeitsfelder. Hier sind kluge Lösungen gefordert, beispielsweise in Form von 24/7-Expertenhotlines für Pflegenden und Ärzte!

Patientenwillen statt Triage: Verfügung und Palliativ-Ampel

Gängige Patientenverfügungen berücksichtigen Situationen von relativer Todesnähe oder schwersten kognitiven Dysfunktionen, nicht aber Situationen wie eine vermutlich häufig tödliche SARS-CoV-2-Pneumonie bei Hochaltrigen. Die Deutsche PalliativStiftung hat deswegen die Vorlage ihrer Patientenverfügung in zwei wesentlichen Punkten ergänzt. Einerseits gibt es die ausdrückliche Option zu verfügen, dass sie gerade auch schon in

der jetzigen Situation gelten soll. Andererseits gibt es die konkrete Entscheidungsoption, dass keinerlei Klinikeinweisungen mehr gewünscht sind.

Unabhängig von Corona, aber auf SARS-CoV-2-Pneumonie bei Hochaltrigen exzellent anwendbar, wurde ein eigenes Ampelsystem mit den beteiligten Einrichtungen entwickelt, das in Notsituationen erlaubt, auch bei den den Beteiligten relativ unbekannten Bewohnern doch schnell und effektiv die Hilfe und die Maßnahmen zukommen zu lassen, die diese wünschen. Ampeln haben eindeutigen Symbolcharakter. Rot bedeutet „Halt“, grün „Freie Fahrt“. Wobei jedem Führerscheininhaber klar sein sollte, dass man auch bei Grün darauf achten muss, dass kein anderer widerrechtlich die Vorfahrt nimmt und es zu einem für sich schuldlosen Unfall kommen kann.

Im Notfall kann man bei jedem auch unbekannten Patienten auf einen Blick die notwendigen, bzw. erwünschten Erstmaßnahmen erfassen. Von Grün für Freie Fahrt oder „Volles Programm“ über Gelb, „erst Handeln, dann schnell orientieren“, was gewünscht ist, bis Rot „Keine Klinikeinweisung, Ziel ist die reine Linderung“.

Dr. jur. utr.
Carsten Schütz

Direktor des Sozialgerichts Fulda und Stiftungsrat der Deutschen Palliativ-Stiftung



Dr. med.
Thomas Sitte

Palliativmediziner für Kinder und Erwachsene, Vorstandsvorsitzender der Deutschen PalliativStiftung.



Er versorgt hochaltrige SARS-CoV-2-Infizierte sowohl in Pflegeheimen als auch zu Hause.

Kontakt zu den Autoren:
E-Mail: thomas.sitte@me.com

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

Einführung ins Schwerpunktthema Nephrologie

Vor zwei Jahren hat ein Schwerpunkttheft (HÄBL 7/8 2018) bereits mehrere Fortbildungsartikel aus der Nephrologie vermittelt. Den aktuellen Autorinnen und Autoren sind wir sehr dankbar, dass sie drei weitere, nephrologisch geprägte Fortbildungen vorstellen: wiederum patientenorientiert mit Blick in die Breite sich vernetzender Schwerpunkte der Inneren Medizin.

Zunächst ein nephrologischer Klassiker: die IgA-Nephropathie, die im oft schleichend chronischen Verlauf häufig erst im höheren Grad fortschreitender Niereninsuffizienz erkannt wird. Sie wird – für die Patienten meist erschreckend – nicht selten vom Symptom einer plötzlichen, Virusinfekt-getriggerten Makrohämaturie akzentuiert. Prof. Claudia Sommerer (Heidelberg) stellt die autoimmunologisch verstandene Pathophysiologie und die klinischen Verläufe dieser häufigen primär glomerulären Erkrankung dar. Sie empfiehlt strukturierte Diagnostik und bewer-

tet die evidenzbasierten, präventiven Therapiemodalitäten.

Nephrologie ist immunologisch nicht nur beim Verständnis von glomerulären oder interstitiellen Nierenerkrankungen gefordert. Immunmodulatorische und immunsuppressive Therapien gehören bei transplantierten Patienten zum Repertoire der Nephrologen. Die Nierenleistung beeinflusst häufig auch die Pharmakokinetik solcher Medikationen. Das Altern des Immunsystems und das Ausmaß der Niereninsuffizienz verändern darüber hinaus die Pharmakodynamik von Immuntherapeutika. Prof. Elisabeth Märker-Hermann und Dr. Christian von Kiel (beide Wiesbaden) gehen in ihrem Beitrag diesen neu erforschten Fragen mit spezieller Expertise und konkreten Handlungsvorschlägen nach.

Die Autoren des dritten Beitrages, Prof. Gunnar Heine (Frankfurt) und PD Kyrrill S. Rogacev (Schwerin) besprechen im nephrologisch-kardiologischen Diskurs die Pharmakotherapie bei schwerer Herzin-

suffizienz bei gleichzeitig bestehender hochgradiger Niereninsuffizienz. Ihr zentrales Plädoyer ist, den mangels Verfügbarkeit großer kontrollierter Studien oft vorbestehenden therapeutischen Neglect bei den vital hochgefährdeter Patienten zu überwinden. Sie sprechen sich dafür aus, unter engen kardiologisch-nephrologischen Kontrollen durchaus moderne RAAS- und Betarezeptorenblocker, die Kombination Valsartan/Sacubitril, Aldosteron-Antagonisten sowie neue SGLT-2-Inhibitoren abgestuft einzusetzen.

Dr. med.

H. Christian Piper

Facharzt für Innere

Medizin/

Nephrologie,

Präsidiumsmitglied

der LÄKH

und Stellv.

Verantwortlicher

Redakteur des

Hessischen Ärzteblattes



Foto: Katarina Ivanisevic

IgA-Nephropathie: Pathogenese, Klinik und Therapie

VNR: 2760602020169570006

Prof. (apl.) Dr. med. Claudia Sommerer

Einleitung

Die IgA-Nephropathie ist die häufigste Glomerulonephritisform in Deutschland und wird häufig als Zufallsbefund diagnostiziert. Die klinischen Verläufe sind sehr variabel und reichen von einer Mikrohä-maturie ohne sonstige Einschränkungen bis zum terminalen Nierenversagen. Selten zeigt sich ein rapid-progressiver Verlauf mit raschem Eintritt einer terminalen Niereninsuffizienz und Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie. Der Behandlungsschwerpunkt liegt auf supportiver Therapie mit optimaler Blutdruckregulation mittels ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptorblocker zur Reduktion des intraglomerulären Drucks und damit der

Proteinurie. Bei unzureichendem Ansprechen können Glukokortikoide eingesetzt werden.

Diagnostik

Die IgA-Nephropathie ist weltweit die häufigste Ursache einer Glomerulonephritis mit geographischer Variabilität hinsichtlich der Prävalenz. Typischerweise wird ein junger Mann aus Asien mit einer Makrohämaturie im Rahmen eines Infektes als Beispiel für eine IgA-Nephropathie herangezogen. Tatsächlich umfasst in asiatischen Ländern die IgA-Nephropathie etwa 40 % aller Glomerulonephritiden. Im Vergleich hierzu liegt die Prävalenz in Europa und Nordamerika bei 10 bis 20 %

aller Glomerulonephritiden, aus einzelnen afrikanischen Ländern ist eine Prävalenz von 5 % bekannt. Die IgA-Nephropathie tritt zweimal häufiger bei Männern im Vergleich zu Frauen auf. Der Erkrankungsgipfel liegt im jüngeren Erwachsenenalter. Meist wird ein Verdacht auf eine IgA-Nephropathie bei der Abklärung einer arteriellen Hypertonie oder bei Routineuntersuchungen geäußert. Vor einigen Jahren war die Musterung der Bundeswehr häufig der Ausgangspunkt zur weitergehenden Untersuchung bei Vorliegen einer Mikrohä-maturie oder Proteinurie. Somit kommt den hausärztlich tätigen Kollegen eine wichtige Rolle in der Diagnose der IgA-Nephropathie zu. In der klinischen Untersuchung zeigt sich eine Mikrohä-maturie

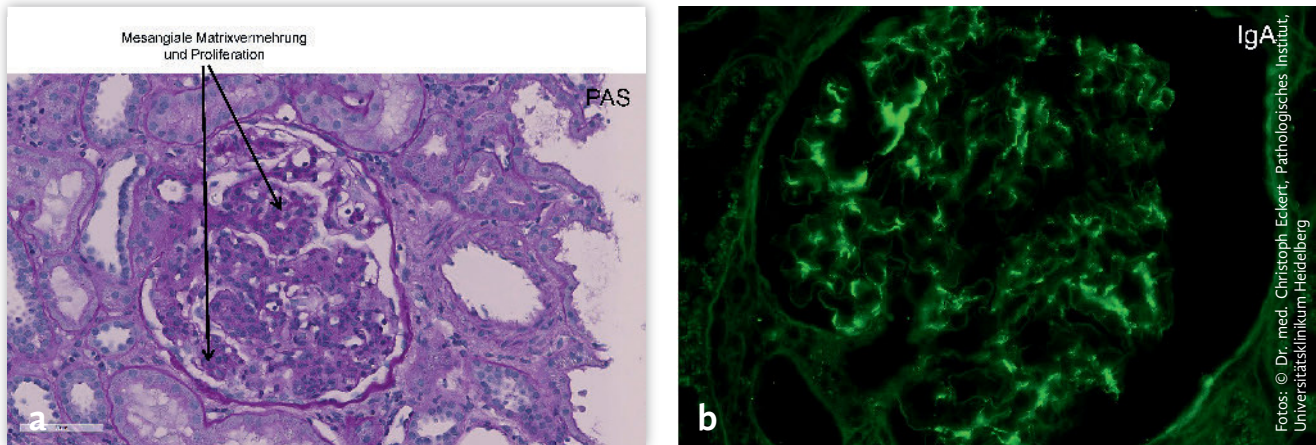


Abbildung 1: Pathologische Veränderungen bei IgA-Nephropathie:

- a) Histologischer Nachweis einer diffusen mesangialen Matrix- und Zellvermehrung im Glomerulus.
b) Immunhistologischer Befund mit Nachweis von IgA-Ablagerungen im Mesangium.

turie im Urinstatus. Bei Auftreten einer Hämaturie sollte immer ein Urinsediment erstellt werden, um den Ursprung der Hämaturie eingrenzen zu können. Einen Hinweis auf eine glomeruläre Hämaturie geben dysmorphe Erythrozyten (Akanthozyten) im Urinsediment. Häufig liegt eine milde bis moderate Proteinurie (0,5 bis 2g/Tag) vor, sodass zunächst orientierend Eiweiß im Spontanurin bestimmt wird, gefolgt von einer Quantifizierung mittels 24h-Sammelurin. Ein weiteres Symptom ist die arterielle Hypertonie, die vor allem bei fortgeschrittener Erkrankung regelhaft vorliegt. Die Nierenfunktion ist erst im späteren Erkrankungsstadium oder bei rasch progredientem Verlauf

beeinträchtigt. Makrohämaturie-Episoden treten bei 40 bis 50 % der Patienten auf und sind fast immer mit einer Infektion der oberen Luftwege assoziiert (gleichzeitig oder wenige Tage später). Die finale Diagnose kann nur histologisch gestellt werden, da der Nachweis von IgA-Ablagerungen im glomerulären Mesangium wegweisend ist.

Klinischer Verlauf

Die klinischen Verläufe einer IgA-Nephropathie sind heterogen und reichen von einem oligosymptomatischen Krankheitsbild bis zur Entwicklung einer rapid-progressiven Glomerulonephritis mit Eintreten einer terminalen Niereninsuffizienz. Patienten, die lediglich eine Mikrohämaturie und/oder eine minimale Proteinurie, jedoch eine normale Nierenfunktion aufweisen (etwa 70 % der Patienten), zeigen meist langfristig – häufig über Jahrzehnte – einen stabilen Verlauf. Eine Spontanremission kann in bis zu 20 bis 30 % der Fälle eintreten, 15 bis 30 % der Patienten erleiden eine chronisch fortschreitende Nierenfunktionseinschränkung. In bis zu 50 % der betroffenen Patienten kann eine langsame Progression bis zur terminalen Niereninsuffizienz im Verlauf über 20 bis 25 Jahre beobachtet werden. Jährliche nephrologische Verlaufsuntersuchungen werden auch bei stabilen Patienten empfohlen, da auch nach Jahren aus einer benignen verlaufenden IgA-Nephropathie sich eine

Progression zur chronischen Niereninsuffizienz entwickeln kann [1].

Gelegentlich tritt die IgA-Nephropathie im Rahmen einer Schönlein-Henoch-Purpura auf, die neben mesangialen IgA-Ablagerungen vaskulitische intestinale Läsionen mit folgenden abdominellen Beschwerden sowie Arthralgien und Purpura insbesondere im Bereich der Unterschenkel umfasst. Die Purpura Schönlein-Henoch ist ein typisches Krankheitsbild in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter selten.

Bei Vorliegen eines nephrotischen Syndroms (bis 10 %) ist das Risiko einer venösen Thrombose deutlich erhöht. Diese kann sich als Nierenvenenthrombose manifestieren.

Zahlreiche weitere Erkrankungen können mit einer IgA-Nephropathie assoziiert sein (siehe Tabelle 1).

Pathophysiologie

Pathophysiologisch wurde lange Zeit die autoimmune Genese der Erkrankung diskutiert. Allerdings ist der Anteil der Autoimmunität bis heute noch nicht eindeutig geklärt. Etwa 50 % der Patienten mit IgA-Nephropathie zeigen erhöhte Plasma-IgA-Spiegel, wobei die monomere Form den Hauptanteil des IgAs im Serum bildet [2]. Entscheidend für die Pathogenese ist jedoch das in mesangialen Ablagerungen nachgewiesene polymere IgA [3]. Eine wichtige physiologische Funktion des IgA-

Tab. 1: Erkrankungen, die häufig mit einer IgA-Nephropathie assoziiert sein können.

- Alkoholische Lebererkrankung, Leberzirrhose, Zöliakie, Colitis ulcerosa, (Morbus Crohn)
- Monoklonale IgA-Gammopathie, Mycosis fungoides
- Rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, Reiter-Syndrom, Takayasu-Arteriitis, Myasthenia gravis
- Sarkoidose
- Dermatitis herpetiformis
- Hepatitis B, HIV

Tab. 2: Oxford- MEST-C Klassifikation der IgA-Nephropathie [nach 10]

		Grad 0	Grad 1	Grad 2
M	Mesangiale Hyperzellularität	< 50 %	> 50 %	
E	Endokapilläre Proliferation	Nein	Ja	
S	Segmentale Glomerulosklerose	Nein	Ja	
T	Tubuläre Atrophie/interstitielle Fibrose	0–25 %	26–50 %	> 50 %
C	Glomeruläre Halbmonde („crescent“)	0	1–24	≥ 25

Moleküls besteht in der Abwehr inhalativ oder oral aufgenommener Antigene. Eine gestörte mukosale Barriere kann zur Migration von Plasmazellen aus der Mukosa in das Knochenmark führen und die Freisetzung von galaktosedefizienten polymeren IgA (GD-IgA1) induzieren.

Bei der Entstehung der klinisch symptomatischen IgA-Nephropathie wird von einer Multi-Hit-Hypothese ausgegangen, d. h. mehrere Faktoren müssen zusammen kommen, bis die Krankheit apparent wird. Zunächst befinden sich IgA1-Moleküle mit einer Defizienz in der Galaktosylierung (Gd-IgA1) im Blutsystem eines Patienten (Hit 1), die Bildung von Autoantikörpern gegen Gd-IgA1-Moleküle wird induziert (Hit 2). Die zirkulierenden Gd-IgA1-Autoantikörper-Immunkomplexe (Hit 3) lagern sich im glomerulären Mesangium ab (Hit 4), [4]. Die Ablagerung von Autoantikörper-Immunkomplexen aktiviert das Komplementsystem (alternativer Weg und/oder „Mannose-binding-lectin-Pathway“), induziert eine Mesangioproliferation und Matrixakkumulation [5]. Proinflammatorische Mediatoren werden sezerniert und können sekundär eine Fibrosierung induzieren.

Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen oder Zöliakie sind durch die gestörte Mukosabarriere prädisponiert. Diätetische Maßnahmen können einen positiven Effekt haben [2]. Hinsichtlich der Entstehung der Autoantikörper gegen galaktosedefizientes IgA1 wird ein molekulares Mimikry mit Viren (Virusbestandteilen) diskutiert. Es konnte gezeigt werden, dass Infektionen mit Viren oder gramnegativen Bakterien der Bildung von Autoantikörpern vorausgehen [6].

Interessant ist, dass 40–50 % der direkten Familienmitglieder eines Patienten erhöhte Spiegel an galaktosedefizientem IgA1 aufweisen, jedoch nicht alle das typische klinische Bild einer IgA-Nephropathie ausbilden [4]. Auch die auffallende geografische Variabilität in der Prävalenz weist auf genetische Faktoren hin [7]. Genomweite Assoziationsstudien (GWAS) haben Risikoallele identifiziert und damit Hinweise auf eine genetische Ursache bestärkt [7, 8]. Ein Großteil der Gene kodiert für Proteine, die an der Regulation der mukosalen Immunantwort und Aufrechterhaltung der Mukosabarriere beteiligt sind [9].

Histopathologie

Die Histopathologie kann sehr variabel sein und minimale Veränderungen wie eine leichte mesangiale Expansion bis zur

Halbmondbildung umfassen. Häufig wird eine diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis und eine fokale segmentale Glomerulosklerose, in seltenen Fällen eine fokale segmental nekrotisierende und extrakapillär proliferierende Glomerulonephritis detektiert (Abb. 1a). Fokal segmentale oder globale glomeruläre Vernarbungen weisen auf eine länger bestehende IgA-Nephropathie hin. Zusätzlich können hypertensive Läsionen im Sinne einer hypertensiven Nephrosklerose detektiert werden.

Histomorphologisch erfolgt die Klassifikation einer IgA-Nephropathie anhand der Oxford-MEST-C-Klassifikation (siehe Tabelle 2). Zur Beurteilung ist die Tripeldiagnostik erforderlich aus licht-, immun- und elektronenmikroskopischer Untersuchung des Biopsiematerials.

Immunhistologisch finden sich insbesondere mesangiale IgA-Ablagerungen (Abb. 1b), zusätzlich meist eine Komplementfaktor C3-Positivität und weniger richtungsweisend eine Ablagerung von C1q und IgM. In bis zu 70 % der Fälle wird zusätzlich IgG im Glomerulus abgelagert. Nachweis von Fibrin ist ein Hinweis auf segmentale Nekrosen.

Elektronenmikroskopisch lassen sich Immunkomplexe im Bereich der peripheren Basalmembranen nachweisen, die sowohl subepithelial als auch intramembranös oder subendothelial liegen können. Diese scheinen eine eher ungünstige Prognose zu haben.

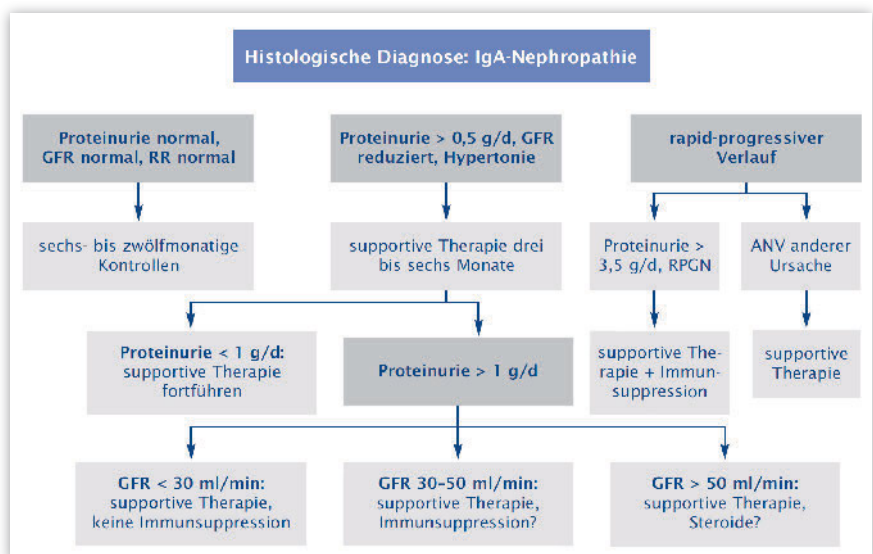


Abbildung 2: Mögliches Vorgehen bei IgA-Nephropathie in Anlehnung an die Stop-IgAN-Studie und die KDIGO-Guidelines 2012 [9, 12].

Progressionsfaktoren

Die Identifikation von Progressionsfaktoren ist für die Abschätzung von Krankheitsverlauf und Therapie unabdingbar. Folgende Risikofaktoren für eine Progredienz der Erkrankung wurden identifiziert (Tabelle 3): männliches Geschlecht, eingeschränkte Nierenfunktion bereits bei Diagnose, arterielle Hypertonie und persistierende Proteinurie > 1,5g/Tag. Weitere modifizierbare Risikofaktoren sind Adipositas, Hyperlipidämie, Hyperurikämie und Nikotinkonsum. Neben klinischen Faktoren werden histopathologische Befunde zur Prognoseabschätzung herangezogen. Histologisch sind entsprechend der Oxford-MEST-C-Klassifikation die fünf Parameter mesangiale Hyperzellularität (M), endokapilläre Proliferation (E), segmentale Glomerulosklerose (S), tubuläre Atrophie/interstitielle Fibrose (T) und glomeruläre Halbmonde (C) mit einer negativen Prognose assoziiert (Tabelle 2) [10]. Serologisch ist die galaktosedefiziente IgA1 O-Glycoform mit einem renalen Risiko assoziiert [11]. Im Weiteren wurden spezifischen Genotypen z. B. des ACE-Gens eine prognostische Bedeutung zugewiesen [12].

In einer französischen Studie wurde ein 3-Punkte-Score (Proteinurie > 1g/Tag, Hypertonie, fortgeschrittene histologische Veränderungen) zur Prognoseabschätzung entwickelt [13]. Die Vorhersagekraft der histopathologischen Veränderungen wurde in mehreren Studien bestätigt, u.a. auch in der STOP-IgAN-Studie [14], dabei kommt der tubulären Atrophie und interstitiellen Fibrose eine hohe prädiktive Wertigkeit zu.

Derzeit gibt es keinen spezifischen serologischen Marker zur Identifikation einer immunologischen Aktivität, so dass klinische Parameter zum Monitoring der Krankheitsaktivität herangezogen werden. Eine persistierende Mikrohämaturie ist ein Zeichen der immunologischen Aktivität, jedoch nicht unbedingt ein Progressionsmarker. Eine persistierende Proteinurie über 1 g/Tag sowie ein unzureichend regulierter Blutdruck sind wichtige Risikofaktoren hinsichtlich Krankheitsprogression. Allerdings kann eine Zunahme der Proteinausscheidung sowohl mit der Krankheitsaktivität als auch sekundär

durch eine schwere glomeruläre Schädigung durch einen nicht-immunologischen Prozess bedingt sein.

Differenzialdiagnose

Bei Vorliegen der klinischen Trias Mikrohämaturie, milde Proteinurie und Hypertonie sind zahlreiche Differentialdiagnosen zu überdenken. Auch bei biopsisch gesicherten IgA-Ablagerungen im Mesangium können differierende Erkrankungsentitäten vorliegen, z. B. Purpura Schönlein-Henoch, Lupusnephritis, monoklonale IgA-Gammopathie. Eine variable Breite der Basalmembran kann an eine hereditäre Nephritis vom Typ Alport-Syndrom erinnern. Eine Mikrohämaturie und milde Proteinurie kann beim Syndrom der dünnen Basalmembran auftreten.

Die Diagnose muss daher immer in der Zusammenschau von klinischen Befunden und der Histologie getroffen werden.

Therapeutische Ansätze

Zielparameter sind eine optimale Blutdruckregulation und eine Reduktion der Proteinurie. Einen hohen Stellenwert haben supportive Maßnahmen mit unspezifischen Therapieansätzen, die dem Verlust der glomerulösen Filtrationsrate entgegenwirken. Durch den konsequenten Einsatz der supportiven Maßnahmen konnte der GFR-Verlust bei Patienten mit IgA-Nephropathie in der STOP-IgAN-Studie auf 1,5 ml/min pro Jahr reduziert werden (zur Verdeutlichung: Der GFR-Verlust von über 40-Jährigen liegt bei etwa 1 ml/min pro Jahr, [15, 16]).

Anhand der klinischen Symptome können die Patienten in Behandlungskategorien eingeteilt werden (Abbildung 2). Patienten mit einer isolierten Mikrohämaturie, minimaler Proteinurie und normaler glomerulärer Filtrationsrate sollten regelmäßig in 6- bis 12-monatigen Abständen hinsichtlich Entwicklung einer Proteinurie/Albuminurie, Nierenfunktion und Blutdruck untersucht werden. Bei Patienten mit einer persistierenden Proteinurie > 500 mg/Tag sollten supportive Therapiemaßnahmen angewendet werden. Patienten mit einem schweren Verlauf (Proteinurie im nephrotischen Bereich, eingeschränkte Nierenfunktion, aktive histolo-

Tab. 3: Klinische Progressionsfaktoren für die Entwicklung einer Niereninsuffizienz

- Proteinurie > 1g/Tag
- Persistierende Mikrohämaturie
- Eingeschränkte Nierenfunktion zum Zeitpunkt der Diagnose
- Männliches Geschlecht
- Unzureichend regulierte arterielle Hypertonie
- Adipositas
- Nikotinkonsum
- Histopathologische Kriterien, Ausmaß der tubulären Atrophie und interstitiellen Fibrose

gische Veränderungen) können möglicherweise von einer immunsuppressiven Therapie profitieren.

Supportive Therapiemaßnahmen

Lifestyle-Modifikation

Die folgenden supportiven Maßnahmen sollten vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie ausgeschöpft werden (Tabelle 4). Lifestyle-Modifikation ist hierbei ein wichtiges Standbein in der supportiven Therapie bei Vorliegen einer Glomerulonephritis im Allgemeinen.

Adipositas ist ein bekannter Risikofaktor für einen progredienten Verlauf einer IgA-Nephropathie, ebenso aggraviert Rauchen die Entwicklung einer Nierenfunktionseinschränkung und erhöht bei IgA-Nephropathie das Risiko für ein terminales Nierenversagen um den Faktor 10 [17]. Pathophysiologisch scheint dies durch einen Anstieg des zentralen Blutdrucks verursacht zu werden. Entsprechend werden neben diätetischen Maßnahmen Beenden eines Nikotinkonsums, Reduktion des Körpergewichts und Ausdauersport empfohlen.

Hinsichtlich der Trinkmenge liegt die Empfehlung bei Vorliegen einer adäquaten Diurese bei etwa 1,5 bis 2 Liter pro Tag. Eine Erhöhung der Trinkmenge hat keinen zusätzlichen positiven Effekt [18], sondern kann bei nephrotischen Patienten negative Auswirkung hinsichtlich Ent-

Tab. 4: Supportive Maßnahmen zur Therapie der IgA-Nephropathie

- Antihypertensive Therapie mit einem Zielblutdruck von < 125/75 mmHg
- Zielproteinurie <0,5g/Tag
- Einsatz von ACE-Hemmern und Angiotensin-Rezeptor-Blockern, Vermeiden von Calciumantagonisten vom Dihydropyridin-Typ
- Statine bei Hyperlipidämie oder metabolischem Syndrom
- Reduzierte Kochsalzzufuhr (optimal < 6g/Tag)
- Reduzierte/mäßige Proteinzufuhr (etwa 0,8 g/kg Körpergewicht)
- Beenden des Nikotinkonsums
- Vermeiden von Nephrotoxinen inklusive nichtsteroidaler Antiphlogistika
- Ausdauersport
- Gegebenenfalls Gewichtsreduktion

wicklung einer Überwässerung zur Folge haben.

Eine optimale Blutdruckkontrolle ist unabdingbar, hierzu werden vornehmlich Inhibitoren des Renin-Angiotensin-Systems (RAS) eingesetzt (siehe unten). Die Salzaufnahme sollte unter 10 g pro Tag liegen (optimal < 6 g/Tag). Der Effekt einer RAS-Blockade kann durch eine hohe Salzzufuhr aufgehoben werden, sodass auf eine Salzrestriktion geachtet werden sollte. Es sollten möglichst keine Calcium-Antagonisten vom Dihydropyridintyp (Amlodipin, Nitrendipin etc.), insbesondere wenn kein ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptor-Blocker eingenommen wird, eingesetzt werden, da diese über eine präglomeruläre Vasodilatation einen intraglomerulären Druckanstieg verursachen können. Die Eiweißzufuhr sollte bei etwa 0,8 g/kg/Tag liegen. Eine eiweißreiche Ernährung oder Eiweißshakes im Rahmen von Muskelaufbau-Training erhöhen den extrazellulären Wassergehalt im Körper und den Filtrationsdruck in den Glomeruli und sollten bei IgA-Nephropathie auf keinen Fall eingenommen werden. Vor einer zu starken Proteinrestriktion insbesondere bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz wird aufgrund der Gefahr der Malnutrition gewarnt.

Renin-Angiotensin-Aldosteron-Blockade

Eine Inhibition des Angiotensins mittels ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptorblockade beeinflusst die Progression proteinurischer Nierenerkrankungen posi-

tiv. Dies wird einerseits durch eine Reduktion des systolischen Blutdrucks und andererseits durch eine Reduktion des intraglomerulären Drucks erreicht [19]. Bei Vorliegen einer signifikanten Proteinurie wird eine RAS-Blockade auch bei normotensiven Patienten empfohlen. Ein langsames Eintritiieren eines RAS-Blockers kann mögliche orthostatische Probleme reduzieren.

Von einer Kombinationstherapie mit ACE-Hemmer und Angiotensin-Rezeptor-Blocker wird abgeraten. In Studien mit einem kurzen Beobachtungszeitraum konnte zwar ein zusätzlicher antiproteinurischer Effekt beobachtet werden, jedoch zeigte die ONTARGET-Studie, dass eine Kombinationstherapie mit vitalbedrohlichen Nebenwirkungen (z. B. Hyperkaliämie, Verschlechterung der Nierenfunktion) assoziiert sein kann [20].

Omega-3-Fettsäuren

Omega-3-Fettsäuren (Fischöl) werden anti-inflammatorische Eigenschaften zugeschrieben. Eine Cochrane-Meta-Analyse konnte keine eindeutig positiven Effekte auf die Nierenfunktion oder Proteinurie nachweisen [19].

Antikoagulation

Bei Vorliegen eines nephrotischen Syndroms (Proteinurie > 3g/Tag) ist das Risiko einer Thrombose erhöht. Eine Ursache liegt in dem erhöhten Antithrombin III-Verlust. Ab einem Serum-Albumin von unter 20 g/l sollte mit einer Antikoagulation

begonnen werden. Meist muss niedermolekulares Heparin (off-label use) oder Phenprocoumon eingesetzt werden, da die neuen oralen Antikoagulanzen ab einer GFR < 50 ml/min deutlich in der Dosis reduziert werden müssen und die meisten Substanzen ab einer Kreatinin-Clearance < 30 ml/min kontraindiziert sind.

Immunsuppressive Therapie

Die Rolle der antiinflammatorischen und immunsuppressiven Therapie bei IgA-Glomerulonephritis ist weiterhin unklar [21]. Die publizierten Studien sind überwiegend klein und mit kurzem Beobachtungsintervall. Bei Patienten mit einem stabilen oder langsam progressiven Verlauf sollten vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie zunächst eine optimale Blutdruckregulation und eine ausreichende RAS-Blockade durchgeführt werden. Erst wenn die supportiven Therapie-maßnahmen ausgereizt sind und weiterhin eine höhergradige Proteinurie persistiert (> 1g/Tag) oder eine progrediente Nierenfunktionsverschlechterung zu beobachten ist, sollte mit einer systemischen Immunsuppression begonnen werden. Mögliche Wirkungen und Nebenwirkungen einer immunsuppressiven Therapie müssen abgewogen werden. Falls immunsuppressive therapeutische Maßnahmen ergriffen werden, sollte diese Therapie durch eine Nephrologin/einen Nephrologen gesteuert werden.

Glukokortikoide

Eine systemische Steroidtherapie ist der bisher einzige etablierte Ansatz einer immunsuppressiven Therapie. Eine antiinflammatorische Therapie mit Glukokortikoiden kann bei Patienten mit aktiven Krankheitszeichen (Hämaturie, persistierende Proteinurie > 1g/Tag, proliferative Veränderungen in der Histologie) und progressivem Krankheitsverlauf unter maximalen supportiven Maßnahmen einschließlich RAS-Blockade über drei bis sechs Monate eingesetzt werden. Begonnen wird im Allgemeinen mit 1 mg/kgKG Prednisolonäquivalent unter Infektions- und Knochenprophylaxe und folgender Reduktion über sechs Monate.

In einer retrospektiven Analyse der großen europäischen VALIAGA-Kohorte

konnte gezeigt werden, dass Glukokortikoide das Risiko einer Progression unabhängig von der Nierenfunktion und proportional zur Höhe der Proteinurie reduzierten [22].

In einer Meta-Analyse von neun klinischen Studien mit insgesamt 536 Patienten, die eine Proteinurie von über 1 g/Tag aufwiesen, wurde gezeigt, dass eine Steroidtherapie die Inzidenz von renalen Ereignissen (50 % Reduktion der GFR, Verdopplung des Kreatinins, terminales Nierenversagen) signifikant reduziert [23]. Allerdings traten in der Behandlungsgruppe auch signifikant häufiger unerwünschte Ereignisse auf.

Die deutsche STOP-IgAN-Studie, eine der größten randomisierten klinischen Studien zur Behandlung der IgA-Nephropathie, erbrachte vergleichbare Ergebnisse [15]. Die sechsmonatige Run-In Phase der Studie zeigte, dass bei 30 % der Patienten mit konsequenten supportiven Therapiestrategien (z. B. optimale Blutdruckregulation < 125/75 mmHg mittels RAS-Blockade, Ernährungshinweise wie salzarme Kost, Vermeiden eines exzessiven Proteinkonsums, Nikotinkarenz) eine Reduktion der Proteinurie auf < 0,75 g pro Tag erzielt werden kann. Es konnten 162 der 337 eingeschlossenen Patienten mit einer eGFR ≥ 30 ml/min/1.73 m² und einer persistierenden Proteinurie von 0,75 bis 3,5 g/Tag randomisiert werden (Kontrollarm: Fortführung der maximal supportiven Therapie, Interventionsarm: Immunsuppression additiv zur maximal supportiven Therapie). Nach drei Jahren Behandlungsdauer zeigte sich eine komplette kli-

nische Remission bei 14 Patienten, die eine immunsuppressive Therapie erhielten (17 versus 5 %). Eine Remission wurde v. a. bei Patienten, die nach dem POZZI-Schema behandelt wurden, erreicht (POZZI-Schema [24]: Steroidboli mit 1 g Methylprednisolon Monat 1, 3 und 5 sowie 0,5 mg/kg orales Prednisolon jeden zweiten Tag). Allerdings zeigte eine immunsuppressive Therapie keinen Vorteil hinsichtlich Nierenfunktion. Zudem hatten Patienten mit Immunsuppression ein deutlich höheres Risiko für typische Steroidnebenwirkungen wie Infektionen, gestörte Glukosetoleranz und Gewichtszunahme.

Neben dem Steroidregime nach POZZI wurde ein Behandlungsschema mit oralem Glukokortikoid (Prednison 0,8 bis 1 mg/kg pro Tag über zwei Monate gefolgt von 0,2 mg/kg pro Tag über vier Monate) untersucht [24, 25]. In dieser Studie konnte eine Steroidtherapie den Verlauf der Nierenfunktion positiv beeinflussen (renal Endpunkt 4 % im Vergleich zu 27 % in der Kontrollgruppe).

Einen weiteren Hinweis auf ein erhöhtes Risiko für schwere Nebenwirkungen bei Steroidtherapie gibt die prospektive randomisierte TESTING-Studie [23]. Die Patienten erhielten eine orale Steroidtherapie (Methylprednisolon 0,6–0,8 mg/kg/Tag, maximal 48 mg/Tag) oder Placebo. Im Ergebnis zeigte sich zwar ein Vorteil der Steroidtherapie im Hinblick auf die Erreichung des primären Endpunkts, die Behandlung erhöhte aber signifikant das Risiko für schwerwiegende Infektionen. Zwei Patienten verstarben im Behand-

lungsarm, so dass die Studie aus Sicherheitsbedenken abgebrochen wurde.

Entsprechend der KDIGO-Guidelines sind beide Steroidbehandlungsregime (oral oder i. v. Boli) bei IgA-Nephropathie einsetzbar [26]. Aufgrund der zum Teil gravierenden Nebenwirkung einer hochdosierten Steroidtherapie muss die Indikation streng geprüft werden. Insbesondere bei nachlassender Nierenfunktion steigt die Komplikationsrate an [27].

Immunsuppressive Kombinationstherapie

Immunsuppressive Kombinationstherapien spielen heute in der Therapie der IgA-Nephropathie nahezu keine Rolle mehr, da sie sich als unzureichend wirksam erwiesen und mit teils schweren Nebenwirkungen assoziiert waren [15, 28, 29]. Zu dieser Schlussfolgerung kam auch das kürzlich publizierte Cochrane-Review zur immunsuppressiven Therapie der IgA-Nephropathie, das 58 randomisierte klinische Studien mit 3.933 Teilnehmern analysierte [30].

Bei schweren Erkrankungszeichen mit rapid progressivem Verlauf oder schweren histologischen Inflammationszeichen können Kombinationstherapien in Erwägung gezogen werden. Zu beachten ist jedoch, dass nur eine sehr begrenzte Anzahl an Studien und Patientenverläufen vorliegt. Das Therapieregime nach Ballardie basierte auf einer monozentrischen Studie an lediglich 38 Patienten mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz (Kreatinin 1,5 bis 2,8 mg/dL) und einer Proteinurie von 4 g/Tag [31]. Die Patienten erhielten eine Kombinationstherapie aus Prednisolon (40 mg pro Tag mit Reduktion auf 10 mg/d über zwei Jahre) kombiniert mit niedrig-dosiertem Cyclophosphamid (1,5 mg/kg pro Tag oral) über zwei Jahre. Die immunsuppressive Kombinationstherapie führte zu einer signifikanten Reduktion der Proteinurie innerhalb der ersten 6 Monate und ein über 5 Jahre verbessertes renales Überleben.

Eine Kombination von Azathioprin zu Glukokortikoiden hat keinen zusätzlichen Vorteil zu einer Steroid-Monotherapie (n=207 Patienten, S-Kreatinin < 2 mg/dl, Proteinurie > 1g/Tag) [32]. Allerdings hatten Patienten, die zusätzlich Azathio-

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „IgA-Nephropathie: Pathogenese, Klinik und Therapie“ von Prof. (apl.) Dr. med. Claudia Sommerer finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25. Mai 2020 bis 24. Mai 2021 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. Nach Angaben der Autorin sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

prin erhielten, ein hohes Risiko für schwerwiegende Nebenwirkungen.

Mycophenolat Mofetil

Mycophenolat Mofetil spielt heute bei der Therapie der IgA Glomerulonephritis keine Rolle mehr, u.a. weil die Ergebnisse zur Effektivität einer Mycophenolat Mofetil (MMF)-Therapie bei IgA-Nephropathie sich widersprüchlich zeigten. Eine doppelblinde placebo-kontrollierte Studie zum Einsatz von MMF bei IgA-Nephropathie konnte keinen Unterschied in den Behandlungsergebnissen hinsichtlich Proteinurie zeigen [28].

Calcineurininhibitoren

Ciclosporin A und Tacrolimus wurden in kleinen randomisierten Studien untersucht [33, 34]. Der Einsatz von Calcineurininhibitoren wird aufgrund der potenziellen Nephrotoxizität nicht empfohlen. Zudem wurde ein hohes Rezidivrisiko beobachtet.

Alternative Interventionen

Tonsillektomie

Wenige prospektive Beobachtungen v. a. in asiatischen Populationen gaben einen Hinweis auf einen positiven therapeutischen Effekt einer Tonsillektomie in Kombination mit einer immunsuppressiven Therapie. Allerdings fehlen große randomisierte Studien mit einem ausreichenden Follow-up, ebenso ist die Übertragbarkeit auf Kaukasier kritisch zu betrachten. In der VALIAGA-Kohorte konnte keine Korrelation zwischen Tonsillektomie und Nierenfunktionsverlauf detektiert werden [35]. Aktuell wird die Tonsillektomie bei IgA-Nephropathie bei Kaukasierern nicht mehr empfohlen.

Alternative immunsuppressive Ansätze

Eine Vielzahl neuer Therapieansätze wird in klinischen Studien derzeit untersucht. Eines der am weitesten evaluierten Substanzen mit einem aus pathophysiologischer Sicht erfolgsversprechenden Ansatz ist der Einsatz eines verkapselten Steroids. Budesonid ist ein Glukokortikoid mit spezieller enterischer Formulierung und Freisetzung in der Ileozökalregion (Peyersche Plaques). Die multizentrische NEFIGAN-Studie, eine randomisierte prospektive pla-

cebo-kontrollierte multizentrische Studie, mit Einsatz von 16 mg Budesonid pro Tag zusätzlich zu einer optimalen RAS-Blockade reduzierte signifikant die Proteinurie bei IgA-Nephropathie, wodurch eine Progressionshemmung zu erwarten ist [36].

Weitere Studien umfassen Angiotensin- und Endothelinrezeptorblockade, Hemmung der Lymphozytenaktivierung mit Belimumab, Atacept, Bortezomib, Fostamatinib bis hin zu Komplementinhibitoren. Eine Inhibition des Komplementsystems wiederum erscheint aufgrund von dessen Aktivierung bei der Entstehung der IgA-Glomerulonephritis als vielversprechender Ansatz [5, 37]. Mehrere Phase II- und III-Studien sind derzeit zu den genannten Substanzen in der Durchführung, die Ergebnisse sind ausstehend.

Therapie der rapid-progressiven IgA-Glomerulonephritis

Zur Behandlung der rapid-progressiven IgA-Glomerulonephritis liegen keine randomisierten Studien vor. Ergebnisse von älteren Beobachtungsstudien deuten darauf hin, dass intravenöse Steroidboli oder orales Cyclophosphamid mit/ohne Plasmapherese einen positiven Einfluss auf den Verlauf haben können, solange keine fortgeschrittenen fibrotischen Veränderungen in der Nierenbiopsie zu detektieren sind [38].

Schlussfolgerungen

Die IgA-Glomerulonephritis stellt eine häufige Glomerulonephritisform dar und ist mit einer Mikrohämaturie und/oder Proteinurie unterschiedlichen Ausmaßes assoziiert. Eine Vielzahl an Risikofaktoren sind bekannt, dabei sind etliche modifizierbar (z. B. Adipositas, Nikotinkonsum). Die Grundlage therapeutischer Maßnahmen sind supportive Strategien. Eine Therapie mit ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptor-Blocker zur Senkung des intraglomerulären Drucks sowie eine optimale Regulation des Blutdrucks sollten immer einer immunsuppressiven Therapie vorausgehen. Eine Verbesserung eines metabolischen Syndroms sowie eine Nikotinkarenz müssen angestrebt werden.

Die Datenlage zur Therapie einer IgA-Nephropathie mittels Immunsuppression

ist immer noch begrenzt. Mit der Stop-IgAN-Studie lagen erstmals Daten aus einer größeren randomisierten kontrollierten klinischen Studie vor. Zunächst wird eine kontrollierte supportive Therapie durchgeführt. Bei Patienten mit einer Proteinurie zwischen 0,75 und 3,5 g pro Tag kann eine Steroidtherapie die Proteinurie signifikant reduzieren. Allerdings ist der Einfluss der Immunsuppression auf den Verlauf der Nierenfunktion fraglich und die Immunsuppression mit einer höheren Rate an unerwünschten Ereignissen kombiniert.

Eine Steroidbolus-Therapie oder eine immunsuppressive Kombinationstherapie kann bei rapid progressivem Verlauf oder schweren histologischen Inflamationszeichen mit glomerulären Halbmondbildungen in Erwägung gezogen werden. Bei fortgeschrittener Erkrankung mit ausgeprägter Fibrose und Glomerulosklerose wird keine Immunsuppression empfohlen. Das therapeutische Vorgehen sollte individuell nach Abwägung der jeweiligen Vorteile und Risiken gewählt werden. Innovative Therapien wie Einsatz eines verkapselten Steroidpräparates mit enterischer Freisetzung sowie Inhibition des Komplementsystems basierend auf neuen Erkenntnissen zur Pathogenese der IgA-Nephropathie werden derzeit in klinischen Studien überprüft und können potenziell vielversprechende Behandlungsoptionen bieten.

Prof. (apl.) Dr. med. Claudia Sommerer

Sektion Nephrologie,
Medizinische Klinik
Heidelberg
Im Neuenheimer
Feld 162,
69120 Heidelberg



Foto: Uniklinik Heidelberg

E-Mail: claudia.sommerer@med.uni-heidelberg.de

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

Multiple Choice-Fragen:

IgA-Nephropathie: Pathogenese, Klinik und Therapie

VNR: 2760602020169570006 (nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage zur IgA-Nephropathie ist richtig?

- 1) Weltweit beträgt die Prävalenz der IgA-Nephropathie etwa 40 %.
- 2) Die IgA-Nephropathie ist mit etwa 20 % Prävalenz die häufigste Glomerulonephritis in Deutschland.
- 3) Typischerweise erkranken mehr Frauen an IgA-Nephropathie als Männer.
- 4) Das typische Alter bei Erstdiagnose liegt zwischen 50 bis 60 Jahren.

2. Die Diagnose wird ...

- 1) ...im Rahmen von Vorsorge-Check-ups gestellt.
- 2) ...bei Vorliegen einer Hämaturie und Proteinurie gestellt.
- 3) ...mit Vorliegen einer großen Proteinurie, Makrohämaturie und Nierenfunktionsverschlechterung gestellt.
- 4) ...anhand klinischer Symptome und dem histologischen Ergebnis einer Nierenbiopsie gestellt.

3. Welches ist keine zwingend notwendig diagnostische Maßnahme bei Verdacht auf IgA-Nephropathie?

- 1) Anamnese, klinische Untersuchung, Erheben des Praxisblutdrucks.
- 2) Anamnese, 24h-Blutdruckmessung, Urinstatus.
- 3) Praxisblutdruck, Bestimmung der Nierenwerte, erhöhte Plasma-IgA-Spiegel.
- 4) Quantifizierung der Proteinurie, Urinsediment, Sonographie der Nieren.

4. Welche Aussage zum klinischen Verlauf ist falsch?

- 1) Die klinischen Verläufe sind interindividuell differierend.
- 2) Blande Verläufe werden in bis zu 70 % der Fälle und rapid-progressive Verschlechterung der Nierenfunktionen in bis zu 15 % beobachtet.
- 3) Eine Nachbeobachtung oder nephrologische Verlaufskontrollen sind bei stabilen Verläufen nicht zwingend notwendig.

- 4) 50 % der Patienten zeigen eine langsame Progression mit Erreichen der terminalen Niereinsuffizienz in 20 bis 25 Jahren.

5. Welcher Aussage zur Pathogenese ist nicht korrekt?

- 1) Es ist gesichert, dass die IgA-Nephropathie durch Allergien ausgelöst wird.
- 2) Autoimmunität spielt bei der Entstehung einer IgA-Nephropathie eine Rolle.
- 3) Bei der Entstehung der IgA-Nephropathie wird von einer Multi-Hit-Hypothese ausgegangen, d. h. mehrere Faktoren müssen zusammenkommen bis die Krankheit apparent wird.
- 4) Polymere galaktosedefizientes IgA und zirkulierende galaktosedefiziente-IgA1-Autoantikörper-Immunkomplexe scheinen eine entscheidende Rolle in der Pathogenese der IgA-Nephropathie zu spielen.

6. Auf genetische Faktoren in der Entstehung einer IgA-Nephropathie weisen nicht hin:

- 1) 40–50 % der direkten Familienmitglieder eines Patienten können erhöhte Spiegel an galaktosedefizientem IgA1 haben, jedoch nicht alle das typische klinische Bild einer IgA-Nephropathie zeigen.
- 2) geografische Variabilität in der Prävalenz.
- 3) Genomweite Assoziationsstudien (GWAS) konnten Risikoallele identifizieren.
- 4) Das polymere galaktosedefiziente IgA1 ist der Hauptbestandteil des bei IgA-Nephropathie immer erhöhten Serum-IgA-Spiegels.

7. Welche Aussage trifft auf das histologische Bild einer Nierenbiopsie nicht zu:

- 1) Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis, eine fokal segmentale Glomerulosklerose und mesangiale IgA-

Ablagerungen sind häufige (immun-) histologische Befunde.

- 2) Hypertensive Läsionen werden bei IgA-Nephropathie in den histologischen Schnitten sehr selten detektiert.
- 3) Das histologische Bild kann variabel sein und von minimalen mesangialer Expansion bis zur fokal segmental nekrotisierenden und extrakapilär proliferierenden Glomerulonephritis reichen.
- 4) Zur Diagnosestellung ist eine Tripeldiagnostik aus licht-, immun- und elektronenmikroskopischer Untersuchung empfohlen.

8. Welches sind die drei typischen negativen Prädiktoren für den Verlauf einer IgA-Nephropathie?

- 1) Blutdruck 125/80 mmHg, postprandial erhöhter Blutzucker, Adipositas.
- 2) Nikotinabusus, Blutdruck 150/90 mmHg, Proteinurie 3 g pro Tag.
- 3) Weibliches Geschlecht, milde Proteinurie, Vorliegen von mesangialen IgA-Ablagerungen
- 4) Metabolisches Syndrom, Fettleber, Vorliegen peripherer Ödeme.

9. Welche Aussage zu therapeutischen Strategien bei Vorliegen einer IgA-Nephropathie ist falsch?

- 1) Zentrale Bestandteile der Therapie sind eine optimale Blutdruckregulation mit einem Zielblutdruck von 125/75 mmHg und eine Reduktion der Proteinurie.
- 2) Supportive Therapiemaßnahmen haben einen wichtigen Stellenwert in der Therapie der IgA-Nephropathie.
- 3) ACE-Hemmer und Angiotensin-Rezeptorblocker werden bevorzugt eingesetzt, da diese den intraglomerulären Druck und damit die Proteinurie positiv beeinflussen können.
- 4) Eine Reduktion der Salzzufuhr ist bei Patienten aus Deutschland mit IgA-Nephropathie nicht erforderlich, da

die mitteleuropäische Ernährung an sich wenig Salz enthält.

10. Welche therapeutischen Maßnahmen werden bei histologisch gesicherter IgA-Nephropathie vorgenommen?

- 1) Eine immunsuppressive Therapie mittels Glukortikoiden sollte immer erfolgen. Die Nebenwirkungen erscheinen überschaubar und damit eine Therapie immer gerechtfertigt zu sein.
- 2) Die Grundlage therapeutischen Vorgehens sind supportive Maßnahmen (Blutdruckregulation, Senkung des glomerulären Drucks, Nikotinkarenz, Salzrestriktion, ggf. Reduktion der Eiweißzufuhr, Erreichen des Normalgewichts, körperliche Aktivierung). Falls unter maximaler supportiver Therapie keine ausreichende Reduktion der Proteinurie erzielt wird, können Glukokortikoide oral oder als intravenöse Boli eingesetzt werden.
- 3) Eine immunsuppressive Kombinationstherapie ist risikoarm und von zentraler Bedeutung hinsichtlich des renaln Überlebens.
- 4) Neue therapeutische Ansätze wie Einsatz eines verkapselten Steroids mit enterischer Freisetzung oder Komplementinhibitoren scheinen pathophysiologisch wenig sinnvoll zu sein.

Literatur zum Artikel:

IgA-Nephropathie: Pathogenese, Klinik und Therapie

von Prof. (apl.) Dr. med. Claudia Sommerer

- [1] Knoop T, Vikse BE, Mwakimonga A, Leh S, Bjørneklett R. Long-term outcome in 145 patients with assumed benign immunoglobulin A nephropathy. *Nephrol Dial Transplant*. 2017;32(11):1841–1850. doi:10.1093/ndt/gfx242
- [2] Coppo R. The Gut-Renal Connection in IgA Nephropathy. *Semin Nephrol*. 2018;38(5):504–512. doi:10.1016/j.semnephrol.2018.05.020
- [3] Floege J. The pathogenesis of IgA nephropathy: what is new and how does it change therapeutic approaches?. *Am J Kidney Dis*. 2011;58(6):992–1004. doi:10.1053/j.ajkd.2011.05.033
- [4] Suzuki H, Kiryluk K, Novak J, et al. The pathophysiology of IgA nephropathy. *J Am Soc Nephrol*. 2011;22(10):1795–1803. doi:10.1681/ASN.2011050464
- [5] Floege J, Daha MR. IgA nephropathy: new insights into the role of complement. *Kidney Int*. 2018;94(1):16–18. doi:10.1016/j.kint.2018.03.009
- [6] Barratt J, Eitner F, Feehally J, Floege J. Immune complex formation in IgA nephropathy: a case of the ‚right‘ antibodies in the ‚wrong‘ place at the ‚wrong‘ time?. *Nephrol Dial Transplant*. 2009;24(12):3620–3623. doi:10.1093/ndt/gfp441
- [7] Kiryluk K, Novak J. The genetics and immunobiology of IgA nephropathy. *J Clin Invest*. 2014;124(6):2325–2332. doi:10.1172/JCI74475
- [8] Shi M, Ouyang Y, Yang M, et al. IgA Nephropathy Susceptibility Loci and Disease Progression. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2018;13(9):1330–1338. doi:10.2215/CJN.13701217
- [9] Floege J, Feehally J. The mucosa-kidney axis in IgA nephropathy. *Nat Rev Nephrol*. 2016;12(3):147–156. doi:10.1038/nrneph.2015.208
- [10] Trimarchi H, Barratt J, Cattran DC, et al. Oxford Classification of IgA nephropathy 2016: an update from the IgA Nephropathy Classification Working Group. *Kidney Int*. 2017;91(5):1014–1021. doi:10.1016/j.kint.2017.02.003
- [11] Berthoux F, Suzuki H, Thibaudin L, et al. Autoantibodies targeting galactose-deficient IgA1 associate with progression of IgA nephropathy. *J Am Soc Nephrol*. 2012;23(9):1579–1587. doi:10.1681/ASN.2012010053
- [12] Harden PN, Geddes C, Rowe PA, et al. Polymorphisms in angiotensin-converting-enzyme gene and progression of IgA nephropathy. *Lancet*. 1995;345(8964):1540–1542. doi:10.1016/s0140-6736(95)91088-3
- [13] Berthoux F, Mohey H, Laurent B, Mariat C, Afiani A, Thibaudin L. Predicting the risk for dialysis or death in IgA nephropathy. *J Am Soc Nephrol*. 2011;22(4):752–761. doi:10.1681/ASN.2010040355
- [14] Schimpf JJ, Klein T, Fitzner C, et al. Renal outcomes of STOP-IgAN trial patients in relation to baseline histology (MEST-C scores). *BMC Nephrol*. 2018;19(1):328. Published 2018 Nov 19. doi:10.1186/s12882-018-1128-6
- [15] Rauen T, Eitner F, Fitzner C, et al. Intensive Supportive Care plus Immunosuppression in IgA Nephropathy. *N Engl Med*. 2015;373(23):2225–2236. doi:10.1056/NEJMoa1415463
- [16] Rauen T, Fitzner C, Eitner F, et al. Effects of Two Immunosuppressive Treatment Protocols for IgA Nephropathy. *J Am Soc Nephrol*. 2018;29(1):317–325. doi:10.1681/ASN.2017060713
- [17] Orth SR, Ritz E, Schrier RW. The renal risks of smoking. *Kidney Int*. 1997;51(6):1669–1677. doi:10.1038/ki.1997.232
- [18] Clark WF, Sontrop JM, Huang SH, et al. Effect of Coaching to Increase Water Intake on Kidney Function Decline in Adults With Chronic Kidney Disease: The CKD WIT Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2018;319(18):1870–1879. doi:10.1001/jama.2018.4930
- [19] Reid S, Cawthon PM, Craig JC, Samuels JA, Molony DA, Strippoli GF. Non-immunosuppressive treatment for IgA nephropathy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(3):CD003962. Published 2011 Mar 16. doi:10.1002/14651858.CD003962.pub2
- [20] ONTARGET Investigators, Yusuf S, Teo KK, et al. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *N Engl J Med*. 2008;358(15):1547–1559. doi:10.1056/NEJMoa0801317
- [21] Vecchio M, Bonerba B, Palmer SC, et al. Immunosuppressive agents for treating IgA nephropathy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(8):CD003965. Published 2015 Aug 3. doi:10.1002/14651858.CD003965.pub2

- [22] Tesar V, Troyanov S, Bellur S, et al. Corticosteroids in IgA Nephropathy: A Retrospective Analysis from the VALIGA Study. *J Am Soc Nephrol*. 2015;26(9):2248–2258. doi:10.1681/ASN.2014070697
- [23] Lv J, Zhang H, Wong MG, et al. Effect of Oral Methylprednisolone on Clinical Outcomes in Patients With IgA Nephropathy: The TESTING Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2017;318(5):432–442. doi:10.1001/jama.2017.9362
- [24] Pozzi C, Andrulli S, Del Vecchio L, et al. Corticosteroid effectiveness in IgA nephropathy: long-term results of a randomized, controlled trial. *J Am Soc Nephrol*. 2004;15(1):157–163. doi:10.1097/01.asn.0000103869.08096.4f
- [25] Manno C, Torres DD, Rossini M, Pesce F, Schena FP. Randomized controlled clinical trial of corticosteroids plus ACE-inhibitors with long-term follow-up in proteinuric IgA nephropathy [published correction appears in *Nephrol Dial Transplant*. 2010 Apr;25(4):1363–4]. *Nephrol Dial Transplant*. 2009;24(12):3694–3701. doi:10.1093/ndt/gfp356
- [26] KDIGO. KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis. *Kidney Int Suppl* 2012; 2:209. http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/KDIGO-GN-Guideline.pdf (Accessed on 15 Aprile, 2020)
- [27] Sarcina C, Tinelli C, Ferrario F, et al. Corticosteroid Treatment Influences TA-Proteinuria and Renal Survival in IgA Nephropathy. *PLoS One*. 2016;11(7):e0158584. Published 2016 Jul 14. doi:10.1371/journal.pone.0158584
- [28] Hogg RJ, Bay RC, Jennette JC, et al. Randomized controlled trial of mycophenolate mofetil in children, adolescents, and adults with IgA nephropathy. *Am J Kidney Dis*. 2015;66(5):783–791. doi:10.1053/j.ajkd.2015.06.013
- [29] Lafayette RA, Canetta PA, Rovin BH, et al. A Randomized, Controlled Trial of Rituximab in IgA Nephropathy with Proteinuria and Renal Dysfunction. *J Am Soc Nephrol*. 2017;28(4):1306–1313. doi:10.1681/ASN.2016060640
- [30] Natale P, Palmer SC, Ruospo M, et al. Immunosuppressive agents for treating IgA nephropathy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;3(3):CD003965. Published 2020 Mar 12. doi:10.1002/14651858.CD003965.pub3
- [31] Ballardie FW, Roberts IS. Controlled prospective trial of prednisolone and cytotoxics in progressive IgA nephropathy. *J Am Soc Nephrol*. 2002;13(1):142–148.
- [32] Pozzi C, Andrulli S, Pani A, et al. Addition of azathioprine to corticosteroids does not benefit patients with IgA nephropathy. *J Am Soc Nephrol*. 2010;21(10):1783–1790. doi:10.1681/ASN.2010010117
- [33] Kim YC, Chin HJ, Koo HS, Kim S. Tacrolimus decreases albuminuria in patients with IgA nephropathy and normal blood pressure: a double-blind randomized controlled trial of efficacy of tacrolimus on IgA nephropathy. *PLoS One*. 2013;8(8):e71545. Published 2013 Aug 19. doi:10.1371/journal.pone.0071545.
- [34] Liu H, Xu X, Fang Y, et al. Comparison of glucocorticoids alone and combined with cyclosporine a in patients with IgA nephropathy: a prospective randomized controlled trial. *Intern Med*. 2014;53(7):675–681. doi:10.2169/internalmedicine.53.1136
- [35] Feehally J, Coppo R, Troyanov S, et al. Tonsillectomy in a European Cohort of 1,147 Patients with IgA Nephropathy. *Nephron*. 2016;132(1):15–24. doi:10.1159/000441852
- [36] Fellström BC, Barratt J, Cook H, et al. Targeted-release budesonide versus placebo in patients with IgA nephropathy (NEFIGAN): a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 2b trial. *Lancet*. 2017;389(10084):2117–2127. doi:10.1016/S0140-6736(17)30550-0
- [37] Rizk DV, Maillard N, Julian BA, et al. The Emerging Role of Complement Proteins as a Target for Therapy of IgA Nephropathy. *Front Immunol*. 2019;10:504. Published 2019 Mar 19. doi:10.3389/fimmu.2019.00504
- [38] Tumlin JA, Lohavichan V, Hennigar R. Crescentic, proliferative IgA nephropathy: clinical and histological response to methylprednisolone and intravenous cyclophosphamide. *Nephrol Dial Transplant*. 2003;18(7):1321–1329. doi:10.1093/ndt/gfg081

Immunsystem und immunsuppressive Therapie im Alter

VNR: 2760602020170650003

Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann, Dr. med. Christian von Kiel

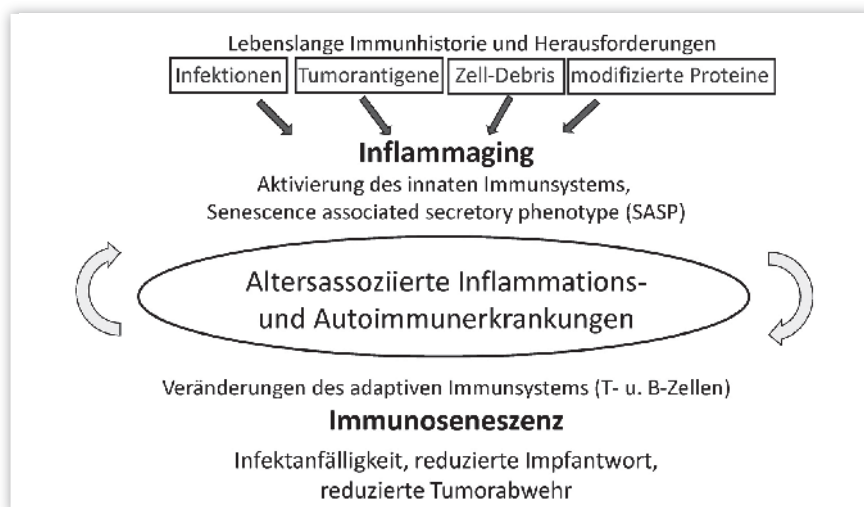


Abb. 1: Inflammaging und Immunoseneszenz (mod. nach Fulop T. et al. 2019 [1])

Einleitung

Die physiologische Alterung des menschlichen Immunsystems wird durch zwei wesentliche Prozesse bestimmt, die sich gegenseitig beeinflussen. Der Prozess der „Immunoseneszenz“ beschreibt die abnehmende funktionelle Kapazität des angeborenen und insbesondere des erworbenen, adaptiven Immunsystems. Folgen sind die gesteigerte Empfänglichkeit für Infektionserkrankungen, eine reduzierte Impfantwort und eine erhöhte Suszeptibilität für Malignome.

Der zweite, parallel ablaufende Prozess des „Inflammaging“ („Inflamm-Aging“) läuft in Form einer low-grade Inflammation ab, also einer unterschwelligen chronischen Entzündung. Inflammaging führt zu einer gesteigerten Inzidenz altersassoziiierter Entzündungs- und Autoimmunerkrankungen (Abb. 1).

In den vergangenen Jahren hat man die zelluläre und molekulare Basis sowie die genetischen und epigenetischen Veränderungen des Immunsystems während des Alterungsprozesses besser verstanden. Die vermehrte Infektneigung im Alter

wird verstärkt durch Komorbiditäten wie Diabetes mellitus, COPD und Niereninsuffizienz.

Immunoseneszenz

Änderungen der funktionellen T- und B-Lymphozytenantworten und anderer Immunzellen

Altersabhängig kommt es zu quantitativen Verschiebungen innerhalb der T-Zell-Subpopulationen und der B-Zellen bzw. langlebigen Plasmazellen, zudem zu Veränderungen der funktionellen Kapazität des adaptiven Immunsystems. Bereits seit längerem weiß man, dass naive T-Zellen (CD28^{int}CCR7^{hi}CD95^{lo}CD45RA⁺) mit zunehmendem Alter in ihrer absoluten Zahl sowohl im peripheren Blut als auch in den sekundären lymphatischen Organen abnehmen [2].

Solche naiven T-Zellen, die bisher noch nicht aktiviert wurden, werden für spezifische Immunantworten gegen bislang unbekannte Erreger benötigt. Sie binden über ihren T-Zell-Rezeptor fremde Antigene mit hoher Affinität, was zur Stimulierung und Vermehrung der T-Zellen und

der Einleitung einer spezifischen Immunantwort führt. T-Zellen mit einem CD8⁺ Gedächtnis-Phänotyp („Virtual Memory T Cells“) werden trotz fehlendem vorherigen Antigenkontakt hingegen im Alter vermehrt nachgewiesen.

Die Reaktionsfähigkeit der B-Lymphozyten ist im Alter ebenfalls vermindert. Ältere B-Lymphozyten können einen Defekt in der Induktion eines wichtigen Transkriptionsfaktors (E47) aufweisen mit der Folge, dass der Immunglobulin-Klassenwechsel der gebildeten Antikörper von IgM zu IgG gestört ist. Die Antikörper-Avidität, das heißt die Summe aller Affinitäten zwischen Antikörper und Antigen, ist reduziert – vgl. Übersicht bei [3].

Eine Folge dieser Veränderungen ist u. a. eine gestörte oder verzögerte spezifische Immunreaktion gegen bis dato unbekannte Mikroorganismen (Viren, Bakterien, Pilze) oder Tumorantigene. Die wichtigsten Veränderungen des Immunsystems im Alter zeigt zusammengefasst Tabelle 1.

Suszeptibilität für Infektionskrankheiten

Im höheren Lebensalter ist das Immunsystem häufig nicht in der Lage, effiziente Immunantworten gegen neue, unbekannte Erreger bzw. Virusstämme (z. B. Influenza A) aufzubauen. Hingegen können latente chronische Virusinfektionen wie durch das Cytomegalievirus (CMV) oder Epstein-Barr-Virus (EBV) ihrerseits tiefgreifende Effekte auf das Immunsystem haben. Persistierende CMV-Infektionen führen zu Veränderungen des adaptiven Immunsystems, namentlich zu einer sogenannten Memory-Inflation mit einer über die Zeit zunehmenden Vermehrung CMV-spezifischer CD8⁺ Memory-T-Lymphozyten [5]. In älteren Individuen kann bis zu 50 % des gesamten CD8⁺, weniger ausgeprägt auch des CD4⁺ Gedächtnis-Repertoires des peripheren Bluts aus CMV-spezifischen T-Zellen bestehen [6].

Tab. 1: Quantitative und qualitative Veränderungen verschiedener Immunzellen in der Immunoseneszenz [3, 4]

Zelltyp	Altersabhängige Veränderung
T-Lymphozyten	• Reduzierte Zahl naiver T-Lymphozyten • T-Lymphozyten mit Memory-Phänotyp • Vermindertes Proliferationsvermögen • Verringerte Signaltransduktion (Herunterregulation des CD28-Rezeptors) • Reduzierte Diversität der T-Effektorzellen • Zellzyklus-Arrest
B-Lymphozyten und langlebige Plasmazellen	• Geringere Bildung von Immunglobulinen (Ig), namentlich Antigen-spezifischem IgG • Reduzierte Antikörper-Avidität • Defekt in der Differenzierung langlebiger Plasmazellen
Makrophagen	• Geringere phagozytische Aktivität • Gestörte Toll-like-Rezeptor-Expression
Dendritische Zellen	• Reduzierte Zahl dendritischer Zellen • Verminderte Fähigkeit zur Interleukin (IL)-12-Bildung • Verminderte Antigen-Präsentation
NK-Zellen	• Niedrigere zytotoxische Aktivität

Die Vulnerabilität des alternden Immunsystems gegenüber Virusinfektionen zeigt sich derzeit eindrucksvoll in der Covid-19-Pandemie. Es besteht bei Covid-19 eine signifikante Altersabhängigkeit für den Schweregrad der Infektion und bezüglich des Risikos, an der Erkrankung zu sterben. In Italien lag bis Mitte März 2020 das mediane Lebensalter der an SARS-CoV-2 infizierten und verstorbenen Patienten bei 80 Jahren und das mittlere Alter der Patienten, die eine intensivmedizinische Betreuung benötigten, bei 67 Jahren [7]. Zudem ist die Covid-19-Morbidität und -Letalität abhängig von der Präsenz schwerwiegender Komorbiditäten wie chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und ischämischer Herzerkrankung.

Inflammaging (Inflamm-Aging)

Veränderungen löslicher immunologischer Mediatoren

Der Verlust des „Feintunings“ einer zielgerichteten und zugleich selbstprotektiven, den eigenen Organismus schützenden Immunantwort geht im höheren Alter mit

dem Status einer chronisch schwelenden Entzündungsreaktion (Inflammation) einher [8]. Dieses Phänomen wird als Inflammaging bezeichnet, ein Begriff, der von dem italienischen Immunologen Claudio Franceschi von der Universität Bologna geprägt wurde. Im Rahmen des physiologischen Alterungsprozesses kommt es zur gesteigerten Freisetzung entzündungsfördernder Botenstoffe wie Interleukin (IL)-6, Tumor-Nekrose-Faktor (TNF)- α und IL-1 β sowie Prostaglandin E; im Serum lässt sich häufig ein dauerhaft erhöhtes C-reaktives Protein nachweisen. Als Quelle der proinflammatorischen Zytokine werden das im Alter relativ vermehrte oder veränderte Fettgewebe, eine Translokation von Bakterien über die durchlässigere Darmbarriere und eine Akkumulation nicht-lymphoider Zellen diskutiert, die zusammengefasst den sogenannten Seneszenz-assoziierten sekretorischen Phänotyp (SASP) repräsentieren – vgl. Übersicht bei [3].

Eine weitere Folge löslicher immunologischer Faktoren, welche typischerweise den alternden Organismus betrifft, ist die Or-

ganfibrose, vermittelt durch TGF- β und IL-13 [9]. Im Vergleich zu altersabhängigen entzündlichen Vorgängen ist der Aspekt der Fibrogenese (Ablagerung verdickter und vermehrter Kollagenbündel in Geweben, Proliferation und Aktivierung von Myofibroblasten) bisher weniger gut untersucht.

Vermehrtes Auftreten chronischer Autoimmunerkrankungen

In Verbindung mit dem Inflammaging werden typische Alterskrankheiten festgestellt: Alzheimer-Demenz, Osteoporose, Arteriosklerose, Arthritis und Diabetes mellitus [10]. Phänomene des Inflammaging sind in der Rheumatologie bei der rheumatoiden Arthritis (RA) und der Arteriitis temporalis/Riesenzellarteriitis genauer untersucht worden. Der proinflammatorische Zytokin- und Chemokinstatus bei RA-Patienten – auch jüngeren RA-Patienten – kann bereits Monate vor den ersten klinischen Symptomen messbar verändert sein und dem alternden Immunsystem (Inflammaging) ähneln [11, 12]. Die Alterung des Immunsystems und das Remodelling der Blutgefäßwand im Alter sind typische Risikofaktoren für die Entwicklung einer Riesenzellarteriitis [13]. Zu den Autoimmunerkrankungen mit gehäufte Erstmanifestation jenseits des 60. Lebensjahrs gehören neben der Riesenzellarteriitis auch die Antineutrophile cytoplasmatische Antikörper (ANCA)-assoziierten Vaskulitiden mit und ohne Nierenbefall, welche wiederum mit zunehmendem Alter eine schlechtere Prognose haben.

So weist die ANCA-assoziierte Granulomatose mit Polyangiitis (ehemals M. Wegener genannt) in Europa einen Erstmanifestationsgipfel zwischen dem 65. und 74. Lebensjahr auf. Patienten mit ANCA-assoziierten Vaskulitiden mit Manifestation im höheren Lebensalter und solche mit Nierenfunktionseinschränkung versterben signifikant häufiger an Infektionen als jüngere Patienten [14, 15].

Zusätzliche immunologische Marker für ein erhöhtes Infektionsrisiko bei Vaskulitispatienten sind ein erniedrigtes Serum-IgG, erniedrigte B-Lymphozyten und CD4⁺ T-Lymphozyten sowie eine abgeschwächte Impfantwort – dies entspricht den typischen Surrogatmarkern der Immunoseneszenz.

Immunsuppressive Therapie im höheren Lebensalter

Immunsuppressive Therapie der systemischen Vaskulitiden

Systemische Vaskulitiden müssen in der Regel bei Patienten aller Altersgruppen immunsuppressiv behandelt werden, wobei die Therapien hochdosierte Kortikosteroide, Methotrexat, Azathioprin, Cyclophosphamid, Rituximab oder im Falle der Riesenzellarteriitis IL-6-Rezeptor-Antikörper (IL-6R-AK Tocilizumab) beinhalten können. Die Prognose und Letalität der systemischen Vaskulitiden hängt vom Lebensalter bei Erstmanifestation der Vaskulitis und vom Auftreten Infekt-bedingter Komplikationen während der ersten sechs Monate der immunsuppressiven Therapie ab.

Das Risiko schwerwiegender Infektionen ist in der Induktionstherapie der ANCA-assoziierten Vaskulitis beim Einsatz von Rituximab ähnlich hoch wie bei Cyclophosphamid [16], hängt aber in beiden Fällen entscheidend von der Dosis und der Dauer der regelhaft damit kombinierten Steroidtherapie ab. In der Erhaltungstherapie der Vaskulitiden wird häufig Aza-thioprin oder low-dose Methotrexat eingesetzt. Letzteres sollte bei einer glomerulären Filtrationsrate (GFR) < 30 ml/min gar nicht und bei einer GRF zwischen 30 und 60 ml/min, wie sie bei älteren Patienten häufiger festzustellen ist, nur in halbiertem Regeldosis unter engmaschiger Kontrolle der Nierenfunktion gegeben werden [17].

Eine Besonderheit der Therapie mit dem IL-6R-AK-Tocilizumab ist eine erhöhte Inzidenz komplizierter Divertikulitiden mit der Gefahr der Darmperforation [18]. Des Weiteren hemmt Tocilizumab die Bildung von CRP, so dass letzteres als Marker einer möglichen Infektion nicht verwertbar ist. Procalcitonin als Sepsismarker wird hingegen durch Tocilizumab nicht beeinflusst. Leider existieren noch keine durch Studien belegte Empfehlungen zur individualisierten immunsuppressiven Therapie der Vaskulitiden oder anderer rheumatischer Systemerkrankungen im Alter. Aus Registerdaten und Fallsammlungen lassen sich aber folgende Schlussfolgerungen ziehen:

a) Eine Dosisreduktion von Rituximab kann zu einer Halbierung der Inzidenz schwerer Infektionen führen.

b) Cyclophosphamid sollte bei über 60-Jährigen um 25 % und um 50 % bei über 70-Jährigen reduziert werden.

c) Eine konsequente Prophylaxe mit Cotrimoxazol (zum Beispiel Einnahme von 960 mg Cotrimoxazol an drei Tagen pro Woche) unter Therapie mit Cyclophosphamid oder Rituximab, bei Lymphopenie und – als relativ neue Erkenntnis – auch bei einer Prednisolonthherapie mit > 30mg täglich über > vier Wochen [19] kann nicht nur Pneumocystis jirovecii-Pneumonien (PJP) vorbeugen, sondern reduziert auch anderweitige Infektionen wie Harnwegs- und bronchopulmonale Infektionen unter immunsuppressiver Therapie [20].

d) Während die Cotrim-Behandlung bei gleichzeitigem Vorliegen einer systemischen Vaskulitis und Therapie mit Cyclophosphamid als gesichert gelten kann, besteht bei anderen Konstellationen nach wie vor große Unsicherheit, da es schwierig ist, den Nutzen der Therapie gegenüber den zu erwartenden Nebenwirkungen abzuschätzen. Es gibt zu diesem Punkt keine Leitlinien oder kontrollierte Studien, lediglich Expertenmeinungen. Zunächst erscheint es sinnvoll, weitere individuelle Risikofaktoren wie das Vorliegen einer schweren Lymphopenie oder ein ho-

hes Lebensalter in die Überlegungen mit einzubeziehen [20].

Immunsuppressive Therapie bei älteren Patienten mit Nierentransplantation

Das Alter, in dem Patienten nierentransplantiert werden, ist in den vergangenen 20 bis 25 Jahren gestiegen. 60 % der Transplantierten sind inzwischen ≥ 60 Jahre alt; in den Jahren 1998–2011 kam es zu einer Verdreifachung der Zahl der Transplantationen pro Jahr bei Patienten jenseits des 65. Lebensjahrs [21].

Eine große Zahl von Studien konnte nachweisen, dass eine Nierentransplantation die Langzeitmortalität gegenüber Patienten auf der Warteliste für eine Transplantation reduziert, und dies gilt auch für ältere Patienten. Diese Studien zeigten aber auch, dass insbesondere in den ersten Monaten nach der Nierentransplantation ältere Patienten ein höheres Mortalitätsrisiko haben, mehr Infekt-bedingte Komplikationen erleiden, allerdings tendenziell weniger akute Abstoßungsreaktionen aufweisen als junge Transplantatempfänger [22, 23].

In einer jüngst veröffentlichten nordwestfranzösischen Studie an 171 Patienten > 70 Jahren, die zwischen Januar 2000 und Dezember 2014 eine Nierentransplantation erhalten hatten, zeigte sich, dass ein Jahr nach erfolgter Transplantation 17 Pa-

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Immunsystem und immunsuppressive Therapie im Alter“ von Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann und Dr. med. Christian von Kiel finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25. Mai 2020 bis 24. Mai 2021 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. Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

Erratum Laufzeit CME Ösophaguskarzinome

Die Teilnahme an der CME-Fortbildung „Ösophaguskarzinome“ aus dem Hessischen Ärzteblatt HÄBL 05/2020 ist über das Mitglieder-Portal der LÄKH vom 25. April 2020 bis 24. April 2021 möglich – nicht, wie irrtümlich auf S. 287 abgedruckt, vom 25. Mai 2020 bis 24. Mai 2021.

tienten (9,9 %) verstorben waren, und zwar in erster Linie an Infektionen (58,5 %) oder kardiovaskulären Erkrankungen (29,4 %) [24]. Die Autorinnen und Autoren schließen daraus, dass bei Nierentransplantatempfängern > 70 Jahren eine kardiologische Evaluation und eine Optimierung der immunsuppressiven Therapie entscheidend sei, um das Überleben der Patientin bzw. des Patienten und des Transplantats in der Frühphase nach Transplantation zu verbessern.

Zunehmend werden geriatrische Untersuchungsmethoden auch in der Transplantationsmedizin eingesetzt, da insbesondere Frailty, also Gebrechlichkeit, ein unabhängiger Risikofaktor für das Überleben nach Nierentransplantation ist [25].

Die immunologischen Voraussetzungen und das Faktum, dass ältere Patienten häufig von medikamentösen Transplantationsstudien ausgeschlossen werden, macht die Auswahl des idealen und individuell angepassten immunsuppressiven Regimes zur Herausforderung. Zur immunsuppressiven Therapie nach Nierentransplantation existieren Handlungsempfehlungen, die sich allerdings international und je nach Transplantationszentrum unterscheiden können. Sie orientieren sich an einer individuellen Dosierung und Anpassung der Induktions- und Erhaltungstherapie, an Nebenwirkungen und Komplikationen sowie natürlich der aktuellen Studienlage. Auf Details kann in diesem Beitrag nicht eingegangen werden, vielmehr auf allgemeine Prinzipien der Therapieanpassung bei älteren Patienten.

In den europäischen Leitlinien (EBP, European Best Practice Guidelines) wird zu speziellen Problemen bei älteren Transplantatempfängern ausgeführt, dass die Immunsuppression „mit Augenmaß“ eingesetzt werden sollte, um einerseits Abstoßungen zu verhindern, andererseits aber Nebenwirkungen gering zu halten, die im höheren Lebensalter häufig ausgeprägter sind [25, 26]. Es gibt Zentren, welche bei

älteren Patienten bereits die Induktionstherapie mit geringerer Intensität starten, das heißt ohne Kaninchen-Antithymozyten-Globulin (rATG) oder anti-IL2-AK.

Prinzipiell kommen wie bei jüngeren Nierentransplantierten in der immunsuppressiven Kombinationstherapie Kortikosteroide, ein Antimetabolit (Azathioprin oder Mycophenolatmofetil) und ein Calcineurin-Inhibitor (Ciclosporin A oder Tacrolimus) zum Einsatz.

Hinsichtlich der Cortisonreduktion in der Erhaltungstherapie gibt es keine einheitliche Empfehlung. In der Praxis ist es wichtig, beim Einsatz von Ciclosporin A bei älteren Patienten besonders wachsam im Hinblick auf potenzielle Medikamenteninteraktionen zu sein. Ciclosporin A ist ein Substrat sowohl von Cytochrome P450 (CYP)3A als auch von P-Glycoprotein, welche pharmakokinetisch beide an der Elimination häufig verschriebener Medikamente beteiligt sind [27].

Im Falle unerwünschter Wirkungen wie Leukopenie, Thrombopenie, Infektionen oder Malignomen wird häufiger als bei jungen Transplantierten in der Erhaltungstherapie eine Komponente der kombinierten Immunsuppression, meistens der Antimetabolit, herausgenommen [28]. Leitlinien-basierte konkrete Empfehlungen zur Induktions- und Erhaltungstherapie sowie zur Deeskalation der Immunsuppression bei älteren Nierentransplantatempfängern liegen jedoch nicht vor.

Zusammenfassung

Mit der physiologischen Alterung des Immunsystems vermindert sich die Immunkompetenz, das heißt die Fähigkeit, sich mit Erregern und Malignomen auseinanderzusetzen, was sich in typischen Veränderungen der quantitativen Zusammensetzung der Zellen des Immunsystems und der funktionellen Kapazität widerspiegelt (Immunoseneszenz). Diese Prozesse gehen einher mit einem Status der

chronischen Entzündung mit vermehrter Sekretion pro-inflammatorischer löslicher Botenstoffe (Inflammaging) und dem Auftreten chronisch-entzündlicher und autoimmuner Erkrankungen.

Bei bereits altertem Immunsystem, vermehrter Anfälligkeit für Infektionen und reduzierter Impfantwort sind ältere Patienten mit rheumatischen Erkrankungen, insbesondere systemischen Vaskulitiden, einem erhöhten Risiko unter immunsuppressiver Therapie ausgesetzt.

Gleiches gilt für ältere Nierentransplantatempfänger. Leitlinien-basierte Empfehlungen zur immunsuppressiven Therapie im Alter existieren weder für Autoimmunerkrankungen noch für Nierentransplantatempfänger. Hier gilt es, individuell und unter Berücksichtigung der Risikofaktoren die Immunsuppressiva einschließlich Cortison so niedrig wie möglich zu dosieren und engmaschig zu überwachen, um die Gefahr bedrohlicher Infektionen zu minimieren.

Prof. Dr. med.

Elisabeth

Märker-Hermann

E-Mail: Elisabeth.
Maerker-Hermann@
helios-gesundheit.de



Foto: privat

Dr. med.

Christian von Kiel



Foto: privat

beide: Klinik Innere Medizin IV
(Rheumatologie, Klinische Immunologie
und Nephrologie) der Helios Dr. Horst
Schmidt Kliniken Wiesbaden

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

Multiple Choice-Fragen:

Immunsystem und immunsuppressive Therapie im Alter

VNR: 2760602020170650003

(nur eine Antwort ist richtig)

1) Welche Veränderung von Immunzellen und Immunglobulinen ist typisch für die Immunoseneszenz?

1. Expression des CD8-Moleküls
2. Expression des CD20-Moleküls
3. Verminderte Interleukin-6-Bildung durch dendritische Zellen
4. Vermehrung der B-Lymphozyten
5. Reduzierte Antikörper-Avidität

2) Welche Kombination von Begriffen passt am ehesten zum Prozess des „Inflammaging“?

- a. Immunbiologie
 - b. Immunstatus
 - c. Proinflammatorische Zytokine
 - d. Chronische CRP-Erhöhung
 - e. Prädisposition für die Riesenzellarteriitis
1. Richtig sind a, b und e
 2. Richtig sind b und c
 3. Richtig sind a und e
 4. Richtig sind c, d und e
 5. Richtig sind b und d

3) Welche Funktionsstörung gehört nicht zu den typischen Folgen der Immunoseneszenz?

1. komplizierter Verlauf von Infektionen mit unbekannten Erregern
2. allergische Impfreaktion
3. verminderte Bildung schützender Antikörper nach Impfung
4. verminderte Tumorabwehr
5. verzögerte Immunantwort gegen Infektionserreger

4) Welche Aussage zu Infektionen im Alter ist richtig?

1. Neuinfektionen mit Cytomegalievirus (CMV) sind im Alter häufiger als in der Jugend.
2. Neuinfektionen mit Epstein-Barr-Virus (EBV) sind im Alter häufiger als in der Jugend.
3. Ein Herpes zoster verläuft unter Corticosteroidtherapie milder.

4. Die spezifische Immunantwort gegen bis dato unbekannte Viren ist im Alter häufig verzögert und ineffizienter.

5. CD8+ T-Lymphozyten-Antworten gegen Viren gehören zum angeborenen Immunsystem.

5) Welche Aussage zu Impfungen im höheren Alter ist falsch?

1. Bei Impfungen gegen Influenza A kommt es häufiger zu allergischen Reaktionen.
2. Die Impfantwort (Entwicklung protektiver Antikörper) kann abgeschwächt sein.
3. Es wird eine Pneumokokken-Impfung empfohlen.
4. Es wird eine Impfung gegen Influenza A empfohlen.
5. Vor geplanter immunsuppressiver Therapie sollte der Impfstatus überprüft werden.

6) Welche der folgenden Autoimmunerkrankungen treten vor allem in einem Lebensalter > 60 Jahren auf?

- a. Systemischer Lupus erythematoses
 - b. Psoriasisarthritis
 - c. Granulomatose mit Polyangiitis (M. Wegener)
 - d. Morbus Bechterew
 - e. Riesenzellarteriitis
1. Richtig sind c und e
 2. Richtig sind a, c und e
 3. Richtig sind b, c und d
 4. Richtig sind d und e
 5. Richtig sind a, b und e

7) Welche Aussage zur immunsuppressiven Therapie im Alter ist richtig?

1. Im hohen Alter sollte eine immunsuppressive Therapie möglichst nur mit Corticosteroiden durchgeführt werden.
2. Im Alter kann eine Dosisreduktion von Rituximab und Cyclophosphamid in der Induktionstherapie der Vaskuliti-

den bei vergleichbarer Wirksamkeit zu einer Verminderung infektiöser Komplikationen führen.

3. Zur Induktionstherapie sollte bei ANCA-assoziierten Vaskulitiden niedrig dosiertes Methotrexat bevorzugt statt Cyclophosphamid eingesetzt werden.

4. Unter Therapie mit Cyclophosphamid oder Rituximab empfiehlt sich eine Antibiotikaphylaxe der Pneumocystis jirovecii Pneumonie mit Ciprofloxacin.

5. Tocilizumab ist bei erniedrigtem IgG kontraindiziert.

8) Welche Aussage zu Tocilizumab ist falsch?

1. Bei Anamnese einer durchgemachten Divertikulitis sollte es nicht eingesetzt werden.
2. Es ist zur Therapie der Riesenzellarteriitis zugelassen.
3. Ein normaler CRP-Wert unter Tocilizumabtherapie schließt eine Sepsis aus.
4. Es handelt sich um einen Antikörper gegen den Interleukin-6-Rezeptor.
5. Procalcitonin kann unter Tocilizumabtherapie im Falle bakterieller Infektionen ansteigen.

9) Welche Aussage zur Nierentransplantation bei Patienten > 60 Jahren ist richtig?

1. Die häufigste Todesursache im ersten Jahr nach Transplantation sind Malignome.
2. Akute Abstoßungsreaktionen treten bei älteren Nierentransplantatempfängern häufiger auf als bei jungen Patienten.
3. Es existieren deutsche Leitlinien zur immunsuppressiven Therapie nach Nierentransplantation beim älteren Patienten.
4. In der immunsuppressiven Kombinationstherapie kommen Corticosteroide, ein Antimetabolit und ein Calcineurininhibitor zum Einsatz.

5. Die Reduktion der Corticosteroide erfolgt in der Erhaltungstherapie nach einem allgemeingültigen Schema.

10) Welche Aussage zur Vorbereitung auf eine Nierentransplantation bei Patienten > 60 Jahren ist falsch?

1. Die Häufigkeit von Nierentransplantationen hat in der Gruppe der über 65-Jährigen in den letzten Jahren zugenommen.
2. Es gibt keine allgemeine Altersbegrenzung für eine Nierentransplantation.
3. Eine sorgfältige kardiologische Evaluation ist vor der Listung zur Transplantation und auch auf der Warteliste wichtig.
4. Kardiovaskuläre Ereignisse und Infektionen sind die häufigsten Todesursachen im 1. Jahr nach Transplantation.
5. Eine maligne Tumorerkrankung in der Anamnese gilt generell als Kontraindikation für die Aufnahme in die Warteliste.

Literatur zum Artikel

Immunsystem und immunsuppressive Therapie im Alter

von Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann und Dr. med. Christian von Kiel

- [1] Fulop T, Witkowski J, Cohen A, et al. From Inflamm-Aging to Immunosenescence. In: Fernández-Ballesteros R, Benetos A, Robine J (Eds.), *The Cambridge Handbook of Successful Aging 2019* (Cambridge Handbooks in Psychology, pp. 53–65). Cambridge: Cambridge University Press
- [2] Nikolich-Zugich J. Aging of the T cell compartment in mice and humans: from no naive expectations to foggy memories. *J Immunol* 2014; 193:2622–9
- [3] Nikolich-Zugich J. The twilight of immunity: emerging concepts in aging of the immune system. *Nat Immunol* 2018; 19:10–9
- [4] Huff WX, Kwon JH, Henriquez M, et al. The Evolving Role of CD8+CD28– Immunosenescent T Cells in Cancer Immunology. *Int J Mol Sci* 2019; 20: 2810
- [5] Weltevrede M, Eilers R, de Melker HE, van Baarle D. Cytomegalovirus persistence and T-cell immunosenescence in people aged fifty and older: a systematic review. *Exp Gerontol* 2016; 77:87–95
- [6] Sylwester AW, Mitchell BL, Edgar JB, et al. Broadly targeted human cytomegalovirus-specific CD4+ and CD8+ T cells dominate the memory compartments of exposed subjects. *J Exp Med* 2005; 202:673–85
- [7] Boccia St, Ricciardi W, Ioannidis JPA. What other countries can learn from Italy during the COVID-19 pandemic. *JAMA Intern Med*. Published online April 7, 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1447
- [8] Märker-Hermann E, Gross WL. Rheumatische Erkrankungen in verschiedenen Lebensphasen. *Der Internist* 2012; 53:1017–9
- [9] Wick G, Backovic A, Rabensteiner E, et al. The immunology of fibrosis: innate and adaptive responses. *Trends Immunol* 2010; 31:110–9
- [10] Franceschi C, Bonafè M, Valensin S et al. Inflamm-aging. An evolutionary perspective on immunosenescence. *Ann N Y Acad Sci* 2000; 908: 2000:244–54
- [11] Kokkonen H, Soderstrom I, Rocklov J et al. (2010) Up-regulation of cytokines and chemokines predates the onset of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 62:383–91
- [12] Weyand CM, Yang Z, Goronzy JJ. T-cell aging in rheumatoid arthritis. *Current Opin Rheumatol* 2014; 26:93–100
- [13] Mohan S, Liao Y, Kim J, et al. (2011) Giant cell arteritis: Immune and vascular aging as disease risk factors. *Arthritis Res Ther* 2011; 13:231
- [14] Weidner S, Geuss S, Hafezi-Rachti S, et al. ANCA-associated vasculitis with renal involvement: an outcome analysis. *Nephrol Dial Transplant* 2004; 19:1403–1411
- [15] Mohammad AJ, Segelmark M, Smith R, et al. Severe infection in antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis. *J Rheumatol* 2017; 44:1468–75
- [16] Stone JH, Merkel PA, Spiera R, et al. Rituximab versus cyclophosphamide for ANCA-associated vasculitis. *N Engl J Med* 2010; 363:221–32
- [17] Erdbrügger U, de Groot K. Nierenschädigung durch Methotrexat?: Dosisabhängigkeit, Komorbidität und Komedikation. *Z Rheumatol* 2011; 70:549–52
- [18] Strangfeld A, Richter A, Siegmund B et al. Risk for lower intestinal perforations in patients with rheumatoid arthritis treated with tocilizumab in comparison to treatment with other biologic or conventional synthetic DMARDs. *Ann Rheum Dis* 2017; 76:504–10
- [19] Park JW, Curtis JR, Moon J, Song YW, Kim S, Lee EB. Prophylactic effect of trimethoprim-sulfamethoxazole for pneumocystis pneumonia in patients with rheumatic diseases exposed to prolonged high-dose glucocorticoids. *Ann Rheum Dis* 2018; 77:644–49.
- [20] Winthrop KL, Baddley JW. Pneumocystis and glucocorticoid use: to prophylax or not to prophylax (and when?); that is the question. *Ann Rheum Dis*. 2018; 77:631–33
- [21] Schaeffner ES, Rose C, Gill JS. Access to kidney transplantation among the elderly in the United States: a glass half full, not half empty. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010; 5:2109.
- [22] Rao PS, Merion RM, Ashby VB et al. Renal transplantation in elderly patients older than 70 years of age: results from the Scientific Registry of Transplant Recipients. *Transplantation* 2007; 83:1069–1074

- [23] Knoll GA. Kidney Transplantation in the Older Adult. *AJKD* 2013; 61:790–97
- [24] Lemoine M, Titeca Beauport D, Lobbedez T, et al. Risk Factors for Early Graft Failure and Death After Kidney Transplantation in Recipients Older Than 70 Years. *Kidney International Reports* 2019 4:656–666
- [25] Kurschat C. Nierentransplantation im Alter. *Z Gerontol Geriat* 2016; 49:488–93
- [26] EBPG Expert Group on Renal Transplantation. European best practice guidelines for renal transplantation. Section IV: Long-term management of the transplant recipient. IV.12. Elderly (specific problems). *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17(Suppl 4):58–60
- [27] Kovarik JM, Koelle U. Cyclosporin Pharmacokinetics in the elderly. *Drugs Aging* 1999; 15:97–205
- [28] Danovitch GM, Gill J, Bunnapradist S. Immunosuppression of the elderly kidney transplant recipient. *Transplantation* 2007; 84:285

Pharmakologische Therapie der chronischen Herzinsuffizienz bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung

Prof. Dr. med. Gunnar Henrik Heine^{1, 2, 3}, PD Dr. med. Kyrill Sebastian Rogacev^{2, 4}

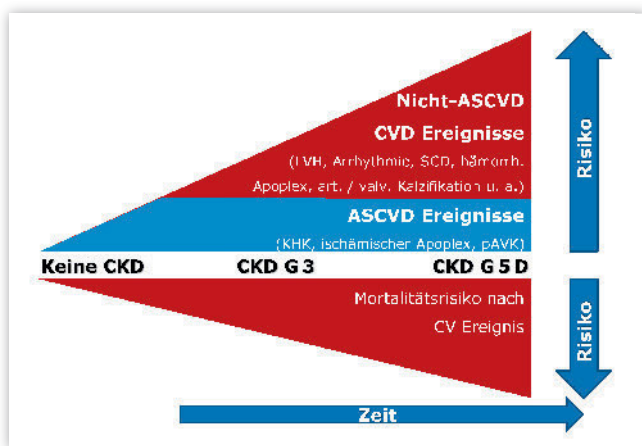


Abb. 1: Kardiovaskuläre Ereignisse im Spektrum der chronischen Nierenerkrankung („chronic kidney disease“; CKD). Mit voranschreitender CKD nehmen insbesondere nicht-atherosklerotische kardiovaskuläre Ereignisse gegenüber atherosklerotischen kardiovaskulären Ereignissen zu.

Abkürzungen: art./valv.: arteriell/valvulär; ASCVD: atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung (atherosclerotic cardiovascular disease); CV: kardiovaskulär; CVD: kardiovaskuläre Erkrankung (cardiovascular disease); KHK: koronare Herzerkrankung; LVH: linksventrikuläre Hypertrophie; pAVK: periphere arterielle Verschlusskrankung; SCD: plötzlicher Herztod (sudden cardiac death).

Einleitung

In Deutschland leben laut Schätzung aus der bundesweiten „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2008–2011“ (DEGS1) mehr als 10 Millionen Menschen mit chronischer Nierenerkrankung [1]. Davon weisen mindestens zwei Millionen eine eingeschränkte exkretorische Nierenfunktion auf, definiert als glomeruläre Filtrationsrate (GFR) $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ [1]. Die meisten Patienten mit chronischer Nierenerkrankung sind nicht durch renale Ereignisse wie einer Progredienz bis zur Dialysepflichtigkeit, sondern durch extrarenale Komorbiditäten gefährdet, von denen kardiovaskuläre Erkrankungen eine besondere Bedeutung aufweisen.

(Abb. 1). Daher erreichen Therapiestrategien, die vor allem auf die Prävention und Therapie von ASCVD zielen, zumindest bei weit fortgeschrittener CKD einen geringeren relativen Benefit; als klassisches Beispiel hierfür gelten Statine, die mit weiter fortgeschrittener CKD eine geringere relative Risikoreduktion für ASCVD als bei nierengesunden Menschen erlauben [2]. Trotz der relativen Verschiebung zu nicht-atherosklerotischen kardiovaskulären Erkrankungen weisen Patienten mit fortgeschrittener CKD gegenüber nierengesunden Menschen jedoch in absoluten Zahlen ein erhöhtes Risiko auch für ASCVD auf, weshalb aktuelle Leitlinien bewusst mit Blick auf die absolute Risikoreduktion für die Mehrzahl der Patienten

kungen eine besondere Bedeutung aufweisen.

Anders als in der nierengesunden Allgemeinbevölkerung, bei welcher atherosklerotische Gefäßerkrankungen (atherosclerotic cardiovascular disease; ASCVD) als dominierendes kardiovaskuläres Krankheitsbild erscheinen, rücken bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung (chronic kidney disease; CKD) nicht-atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankungen in den Vordergrund

mit fortgeschrittener CKD ebenso eine Statintherapie empfehlen [3].

Im Fokus der nicht-atherosklerotischen kardiovaskulären Erkrankungen steht initial eine linksventrikuläre Hypertrophie, die pathophysiologisch zum nachfolgenden Auftreten einer chronischen Herzinsuffizienz und maligner Arrhythmien prädisponiert. Mehr als ein Viertel aller CKD-Patienten hat eine eingeschränkte systolische linksventrikuläre Funktion [4]. Typische Komplikationen der HFrEF – terminales Herzversagen und maligne Arrhythmien – stellen daher die häufigste Todesursache von Patienten mit fortgeschrittener CKD dar [5]. Hierbei ist eine CKD nicht zwingend Ursache, sondern häufig auch Folge einer Herzinsuffizienz, welche hämodynamisch durch verminderte kardielle Ejektionsleistung, erhöhte kardielle Vorlast mit renaler Kongestion und Aktivierung endokriner Signalkaskaden eine Nierenfunktionseinschränkung auslösen kann. So zeigt etwa jeder zweite Patient mit Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (heart failure with reduced ejection fraction; HFrEF) eine eingeschränkte glomeruläre Filtrationsrate und weist somit definitionsgemäß eine chronische Nierenerkrankung auf (siehe www.herzinsuffizienz.versorgungsleitlinien.de). Trotz der hohen medizinischen und gesundheitsökonomischen Bedeutung der HFrEF bei CKD-Patienten liegen leider nur wenige spezifische Daten zur evidenzbasierten Therapie dieser Patienten vor. Große kardiologische Interventionsstudien haben in der Vergangenheit und Gegenwart Patienten mit fortgeschrittener CKD (insbesondere in den CKD-Stadien G4–5, also mit einer glomerulären Filtrationsrate $< 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$) zumeist ausgeschlossen. Auch für Patienten mit mäßiggradiger Nierenfunktionseinschrän-

¹ Agaplesion Markus Krankenhaus Medizinische Klinik II, Frankfurt am Main | ² Universität des Saarlandes, Saarbrücken/Homburg | ³ Kuratorium für Heimdialyse, Neu-Isenburg | ⁴ Sana-Hanse Klinikum, Wismar

kung (CKD G 3, GFR 30–59 ml/min/1,73 m²) liegen kaum eigenständige (CKD-spezifische) Interventionsstudien vor. Allerdings waren diese Patienten zumeist in große Herzinsuffizienzstudien eingeschlossen worden, so dass aus diesen Studien zumeist Subgruppenanalysen für CKD G 3-Patienten vorliegen. Diese Subgruppenanalysen zeigen zusammenfassend, dass Patienten mit CKD G 3 und HFrEF mindestens genauso von medikamentösen Interventionen profitieren wie herzinsuffiziente Patienten mit erhaltener glomerulärer Filtrationsrate. Allerdings können diese Daten nicht unkritisch auf CKD G 4–5-Patienten übertragen werden:

1. Die Mehrzahl der traditionellen prognoseverbessernden Herzinsuffizienzmedikamente hemmt direkt (ACE-Hemmer, Angiotensin-Rezeptor-Blocker [ARB] und Mineralocorticoid-Rezeptor-Antagonisten [MRA]) oder indirekt (Betablocker) das Renin-Aldosteron-System (RAAS). Typische Komplikationen einer RAAS-Hemmung wie eine Hyperkaliämie und eine Nierenfunktionsverschlechterung treten bei fortgeschrittener CKD häufiger auf.
2. Manche Medikamente akkumulieren bei fortgeschrittener chronischer Nierenerkrankung, insbesondere einzelne

kardiospezifische Betablocker und wirksame Metabolite von Sacubitril.

3. Die pharmakodynamischen Effekte mancher Wirksubstanzen – insbesondere von Hemmern des „Sodium-dependent glucose transporters“ (SGLT-2-Inhibitoren) – setzen wahrscheinlich eine ausreichende Nierenfunktion voraus, obgleich zunehmend auch direkte kardiovaskuläre Effekte von SGLT-2-Inhibitoren diskutiert werden.
4. Die Wirkung von Sacubitril umfasst insbesondere auch eine Akkumulation von natriuretischen Peptiden, welche bei fortgeschrittener CKD bereits ohne medikamentöse Intervention massiv erhöht sind. Inwieweit eine weitere, pharmakologisch bedingte Akkumulation von natriuretischen Peptiden vorteilhaft ist, bleibt unklar.

Diese Erwägungen und die fehlende Evidenz aus randomisierten Studien bedingen leider einen therapeutischen Neglect: Zwar gelten Patienten mit fortgeschrittener CKD und HFrEF als kardiovaskuläre Hochrisikopatienten, erhalten aber dennoch sehr viel seltener kardioprotektive Medikamente als HFrEF-Patienten mit normaler oder geringgradig eingeschränkter Nierenfunktion. Epidemiologische Studien suggerieren, dass dieser Ne-

glect die Patienten schädigt. So erweist sich die Nicht-Verordnung kardioprotektiver Medikamente neben der chronischen Nierenerkrankung per se als eigenständiger und unabhängiger negativer Prognosefaktor bei herzinsuffizienten Menschen [6].

Inzwischen erkennen Leitlinien (siehe erneut www.herzinsuffizienz-versorgungsleitlinien.de) zunehmend an, dass ein solcher therapeutischer Neglect Patienten mit fortgeschrittener CKD und HFrEF eher gefährdet als schützt, und raten auch in Abwesenheit von klarer Evidenz zum Einsatz kardioprotektiver Pharmaka – allerdings unter recht engmaschiger klinischer und laborchemischer Kontrolle der betroffenen Patienten.

Im Folgenden sollen Pharmaka, die in der HFrEF-Therapie mit dem Ziel einer Prognoseverbesserung eingesetzt werden, im Kontext der CKD kurz skizziert werden. Der Einsatz dieser Substanzen wird klassischerweise begleitet von nicht-pharmakologischen Maßnahmen (Flüssigkeits- und Kochsalzrestriktion, regelmäßige körperliche Aktivität), von Pharmaka, die vor allem zur Symptomkontrolle erforderlich sind – insbesondere Schleifen- und Thiazid(-ähnliche) Diuretika, aber auch Digitalispräparate –, und von Interventionen wie der Implantation von Defibrillatoren und kardialen Resynchronisationstherapien (Cardiac Resynchronization Therapy, CRT). Leider gilt auch für die meisten dieser nicht-pharmakologischen, symptomfokussierten pharmakologischen und interventionellen Maßnahmen, dass kaum Evidenz für Patienten mit fortgeschrittener CKD vorliegt: So wird insbesondere das Ausmaß der Kochsalzrestriktion bei HFrEF kontrovers diskutiert.

Etablierte Therapiestrategien

ACE-Hemmer und Angiotensin-Rezeptorblocker

Basis der HFrEF-Therapie sind neben kardioselektiven Betablockern ACE-Hemmer und ARB. Beide Substanzgruppen verhinderten in großen randomisierten Interventionsstudien stationäre Aufnahmen wegen Herzinsuffizienz und kardiale Todesfälle: Dies gilt auch für Subgruppenanalysen von Patienten mit leichtgradig

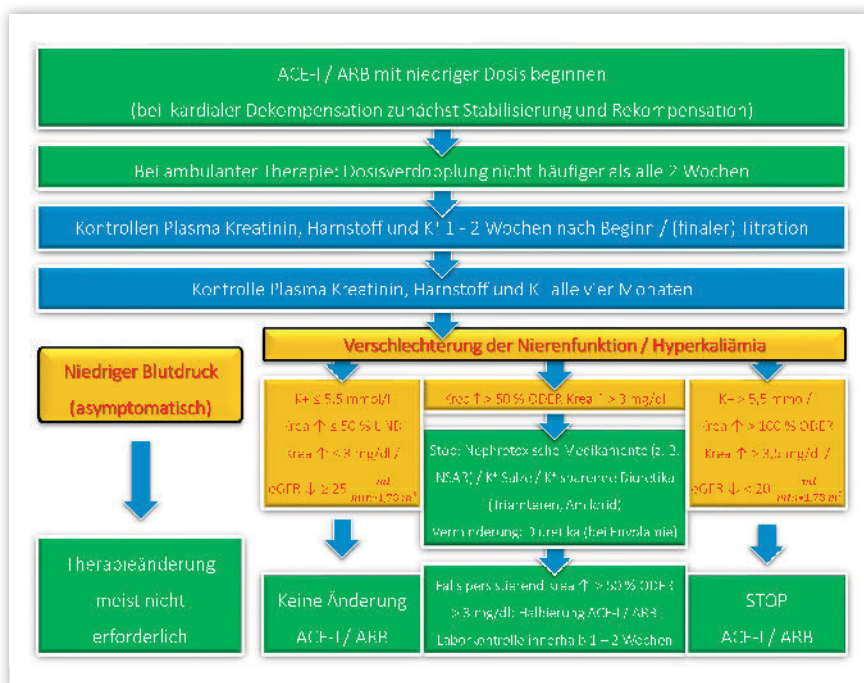


Abb. 2: Empfehlungen der European Society of Cardiology zur Überwachung von Nierenfunktion und Elektrolyten bei Einsatz von ACE-Hemmern und Angiotensin-Rezeptor-Blockern (ARB).

eingeschränkter Nierenfunktion (CKD 3a–3b), während Patienten mit Herzinsuffizienz und fortgeschrittener CKD (CKD 4–5) in den großen Interventionsstudien zumeist ausgeschlossen waren. Da ACE-Hemmer und ARB jedoch Basis der antihypertensiven Therapie sind und zumindest bei Patienten mit höhergradiger Albuminurie nephroprotektive Effekte aufweisen, ergibt sich für die meisten Patienten mit fortgeschrittener CKD bereits unabhängig von der Herzinsuffizienz eine Indikation zur Therapie mit diesen Wirksubstanzen. Eine Kombination von ACE-Hemmern und ARB ist obsolet, da diese in keiner bislang untersuchten Indikation einen eindeutigen prognostischen Benefit aufweist, während die Nebenwirkungsgefahr (erhöhte Hyperkaliämieraten und Verschlechterungen der Nierenfunktion) gegenüber einer Monotherapie aus ACE-Hemmer oder ARB ansteigt.

Die Initiierung von ACE-Hemmern oder ARB bei CKD-Patienten kann aufgrund Vasodilatation der Vasa efferentia mit glomerulärer Druckreduktion in einer hämodynamisch bedingten diskreten Verminderung der glomerulären Filtration mit ebenfalls diskretem Kreatininanstieg münden. Dieser sollte nicht als „Nephrotoxizität“ interpretiert werden; vielmehr ist diese glomeruläre Druckreduktion langfristig eher nephroprotektiv als nephrotoxisch. Daher sollte auch bei mäßigem Kreatininanstieg eine (kardioprotektive) Auftitrierung von ACE-Hemmern oder ARB erfolgen, anstelle die RAAS-Inhibition abzusetzen. Es wird vorgeschlagen, eine hämodynamisch bedingte Verminderung der GFR nach Initiierung von ACE-Hemmern oder ARB als „Verschlechterung der Nierenfunktion“ (Worsening of Renal Function; WRF) und nicht als „akute Nierenschädigung“ zu bezeichnen. Auch eine moderate Hyperkaliämie sollte nicht direkt zur Beendigung der RAAS-Inhibition führen.

Die European Society of Cardiology (Abb. 2) schlägt vor, einen Kreatininanstieg von $\leq 50\%$ gegenüber Ausgangswerten und einen Kaliumanstieg bis $5,5 \text{ mmol/l}$ unter ACE-Hemmern und ARB zumeist zu tolerieren. Selbst bei weiteren Anstiegen sollten nicht zwingend ACE-Hemmer oder ARB reduziert oder pausiert, sondern eher alternative Ursachen für eine Verschlechterung der Nierenfunk-

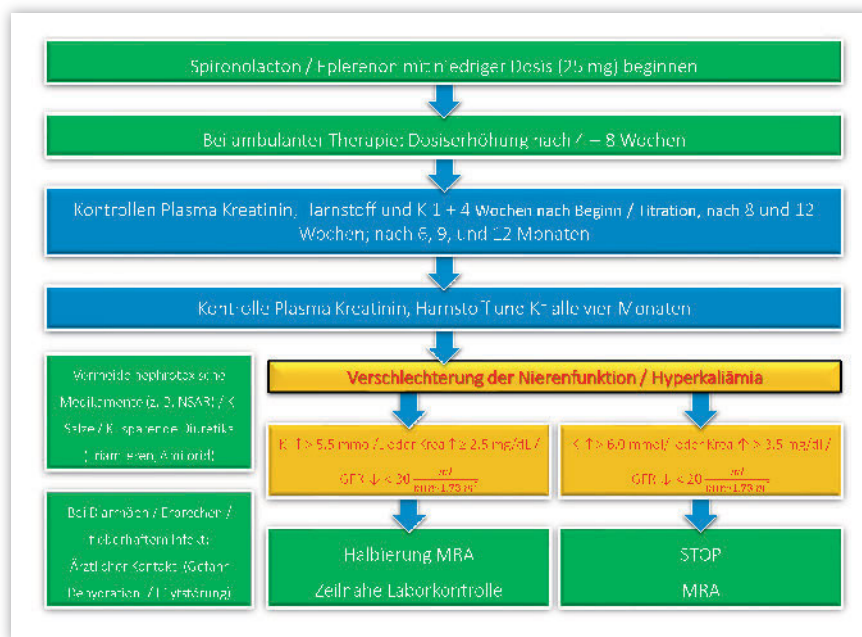


Abb. 3: Empfehlungen der European Society of Cardiology zur Überwachung von Nierenfunktion und Elektrolyten bei Einsatz von Mineralocorticoid-Rezeptor-Antagonisten (MRA).

tion oder eine Hyperkaliämie identifiziert und behandelt werden.

Betablockertherapie

Ähnlich wie ACE-Hemmer und ARB verminderten kardioselektive Betablocker als zweite Säule der initialen HFrEF-Therapie in großen randomisierten Interventionsstudien stationäre Aufnahmen wegen Herzinsuffizienz und kardiale Todesfälle. Auch hier haben Interventionsstudien Patienten mit moderater (insbesondere CKD G 3a–3b) eingeschlossen, die in der Regel mindestens so sehr von der Betablocker-Therapie profitierten wie nierengesunde Patienten. Ähnlich wie für ACE-Hemmer und ARB fehlen allerdings auch für Betablocker größere und solide Interventionsstudien, die Patienten mit weit fortgeschrittener CKD (insbesondere CKD G 4–5) in ausreichender Zahl einschlossen.

Es wird kontrovers diskutiert, inwieweit einzelne Betablocker bei fortgeschrittener CKD akkumulieren. Auch ein substanzspezifisches „Auswaschen“ einzelner Betablocker während der Nierenersatztherapie wird diskutiert. Leider sind die Daten zu der Frage, welche Betablocker besonders betroffen sind, teilweise widersprüchlich, so dass keine eindeutige Präferenz für eine einzelne Wirksubstanz gemacht werden kann.

Mineralocorticoid-Rezeptor-Antagonisten

Wenn Patienten mit HFrEF unter Einsatz von Betablockern und entweder ACE-Hemmern oder ARB persistierend eine Herzinsuffizienzsymptomatik und Ejektionsfraktion $\leq 35\%$ aufweisen, so sehen die ESC-Leitlinien als nächstes die Hinzunahme von Mineralocorticoid-Rezeptor-Antagonisten (MRA) vor. Dies folgt den RALES (Spironolacton), EPHEUS (Eplerenon; Post-Infarkt-Patienten) und EMPHASIS-HF (Eplerenon; geringgradig symptomatische Patienten)-Studien, in welchen MRA jeweils Endpunkte von stationären Aufnahmen wegen kardialer Dekompensationen und kardiale Todesfälle verminderten. Subgruppenanalysen dieser Studien, die Patienten mit CKD G 3a–3b eingeschlossen hatten, zeigen einen mindestens ebenso großen Benefit für diese wie für nierengesunde Patienten. Auch hier waren Patienten mit CKD G 4–5 von der Studienteilnahme weitgehend ausgeschlossen.

MRA sollten in der Herzinsuffizienztherapie immer in Kombination mit ACE-Hemmern oder ARB eingesetzt werden. Nebenwirkungen von MRA, ACE-Hemmern und ARB auf Nierenfunktion und Kaliumhaushalt überschneiden sich aufgrund der gemeinsamen Hemmung des RAAS. Daher sind insbesondere bei CKD-Patienten

regelmäßige Kontrollen von Kreatinin, Harnstoff und Kalium erforderlich (vgl. erneut die ESC-Empfehlungen, Abb. 3).

Sinnvoll ist weiterhin, Patienten zur MRA-Pausierung bei akuten fieberhaften Infekten und stärkeren Magen-Darm-Erkrankungen mit überproportionalen Flüssigkeitsverlusten zu raten, da diese Erkrankungen aufgrund kutaner respektive gastroenteraler Flüssigkeitsverluste und Hypotonie zur akuten Nierenschädigung und konsekutiver Hyperkaliämie prädisponieren. Die Patienten sollten bei Pausierung der MRA rasch ihren Hausarzt zur Laborkontrolle aufsuchen und nach Ausschluss oder Ausheilung einer akuten Nierenschädigung MRA re-initiieren.

Von regelmäßigem Einsatz von Poly(styrol-codivinylbenzol)sulfonsäure Natriumsalz (in Deutschland zumeist als Resonium® bekannt) zum Schutz vor Hyperkaliämien wird inzwischen abgeraten: Die kaliumsenkende Wirkung von Resonium® ist kaum in längeren prospektiven Studien untersucht worden, und es ist völlig unklar, ob Resonium® Komplikationen aufgrund von Hyperkaliämien verhindert. In jedem Falle interagiert Resonium® mit der Resorption anderer oraler Pharmaka, verursacht eine (insbesondere bei HFrEF und CKD unerwünschte) Natriumlast und kann potentiell lebensbedrohliche gastroenterale Nebenwirkungen verursachen [7]. Weitgehend unbeachtet bleibt zudem, dass der Einsatz von Resonium® laut Fachinformation tägliche Kontrollen des Plasma-Kaliums erfordert.

In der DIAMOND-Studie (NCT03888066) wird aktuell untersucht, ob die regelmäßige Einnahme des neueren Kaliumbinders Patiomer durch Verhinderung von Hyperkaliämien eine sicherere (und/oder intensivere) RAAS-Blockade erlaubt und dadurch kardiale Ereignisse reduzieren wird. Diese Studie ist beachtenswert, da die Rezeptierung von oralen Kaliumbindern die Tablettenlast für die Patienten und Therapiekosten für die Solidargemeinschaft weiter erhöht.

Innerhalb der nächsten Monate wird mit Finerenon ein neuer MRA zugelassen, der in einigen frühen klinischen Studien mit einer geringeren Gefahr von Hyperkaliämien als Spironolacton oder Eplerenon assoziiert war. Die FIGARO- und FIDELIO-Studien untersuchen momentan den re-

noprotektiven Effekt von Finerenon bei nicht-dialysepflichtiger CKD und erfassen kardiale Ereignisse als sekundäre Endpunkte. Große eigenständige Herzinsuffizienzstudien zum Einsatz von Finerenon sind aktuell nicht geplant.

Ivabradin

Als Inhibitor des If-Kanals erlaubt Ivabradin bei Sinusrhythmus eine selektive Herzfrequenz-Reduktion. Ob Ivabradin kardioprotektiv ist, wird kontrovers beurteilt. In der BEAUTIFUL-Studie erbrachte Ivabradin keine Prognoseverbesserung bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung und eingeschränkter systolischer linksventrikulärer Funktion, die nicht alle typischen Symptome einer Herzinsuffizienz zeigten.

Die SHIFT-Studie bei HFrEF-Patienten suggeriert hingegen einen potenziellen prognostischen Benefit. Leider erscheinen jedoch aus methodischen Gründen wie einer Unterdosierung mit Betablockern die Ergebnisse der SHIFT-Studie in ihrer klinischen Relevanz fraglich [8]. Patienten mit einem Kreatinin > 220 µmol/l waren in SHIFT ausgeschlossen; andere größeren Studien zum Einsatz von Ivabradin bei höhergradiger Nierenfunktionseinschränkung fehlen, so dass keinerlei Evidenz für den Einsatz von Ivabradin bei Patienten

mit fortgeschrittener CKD und HFrEF besteht.

Sacubitril/Valsartan

In der PARADIGM HF-Studie war Sacubitril/Valsartan gegenüber dem ACE-Hemmer Enalapril (welcher allerdings nicht komplett ausdosiert wurde) bei HFrEF-Patienten prognostisch überlegen [11]. Dies mündet in den aktuellen europäischen Herzinsuffizienzleitlinien in der Empfehlung, Sacubitril/Valsartan anstelle von ACE-Hemmern einzusetzen, wenn HFrEF-Patienten unter Standardtherapie mit ACE-Hemmer (oder ARB), Beta-Blocker und MRA noch symptomatisch sind und eine Ejektionsfraktion ≤ 35 % aufweisen [10]. Patienten mit bei Studienbeginn eingeschränkter Nierenfunktion (eGFR 30 – 60 ml/min/1,73 m²) profitierten in gleichem Maße von Sacubitril/Valsartan wie Patienten mit erhaltener Nierenfunktion. Auch für Sacubitril/Valsartan fehlen Herzinsuffizienzstudien bei Patienten mit einer eGFR < 30 ml/min/1,73 m².

Wie oben bereits aufgeführt, muss aufgrund Akkumulation eines aktiven Metaboliten von Sacubitril bei fortgeschrittener CKD eine deutlich stärkere Wirkung als bei Menschen mit normaler oder leichtgradig eingeschränkter Nierenfunktion erwartet werden [15]. Wie ebenfalls

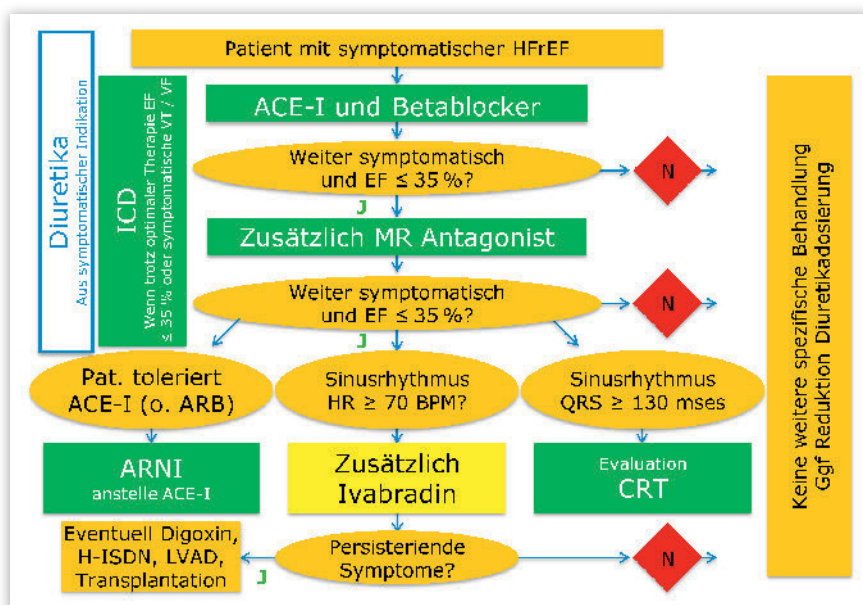


Abb. 4: Therapie der HFrEF bei Patienten mit leicht- bis mittelgradiger CKD (CKD G 1–3) gemäß Scientific Statement der American Heart Association. Grün: hohe Evidenz für prognostischen Benefit; gelb: moderate bis schwache Evidenz für prognostischen Benefit; weiß: keine Evidenz für prognostischen Benefit.

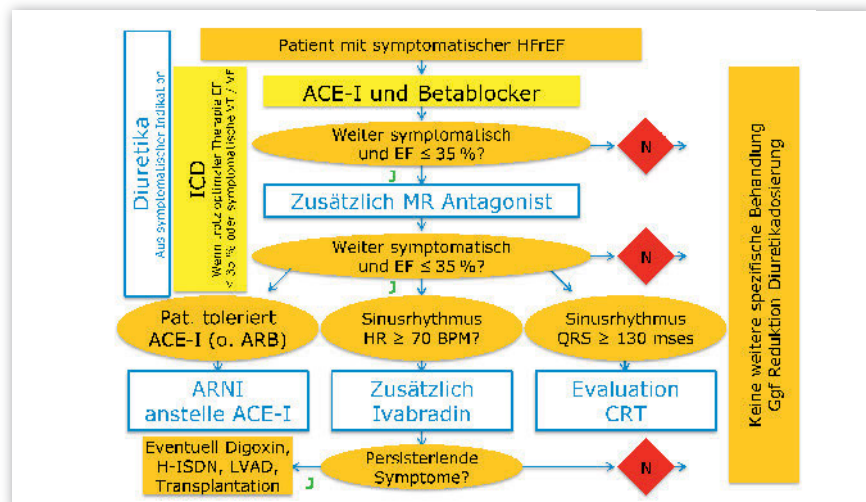


Abb. 5: Therapie der HFrEF bei Patienten mit schwergradiger CKD (CKD G 4–5) gemäß Scientific Statement der American Heart Association. Grün: hohe Evidenz für prognostischen Benefit; gelb: moderate bis schwache Evidenz für prognostischen Benefit; weiß: keine Evidenz für prognostischen Benefit.

bereits aufgeführt, muss beachtet werden, dass Patienten mit weit fortgeschrittener CKD gegenüber nierengesunden Menschen bereits ohne pharmakologische Interventionen eine deutliche Erhöhung natriuretischer Peptide im Serum aufweisen [14]. Die Hinzunahme von Sacubitril (welches den Abbau natriuretischer Peptide inhibiert) bewirkt eine weitere Akkumulation dieser Peptide, deren physiologische Konsequenz bei fehlenden klinischen Studien unklar bleibt.

SGLT-2-Inhibitoren

Die drei SGLT-2-Inhibitoren Empagliflozin (EMPA-REG Outcome-Studie), Dapagliflozin (DECLARE-TIMI 58-Studie) und Canagliflozin (CANVAS-Studie) haben in großen kardiovaskulären Sicherheitsstudien einerseits das Risiko stationärer Krankenhausaufnahmen aufgrund Herzinsuffizienz und andererseits das Risiko für die Entstehung oder Progression einer chronischen Nierenerkrankung deutlich verringert. Allerdings haben EMPA-REG Outcome, DECLARE-TIMI 58 und CANVAS zwar kardiovaskuläre Risikopatienten, aber nicht spezifisch Patienten mit HFrEF oder CKD rekrutiert. Daher wurde auch – anders als in eigenständigen Herzinsuffizienz-Studien – die linksventrikuläre Funktion bei Studienbeginn nicht systematisch dokumentiert. Alle drei Studien untersuchten die kardiovaskuläre Sicherheit (mit besonderer Beachtung atherosklerotischer kardiovaskulärer Ereignisse)

und nicht spezifisch renale oder myokardiale Effekte, so dass der kombinierte primäre kardiovaskuläre Endpunkt von EMPA-REG Outcome, DECLARE-TIMI 58 und CANVAS jeweils auf Myokardinfarkte und Schlaganfälle fokussierte.

Nachfolgend wurden Phase 3-Studien initiiert, die bei chronisch nierenkranken Menschen spezifisch den renalen Benefit und bei Patienten mit Herzinsuffizienz spezifisch den myokardialen Benefit von SGLT-2-Inhibitoren überprüfen. Teilweise rekrutieren diese Studie neben Diabetikern auch Nicht-Diabetiker.

Im Vorjahr wurde CREDENCE als erste große primär renale SGLT-2-Inhibitor-Studie publiziert. In CREDENCE gelang Canagliflozin eine deutliche Verlangsamung der CKD-Progression bis zur Dialysepflichtigkeit bei Typ 2-Diabetikern mit CKD G 2–3b A 3 (GFR 30–90 ml/min/1,73 m², Albuminurie > 300 mg/g Kreatinin). Als sekundärer Endpunkt wurden stationäre Aufnahmen wegen Herzinsuffizienz untersucht, die ebenfalls reduziert wurden. Zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit (Frühjahr 2020) erfolgte eine Pressemitteilung, dass in DAPA-CKD als zweiter großer Studie zur Nephroprotektion durch SGLT-2-Inhibitoren Dapagliflozin eine Reduktion der CKD-Progression erreichte; die Studienpublikation ist für Herbst 2020 geplant. Anders als in der CREDENCE-Studie hat DAPA-CKD auch Nicht-Diabetiker eingeschlossen. Schließlich hat in der DAPA-HF-Stu-

die (als erster großer Herzinsuffizienzstudie für SGLT-2-Inhibitoren) Dapagliflozin die Gefahr einer Verschlechterung der Herzinsuffizienz und kardiovaskulärer Todesfälle bei HFrEF signifikant vermindert; auch die Gesamtmortalität konnte reduziert werden. Dapagliflozin war bei Patienten mit eingeschränkter eGFR (bis minimal 30 ml/min/1,73 m² bei Studienbeginn) und bei Patienten ohne Diabetes mellitus gleichermaßen protektiv wie bei Patienten mit normaler eGFR und mit Diabetes mellitus.

Auch wenn SGLT-2-Inhibitoren in Europa zum aktuellen Zeitpunkt noch allein als antidiabetische Medikamente zugelassen sind, deren Einsatz bei Diabetikern mit renalen, myokardialen oder kardiovaskulären Komorbiditäten allerdings frühzeitig erfolgen sollte [9], ist in den nächsten Monaten eine Zulassungserweiterung zu erwarten, so dass diese Medikamente auch in der spezifischen Herzinsuffizienzmedikation bei HFrEF-Patienten und zur Nephroprotektion bei CKD einen festen Platz finden werden.

Eisen/Erythropoese-stimulierende Agenzien

Chronisch nierenkranke HFrEF-Patienten weisen nahezu häufig eine Anämie auf, die in der Regel vor allem auf Eisenmangel und inadäquate Erythropoetinbildung zurückgeführt werden kann. Auch chronisch nierenkranke HFrEF-Patienten ohne manifeste Anämie haben häufig einen funktionellen oder absoluten Eisenmangel. Bislang gelang es weder in der Nephrologie noch in der Kardiologie, durch Gabe von Erythropoetin oder anderer Erythropoese-stimulierender Agenzien (ESA) eine Prognoseverbesserung von CKD und/oder HFrEF-Patienten zu erreichen. Daher sehen die Herzinsuffizienzleitlinien den Einsatz von ESA höchst zurückhaltend [10] – wobei spätestens nach Erreichen der Dialysepflicht eine ESA-Therapie oft erforderlich ist, um Transfusionen zu vermeiden.

Prognostisch vorteilhafter könnte eine hochdosierte intravenöse Eisentherapie sein, welche in der PIVOTAL-Studie bei Hämodialysepatienten gegenüber einer restriktiveren Eisentherapie stationäre Aufnahmen aufgrund Herzinsuffizienz verminderte [16]. Zwar schloss PIVOTAL

nicht nur kardial manifest vorerkrankte Patienten ein, weshalb sie nicht als reine Herzinsuffizienzstudie gelten kann. Allerdings suggerieren bei HFrEF-Patienten außerhalb der Nephrologie randomisierte Studien [17] positive Effekte einer intravenösen Eisengabe auf die Belastbarkeit und Lebensqualität von herzinsuffizienten Patienten. Daher wurden größere Interventionsstudien initiiert, die bei HFrEF eine mögliche Reduktion stationärer Aufnahmen wegen kardialer Dekompensation und kardialer Todesfälle durch intravenöse Eisentherapie untersuchen.

Zusammenfassung

Ogleich Patienten mit chronischer Nierenerkrankung kardiovaskuläre Hochrisikopatienten sind, die häufig an chroni-

scher Herzinsuffizienz leiden, liegen nur sehr wenige spezifische Studien zur kardialen Therapie dieser Patienten vor. Bei Patienten mit gering- und mittelgradiger CKD (CKD G 1–3) können Therapiealgorithmen der kardiologischen Fachgesellschaften zur HFrEF unkritisch übernommen werden (Abb. 4), da bei diesen Patienten Subgruppenanalysen großer Interventionsstudien zumeist einen mindestens ähnlich großen prognostischen Benefit wie bei HFrEF-Patienten mit normaler Nierenfunktion aufzeigen. Bei Patienten mit fortgeschritten CKD (CKD G 4–5) ist die Evidenzbasis deutlich geringer (Abb. 5). Dies sollte nicht Anlass zum Neglect geben, sondern eine enge und kollegiale Zusammenarbeit von Kardiologen und Nephrologen stimulieren.

**Prof. Dr. med.
Gunnar Henrik
Heine**

Agaplesion Markus
Krankenhaus
Medizinische Klinik II
Wilhelm-Epstein-
Straße 4



60431 Frankfurt/M.

E-Mail: gunnar.heine@fdk.info

**PD Dr. med.
Kyrill Rogacev**

Innere Medizin II –
Kardiologie
Sana Hanse-Klini-
kum Wismar
Störtebekerstraße 6,
23966 Wismar



E-Mail: kyrill.rogacev@sana.de

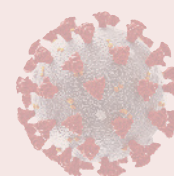
Junge Ärzte und Medizinstudierende



Foto: Westend61 – stock.adobe.com

Offener Brief des Bündnis Junge Ärzte

Medizin für den Menschen: Gesundheit vor Gewinn



Unter dem Hashtag #MedizinfürMenschen fordert das Bündnis Junge Ärzte eine zukunftsfähige medizinische Versorgung in Deutschland und hat sich mit Unterstützung weiterer junger Verbände in einem Offenen Brief an Bundeskanzlerin Merkel und Bundesgesundheitsminister Spahn gewandt. Der Offene Brief wird nachfolgend im Wortlaut abgedruckt. Ein Interview dazu schließt an.

Sehr geehrte Frau Bundeskanzlerin Dr. Merkel,
sehr geehrter Herr Bundesminister Spahn,
sehr geehrte Landesministerinnen und -minister sowie Senatorinnen,

wir, das Bündnis Junge Ärzte, sind in tiefer Sorge um das deutsche Gesundheitssystem. In der Corona-Krise sehen wir mehr denn je, dass es dringenden Handlungsbedarf gibt, wenn die medizinische Versorgung in Deutschland im Sinne aller zukunftsfähig bleiben soll.

Momentan können wir beobachten, wozu unsere Medizin fähig ist: Wir haben Notfallkapazitäten geschaffen, viele zusätzliche Beatmungsplätze eingerichtet und planbare Untersuchungen und Eingriffe, ambulant wie stationär, verschoben. Auf den Intensivstationen kämpfen wir jungen Ärztinnen und Ärzte für das Wohl der Menschen – Seite an Seite mit erfahrenen Ärzten und Pflegenden. Alle helfen allen – warum? Weil es um uns alle geht. Dabei wird vor allem eines deutlich: Eine Medizin, die sich am Wohle des Menschen ori-

entiert, wird besonderen Herausforderungen weit besser gerecht als die bisherige Medizin, die immer stärker von Kommerzialisierung und bürokratischen Hindernissen geprägt ist. Für uns junge Ärztinnen und Ärzte ist klar: Nach der Krise kann es kein „Weiter so!“ geben. Die Patientinnen und Patienten müssen – wie es in der derzeitigen Ausnahmesituation bereits geschieht – wieder konsequent vor der Profitorientierung rangieren.

Literatur zum Artikel:

Pharmakologische Therapie der chronischen Herzinsuffizienz bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung

von Prof. Dr. med. Gunnar Henrik Heine und PD Dr. med. Kyrill Sebastian Rogacev

- [1] Trocchi P, Scheidt-Nave C, Stang A, et al. The Prevalence of Renal Failure. *Dtsch Arzteblatt Online*. 2018;113(6):85–91. doi:10.3238/arztebl.2016.0085
- [2] Herrington WG, Emberson J, Mihaylova B, et al. Impact of renal function on the effects of LDL cholesterol lowering with statin-based regimens: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomised trials. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2016;4(10):829–839. doi:10.1016/S2213-8587(16)30156-5
- [3] Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: Lipid Modification to Reduce Cardiovascular Risk. Vol 41. Oxford University Press; 2020:111–188. doi:10.1093/eurheartj/ehz455
- [4] Hickson LJ, Negrotto SM, Onuigbo M, et al. Echocardiography Criteria for Structural Heart Disease in Patients With End-Stage Renal Disease Initiating Hemodialysis. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(10):1173–1182. doi:10.1016/j.jacc.2015.12.052
- [5] Saran R, Robinson B, Abbott KC, et al. US Renal Data System 2018 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. *Am J Kidney Dis*. 2019;73(3):A7–A8. doi:10.1053/j.ajkd.2019.01.001
- [6] McAlister FA, Ezekowitz J, Tonelli M, Armstrong PW. Renal Insufficiency and Heart Failure: Prognostic and Therapeutic Implications from a Prospective Cohort Study. *Circulation*. 2004;109(8):1004–1009. doi:10.1161/01.CIR.0000116764.53225.A9
- [7] Noel JA, Bota SE, Petrich W, et al. Risk of Hospitalization for Serious Adverse Gastrointestinal Events Associated With Sodium Polystyrene Sulfonate Use in Patients of Advanced Age. *JAMA Intern Med*. 2019;179(8):1025. doi:10.1001/jamainternmed.2019.0631
- [8] Psotka MA, Teerlink JR. Ivabradine: Role in the Chronic Heart Failure Armamentarium. *Circulation*. 2016;133(21):2066–2075. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018094
- [9] Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2018;41(12):2669–2701. doi:10.2337/dci18-0033
- [10] Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2016;37(27):2129–2200. doi:10.1093/eurheartj/ehw128
- [11] McMurray JJV, Packer M, Desai AS, et al. Angiotensin–Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure. *N Engl J Med*. 2014;371(11):993–1004. doi:10.1056/NEJMoa1409077
- [12] Prescott MF, Senni M, Rouleau JL, et al. Renal Effects and Associated Outcomes During Angiotensin–Neprilysin Inhibition in Heart Failure. *JACC Hear Fail*. 2018;6(6): 489–498. doi:10.1016/j.jchf.2018.02.004
- [13] Haynes R, Judge PK, Staplin N, et al. Effects of Sacubitril/Valsartan Versus Irbesartan in Patients With Chronic Kidney Disease. *Circulation*. 2018;138(15):1505–1514. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.118.034818
- [14] Untersteller K, Girerd N, Duarte K, et al. NT-proBNP and Echocardiographic Parameters for Prediction of Cardiovascular Outcomes in Patients with CKD Stages G2–G4. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016;11(11):1978–1988. doi:10.2215/CJN.01660216
- [15] Ayalasomayajula SP, Langenickel TH, Jordaan P, et al. Effect of renal function on the pharmacokinetics of LCZ696 (sacubitril/valsartan), an angiotensin receptor neprilysin inhibitor. *Eur J Clin Pharmacol*. 2016;72(9):1065–1073. doi:10.1007/s00228-016-2072-7
- [16] Macdougall IC, White C, Anker SD, et al. Intravenous Iron in Patients Undergoing Maintenance Hemodialysis. *N Engl J Med*. 2019;380(5):447–458. doi:10.1056/NEJMoa1810742
- [17] von Haehling S, Ebner N, Evertz R, Ponikowski P, Anker SD. Iron Deficiency in Heart Failure. *JACC Hear Fail*. 2019;7(1):36–46. doi:10.1016/j.jchf.2018.07.015

Deshalb fordern wir:

1. Ende der Profitmaximierung entgegen dem Patientenwohl:

Menschen sollten keine Untersuchungen oder Behandlungen erhalten, nur weil sie ökonomisch lukrativ sind. Das bisherige Vergütungssystem mit seinem Drang nach Effizienzsteigerung setzt genau diesen Fehlanreiz. Die Folge: Ärzten wird es erheblich erschwert, ihrer Fürsorgepflicht nachzukommen und frei zu entscheiden. Rechtlich ist diese Pflicht im Berufsrecht für Ärzte verankert, das als oberstes Gebot ärztlichen Handelns die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten bestimmt (§ 1 Abs.1 BÄO und § 1 Abs. 2 MBO). Das bedeutet: Wir möchten und dürfen ausschließlich medizinisch und menschlich sinnvolle Behandlungen durchführen, weil wir aus rechtlicher und berufsethischer Sicht dazu verpflichtet sind. Die von Geschäftsführungen und Leistungsträgern gewünschten, profitorientierten Prozeduren ohne medizinische Relevanz werden wir nicht ausführen, um Umsatzziele zu erfüllen. Ebenso werden wir aus diesen Gründen ökonomischen Anreizen widersprechen und Patienten keine Leistungen vorenthalten.

2. Bürokratieabbau und Digitalisierung:

Schluss mit den endlosen Dokumentationen zur Begründung von medizinischen Selbstverständlichkeiten. Wir

Ärztinnen und Ärzte benötigen Zeit für unsere Patienten. Nötige Dokumentationen können verstärkt von zusätzlichem Fachpersonal vorgenommen werden. Auch eine bundesweit einheitliche Digitalisierung, die die Menschen in den Gesundheitsfachberufen entlastet, müssen wir weiter in Klinik und Praxis mit voller Kraft vorantreiben. Ohne Entlastung werden wir die hohen Ausfallraten in vielen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Berufen nicht reduzieren und ihre Attraktivität nicht steigern können. Uns ist es im Sinne der Gesellschaft ein dringendes Anliegen, allen Beschäftigten in den Gesundheitsfachberufen ein erfüllendes Berufs- und Privatleben zu ermöglichen.

3. Wissende Ärzte für eine zukunftsfähige Medizin:

Für uns junge Ärztinnen und Ärzte ist es essenziell, dass wir zu guten Fachärzten werden. Die entsprechende Weiterbildung ist nur mit einer ausreichenden Personalausstattung möglich. Wenn ältere Ärzte ihr Wissen und ihre Fähigkeiten nicht mehr an Jüngere weitergeben können, weil ihnen die Zeit dazu fehlt, stehen wir vor einem dramatischen Qualitätsverlust, der uns allen schadet. Die Corona-Krise zeigt, dass das deutsche Gesundheitssystem eines der leistungsfähigsten der Welt ist. Wir als junge Ärztinnen und Ärzte sind dazu verpflichtet, dazu beizutragen, dass dies so bleibt. Dies

kann gelingen, wenn Sie mit uns gemeinsam die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen so verändern, dass sich eine Medizin für den Menschen nicht nur in den Gesetzen wiederfindet, sondern auch im medizinischen Alltag.

Wir fordern Sie daher auf, gemeinsam mit den Nachwuchsorganisationen ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen zu erarbeiten und mit uns in den Dialog zu treten.

Sehr geehrte Frau Bundeskanzlerin Dr. Merkel, in Ihrer wichtigen Rede vom 18. März 2020 haben Sie alle Bürgerinnen und Bürger aufgerufen, „füreinander einzustehen“. Bitte treten nun auch Sie für ein Gesundheitswesen ein, das sich am Wohle aller – und nicht am Profit orientiert.

Mit freundlichen Grüßen

Bündnis Junge Ärzte

Hartmannbund

Ausschuss Assistenzärzte

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd)

Junge Allgemeinmedizin Deutschland (JADE)

Marburger Bund

Sprecherrat der sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte

„Ärztliches Arbeiten funktioniert auch ohne bürokratisches Joch und kommerzielle Zwänge“

Gespräch mit Dr. med. Cornelius Weiß zum Offenen Brief des Bündnis Junge Ärzte

Das Interview mit dem LÄKH-Delegierten Dr. med. Cornelius Weiß bezieht sich unter anderem auf den Offenen Brief des Bündnis Junge Ärzte an die Bundesregierung, der auf dieser Doppelseite im Wortlaut abgedruckt ist.

Sie engagieren sich u. a. als Delegierter der Landesärztekammer Hessen, stellvertretender Sprecher des Ausschusses

„Ärztlicher Nachwuchs“ und Mitglied der „Jungen Kammer“ in der ärztlichen Berufspolitik. Was hat Sie dazu bewogen?

Dr. med. Cornelius Weiß: Als ich mit dem Studium angefangen habe, hatte ich noch ganz andere Vorstellungen davon, wie es später mal sein wird als Arzt zu arbeiten. Durch die tatsächlichen Umstände des ärztlichen Alltags ist mir jedoch schnell klar geworden, dass der Kern der eigentli-

chen ärztlichen Arbeit, die Arbeit am Patienten, in den Hintergrund rückt und nicht-ärztliche Tätigkeiten in den Vordergrund. Darunter leiden natürlich die Weiterbildung und die Qualität der Arbeit aller zukünftigen Ärzte. Der Unmut über ein System, in dem die Arbeitsverdichtung und die Dokumentationspflichten immer weiter zunehmen, gleichzeitig aber keine Zeit dafür bleibt, den Nachwuchs weiter-

zubilden, ist unter den Kollegen natürlich groß. Nur darüber sprechen hilft oft nicht. Man muss mit anpacken und selbst Verantwortung übernehmen. Und so ist es irgendwie passiert, dass ich in der Berufspolitik gelandet bin.

Nun hat sich das Bündnis Junge Ärzte – ein Zusammenschluss mehrerer medizinischer Nachwuchsorganisationen, in dem Sie den Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) mit repräsentieren – mit einem Offenen Brief an Kanzlerin Merkel und Bundesgesundheitsminister Spahn gewandt. Dort stellen Sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen drei Forderungen auf: das Ende der Profitmaximierung, den Bürokratieabbau und eine bundesweit einheitliche Digitalisierung sowie eine hochqualitative Weiterbildung. Der Brief erschien am 27. April, d. h. mitten in der Corona-Krise, in der auch Sie zahlreiche Covid-19-Patienten in Ihrer Klinik behandeln. Warum eine Veröffentlichung gerade zu diesem Zeitpunkt?

Weiß: Während das Land stillsteht, stehen wir jeden Morgen auf, fahren auf leeren Straßen zur Arbeit und machen Extraschichten auf den überall in Deutschland eingerichteten Covid-19-Stationen. Wir können weiter unserem Beruf nachgehen. Vielen anderen bleibt die Chance verwehrt, etwas tun zu können in der aktuellen Situation. Von daher erschien es uns naheliegend, dass man von uns, die sozusagen an der Front sind, etwas hört: was wir denken, wie wir das alles erleben. Die Frage lautet also vielmehr: Hätten wir es uns leisten können, nichts zu sagen?

Erfreulicherweise blieben uns ja die Bilder wie in Italien oder auch New York erspart. Gerade das Krisenmanagement in den einzelnen Kliniken, zumindest das, was ich persönlich mitbekommen habe, war sehr gewissenhaft und transparent. Aber nur weil Klinikmanager, Krisenstäbe und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hier nochmal „die Kuh vom Eis“ geholt haben, ist diese Leistung noch lange kein Verdienst des Systems. Vielmehr hat die Krise gezeigt, dass das Arbeiten auch ohne das bürokratische Joch und die kommerziellen Zwänge funktioniert – weil wir Profitmaximierung hinten anstellen und uns auf das Wesentliche konzentrieren: das Wohl unserer Patienten. Die Fehlanreize durch



Dr. med. Cornelius Weiß

das DRG-System sorgen ja nämlich nicht dafür, dass derjenige, der am besten heilt, das meiste Geld bekommt, sondern derjenige, der die aufwendigsten Interventionen betreibt. Wir brauchen grundsätzlich mehr Zeit für unsere Patienten. Das versprechen wir uns vom Bürokratieabbau – sowie einer Digitalisierung, die den Patienten nützt und nicht der Datensammel Leidenschaft einiger weniger.

Auch geht es uns ganz entschieden um eine würdige Weiterbildung – die ja aktuell zu einem ökonomischen Störfaktor gerät. Im Vordergrund steht nicht etwa die Weitergabe von ärztlichem Wissen und Können an die nächste Generation, sondern das möglichst flotte Abarbeiten von „Diagnostikfließbändern“. Hierbei ist derjenige, der das Fließband nicht schnell genug bedienen kann, sinngemäß ein Störfaktor im Fließbandgetriebe – und soll dann selbst schauen, wo und wie er was lernt. Das muss ein Ende haben. Die Weitergabe von Wissen ist genauso wie die eigene Fort- und Weiterbildung ein so essenzieller Teil des Arztberufes, dass es geradezu absurd ist, diesen „outzusourcen“.

Der Ton des Briefes ist kämpferisch und formuliert ein klares „Kein ‚Weiter so!‘“. Was sind Ihre Prognosen: Wird es über kurz oder lang eine Abkehr vom vielkritisierten DRG-System sowie eine sinnvolle Digitalisierung im Gesundheitswesen und eine hochqualitative Weiterbildung geben?

Weiß: Die Frage ist doch: Was muss eigentlich noch alles passieren, damit man aufwacht? Brauchen wir zur Pandemie erst noch eine Naturkatastrophe, eine Wirt-

schaftskrise oder die zehnte erschreckende Studie zum gesundheitlichen Zustand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitssystem? Es verwundert kaum, dass der Ton in der Debatte rauer wird. Wir wissen, dass nahezu ein Viertel (!) aller jungen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) Medikamente nimmt, um mit der Arbeitsbelastung klarzukommen.

Meiner Meinung nach ist es aber nur logisch, das DRG-System weiterzuentwickeln bzw. gänzlich zu ersetzen. Wir sind nicht naiv und wissen, dass unser Gesundheitssystem teuer ist und wir natürlich auf eine sinnvolle Ressourcenverteilung achten müssen. Das DRG-System war hier ein Versuch, die Kosten zu drosseln. Es wird allerdings nicht den Menschen gerecht. Hier müssen wir nochmal ran.

Eine hochqualitative Weiterbildung wird es geben. Da bin ich mir sicher. Ich erlebe seit Jahren, wie in vielen kleinen Schritten engagierte Ärztinnen und Ärzte dafür kämpfen. Mit der neuen Weiterbildungsordnung und dem eLogbuch sind zumindest schon mal Schritte in die richtige Richtung unternommen worden.

Wie würden Sie aus der eigenen Erfahrung die aktuelle Stimmung unter den jungen Ärztinnen und Ärzten schildern?

Weiß: Ich verweise gern auf eine Vielzahl von Studien, die die Zustände besser schildern, als ich es könnte. Das Bild, das diese zeichnen, ist eindeutig: Die Identifikation mit dem eigenen Beruf ist so groß wie in nahezu keiner anderen Berufsgruppe. Wir haben hier tolle, leidenschaftliche, kluge und vor allem idealistische Menschen. Und gerade dadurch den großen Widerspruch mit den tatsächlichen Arbeitsbedingungen und der eigenen Limitiertheit, innerhalb dieses Systems nicht das tun zu können, was man, als man diesen Beruf ergriff, eigentlich wollte: nämlich für die Patienten da zu sein, sich auf sie einlassen und ihnen helfen zu können. Dieser Widerspruch führt dazu, dass ein großer Teil der ÄiW das System verlässt und in andere Berufe wechselt. Von denen, die bleiben, nehmen 25 % Medikamente ein, um den Alltag zu bewältigen. Die Frage ist also: Wie lange kann und will sich das eine Gesellschaft eigentlich noch leisten?

Interview: Alla Soumm

Mit Mode provozieren und Aufsehen erregen

„Life doesn't frighten me. Michelle Elie wears Comme des Garçons“ im Frankfurter Museum Angewandte Kunst

Sie changiert zwischen Anziehung und Inspiration: die Liaison zwischen Mode und Kunst. Mit den Kostümen seines Triadischen Ballets schuf der Maler und Bildhauer Oskar Schlemmer kühne Gegenentwürfe zu klassischen Tutus. Bevor Christian Dior begann, Mode zu entwerfen und schließlich die künstlerische Leitung eines Haute Couture-Hauses übernahm, war er als Galerist tätig. Die Modedesignerin Elsa Schiaparelli wiederum, die mit Künstlern wie Béb   Bérard, Jean Cocteau und Salvador Dal   zusammenarbeitete, galt als Provokateurin, die Kleidungsstücke als Herausforderung betrachtete.

Auch die Kreationen der japanischen Designerin Rei Kawakubo, die 1969 ihr Modelabel Comme des Garçons (deutsch: Wie Jungs) gründete, provozieren. Und es gehört Mut dazu, ihre avantgardistischen Entwürfe zu tragen. Die Designerin und Mode-Ikone Michelle Elie ist mutig und selbstbewusst zugleich. Das Leben mache ihr keine Angst, sagt die gebürtige Haitianerin, die Kawabukos Entwürfe sammelt und leidenschaftlich liebt. Seit dem 5. Mai ist das Museum Angewandte Kunst in Frankfurt am Main nach mehrwöchiger

Schließung aufgrund der Corona-Pandemie wieder für den Publikumsverkehr geöffnet und zeigt Elies Sammlung unter dem Titel „Life doesn't frighten me. Michelle Elie wears Comme des Garçons“ in einer Ausstellung, die bis zum 30. August zu sehen ist.

Futuristische Weltraumfahrer und Federboas

Wie leuchtend rotes Vogelgefieder umgibt ein Mantel seine Trägerin. Lewis Carrolls „Alice im Wunderland“ scheint das rot-weiße Kleid entsprungen zu sein, in dem Elie auf einem Foto ausgelassen tanzt. Einige Roben muten wie R  stungen futuristischer Weltraumfahrer an, andere erinnern in ihrer Farbenfreude an die Kleider afrikanischer Marktfrauen. Ganz in Weiß, mit riesigen Volants, Federboas und T  ll, aber auch gewagten R  ckendekollet  s präsentieren sich Hochzeitgarderoben. Wie in weiße und schwarze Müllsäcke gehüllt, drehen zwei Schaufensterpuppen einander den Rücken zu. Rei Kawakubo geht es nicht um gefällige Kreationen, sondern darum, spielerisch den durch westliche Schönheitsideale geprägten Blick zu stören. Dabei setzt sie auf Dekonstruktion, Verschiebung und Ausbuchtungen ohne Rücksicht auf Körperformen. Kleidung wird durch kulturellen Kontext zu Mode. Trägerinnen wie Michelle Elie eignen sich die Kleidungsstücke an, bringen sie in ihrem eigenen Umfeld zum Leben und erregen dabei Aufsehen. Die Ausstellung lässt Elie die Geschichten der jeweiligen St  cke selbst erzählen: vom Moment der Entdeckung auf den internationalen Fashionweeks, die sie regelmäßig besucht, über den Erwerb, bis hin zu den unterschiedlichsten Reaktionen, die sie bei anderen hervorruft. Als schwarze Frau, die sich in die unkonventionellen Modesch  pfungen der Japanerin kleidet, setzt sie sich bewusst über westliche Schönheitsideale hinweg und fordert die Betrachter zur Reflexion über das eigene Körpererleben auf.



Foto:    Phil Oh

Michelle Elie, Paris 2012

„Ich verlasse mich immer auf mein Bauchgefühl“

„Ich bin überzeugt, dass es für jedes Kleid den richtigen Anlass gibt und dass man es eben dann trägt, wenn man das Gefühl hat, es tragen zu müssen. Ich verlasse mich immer auf mein Bauchgefühl“, erklärt Michelle Elie. In den Filmen „The Fashion Teller“ und „Sittin' in a Cloud“, die online auf der Website des Museums eingestellt sind, begleitet der Regisseur Gianluca Matarrese Elie bei ihren Besuchen auf den Pariser Fashion Weeks. In dem Booklet zur Ausstellung, das ebenfalls im Internet heruntergeladen werden kann, erklärt Elie ihr Vergnügen an Mode jenseits der Norm: „Das gef  llt mir so sehr daran, wenn ich ein Teil von Comme des Garçons trage. Jede Betrachterin und jeder Betrachter hat eine persönliche Interaktion mit dem Teil. Die Reaktion kann negativ oder positiv sein, aber egal wie, es öffnet sich ein Raum für eine Unterhaltung und das gef  llt mir.“

Katja Möhrle

Bis zum 30. August im Museum Angewandte Kunst in Frankfurt am Main, Schaumainkai 17. Informationen: www.museumangewandtekunst.de

Foto: Wolfgang Günzler    Museum Angewandte Kunst



Ausstellungsansicht



Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 7: CIRSmedical.de – Das Netzwerk der deutschen Ärzteschaft

Was tragen CIRS-Anwendungen zur Patientensicherheit bei und welche neuen Entwicklungen gibt es? Der siebte Artikel der Serie gibt einen Einblick in Fehlerberichts- und Lernsysteme, CIRSmedical.de und die Arbeit des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in Berlin – im Gespräch mit dem Leiter des ÄZQ, Dr. med. Christian Thomeczek.

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin ist für CIRSmedical.de zuständig. Was ist das Besondere an dieser Plattform?

Dr. med. Christian Thomeczek:

CIRSmedical.de ist das offene, anonyme, internetbasierte Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin. Es startete 2005 als gemeinsames Projekt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer (BÄK). Von 2006 bis 2020 wurde CIRSmedical.de vom ÄZQ organisiert und ausgebaut. Seitdem hat es sich zum Netzwerk CIRSmedical.de entwickelt. [1, 2] (Siehe Grafik, diese ist nur in der Onlineausgabe dargestellt).

Wie laufen die Prozesse bei CIRSmedical.de ab?

Thomeczek: Das wichtigste Ziel des Netzwerks ist die Verbesserung der Patientensicherheit durch gemeinsames, einrichtungsübergreifendes Lernen aus sicherheitsrelevanten Ereignissen im Gesundheitswesen. Dies wird durch die technisch einfache Einrichtung von spezifischen Berichtsgruppen, die Bereitstellung einer Berichtsdatenbank für Recherchen, regelmäßige systematische Fallanalysen und eine enge Vernetzung unterstützt. Derzeit besteht das Netzwerk CIRSmedical.de aus 119 Berichtsgruppen für Krankenhäuser und zwölf Berichtsgruppen für Einrichtungen des Gesundheitswesens (Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern, Fachgesellschaften, Berufsverbände u. a.). Es kooperiert mit zwei weiteren Berichtssystemen. Für die Recherche nach

Fällen und Lösungsansätzen stehen in CIRSmedical.de aktuell über 11.000 Berichte zur Verfügung, im gesamten Netzwerk sind es deutlich mehr.

Regelmäßig werden „Fälle des Monats“ (aktuell 105) mit systematischen Analysen und Verbesserungsmaßnahmen veröffentlicht. Diese werden unter anderem im Internet unter www.patientensicherheit-online.de und dem Informationsdienst CIRSmedical.de-Info bereitgestellt. CIRSmedical.de übernimmt nach Wunsch des Projektpartners die technische Einrichtung der CIRS-Berichtsgruppe(-n) sowie verschiedene Aufgaben für den Betrieb wie Anonymisierung, Analyse, Fachkommentierung und Klassifikation der Berichte. Dadurch ist das CIRS-Team des ÄZQ gemeinsam mit den Projektpartnern intensiv in die CIRS-Arbeit eingebunden. Ab Juli 2020 wird das Netzwerk CIRSmedical.de organisatorisch bei der BÄK angesiedelt werden. An Ausrichtung und Durchführung wird sich durch die Reorganisation nichts ändern. [3,4]

Was ist das Ziel von CIRSmedical.de?

Thomeczek: Das Lernen aus eigenen und fremden Fehlern sowie kritischen Ereignissen. CIRSmedical.de ist frei im Internet zugänglich und fachgruppen- bzw. sektorenübergreifend. Damit soll überregionales, interdisziplinäres, interprofessionelles Lernen gefördert werden. Alle Nutzerinnen und Nutzer sollen Zugriff auf eine durchsuchbare Datenbank haben. Bei Sachverhalten, die schnelle oder tiefgreifende Reaktionen erfordern, werden „Alerts“ veröffentlicht.

Welche Vorteile hat die Netzwerkbildung?

Thomeczek: Durch die Einrichtung und Zusammenführung einzelner CIRS-Gruppen und -systeme im Netzwerk können technische und fachliche Strukturen gemeinsam genutzt werden. Dies ermöglicht auch in kleinen Krankenhäusern eine einfache und relativ kostengünstige Ein-

CIRS aktuell

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS e. V.) stellt gemeinsam mit mehreren Partnern ein Critical Incident Reporting System (CIRS) speziell zu Vorfällen rund um das neue Coronavirus zur Verfügung. Bei „Covid-19 Special“ handelt es sich um ein kostenloses, einrichtungsübergreifendes Meldesystem (üFMS), mit dem Informationen zu Problemen und Lösungsvorschlägen in der Behandlung von Covid-19 gesammelt werden. Informationen sind im Internet abrufbar unter <https://www.aps-ev.de/corona-krisenmanagement-tipps/> bzw. <https://www.cirs-health-care.de/covid-19-cirs> oder via Kurzlinks <https://tinyurl.com/yd3gyj9x> <https://tinyurl.com/y9mqg4a6> (QS)

richtung von CIRS. So kann der Zugriff auf Kompetenzen des Fachbeirats von CIRSmedical.de ermöglicht werden, die sonst für kleine Einrichtungen nicht verfügbar wären.

Aber auch größere Institutionen können von der Beteiligung am Netzwerk profitieren: Alle Nutzer leiten Berichte weiter und ermöglichen anderen so das Lernen daraus. Bei spezifischen Fragestellungen kann ein großer Datenpool gezielt nach Fällen und Lösungen durchsucht werden. Eine große Datenbasis kann in Zukunft eventuell eine Häufung spezifischer Probleme frühzeitig aufdecken, die in kleinen Einrichtungen so nicht aufgefallen wären (z. B. Defekte von Geräten).

Wie funktionieren die Meldungen an CIRS?

Thomeczek: Mit einem Formular können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens Fehler und kritische Ereignisse berichten. Die Übersendung dieser Berichte erfolgt verschlüsselt und ohne Weiterleitung technischer Identifikati-

onsmerkmale wie z. B. IP-Adressen. Eingehende Berichte werden durch Mitarbeiter/-innen des ÄZQ gelesen, bei Bedarf anonymisiert und auf der Internetseite frei geschaltet. Dadurch haben alle Nutzer die Möglichkeit, diese Berichte zu lesen, zu kommentieren und aus ihnen zu lernen.

Wie geht es mit CIRSmedical.de weiter?

Thomeczek: Durch die organisatorische Übernahme von CIRSmedical.de durch die BÄK ab Juli 2020 sind Ausbau und inhaltliche Weiterentwicklung sichergestellt. So werden z. B. im CIRS-NRW die beiden Apothekerkammern in Nordrhein-Westfalen als zusätzliche Partner neben den beiden Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Krankenhausgesellschaft das Konsortium erweitern. Auch sind in Zusammenarbeit mit einer Universität bereits Ideen zur Verbesserung der Software sowie des Webdesigns bzgl. Vereinfachung und Erweiterung des Reportings und einer schnelleren, automatisierten „Erstantwort“ nach Berichtseingabe diskutiert worden. [5]

Welchen Beitrag leistet CIRSmedical.de zur Patientensicherheit?



Dr. med. Christian Thomeczek

Thomeczek: Durch das Aufdecken unerwünschter Ereignisse und fehlerhafter Verläufe können Risikobereiche im Gesundheitswesen identifiziert werden. Dies betrifft auch überregionale Häufungen von Ereignissen. Die allgemeinen positiven Auswirkungen von CIRS auf das Gesundheitswesen sind zwar oft nicht messbar, jedoch kann vermutet werden, dass sich die Sicherheit medizinischer Behand-

Dr. med. Christian Thomeczek (Foto) ist Leiter der Geschäftsstelle und der Stabsstelle Patientensicherheit des ÄZQ – einer gemeinsamen Einrichtung der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Der Arzt für Allgemeinmedizin hat diverse Zusatzqualifikationen in der Flugmedizin, im Ärztlichen Qualitätsmanagement sowie als leitender Notarzt erworben. Neben organisatorischen Aufgaben ist er im ÄZQ verantwortlich für Projekte der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements, der Patientensicherheit sowie für CIRSmedical.de. [12]

lungen über die Bearbeitung der CIRS-Fälle verbessern lässt. CIRS allein bewirkt aber noch keine Patientensicherheit: Es ist ein geeignetes Instrument, um Risiken aufzudecken. Daran müssen sich jedoch Maßnahmen zur Bearbeitung dieser Risiken anschließen.

Warum leisten CIRS-Systeme einen wichtigen Beitrag zur Sicherheits- und Fehlerkultur im Gesundheitswesen?

Thomeczek: Durch die Aufarbeitung von CIRS-Fällen unter Wahrung der Anonymität können die Auseinandersetzung mit kritischen Ereignissen und die Entwicklung der Fehlerkultur gefördert werden. So findet in manchen Einrichtungen bereits eine offene Auseinandersetzung mit unerwünschten Ereignissen statt, die statt der Schuldfrage strukturelle Fehlerquellen in den Vordergrund stellt. Sobald dieses Vorgehen etabliert werden konnte, spielt nach unserer Erfahrung die Anonymität oft keine Rolle mehr. CIRS-Systeme werden dann als Instrumente der Qualitätssicherung gesehen.

Interview: Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

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

Grundlagen von Fehlermeldesystemen [6–11]

CIRS bedeutet „Critical Incident Reporting System“. Hier können Mitarbeiter im Gesundheitswesen über frei zugängliche Plattformen strukturiert kritische, unerwünschte, „sicherheitsrelevante Ereignisse“, Fehler und „Beinaheschäden“ melden. Dies geschieht sanktionsfrei, freiwillig und anonym.

Die Berichte werden von einem Expertengremium ausgewertet und dienen dem Lernen aus Fehlern und ihrer Vermeidung. So sollen Ursachen kritischer Ereignisse erkannt und Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden. Die aufgearbeiteten Berichte werden in einer Datenbank zur Verfügung gestellt und können diskutiert und kommentiert werden. Leistungserbringer im Gesundheitswesen müssen in ihren Einrichtungen ein Qualitätsmanagementsystem etablieren und weiterentwickeln (§ 135a SGB V). Dazu gehören laut Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bun-

desausschusses (G-BA) ausdrücklich „...wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit...“ – verpflichtend hierbei sind die Fehlermeldesysteme.

In seinem Beschluss über eine Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme von 2016 schreibt der G-BA die Anforderungen an solche Systeme für Krankenhäuser fest (üFMS-B). Für die Teilnahme können Zuschläge vereinbart werden. Eines dieser Systeme ist CIRSmedical.de, das von der BÄK und der KBV zur Verfügung gestellt und vom ÄZQ organisiert wird. Ein System für Hausarztpraxen, das das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikum Frankfurt am Main betreibt, ist „Jeder Fehler zählt!“. Weitere Fehlermeldesysteme listet die Website des ÄZQ. (QS)



Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 7: CIRSmedical.de – das Netzwerk der deutschen Ärzteschaft

Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

- [1] CIRSmedical (Zugriff 20.04.2020) <https://www.aezq.de/patientensicherheit/cirs> (Zugriff 20.04.2020) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/y6ufs923>
- [2] Netzwerk CIRSmedical <https://www.aezq.de/patientensicherheit/cirs/netzwerk-cirsmedical.de> (Zugriff 23.04.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yb5zz7nb>
- [3] www.patientensicherheit-online.de <https://www.aezq.de/patientensicherheit/> (Zugriff 20.04.2020) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/ybobszxy>
- [4] Cirsmedical.de-info <https://www.aezq.de/aezq/service/newsletter/CIRSmedical.de-Info/infodienst/cirsmedical.de-info> (Zugriff 23.04.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yakv4p3w>
- [5] Critical-Incident-Reporting-System Nordrhein-Westfalen, CIRS-NRW <https://www.cirsmedical.de/nrw/> (Zugriff 20.04.2020)
- [6] Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme vom 17. März 2016. <https://www.g-ba.de/beschluesse/2546/> oder https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2546/2016-03-17_ueFMS-B_Erstfassung_BAnz.pdf (Zugriff 05.03.2020) oder via Kurzlinks: <https://tinyurl.com/y757xxy9> oder <https://tinyurl.com/y8nqywfk>
- [7] Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Februar 2020 (BGBl. I S. 148) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html#BJNR024820988BJNE041907119 oder https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_135a.html (Zugriff 04.03.2020) oder via Kurzlinks: <https://tinyurl.com/y7wdx8gh> oder <https://tinyurl.com/yd95zfr6>
- [8] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) in der Fassung vom 17. Dezember 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.11.2016 B2) in Kraft getreten am 16. November 2016. <https://www.g-ba.de/richtlinien/87/> oder https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL_2015-12-17_iK-2016-11-16.pdf (Zugriff 04.03.2020) oder via Kurzlinks: <https://tinyurl.com/y6cwafbf> oder <https://tinyurl.com/y7okbgfu>
- [9] <https://www.cirsmedical.de/> (Zugriff 04.03.2020)
- [10] <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/> (Zugriff 04.03.2020)
- [11] <https://www.aezq.de/patientensicherheit/cirs/cirsmedical-software> (Zugriff 04.03.2020) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/y8e8d6ln>
- [12] <https://www.aezq.de/aezq/uber/organisation/aezq-team/geschaeftsstellenleitung> (Zugriff 04.03.2020) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/ybuj5bkt>



Netzwerk CIRSmedical.de

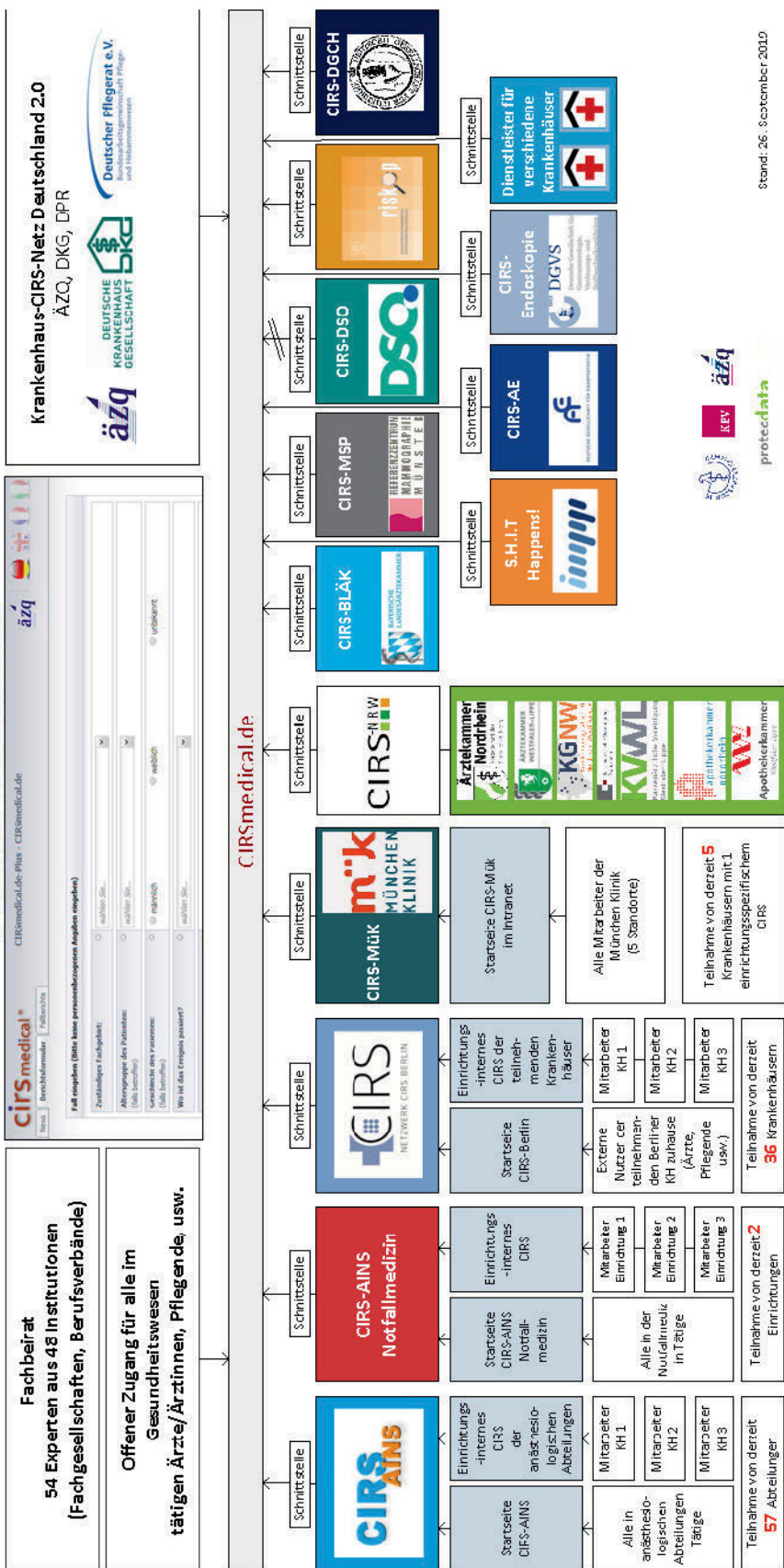




Foto: © vectorfusionart – stock.adobe.com

„Jeder psychotherapeutische Prozess ist durch Therapeut und Patient geprägt und daher immer sehr individuell.“

Psychotherapie in Zeiten von Corona

Gedanken in Krisenzeiten

Der Begriff der Krise ist seit ca. zwei Monaten in aller Munde. Wir benutzen dieses Wort meist, um eine schwierige Situation zu bezeichnen. Eine der ursprünglichen Bedeutungen (im Griechischen) von „Krise“ ist: Entscheidung. Kritische Situationen sind solche, in denen Entscheidungen getroffen werden müssen und/oder es sich entscheidet, welchen Verlauf eine Entwicklung nimmt.

Beide Seiten der Krise spüren wir momentan. Einerseits handelt es sich um ein Geschehen, welches wir kaum wirklich verstehen, in seiner Entwicklung nicht absehen können und dem wir uns ziemlich hilflos ausgeliefert fühlen. Auf der anderen Seite werden von uns Entscheidungen erwartet oder sogar verlangt, beispielsweise ob und wenn ja wie wir als Psychotherapeuten mit unseren Patienten in der Krise weiterarbeiten.

Diese Entscheidungen treffen wir mehr aus einem Vertrauen und einer Hoffnung heraus als aus Wissen und Erfahrung. Für Mitglieder einer demokratischen und aufgeklärten Gesellschaft ist eine solche Situation eine Herausforderung, für manche sogar eine Zumutung – gilt doch sonst der Grundsatz, dass Handlungen und Entscheidungen vernünftig und klar begründet, somit auch für Bürgerinnen und Bürger nachvollziehbar sein müssen. Nicht-Wissen und Unsicherheit, gerade bei Wissenschaftlern und politischen Entscheidungsträgern, passen nicht in das Weltbild der meisten Menschen und machen vielen Angst.

In Zeiten von Corona gelten viele Dinge plötzlich nicht mehr, deren Bedeutung für das tägliche Leben und das seelische Gleichgewicht durch ihr Fehlen jetzt besonders spürbar werden: zum Beispiel das

selbstverständliche Beieinandersein, die körperliche Berührung, die Erfahrung und das Wissen, dass vom anderen keine Gefahr ausgeht; aber auch drohende Gefahren wie Arbeitsplatzverlust oder Verlust der wirtschaftlichen Existenzgrundlagen. Was bedeutet das für die psychotherapeutische Arbeit?

In allen psychotherapeutischen Verfahren ist eine stabile und verlässliche Beziehung unabdingbare Grundlage für den Erfolg der Behandlung. Dabei hat die leibhaftige Beziehung in den psychoanalytisch begründeten Verfahren eine besondere Bedeutung, weil die konkreten Erfahrungen in der Patient-Psychotherapeut-Beziehung wesentlich zum Verstehen der Psychodynamik des Patienten genutzt werden.

Man kann es auch so formulieren: Auf der Bühne der therapeutischen Beziehung wiederholen Patienten diejenigen lebensgeschichtlichen Erfahrungen, die zu ihrer aktuellen Problematik geführt oder beigetragen haben, und machen sie auf diese Weise einer Behandlung zugänglich. Aus diesen Gründen ist es so wichtig, dass unsere Patienten diesen konkreten Beziehungsraum in einer Psychotherapie zuverlässig und sicher zur Verfügung gestellt bekommen und nutzen können. Dies gilt sowohl für Patienten in Einzeltherapie als auch in Gruppentherapie.

Die Sorge – bis hin zur Angst, sich gegenseitig anzustecken, kann zu Entscheidungen führen, die für nicht wenige Patienten eine Veränderung oder sogar den Verlust des therapeutischen Beziehungsraumes mit sich bringen. Wie einzelne Psychotherapeuten mit dieser Situation umgehen, wie sie die eigene Gefährdung und die ihres Gegenübers einschätzen, was sie als angemessene Reaktion empfinden, hängt

nicht nur von den jeweils aktuellen, oft unterschiedlichen und widersprüchlichen Informationen über die Corona-Krise ab. Auch die medizinische Vorbildung, d.h., ob der Psychotherapeut Arzt oder Psychologe ist, scheint nicht so entscheidend wie die persönlichen Einstellungen und Gefühle bezüglich Gefährdung und Sicherheit. Die Entscheidungen, die der behandelnde Psychotherapeut trifft, werden vom Patienten wiederum auf seine eigene Weise verarbeitet und beeinflussen den weiteren Behandlungsprozess.

Das Spektrum der Reaktionen auf die Corona-Krise ist breit. So gibt es Psychotherapeuten, die schon ganz zu Beginn der Krisenzeit ihre Praxen für alle Patienten geschlossen haben und seitdem nur noch Behandlung über Telefon oder Videoprogramme anbieten. Andere halten die empfohlenen Maßnahmen (Hygiene und Abstand betreffend) für ausreichend und sehen ihre Patienten weiterhin in ihren Praxen. Manche Therapeuten sitzen ihren Patienten mit einem durchsichtigen Visier gegenüber, andere installieren eine durchsichtige Plexiglaswand zwischen sich und den Patienten, ein Behandler gab die Anfertigung eines – nur oben offenen – Plexiglaskastens in Auftrag, in dem er nun während der Arbeit sitzt.

Genderneutrale Sprache

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



Welche Gefühle lösen solche Schutzvorrichtungen in Patienten aus? Welche Auswirkungen haben sie auf die therapeutische Beziehung? Erschwerend kann für Patienten in einer solchen Situation das Wissen hinzukommen, dass andere Therapeuten die Lage anders einschätzen, sich weniger bedroht fühlen und andere, weniger einschränkende Lösungen finden.

Durch die oben beschriebenen Veränderungen können unterschiedliche Fantasien und Gefühle geweckt werden. So kann zum Beispiel der Therapeut das Bedürfnis haben, sich (nicht nur auf gesundheitlicher Ebene) vor den aggressiven Gefühlen/Impulsen des Patienten zu schützen oder umgekehrt den Patienten vor seinen (des Therapeuten) eigenen aggressiven Impulsen.

Auch im Therapeuten entstehen Fantasien (z. B. Beschädigungsängste, Fantasien über die eigene Unverwundbarkeit, Unsicherheit bezüglich „richtiger“ Entscheidungen), die mit den Fantasien / Gefühlen des Patienten interagieren. Schutzmaßnahmen sind sinnvoll und notwendig, aber sie beeinflussen bzw. erschweren in teilweise erheblicher Weise die Behandlung.

Für Patienten und Therapeuten kann es schwierig sein, zwischen realer Bedrohung durch Ansteckung und der Tendenz, sich einem schwierigen therapeutischen Prozess zumindest für eine gewisse Zeit zu entziehen, zu unterscheiden. In der aktuellen Ausnahmesituation ist es schwerer möglich, den neurotischen Anteil an diesen Entscheidungen und Verhaltensweisen zu erkennen und zu bearbeiten.

Wir alle machen in dieser Zeit Erfahrungen, die teilweise bis vor kurzem unvorstellbar erschienen. Manche davon rühren bei allen Beteiligten, bei Patienten und Therapeuten, an schmerzliche lebensgeschichtliche Ereignisse, zum Beispiel an Gefühle von Bedrohung, Verlassenheit,

Ablehnung, Enttäuschung, und führen – neben den zusätzlichen Belastungen im täglichen Leben – zu existenzieller Verunsicherung und Angst. Eine noch größere Belastung stellt die Situation für viele Kinder dar. Nicht nur als Psychotherapeuten, sondern auch als betreuende Bezugspersonen, stoßen wir dabei schnell an unsere Grenzen.

Die Entscheidungen, die alle Therapeuten in der Zeit der Corona-Krise für sich und ihre Praxis treffen, führen zu einer mehr oder weniger erheblichen Beeinträchtigung des psychotherapeutischen Prozesses. Eine wichtige, aber auch schwierige Aufgabe für Psychotherapeuten ist, die eigenen Entscheidungen möglichst gut daraufhin zu überprüfen, inwieweit sie durch eine mögliche übertriebene Ängstlichkeit oder unangemessene Sorglosigkeit mitbedingt sind. Und Psychotherapeuten müssen auch den Patienten ermöglichen, zu subjektiv guten Entscheidungen zu kommen und diese, gerade in diesen besonderen Zeiten, respektieren. Ganz wichtig ist, dass Therapeuten weder für sich selbst noch für ihre Patienten Verhaltensweisen (Verhaltensanweisungen) übernehmen, hinter denen sie nicht stehen, sondern dass sie nur unter Bedingungen arbeiten, die für sie ausreichend stimmig sind und die sie verantworten können. Patienten spüren und brauchen eine solche Stimmigkeit. Manche äußern sich sehr dankbar, wenn sie weiterhin die Möglichkeit haben, in die Praxis zu kommen. Andere Patienten, denen der Besuch in der Praxis aus unterschiedlichen Gründen, meistens aus Angst, sich zu infizieren, nicht möglich erscheint, wissen zu schätzen, wenn sie durch technische Hilfsmittel wie Telefonate oder Videokonferenzen einen therapeutischen Kontakt aufrechterhalten können. So können manche neue Erfahrungen gemacht werden, die dadurch etwas

Gutes haben, dass sie in dieser schwierigen Zeit überhaupt ermöglicht werden und gelingen.

Jeder psychotherapeutische Prozess ist durch Therapeut und Patient geprägt und daher immer sehr individuell. Unter den aktuellen Bedingungen kann besonders der Rahmen der Behandlung (das Setting) nicht mehr so wie in normalen Zeiten aufrechterhalten werden. Individuelle Prägung bedeutet aber nicht Beliebigkeit – die Gestaltung des Behandlungsrahmens muss sich immer an der psychotherapeutischen Aufgabe orientieren. In diesen Zeiten benötigen unsere Patienten besonders ausreichenden Halt und Sicherheit. Besonders wichtig ist auch für die Teilnehmer von Gruppen, wenn es in diesen Zeiten gelingt, regelmäßig gemeinsame Sitzungen abzuhalten, und so eine Verbundenheit und Verlässlichkeit zu spüren.

Als Psychotherapeuten müssen wir versuchen, auch unter besonderen Bedingungen unseren Patienten in guter Weise zur Verfügung zu stehen. Das kann besser gelingen, wenn wir auch die eigenen Begrenzungen und Beschränkungen, bis hin zur eigenen Unsicherheit und Verletzlichkeit, anerkennen.

Dr. med.

Meinhard Korte

Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie

Allgemeinmedizin, Psychoanalytiker – Gruppenanalytiker, Hanau

E-Mail: kontakt@praxis-dr-korte.de



Foto: privat

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

Ausschreibung Ludwig-Demling-Medienpreis 2021

Mit dem Ludwig-Demling-Medienpreis zeichnet die Gastro-Liga journalistische Arbeiten aus, die in wissenschaftlich korrekter und gleichzeitig laienverständlicher Weise über gastroenterologische Erkrankungen und deren Prävention berichten oder zum Verständnis der Verdauungsprozesse, des Stoffwechsels oder der Ernährung beitragen. Bis zum 31. August 2020 können sich

wieder Journalistinnen und Journalisten um den Preis bewerben, der in den Kategorien Print und Elektronische Medien vergeben wird. Dotierung: insgesamt 5.000 Euro. Es können Arbeiten eingereicht werden, die in der Zeit zwischen dem 1. Juli 2018 und dem 30. April 2020 veröffentlicht wurden. Informationen im Internet: www.gastro-liga.de. (red)

Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Telefonische Informationen: Christina Ittner, Akademie, Fon: 06032 782-223

Termine für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen bis auf Weiteres unter Vorbehalt!
Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Infektiologie

Modul I – Grundkurs Antiinfektiva
Mo., 24.–Fr., 28. August 2020 **40 P**
Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf, Frankfurt
 Dr. med. J. Kessel, Frankfurt
 Prof. Dr. med. C. Stephan, Frankfurt
 Prof. Dr. med. T. Wichelhaus, Frankfurt
Ort: **Bad Nauheim**, Bildungszentrum
Gebühr: 900 € (Akademiestudenten 810 €)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 Mail: heike.cichon@laekh.de

Innere Medizin

Aktuelle Diabetologie
 In Kooperation mit der Hess. Diabetes Gesellschaft (HDG) -
 Regionalgesellschaft Hessen der Deutschen Diabetes Gesell-
 schaft e. V. (DDG); zertifizierte DMP-Fortbildung
 Diabetes mellitus Typ 2.
Teile 3 + 4: Mi., 23. September 2020 **6 P**
Gesamtleitung: Dr. med. H.-J. Arndt, Nidda
 Dr. med. B. Fischer, Gießen
Gebühr: 60 € (Akademiestudenten 54 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

EKG Refresher
Mi., 30. September 2020 **10 P**
Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden
Gebühr: 140 € (Akademiestudenten 126 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Rheuma an einem Tag -
Häufige Symptome in der täglichen Praxis
 In Zusammenarbeit mit der Kerckhoff Klinik Bad Nauheim.
Mi., 28. Oktober 2020 **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim
Gebühr: 75 € (Akademiestudenten kostenfrei)
Ort: **Bad Nauheim**, REHA Zentrum
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Hygiene / Öffentliches Gesundheitswesen

Impfkurs **Sa., 17. Oktober 2020** **10 P**
Leitung: Dr. med. P. Neumann, Frankfurt
Gebühr: 180 € (Akademiestudenten 162 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 Mail: baerbel.buss@laekh.de

Rechtsmedizin

Leichenschau **insg. 9 P**
Mi., 09. September 2020, Mi., 16. September 2020
Mi., 23. September 2020 und Mi., 30. September 2020
Ort: **Frankfurt**, Institut für Rechtsmedizin
Gebühr: 180 € (Akademiestudenten 162 €)

Verletzungsdokumentation
Teil 1: **Mi., 21. Oktober 2020**
Teil 2, Fallbespr.: **Mi., 04. November 2020**
Gebühr: jeweils 70 € (Akademiestudenten 63 €)

Leitung: Prof. Dr. med. M. A. Verhoff, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Moderatorent raining

Fr., 25.–Sa., 26. September 2020 **20 P**
Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda
Gebühren: 360 € (Akademiestudenten 324 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin
Sa., 31. Oktober 2020 **10 P**
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 140 € (Akademiestudenten 126 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Ultraschall

Kurse in Planung, bitte beachten Sie kommende Hinweise auf der Internetseite unter www.akademie-laekh.de.

Gefäße

Kurse in Planung

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

Abdomen und Retroperitoneum

Kurse in Planung

Leitung der Kurse für Abdomen: Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust, Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt, Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Modul Schilddrüse II: Sa., 21. November 2020

Gebühr: 250 € (Akademiestatistiker 225 €)

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

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

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

Ernährungsmedizin

Block 1: Fr., 30.–Sa., 31. Oktober 2020

Block 2 + 4: Fr., 20.–Sa., 21. November 2020

Block 3: Fr., 04.–Sa., 05. Dezember 2020

Zwischenprüfung: Mi., 16. Dezember 2020

Weitere Termine und Gebühren unter www.akademie-laekh.de

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. Stein, Dr. med. K. Winckler

Gebühren: Block 1, 3 je 220 € (Akademiestatistiker 198 €)
Block 2 + 4 je 300 € (Akademiestatistiker 270 €)
inkl. Prüfung

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

Dermatologie

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Fr., 23. Oktober 2020 **8 P**

Leitung: Dr. med. H.-M. Hübner, Langgöns, Dr. med. E. Reichwein, Villmar

Gebühren: je 180 € (Akademiestatistiker 162 €) zzgl. 70 € Schulungsmaterial

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

Geriatrische Grundversorgung

Block Ia: Fr., 20.–Sa., 21. November und

32 P

Block Ib: Fr., 11.–Sa., 12. Dezember

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

Gebühr: 500 € (Akademiestatistiker 450 €)

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Kurse in Planung, bitte beachten Sie kommende Hinweise auf der Internetseite unter www.akademie-laekh.de.

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Fr., 11.–Sa., 12. September 2020 (Theorie)

20 P

Mi., 16. September 2020 (Praktikum)

Gebühr: 340 € (Akademiestatistiker 306 €)

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

Kenntniskurs Sa., 24. Oktober 2020

(Theoretische und praktische Unterweisung)

Gebühr: Theorie: 100 € (Akademiestatistiker 90 €)

Praxis: 60 € (Akademiestatistiker 54 €)

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

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

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

Hämotherapie

Qualitätsbeauftragter Hämotherapie

Termin für 2021 in Planung

Leitung: Prof. Dr. G. Bein, Gießen

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot

Do., 19.–Fr., 20. November 2020

16 P

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

Gebühr: 360 € (Akademiestatistiker 324 €)

Ort: Darmstadt, Klinikum

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

Medizinische Begutachtung

Modul II: Sa., 24. Oktober 2020

8 P

Gebühr: 140 € (Akademiestatistiker 126 €)

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

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

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“ – Neonatologie / Genetik / Ethik
Mi., 24. Juni 2020 7 P
Leitung: Prof. Dr. med. R. Schlößer, Frankfurt
Gebühr: 75 € (Akademiestudenten kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Muslimische Patienten in der Psychotherapie

Sa., 27. Juni 2020 6 P
Leitung: Dr. med. I. Rüschhoff, Rüsselsheim
Gebühr: 100 € (Akademiestudenten 90 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.flören@laekh.de

Einführung in das Medizinrecht

Mi., 30. September 2020
Leitung: Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
 H.-R. Tinneberg, Frankfurt
 RAin M. Strömer, Frankfurt
Gebühr: 100 € (Akademiestudenten 90 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
 Mail: baerbel.buss@laekh.de

Notfall- und Intensivmedizin

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt
Sa., 24. Oktober 2020
Leitung: Dr. med. T. Schneider, Wiesbaden
Ort: Mainz-Kastel, Feuerwache II
Gebühr: 240 € (Akademiestudenten 216 €)

Sa., 21. November 2020 12 P
Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel
Ort: Kassel, Hess. Landesfeuerwehrschule
Gebühr: 260 € (Akademiestudenten 234 €)

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Do., 05. – Sa., 07. November 2020 30 P
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
 M. Leimbeck, Braunfels
Gebühr: 420 € (Akademiestudenten 378 €)

Notfallmedizin machbar machen
Mi., 25. November 2020 8 P
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
Gebühr: 180 € (Akademiestudenten 162 €)

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

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken. Die Blöcke werden als Blended Learning-Veranstaltung angeboten, ihnen geht eine Telearnphase voraus.
 Die ArbMedVV „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen“ ist in Block B2 integriert.
Kurstage: Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!
B2: **Mi., 21.–Mi., 28. Oktober 2020**
 Beginn der Telearnphase: 22. September 2020
C2: **Mi., 02.–Mi., 09. Dezember 2020**
 Beginn der Telearnphase: 03. November 2020
Gebühr: je Block 650 €
 (Akademiestudenten 585 €)
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,
 E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

G9–G10: **Fr., 18.–Sa., 19. September 2020**
G11–G12: **Fr., 23.–Sa., 24. Oktober 2020**
G13–G14: **Fr., 13.–Sa., 14. November 2020**
G15: **Sa., 12. Dezember 2020**

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Fr., 18.–Sa., 19. September 2020
Fr., 13.–Sa., 14. November 2020

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

Manuelle Medizin / Chirotherapie

Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin / Chirotherapie müssen sieben Kursblöcke besucht werden. Weitere Termine werden 2021 an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim angeboten.

Kursblock IV: Aufbaukurs Muskel-Kiefer

Fr., 23.–Sa., 24. Oktober u. Fr., 30.–Sa., 31. Oktober 2020
(inkl. 20 UE E-Learning, Beginn 23. September 2020)

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

Gebühr: 1.000 € (Akademiestmitglieder 900 €)

Weitere Termine und Gebühren auf Anfrage.

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

Suchtmedizin**Suchtmedizinische Grundversorgung**

Kursteil 1: Fr., 21.–Sa., 22. August 2020

Gebühr: 200 € (Akademiestmitglieder 180 €)

Kursteil 2: Fr., 04.–Sa., 05. September 2020

Gebühr: 210 € (Akademiestmitglieder 189 €)

Kursteil 3: Fr., 11.–Sa., 12. September 2020

Gebühr: 220 € (Akademiestmitglieder 198 €)

Kursteil 4: Fr., 30.–Sa., 31. Oktober 2020

Gebühr: 220 € (Akademiestmitglieder 198 €)

Leitung: D. Paul, Frankfurt

Orte: Kursteile 1–3:

Frankfurt, Bürgerhospital und SAGS

Kursteil 4: **Friedrichsdorf**, Salus Klinik

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

Block C: Fr., 04.–Sa., 05. September 2020 20 P

Leitung: C. Drefahl, Frankfurt

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Block B: Fr., 06.–Sa., 07. November 2020 20 P

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

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Block D: Fr., 04.–Sa., 05. Dezember 2020 20 P

Leitung: Dr. med. Sina Moreau, Frankfurt

Dr. med. Gerd Neidhart, Frankfurt

Gebühren: je Block 300 € (Akademiestmitgl. 270 €)

Orte: Block C und D: Bad Nauheim, BZ LÄKH,

Block B: Kassel, Klinikum

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

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

Kurs A – Modul I: Di., 07.–Mi., 08. Juli 2020 20 P

Kurs B – Modul IIa: Fr., 18.–Sa., 19. September 2020 20 P

Leitung: Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden

Gebühren: Kurs A / B jeweils jeweils 300 €
(Akademiestmitglieder 270 €)

Für Teilnehmer des Weiterbildungscollees der Kompetenz-
zentren Hessen gelten ermäßigte Gebühren. Bitte fragen Sie
uns.

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Fr., 19.–Sa., 20. Juni 2020 16 P

Gesamtleitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt

Gebühr: 260 € (Akademiestmitglieder 234 €)

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block III a : Mi., 09.–Sa., 12. September 2020 32 P

Telelernphase: 14. September–10. November 2020 24 P

Block III b: Mi., 11.–Sa., 14. November 2020 32 P

Gebühren: III a, III b je:
770 € (Akademiestmitglieder 693 €)

Leitung: N. Walter, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,

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

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 3 Mo., 16.–Fr., 20. November 2020 40 P

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: 800 € (Akademiestmitglieder 720 €)

Kurs-Weiterbildung Di., 08.–Sa., 12. Dezember 2020 40 P

Gebühr: 700 € (Akademiestmitglieder 630 €)

Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 11.–Sa., 14. November 2020

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.
H.-R. Tinneberg, Frankfurt

Gebühr: 520 € (Akademiemitglieder 468 €)

Auskunft/Anmeldung: S. Holler, Fon: 06032 782-226
E-Mail: susanne.holler@laekh.de

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 12: Mo., 21.–Di., 22. September 2020

ZTK 1: Mi., 23.–Do., 24. September 2020

ZTK 11: Fr., 25.–Sa., 26. September 2020

ZTK 9: Mo., 02.–Di., 03. November 2020

ZTK 14: Mi., 04.–Do., 05. November 2020

ZTK 3: Fr., 06.–Sa., 07. November 2020

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer,
Gebühren: je ZTK 300 €

(Akademiemitglieder 270 €)

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 09.–Sa., 14. November 2020

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

Gebühr: 600 € (Mitglieder Akademie, BDI und DGIM 540 €)

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

Grundkurs: Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

Kursblock A: Mo., 31. August–Fr., 04. September 2020

Kursblock B: Mo., 07.–Fr., 11. September 2020

Gebühren: je Kursblock 350 €
(Akademiemitglieder 315 €)

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 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):

Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim.

Kinderbetreuung: Für Kinder von drei bis acht Jahren freitags und samstags kostenfrei möglich! Telefonische Informationen: Christina Ittner, Fon: 06032 782-223.

Gebühr (sofern nicht anders angegeben): gilt inklusive Seminarunterlagen und Pausenverpflegung.

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

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Gebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Bitte informieren Sie sich über die Mitgliedsbeiträge online oder bei Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de

Akademie online:
www.akademie-laekh.de
E-Mail: akademie@laekh.de



Angebot der COS

Aktuelle Informationen zu dem Veranstaltungsangebot der Carl-Oelemann-Schule (COS) sind auf der Website der Landesärztekammer Hessen unter: www.laekh.de eingestellt.

„Gemeinsam stark“

Nationale Winterspiele „Special Winterspiele“ in Berchtesgaden



Impressionen von den Siegerehrungen und dem Eisstockschießen (siehe weiteres Foto).

Mit Entzünden der Olympischen Flamme und dem Eid der Sportlerinnen und Sportler „Ich will gewinnen, doch wenn ich nicht gewinnen kann, so lasst mich mutig mein Bestes geben“ wurden die Nationalen Winterspiele der „Special Olympics“ Anfang März 2020 in Berchtesgaden eröffnet. Die Begeisterung, die die rund 900 Sportlern mit geistiger Behinderung ausstrahlten, war nicht nur an der grandiosen Eröffnungsfeier zu spüren. Schon an der

Anmeldestelle im Kongresszentrum Berchtesgaden herrschte ein lebhaftes, fröhliches Treiben – ganz professionellen Sportveranstaltungen angemessen. Die Schatten der Corona-Pandemie störten das noch nicht. Man begrüßte sich durchaus ernst, aber unbeschwert mit Ellenbogen oder Fuß-

kontakt. An den strengen Abstand, wie er später im Verlaufe der Pandemie Vorschrift wurde, war allerdings noch nicht zu denken. Die Sportlerinnen und Sportler lebten in den Wettkämpfen das Motto der Spiele „Gemeinsam Stark“ bei den acht Disziplinen beispielhaft. Sie wetteiferten ehrgeizig, aber mit faszinierendem Gemeinschaftsgefühl bei den Sportarten Eiskunstlauf, Short Track (eine Disziplin des

Eischnellaufes), Ski-Alpin, Ski-Langlauf, Snowboard, Schneeschuhlaufen, Floorball und Stocksport, an denen auch Sportler aus Hessen erfolgreich teilnahmen.

Neben den offiziellen Wettkämpfen hatten Gäste die Möglichkeit, sich in inklusiven Teams zu messen. Die Athletinnen und Athleten wurden von 330 Trainern, 200 Familienangehörigen und 500 ehrenamtlichen Helfern, den „Volunteers“, begleitet und unterstützt.

Beispielhaft ist das Angebot des Gesundheitsprogramms der Special Olympics „Healthy Athletes“, das allen Sportlern und Begleitern zur Verfügung stand und sich durchaus als erfolgreiches Präventionsprogramm für alle Sportler und Nicht-Sportler umsetzen lässt. Ich konnte für die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) als Beobachter teilnehmen – und war fasziniert vom



Sportsgeist und der Begeisterung aller Teilnehmer. Interessierte sollten sich die sportlichen Ereignisse auf der Internetseite „specialolympics.de“ genauer ansehen. Sicher lohnt es sich auch, die vom 15. bis 17. Juni 2021 im Darmstädter Bürgerpark geplanten Landesspiele Hessen fest im Terminkalender einzuplanen.

Special Olympics Hessen sucht Ärztinnen und Ärzte für den ehrenamtlichen Einsatz



Die weltweit größte Sportorganisation für Menschen mit geistiger Behinderung bietet als Alltagsbewegung ihren Athletinnen und Athleten auch in Hessen nicht nur Sportwettbewerbe, sondern auch ein Gesundheitsprogramm an, welches ausgebaut werden soll. Dafür werden Ärztinnen und Ärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen (z. B. HNO, Augenheilkunde, Kardiologie) gesucht, die mit ihrer fachlichen Kompetenz bei Veranstaltungen ehrenamtlich unterstützen können und Freude daran haben, mit Menschen mit geistiger Behinderung zusammen zu arbeiten.

Special Olympics wurde in den 1960er-Jahren in den USA gegründet und ist heute mit mehr als 3,1 Millionen Athletinnen und Athleten in 175 Ländern vertreten. Im Rahmen des weltweiten Programms Healthy Athletes® zur Verbesserung von Gesundheit und Fitness bietet Special Olympics allen Athleten bei Sportveranstaltungen kostenlose und umfassende Beratungen und Kontrolluntersuchungen an.

Weitere Infos unter folgendem Kurzlink: <https://tinyurl.com/ra9rwzj>
Ansprechpartnerin: Leonie Daiber,
E-Mail: l.daiber@so-he.de

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

ehemaliger
Präsident
der Landesärztekammer Hessen,
alternierender Vorsitzender der BGW



Foto: www.martinjoppen.de

Zur Bekanntmachung der neuen Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020 (WBO 2020)

Gemäß § 1 Abs. 4 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) wird die neue Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020 (WBO 2020) in einer ausschließlich online erscheinenden Sonderausgabe des Hessischen Ärzteblattes auf der Website der LÄKH unter

www.laekh.de/aerzte/weiterbildung/ bekanntgemacht, dort dauerhaft bereitgestellt und ist nun abrufbar.

Frankfurt am Main, 12. Mai 2020
Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Personalia

Josef Pfeilschifter übergibt sein Amt als Dekan des Fachbereichs Medizin



Foto: Uniklinikum Frankfurt

Nach 18 Jahren übergibt Prof. Dr. med. Josef Pfeilschifter (Foto) sein Amt als Dekan des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main.

Während es in der Forschung 2002 nur einen DFG-Sonderforschungsbereich gab, hat Pfeilschifter dazu beigetragen, dass die Medizin nun an insgesamt neun Sonderforschungsbereichen beteiligt ist. In der Exzellenzstrategie von Bund und Ländern ist das Cardio-Pulmonale Insti-

tut als einziger hessischer Antrag erfolgreich gewesen, gemeinsam mit der Universität Gießen und dem Max-Planck-Institut Bad Nauheim.

Dekan war Josef Pfeilschifter im Nebenamt. Er ist seit 1996 Universitätsprofessor in Frankfurt und Direktor des Instituts für Allgemeine Pharmakologie und Toxikologie. Zugleich ist er Sprecher des DFG-Sonderforschungsbereichs 1039, der sich mit der krankheitsrelevanten Signaltransduktion durch Fettsäurederivate und Sphingolipide befasst. Als erster Vizepräsident des Deutschen Hochschulverbands wird er weiterhin aktiv bleiben. (red)

Geburtstage

Bezirksärztekammer Gießen

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Wichtige Ausbildungsbestimmungen

Zum Beginn des neuen Ausbildungsjahres macht die Abteilung „Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte“ der Landesärztekammer Hessen auf wichtige Ausbildungsbestimmungen aufmerksam, zum Beispiel:

- Verbundausbildung
- Wichtige gesetzliche Bestimmungen, zum Beispiel Berufsbildungsgesetz (BBiG) und Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)
- Probezeit
- Teilnahme an Prüfungen
- Freistellungen
- Kostenübernahmen
- Vertragliche Bestimmungen (z. B. Gehalts- und Manteltarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen, Berufsausbildungsvertrag)
- Betriebliche Altersvorsorge und Entgeltumwandlung

Unter dem Titel „Ausbildungsbestimmungen“ kann diese Information im In-

ternet unter <https://www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/vorschriften-und-vertraege/> abgerufen werden.

Externenprüfung

Der Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf gilt gerade heute als Mindestvoraussetzung für einen erfolgreichen Berufseinstieg und ein stabiles Beschäftigungsverhältnis. Ohne Ausbildungsabschluss gibt es kaum noch Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

Nach § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz können auch Kandidatinnen und Kandidaten zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte zugelassen werden, die keine Ausbildung im dualen System durchlaufen haben, aber im Aufgabengebiet einer/eines Medizinischen Fachangestellten beschäftigt waren. Informationen zur „Externenprüfung“ können im Internet unter www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/pruefungen/ abgerufen werden.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Fortsetzung

Bezirksärztekammer Darmstadt

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 60063114 ausgestellt am 14.01.2020 für Dr. med.

Janos Albrecht, Schmitten

Arztausweis-Nr. 60053327 ausgestellt am 19.03.2018 für Mario Berwald, Riedstadt

Arztausweis-Nr. 60056027 ausgestellt am 10.10.2018 für Natalia Closas Estal, Stuttgart

Arztausweis-Nr. 60037408 ausgestellt am 19.02.2015 für Christina-Tove Hohaus, Hüttenberg

Arztausweis-Nr. 60046060 ausgestellt am 13.12.2016 für Dr. med.

Franz-Josef Larsch, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60062651 ausgestellt am 13.12.2019 für Dr. med.

Sebastian Pretzsch, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60064385 ausgestellt am 16.03.2020 für

Glykeria Touloumenidou, Bochum

Arztausweis-Nr. 60049341 ausgestellt am 19.07.2017 für Dr. med. univ.

Sophia Wolf, Mühlthal

Geburtstage

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Bezirksärztekammer Kassel

Register www.covid19-rheuma.de

Menschen mit Rheuma und COVID-19 bestmöglich versorgen



Die Justus-Liebig-Universität Gießen und die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) haben das deutsche Covid-19-Register erstellt, damit Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und Covid-19-Nachweis anonym erfasst werden können. Mithilfe des Registers sollen Informationen zum Verlauf einer Covid-19-Infektion unter antirheumatischer Therapie gewonnen werden, um baldmöglichst daraus Empfehlungen für die Handhabung antirheumatischer Therapien angesichts der Corona-Pandemie abzuleiten zu können.

Ärztinnen und Ärzte können auf der Website www.covid19-rheuma.de – nach kurzer Registrierung – komfortabel Rheumapatienten mit positivem Nachweis von SARS-CoV-2 oder mit Covid-19-Erkrankung online dokumentieren (Dauer maximal sieben Minuten).

Betroffene Patientinnen und Patienten können sich selbst auch direkt telefonisch bei der Kontaktstelle des Registers melden, wo ein Rheumatologe entsprechende Angaben erfragt. Die erhobenen Fälle sollen auch den korrespondierenden internationalen Registern zur Verfügung gestellt werden, so dass keine doppelten Eingaben notwendig sind. Das Covid-19-Register in Gießen wird geleitet von Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner und Dr. med. Rebecca Hasseli.

Neben dem Register COVID-19-rheuma.de von DGRh und Uni Gießen betreibt auch die europäische rheumatologische Fachorganisation EULAR ein Register, und auch in den USA haben Wissenschaftler einen internationalen Fragebogen eingerichtet. Die DGRh unterstützt beide Initiativen aktiv. (red)

Bezirksärztekammer Marburg

Ehrungen MFA/Arzthelfer*innen

Wir gratulieren zum mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Führungsstil von Ärzten: Studienteilnehmer gesucht

Im Rahmen einer Studie zum Einfluss des Führungsstils von Ärztinnen und Ärzten auf die Arbeitsbelastung und Mitarbeiterbindung der ihnen untergeordneten Medizinerinnen und Mediziner sucht Leon Pobuda ab sofort Teilnehmende. Der Student der Psychologie mit Schwerpunkt Arbeits- und Organisationspsychologie an der Privaten Hoch-

schule Göttingen führt die Studie im Rahmen seiner Masterarbeit durch. Die Teilnahme erfolgt mittels der Beantwortung eines Online-Fragebogens, der bis zum 31. Juli 2020 unter www.soscisurvey.de/Masterarbeit_Pobuda/ ausgefüllt werden kann. Die Befragung richtet sich an Ärzte in Weiterbildung sowie an Fach- und (Funktions-) Oberärzte. (red)

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
Stellvertreter: Dr. med. H. Christian Piper
(beide sind Mitglieder des Präsidiums der LÄK Hessen)

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin
Dipl. Soz. Maren Grikscheit, 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)
Prof. Dr. med. Hans-Rudolf Tinneberg (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
Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: haebl@laekh.de
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

Geschäftsführung: Jürgen Führer

Leitung Geschäftsbereich Medizin und Zahnmedizin: Katrin Groos

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

Abonnementservice: Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314
Abo-Service@aerzteverlag.de

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 140,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00
Einzelheftpreis € 14,00, Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

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

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

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

**Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt und verantwortlich für
den Stellen- und Rubrikenmarkt:** Marcus Lang, Tel.: +49 2234 7011-302,
E-Mail: lang@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter 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

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

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: Meike Höhner

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

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln
Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)
IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEDED

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)
IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 6, gültig ab 01.01.2020

Auflage Lt. IVW 1. Quartal 2020:

Druckauflage: 37.467 Ex.; Verbreitete Auflage: 37.188 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.

81. Jahrgang

ISSN 0171–9661

Urheber- und Verlagsrecht

Mit dem Einreichen eines Beitrags zur Veröffentlichung erklärt der Autor,
dass er über alle Rechte an dem Beitrag verfügt. Er überträgt das Recht, den
Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen, auf die
Redaktion des Hessischen Ärzteblatts. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner
gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlags-
rechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Bei-
trägen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen. Mit Annahme
des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte
zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen
Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotoko-
pien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Ver-
wertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Gren-
zen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeila-
gen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für
unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. über-
nimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete
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 be-
zeichnet sind.

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
- Geschäftsstelle -

Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen auf der Grundlage des Bedarfsplans 2019 mit dem Arztstand 01.03.2020 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das HMSI

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 30. April 2020 unter Zugrundelegung des Arztstandes 01.03.2020 im Rahmen eines Umlaufverfahrens folgende Beschlüsse gefasst:

I. Es wird festgestellt, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in den Tabellen 1 bis 5 jeweils dargestellten Versorgungsebenen in den mit ÜV gekennzeichneten Planungsbereichen und Fachgruppen eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt.

II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für diese Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.

III. Bei den Planungsbereichen und Fachgruppen, in denen gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 26 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zulassungen erfolgen dürfen, ist die Anzahl der freien Sitze in den Tabellen 1 bis 4 ausgewiesen.

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind bis zum 13.07.2020 an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapie, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt, zu senden.

Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit).

→ siehe Anlage 1 bis 5

Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 30. April 2020 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte/Psychotherapie diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten/Psychotherapeuten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder dem für den Niederlassungsort zuständigen KVH-BeratungsCenter über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

Matthias Mann
Rechtsanwalt
Vorsitzender des Landesausschusses

Anlage 1

HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

PLANUNGSBEREICH	Hausärzte	PLANUNGSBEREICH	Hausärzte
Allendorf (Eder)/Battenberg	5,00	Hofgeismar	4,50
Alsfeld	4,00	Hornberg (Efze)	2,00
Bad Arolsen	1,00	Hünfeld	0,00
Bad Hersfeld	2,00	Idstein	11,00
Bad Homburg/Oberursel/Friedrichsdorf	UV	Kassel-Nord	3,00
Bad Orb	0,00	Kassel-Stadt	UV
Bad Schwalbach	1,50	Kassel-Süd	12,50
Bad Wildungen	UV	Kirchhain	2,50
Bebra/Rotenburg a.d. Fulda	1,75	Königsstein/Kronberg/Schwalbach/ Bad Soden/Eschborn	2,50
Bensheim/Heppenheim	2,50	Korbach	5,50
Biedenkopf	6,50	Lampertheim/Vienheim	16,50
Borken (Hessen)	5,00	Lauterbach	5,50
Büdingen	4,25	Lich/Hungen/Reiskirchen	2,50
Butzbach	1,00	Limburg	2,50
Darmstadt	2,00	Marburg	UV
Dieburg/Groß-Umstadt	15,00	Melsungen	3,00
Elfvile	UV	Michelstadt	4,00
Erbach	2,00	Neu-Isenburg/Dreieich/ Langen	15,00
Eschwege	7,00	Nidda	1,00
Frankenberg (Eder)	5,00	Offenbach	4,00
Frankfurt	UV	Rudesheim/Gelsenheim	UV
Friedberg/Bad Nauheim	0,00	Rüsselsheim	6,50
Fritzlar	UV	Schlichtern	2,50
Fulda	4,00	Schwalmsstadt	4,50
Gelnhausen	4,00	Seligenstadt	1,50
Gießen	0,00	Sontra	5,50
Gladenbach	1,00	Stadtlendorf	1,50
Groß-Gerau	11,00	Taunusstein	UV
Grünberg/Laubach	0,25	Ursingen	2,00
Haiger/Dillenburg	6,00	Wächtersbach/Bad Soden-Salmünster	5,25
Hanau	21,00	Weiburg	2,00
Hattersheim/Hofheim/Kelkheim	1,00	Weizlar	UV
Herborn	1,25	Wiesbaden	UV
Herringen (Werra)	UV	Witzenhausen	3,50
Hessisch Lichtenau	UV	Wolfratshausen	1,50
Hausenstamm/Rödermark/Rodgau/Dietzenbach/Oberthausen	20,00	freie Arztelze gesamt	268,75
Hochheim/Fürstheim	UV		

Beschluss Landesausschuss 30.04.2020
Arztbestand 01.03.2020¹⁾

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

¹⁾ Bis zum 02.07.2020 erfolgte Zulassungen aufgrund partieller Öffnung aus dem Beschluss des Landesausschusses vom 28.11.2019 sind bereinigt

Anlage 2

Beschluss Landesausschuss 30.04.2020
Arztbestand 01.03.2020¹⁾

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

PLANUNGSBEREICH	Augenärzte	Chirurgen und Orthopäden	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte	Kinderärzte	Nervenärzte ²⁾	Urologen	Psychotherapeuten ²⁾	freie Arztstühle gesamt
Darmstadt, Stadt	UV	UV	UV	UV	UV	UV	UV	UV	UV	0,00
Frankfurt am Main, Stadt	UV	UV	0,00	UV	UV	0,00	UV	UV	UV	0,00
Offenbach am Main, Stadt	UV	UV	UV	UV	0,50	2,50	UV	UV	UV	3,00
Wiesbaden, Stadt	UV	UV	UV	UV	UV	0,00	UV	UV	UV	0,00
Kreis Bergstraße	UV	UV	UV	UV	UV	0,00	3,00	0,00	UV	3,00
Landkreis Darmstadt-Dieburg	UV	UV	UV	UV	UV	0,00	1,00	UV	0,00	1,00
Kreis Groß-Gerau	UV	UV	UV	0,50	1,00	0,00	2,00	UV	UV	3,50
Hochtaunuskreis	UV	UV	UV	UV	UV	UV	UV	UV	UV	0,00
Main-Kinzig-Kreis	1,50	0,50	UV	1,00	UV	1,00	7,00	0,00	UV	11,00
Main-Taunus-Kreis	UV	UV	UV	UV	UV	UV	2,50	UV	UV	2,50
Odenwaldkreis	2,50	UV	1,00	UV	UV	1,00	1,00	0,00	0,00	5,50
Landkreis Offenbach	1,00	UV	UV	0,00	0,00	UV	5,50	0,00	0,00	6,50
Rheingau-Taunus-Kreis	4,00	UV	UV	UV	UV	0,00	1,50	UV	UV	5,50
Wetteraukreis	0,00	UV	UV	UV	UV	3,25	2,00	0,00	UV	5,25
Landkreis Gießen	UV	UV	UV	UV	UV	UV	UV	0,00	UV	0,00
Lahn-Dill-Kreis	UV	UV	UV	UV	2,00	0,00	2,50	UV	UV	4,50
Kreis Limburg-Weilburg	0,25	UV	UV	UV	0,00	0,25	UV	0,00	UV	0,50
Landkreis Marburg-Biedenkopf	UV	UV	UV	UV	0,00	UV	0,50	UV	UV	0,50
Vogelsbergkreis	0,00	UV	2,00	UV	1,00	0,00	2,00	0,50	UV	5,50
Kassel, Stadt	UV	UV	UV	UV	UV	UV	UV	UV	UV	0,00
Stadt und Landkreis Fulda	0,00	UV	UV	UV	UV	UV	1,50	UV	UV	1,50
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	0,50	UV	UV	2,00	UV	0,50	1,50	UV	0,50	5,00
Landkreis Kassel	UV	UV	UV	UV	UV	0,00	3,00	UV	UV	3,00
Schwalm-Eder-Kreis	1,00	UV	1,00	1,50	1,50	4,50	2,50	0,50	UV	12,50
Landkreis Waldeck-Frankenberg	0,50	UV	UV	0,50	UV	0,00	2,50	UV	UV	3,50
Landkreis Werra-Meißner	0,00	UV	UV	1,00	1,00	0,00	3,00	1,50	0,00	6,50
freie Arztstühle gesamt	11,25	0,50	4,00	6,50	7,00	13,00	44,50	2,50	0,50	89,75

UV – Überversorgung
Versorgungsgrad 100 bis 110 %
Versorgungsgrad unter 100 %
drohende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

¹⁾ Bis zum 02.07.2020 erfolgte Zulassungen aufgrund partieller Öffnung aus dem Beschluss des Landesausschusses vom 28.11.2019 sind bereinigt

²⁾ siehe Quotenstühle in Anlage 3

Anlage 3

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE - Quotenplätze

Beschluss Landesausschuss 30.04.2020
Arztbestand 01.03.2020¹⁾

PLANUNGSBEREICH	Nervenärztliche				Psychotherapeuten			
	Nervenärztliche ²⁾	Neurologie ³⁾	Psychiatrie	freie Quotenplätze Nervenärzte	SOM ⁴⁾	ÄP ⁴⁾	<JF	freie Quotenplätze Psychotherapeuten
Darmstadt, Stadt	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Frankfurt am Main, Stadt	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,00	0,00	8,00
Offenbach am Main, Stadt	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,50	0,00	0,50
Wiesbaden, Stadt	0,00	0,00	0,00	0,00	2,50	0,00	0,00	2,50
Kreis Bergstraße	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Landkreis Darmstadt-Dieburg	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Kreis Groß-Gerau	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	0,00	4,00
Hochtaunuskreis	0,00	0,00	1,00	1,00	1,50	0,00	0,00	1,50
Main-Kinzig-Kreis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,50	0,00	7,50
Main-Taunus-Kreis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	3,00
Odenwaldkreis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Landkreis Offenbach	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rheingau-Taunus-Kreis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Wetteraukreis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	2,00
Landkreis Gießen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,50	0,00	3,50
Lam-Dill-Kreis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Kreis Limburg-Weilburg	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,50
Landkreis Marburg-Biedenkopf	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vogelsbergkreis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,50
Kassel, Stadt	1,50	0,00	0,00	1,50	0,00	0,00	0,00	0,00
Stadt und Landkreis Fulda	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,50
Landkreis Hersfeld-Rosenburg	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Landkreis Kassel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Schwalm-Edar-Kreis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	2,00
Landkreis Waldeck-Frankenberg	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	3,00
Landkreis Werra-Meißner	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
freie Arztplätze gesamt	1,50	1,00	1,00	3,50	5,00	38,50	0,00	43,50

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

- ¹⁾ Bis zum 02.07.2020 erfolgte Zulassungen aufgrund partieller Öffnung aus dem Beschluss des Landesausschusses vom 28.11.2019 sind bereinigt.
²⁾ Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Ärzte mit doppelter Facharztspezialisation in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie.
³⁾ Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin.
⁴⁾ Ärztliche Psychotherapeuten mit Psychosomatikern.

Anlage 4

Beschluss Landesausschuss 30.04.2020
Arztbestand 01.03.2020¹⁾

SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

Planungsbereich	Anästhesisten	Fachinternisten ²⁾	Kinder- und Jugendpsychiatern	Radiologen	freie Arztstze gesamt
Mittelhessen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Nordhessen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Osthessen	ÜV	0,00	3,00	ÜV	3,00
Rhein-Main	ÜV	ÜV	7,50	ÜV	7,50
Starkenburg	ÜV	ÜV	2,50	ÜV	2,50
freie Arztstze gesamt	0,00	0,00	13,00	0,00	13,00

Quotensttze:

Planungsbereich	Maximalquoten ³⁾			
	Rheumatologen	Kardiologen	Gastroenterologen	Pneumologen
Mittelhessen	0,00	erreicht	1,50	0,50
Nordhessen	1,50	1,50	7,50	3,50
Osthessen	0,00	erreicht	3,00	1,00
Rhein-Main	0,00	erreicht	erreicht	5,00
Starkenburg	0,00	2,00	1,50	1,00
freie Arztstze gesamt	1,50			erreicht

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

¹⁾ Bis zum 02.07.2020 erfolgte Zulassungen aufgrund partieller Öffnung aus dem Beschluss des Landesausschusses vom 28.11.2019 sind bereinigt.

²⁾ siehe Tabelle Quotensttze Anlage 4

³⁾ Berücksichtigung festgelegter maximaler Versorgungsanteile im Nachbesetzungsverfahren. Es wird ausgewiesen, wie viele Quotenplätze bis zur Erfüllung der jeweiligen Quote bestehen. Diese Quotenplätze sind nicht als zusätzliche Niederlassungsmöglichkeit zu interpretieren.

Anlage 5

Beschluss Landesausschuss 30.04.2020
Arztbestand 01.03.2020¹⁾

GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

PLANUNGSBEREICH			
Hessen			
Humanogenetiker	ÜV		
Laborärzte	0,50		
Neurochirurgen	ÜV		
Nuklearmediziner	ÜV		
Pathologen	0,00		
Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner	12,00		
Strahlentherapeuten	ÜV		
Transfusionsmediziner	ÜV		
freie Arztstühle gesamt	12,50		

ÜV - Überversorgung

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

Versorgungsgrad unter 100 %

¹⁾ Bis zum 02.07.2020 erfolgte Zulassungen aufgrund partieller Öffnung aus dem Beschluss des Landesausschusses vom 28.11.2019 sind bereinigt