

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 11 | 2016
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 77. Jahrgang



Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen

10. ordentliche Delegiertenversammlung

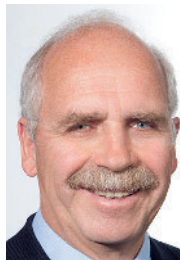
Das hessische Ärzteparlament stimmte u.a. über die Ausgabe des elektronischen Heilberufsausweises ab

Zur ethischen Bedeutung der Freiberuflichkeit

Prof. Dr. med. Giovanni Maio erläutert die Notwendigkeit und die Bedeutung der Freiberuflichkeit für die Ärzteschaft

Das Weiterbildungsregister in Hessen

Zentrale Ergebnisse der Erhebung aller hessischen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung 2015



Alles online oder was?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

manch einer mag die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) für ein gallisches Dorf gehalten haben, war die LÄKH doch zuletzt die einzige Landesärztekammer, die den Rahmenvertrag zur Herausgabe des elektronischen Heilberufsausweises noch nicht unterschrieben hatte, denn die Delegiertenversammlung der LÄKH hatte sich 2008 aus Datenschutzgründen gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und damit auch gegen den erwähnten Rahmenvertrag entschieden. Nun haben das E-Health-Gesetz und das hessische Heilberufsgesetz auch die LÄKH faktisch zur Unterzeichnung gezwungen, denn die Kammer muss natürlich das Ihre tun, um ihren Mitgliedern ein gesetzeskonformes Verhalten zu ermöglichen.

Dies wurde auch von der Delegiertenversammlung so gesehen (vgl. S. 614f). Und doch erfolgte diese Zustimmung nicht aus innerer Überzeugung, denn an den damaligen Kritikpunkten der hessischen Ärztinnen und Ärzte hat sich bis heute nicht viel geändert. Dabei möchte ich mich gar nicht weiter über die bislang entstandenen Kosten für die Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte äußern, die bei etwa 1,2 Mrd. Euro liegen. Doch das Thema Datenschutz treibt mich nach wie vor um, denn als Ärzte unterliegen wir der Schweigepflicht. Daher müssen wir uns im Sinn unserer Patientinnen und Patienten auch für die technische Seite des Datenschutzes interessieren. Die hessischen Ärztinnen und Ärzte sind keineswegs Gegner des technischen Fortschritts. Hier darf ich nur an den von der LÄKH herausgegebenen QSIG-Ausweis erinnern, einen Arztausweis mit qualifizierter elektronischer Signatur, mit dem sich Arztbriefe elektronisch signieren ließen, der allerdings aufgrund der benannten Bedenken bewusst nicht mit der elektronischen Gesundheitskarte kommunizierte. Auch der Chaos Computer Club hält die Daten der elektronischen Gesundheitskarte nicht für sonderlich sicher.

Vor wenigen Monaten erst wurden mehrere Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen digital angegriffen und sollten den Hackern Lösegeld für die Freigabe der EDV-Systeme bezahlen. Es bleibt zu hoffen, dass dabei keine geschützten Patientendaten gestohlen wurden, obgleich die Möglichkeit dazu sicher bestand. Ja selbst der Bundestag wurde schon gehackt.

Dabei sind die Ziele des E-Health-Gesetzes auch aus ärztlicher Sicht zu begrüßen, nämlich eine bessere, schnellere und sichere Kommunikation im Gesundheitswesen. Dafür bedarf es jedoch einer geeigneten und gesicherten telematischen Infrastruktur und nicht zuletzt vor allem einer Klärung der Frage, wo denn die Patientendaten künftig gespeichert werden. Hier müssen wir auch unsere Patientinnen und Patienten aufklären, die ihre Daten nicht selten unkritisch in einer Gesundheitsapp eintragen, ohne

zu wissen, wer Zugang hat und was mit diesen Daten passiert. Längst wittern nicht nur große Konzerne wie Google oder Apple ein großes Geschäft mit Gesundheits- oder Krankendaten. Die Ärzteschaft muss sich selbst anstrengen, um hier sinnvolle und sichere Alternativangebote zu machen, die auch unter den heutigen technischen Möglichkeiten die über Jahrhunderte praktizierte Schweigepflicht gewährleisten.

Wir müssen uns aber auch an die eigene Nase fassen und den Sicherheitsstandard der Praxissysteme, aber auch das eigene Verhalten und das des Personals anpassen. Wer beispielsweise gut gemeint einem Patienten dessen Labordaten rasch per Whatsapp (alte Version) schickt, hat damit quasi eine elektronische Postkarte verschickt. Auch das beliebte Fax entspricht dem Versand einer offenen Postkarte. Und nicht zuletzt ist ein sensibler Umgang bei Telefonaten oder Gesprächen mit Patienten am Praxistresen gefordert, wo Vertrauliches wie zum Beispiel Diagnosen nichts verloren hat.

Apropos Diagnosen: Wussten Sie, dass die Ärzte bei dem mutmaßlichen Abrechnungsbetrug von gesetzlichen Krankenkassen, bei dem Ärzte von diesen zur Dokumentation falscher Diagnosen veranlasst werden, „mitverantwortlich“ sein sollen? Denn wie ein Sprecher des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung mitteilte, hätten Ärzte die Einführung verbindlicher Richtlinien für Diagnosen boykottiert. Es ist bei den gesetzlichen Krankenkassen leider ein lange eingeübtes Ritual, die Ärzte als Sündenbock darzustellen.

An dieser Stelle muss jedoch in aller Deutlichkeit betont werden, dass die absichtliche Dokumentation nicht zutreffender Diagnosen einen klaren Verstoß gegen das ärztliche Berufsrecht darstellt.

Statt noch mehr Bürokratie zu fordern, müssen vielmehr endlich Anstrengungen unternommen werden, diese Bürokratie auf das notwendige Maß zurückzuführen. Damit stünde mehr ärztliche, aber auch pflegerische Arbeitszeit für die Patientenversorgung zur Verfügung und damit auch eine größere Motivation zur Ausübung eines Gesundheitsberufs. Sinnvolle Dokumentation ist eine *Conditio sine qua non* und dient dem Patienten. Dies muss das Maß aller Beteiligten sein.

Ihr



Foto: Anna Burlakova – Fotolia.com

Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen
 Der CME-Beitrag informiert unter anderem über Risikofaktoren für hypertensive Schwangerschaftserkrankungen, die weltweit jährlich 60.000 mütterliche Todesfälle verursachen. Zudem umfasst die Fortbildung Hinweise zu Diagnostik, Screening und zur Überwachung und Betreuung von betroffenen Schwangeren.

623



Foto: Katja Möhrie

10. ordentliche Delegiertenversammlung

Das hessische Ärzteparlament befasste sich mit den Tagesordnungspunkten Jahresabschluss, Versorgungswerk, Weiterbildungsverordnung, Akademie und Sachstandsbericht zum Verwaltungssitz der LÄKH. Zudem sprach sich die Mehrheit der Delegierten für die Ausgabe des elektronischen Heilberufsausweises aus.

614

Editorial: Alles online oder was?	611
Ärztékammer	
Delegiertenversammlung stimmt für den elektronischen Heilberufsausweis	614
Gisbert John mit der Ehrenplakette in Silber ausgezeichnet	616
Das Weiterbildungsregister in Hessen: Zentrale Ergebnisse zum Stichtag 1. Oktober 2015	644
Stellenanzeigen	622
Aus dem Versorgungswerk: Bericht des Versorgungswerkes	617
Kongressbericht	
Blutgerinnung, Thrombose und Blutung – 7. Frankfurter Gerinnungssymposium	631
Frischer Wind für grenzüberschreitende Fortbildung: Internationaler Seminarkongress in Grado	632
Ansichten und Einsichten	
119. Deutscher Ärztetag: Sehr viel Zukunft – Eindrücke der Bundesvertretung der Medizinstudierenden	646
Recht: Aus der Gutachter- und Schlichtungsstelle: Intuition versus Ratio – Hat, wer heilt, Recht?	648

Fortbildung

Der ärztliche Beruf wird ein freier Beruf sein oder er wird nicht sein	618
CME-Beitrag: Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen?	623



Foto: Wachendörfer

Zur ethischen Bedeutung der Freiberuflichkeit
Für das Hessische Ärzteblatt hat Prof. Dr. med. Giovanni Maio im Nachgang zu seinem Vortrag auf dem Hessischen Ärztetag 2016 die Bedeutung des Freien Berufs für die Ärzteschaft dargestellt. In diesem Zusammenhang thematisiert er auch die Gefahr der zunehmenden Ökonomisierung für die Freiberuflichkeit.

618



Foto: contrastwerkstatt – Fotolia.com

Das Weiterbildungsregister in Hessen

Wie sehen die Berufspläne des ärztlichen Nachwuchses aus? Welche Fachgebiete sind besonders beliebt? Antworten auf diese Fragen ermöglicht das Weiterbildungsregister, das alle hessischen Ärzte in Weiterbildung jährlich erfasst. Die zentralen Ergebnisse der Erhebung 2015 werden in dieser Ausgabe vorgestellt.

644

Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	636
Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	642
Mensch und Gesundheit	
Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika (EVA) – Teil II	634
Gesundheitspolitik: 30 Jahre Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzten	652
Parlando	
Vom Meer umgeben: Im italienischen Grado trifft Tradition auf Moderne	650
Konzerte mit dem hr-Sinfonieorchester live erleben	651
Personalia	
Nachruf auf Ruth Konrad	658
Impressum	
659	
Bekanntmachungen	
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	653
■ Aus den Bezirksärztekammern	657
■ Medizinische Fachangestellte	657



10. Delegiertenversammlung stimmt für den elektronischen Heilberufsausweis

„Lassen Sie uns Vernunftpolitik machen“

Draußen zeigte sich der September noch einmal von seiner hochsommerlichen Seite. Dass auch im Inneren des Seminargebäudes in Bad Nauheim die Temperaturkurve gelegentlich anstieg, lag weniger an den klimatischen Bedingungen als an lebhaften Diskussionen der Delegierten. Neben den Tagesordnungspunkten Versorgungswerk, Jahresabschluss, Weiterbildungsordnung, Akademie und Sachstandsbericht zum Verwaltungssitz der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) stand die Frage nach der Herausgabe des elektronischen Arztausweises (eHBA) durch die Landesärztekammer im Fokus engagierter Wortbeiträge der 10. ordentlichen Delegiertenversammlung der LÄKH am 14. September 2016.

Debatte über den elektronischen Heilberufsausweis

„Wir sind jetzt in der Situation, durch das E-Health-Gesetz Dinge zu tun, von denen wir nicht überzeugt sind“, erklärte LÄKH-Präsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach. Der Gesetzgeber dränge auf eine zügige Umsetzung, sei nicht gewillt, Zugeständnisse zu machen und ahnde Nichterfüllung mit Bestrafung. Bisher habe die hessische Ärztekammer als einzige Kammer bundesweit den Rahmenvertrag zur Herausgabe des elektronischen Arztausweises nicht unterzeichnet. „Aber wir müssen unsere Kolleginnen und Kollegen unterstützen, damit sie nicht ins Messer laufen“, so von Knoblauch zu Hatzbach weiter. „Ich befinde mich als Präsident in der schwierigen Lage, gesetzliche Vorgaben befolgen zu müssen.“



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

In seinem Sachstandsbericht zur Ausgabe des elektronischen Arztausweises schilderte Ralf Münzing, Leiter der EDV-

Abteilung der LÄKH, die Lage. Aus Datenschutzgründen hatte sich die Delegiertenversammlung bereits 2008 gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und gegen die Unterzeichnung des Rahmenvertrags zur Herausgabe des elektronischen Arzt- bzw. Heilberufsausweises entschieden. Hessische Ärztinnen und Ärzten konnten daher bislang keinen Antrag auf den eHBA stellen, obwohl das hessische Heilberufsgesetz die Kammer zur Ausgabe verpflichtet. Mit dem zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen E-Health-Gesetz drängt der Gesetzgeber nun auf eine zügige Einführung des eHBA, um die erste Anwendung in der Telematikinfrastruktur – den qualifiziert signierten elektronischen Arztbrief – zu ermöglichen. Die Anwendung soll gefördert werden, die Nichteinhaltung von Fristen dagegen mit Einbußen oder Sanktionen belegt werden.

„Wir sind in einer misslichen Lage“

In der Delegiertenversammlung entspann sich daraufhin eine leidenschaftliche Debatte. Als „äußerst unbefriedigend“, bezeichnete Dr. med. Detlev Steininger (Die Hausärzte) die Tatsache, dass Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung Stück für Stück der Vorhaben des Gesetzgebers genehmigten. „Nicht zustimmen!“, forderte Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke (ÄrztINNEN Hessen) aufgebracht. „Ja, wir sind in einer misslichen Lage“, räumte Dr. med. Edgar Pinkowski (Fachärzte Hessen), Präsidiumsmitglied und Vorsitzender des Telematikausschusses der Ärztekammer, ein. „Aber gegenüber 2008 haben wir durch das E-Health-Gesetz eine andere Situation und müssen daher den Vertrag unterzeichnen.“ Er nutze das



Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke

KV Safe Net und brauche dafür den eHBA, wie viele andere Kollegen auch, stellte Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter (Fachärzte Hessen) fest: „Daher möchte ich, dass der alte Beschluss aufgehoben wird.“ Nachdem sich die Liste der Hausärzte zu einer kurzen Beratung zurückgezogen hatte, teilte Dr. med. Uwe Wolfgang Popert (Die Hausärzte) mit, dass man sich nicht habe einigen können. „Die Beteiligten schwanken zwischen Zustimmung und Ablehnung.“ Das, was mit dem eHBA komme, werde nicht wirklich sicher sein, erklärte Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund). „Aber es wird sicherer sein, als das was wir haben – das Fax nämlich“, unterstrich sie. „Ärztliche Selbstverwaltung ist ein hohes Gut und gefällt nicht jedem Politiker“, ergänzte Anne Kandler, ebenfalls Marburger Bund: „Machen wir es so, wie Frau Johna gesagt hat: Lassen Sie uns Vernunftpolitik machen.“



Dr. med. Edgar Pinkowski



Dr. med. Susanne Johna

Ausgabe des elektronischen Heilberufsausweises beschlossen

Das Ergebnis der Abstimmung des von Dr. med. Edgar Pinkowski (Fachärzte Hessen) und Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter (Fachärzte Hessen) eingebrachten Antrags auf den Beitritt der Landesärztekammer Hessen zum Rahmenvertrag der Bundesärztekammer zur Herausgabe des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) fiel denkbar knapp aus. Bei 17 Gegenstimmen und 15 Enthaltungen sprachen sich 23 Delegierte für den Beitritt der

LÄKH aus. Um hessische Ärztinnen und Ärzte nicht zu benachteiligen und ihnen die Nutzung des eHBA zu ermöglichen, sah die Mehrheit der Delegierten trotz weiter bestehender Datenschutzbedenken die Notwendigkeit der Ausgabe des elektronischen Heilberufsausweises. Die Landesärztkammer Hessen wird innerhalb der nächsten Monate sicherstellen, dass hessische Ärztinnen und Ärzte möglichst bereits im Dezember 2016 einen eHBA bestellen können.

Resolution zur Vergütung des elektronischen Arztbriefs

Münzing hatte außerdem berichtet, dass das E-Health-Gesetz eine Förderung von 55 Cent für die Übermittlung eines elektronischen Briefes vorsehe, die in 28 Cent für den Sender und 27 Cent für den Empfänger aufgesplittet werden soll. Zugleich sei der Wegfall der 55 Cent aus dem EBM 40120 geplant. Mit der Folge, dass der elektronische Arztbrief mit 28 Cent, das Fax jedoch mit 55 Cent vergütet werden soll. „Eine Ohrfeige“, hieß es aus den Reihen der Delegierten.

In einer vom Präsidium der LÄKH auf Initiative von Dr. med. Edgar Pinkowski eingebrachten und einstimmig verabschiedeten Resolution wandte sich das Ärztenparlament gegen die Aufteilung dieser Förderung. Die geplante Aufteilung würde die sichere Übertragung von Arztbriefen nicht fördern, sondern vielmehr die unsichere Übermittlung per Fax. Stattdessen sollten sowohl der Sender als auch der Empfänger jeweils eine Förderung in Höhe von 55 Cent pro übermittelter elektronischer Arztbrief erhalten, um die Kosten auszugleichen, die sowohl bei Sender als auch Empfänger für die Einrichtung, Pflege, Wartung und Betrieb einer sicheren elektronischen Kommunikation entstehen, forderte die Delegiertenversammlung. Gleichzeitig müssten die EBM-Kostenpauschalen so angepasst werden, dass alternativ nur noch der Arztbriefversand per Papierpost mit 55 Cent abgerechnet werden kann.

Weiterbildungsordnung

Die Delegierten stimmten der Einführung der Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Vis-

zeralchirurgie“ zu. Es wurden die entsprechenden Bestimmungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung übernommen. Bei der Zusatz-Weiterbildung „Flugmedizin“ fand ebenfalls eine Angleichung an die (Muster-)Weiterbildungsordnung statt. Die weiteren von Dr. med. Viktor Karnosky, Leiter der Abteilung „Ärztliche Weiterbildung“ der LÄKH, vorgestellten, geplanten Änderungen in der Weiterbildungsordnung wurden an den Weiterbildungsausschuss überwiesen und sollen auf der November-DV beraten werden.

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Einstimmig beschloss die Delegiertenversammlung die von Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth, Vorstandsvorsitzender der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH, vorgestellte Konkretisierung der Regelungen zur Erhebung des Jahresbeitrages für die Mitglieder der Akademie, die am 1. Januar 2017 in Kraft treten. Die Höhe der Mitgliedsbeiträge bleibt unverändert. Ärztinnen und Ärzte in erster Facharztweiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit zahlen die Hälfte des Jahresbeitrages in Höhe von 50 Euro. Für Medizinstudierende ist die Mitgliedschaft frei.

Programm für Asylbegehrende wegen fehlender Unterstützung zurückgezogen

Im Frühjahr hatten die Delegierten beschlossen, ein Programm für Asylbegehrende mit Bleibeperspektive zur Qualifizierung zur MFA (BAL-Initiative) durch begleitende Ausbildungslehrgänge an der Carl-Oelemann-Schule (COS) prüfen zu lassen. Verfügt die Schule über ausreichende Ressourcen für die Zusatzbelastung? Inwieweit würde die hessische Ärzteschaft durch das über 140.000 Euro pro Jahr kostende Projekt belastet? Diese Fragen sollten von COS-Vorstand und Finanzausschuss geklärt werden.

Wie Dr. med. Alexander Marković, Ärztlicher Geschäftsführer der LÄKH, in seinem Bericht über das Prüfergebnis mitteilte, habe der Vorstand der COS eine erhebliche Belastung der Schule befürchtet, die sich auch nachteilig auf andere schwächere Schüler auswirken könne. Auch sei dem Finanzausschuss der Unterstützungsbetrag im Vergleich etwa zur Unterstützung ausländischer Studenten an der Universität Frankfurt sehr hoch erschienen. „Dennoch war die Bereitschaft vorhanden gewesen, nach dem Einwerben von Geldern erneut zu entscheiden“, berichtete Marković. Doch leider habe dies keinen Nachhall bei den Verhandlungsbemühungen mit Ministerien und Stiftungen gehabt. Mit Bedauern beschloss die Delegiertenversammlung daher, die BAL-Initiative zurückzuziehen. Marković hob abschließend die Bereitschaft von Schulleiterin Silvia Happel und dem COS-Vorstand hervor, einzelne Kandidatinnen und Kandidaten aus dem Kreis der Asylantragssteller zu unterstützen.

Katja Möhrle

Anzeige



Jahresabschluss 2015

Bevor Armin Beck (Die Hausärzte), Vorsitzender des Finanzausschusses, auf die Einzelheiten des Jahresabschlusses einging, erläuterte er die Bilanzpolitik geplanter Jahresfehlbeträge zur Abschmelzung der Allgemeinen Rücklage. Diese bereits in den Vorjahren umgesetzte Strategie solle bis zur Annäherung an die Sollrücklage fortgesetzt werden. Das Jahr 2015 schloss mit einem Jahresfehlbetrag in Höhe von T€ –93, berichtete Beck. Die Allgemeine Rücklage sei jedoch trotz dieses Jahresfehlbetrags aufgrund der Auflösung einer zweckgebundenen Rücklage erstmals seit 2013 wieder leicht angestiegen. Als besondere Geschäftsvorfälle nannte Beck die Softwareumstellung in der Beitragsbuchhaltung, die zu einem deutlichen Anstieg von noch nicht veranlagten Mitgliedern geführt habe. Der Ausbau der Vertrauensstelle Krebsregister habe eine deutliche Ausweitung des Haushaltsvolumens nach sich gezogen. Nicht relevant für den Jahresabschluss 2015 sei hingegen der Verkauf der Kammerimmobilie in der Broßstraße, da dieser im Mai 2016 erfolgt sei. Im weiteren Verlauf seines Vortrags erläuterte der Vorsitzende des Finanzausschusses



Armin Beck

ses einige Feststellungen und Kennzahlen. So hätten im Rahmen des Soll-Ist-Vergleichs Investitionshaushalt und Verwaltungshaushalt eingehalten werden können, was zu einer deutlichen Abweichung des Jahresfehlbetrags in Höhe von T€ –93 vom Planwert (T€ –450) geführt habe. Haushaltsüberschreitungen gemäß Haushalts- und Kassenordnung lägen nicht vor. Insgesamt wurden die Aufwendungen ohne die neutralen Positionen sogar um T€ 1.213 deutlich unterschritten, informierte Beck. Die Bilanzsumme sei im Vergleich zum Vorjahr um T€ 648 auf T€ 46.173 gestiegen. Die Kammerbeiträge beliefen sich auf T€ 14.849 und machten damit 65 % des Gesamtertrags aus. Während die Anzahl der Kammermitglieder um 2 % auf 34.529 gestiegen sei, fiel der prozentuale Anstieg der Kammerbeiträge durch eine Beitragserhöhung wesentlich deutlicher aus (17 %). Im Anschluss berichtete Dr. med. Dr. Ing. Hans-Dieter Rudolph (Marburger Bund), Vorsitzender des Hilfsfonds, über den Jahresabschluss. Laut Prüfbericht betrug das Vermögen zum 31.12.2016 T€ 243. Wirtschaftsprüferin Cornelia Auxel fasste die wichtigsten Ergebnisse der Jahresabschlussprüfung der LÄKH zusammen. Sie schloss mit der Feststellung, dass die Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung und der wirtschaftlichen Verhältnisse sowie die Einhaltung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu keinen Beanstandungen geführt

hätte und somit der uneingeschränkte Bestätigungsvermerk habe erteilt werden können.

Die Mitglieder der Delegiertenversammlung stellten anschließend den Jahresabschluss 2015 fest und entlasteten das Präsidium für das Geschäftsjahr 2015.

Verwaltungssitz

In einem Sachstandsbericht erläuterten Prof. Thomas Zimmermann, beratender Architekt der Kammer und der Kaufmännische Geschäftsführer Hans-Peter Hauck den Projektstand. Das ursprüngliche Ziel, bis spätestens November 2016 der Delegiertenversammlung einen unterschriftsreifen Mietvertragsentwurf vorstellen zu können, sei nicht zu schaffen. Grund dafür seien umfangreiche Umplanungen durch den Vermieter, die eine Anpassung der Baubeschreibung notwendig gemacht hätten. Mit deren Fertigstellung werde bis Ende September gerechnet. Ohne diese Grundlage hätten deshalb noch keine Vertragsverhandlungen geführt werden können. Unabhängig davon sollen, wie ursprünglich beabsichtigt, bis zum Ende des Jahres Referenzobjekte ausgewählt werden, mit denen das Vertragsangebot des jetzigen Vermieters verglichen werden soll. Der korrigierte Zieltermin für einen Vertragsabschluss sei nun der 30.06.2017.

Hans-Peter Hauck

Gisbert John mit der Ehrenplakette in Silber ausgezeichnet

Für seine Verdienste um die Notfallmedizin ist der Arzt Gisbert John (Foto) mit der Ehrenplakette in Silber der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) ausgezeichnet worden. Dr. med. Edgar Pinkowski als Vertreter des Präsidiums der LÄKH und Dr. med. Paul Otto Nowak, Vorsitzender des LÄKH-Ausschusses Notfallversorgung und Katastrophenmedizin, überreichten die Plakette bei Johns letztem, 29. LNA-Refresher-Kurs als Kursleiter in Wiesbaden auf der Feuerwache II in Mainz-Kastel. Gisbert John hat regelmäßig groß angelegte Katastrophenschutzübungen organisiert, zum Beispiel auf einem „brennenden“ Schiff auf dem Rhein oder Simulation eines Unfalls mit kompletter Sperrung der Schiersteiner Brücke.

Vita: • 1985 Approbation als Arzt in Rheinland-Pfalz, • 1990 Fachkunde Rettungsdienst, • 1991 Facharzt für Anästhesiologie, • 1991 Fachkunde Leitender Notarzt, • 1997 Zusatz-



Foto: M. Nowak

bezeichnung Anästhesiologische Intensivmedizin, • 2006 Anerkennung Zusatzbezeichnung Notfallmedizin.

John arbeitet seit 1985 als Anästhesist in den Helios Dr. Horst Schmidt-Kliniken in Wiesbaden und ist auch seit dieser Zeit im organisierten Rettungsdienst tätig. Seit 1990 hat John in 29 Rettungsdienstseminaren ca. 2.000 Notärztinnen und Notärzte fortgebildet und in

den Wiesbadener Wiederholungsseminaren zum Leitenden Notarzt (LNA) über 500 LNA rezertifiziert. Seit 1992 ist er Mitglied im LÄKH-Ausschuss „Notfallversorgung und Katastrophenmedizin“ und Gutachter für die LÄKH.

Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak

Vorsitzender des LÄKH-Ausschusses
Notfallversorgung und Katastrophenmedizin

Bericht des Versorgungswerkes

Die Delegiertenversammlung hat am 14. September 2016 den Jahresabschluss 2015 des Versorgungswerkes festgestellt, den Vorstand entlastet und turnusmäßig einen neuen Wirtschaftsprüfer bestellt. Die Renten werden zum 1. Januar 2017 nicht erhöht und die Anwartschaften werden ebenfalls nicht angepasst. Die Mehrheit der Delegierten stimmte mit dem Vorstand darin überein, dass die weitere Absenkung des bilanziellen Rechnungszinses und die Stärkung der Verlustrücklage (Eigenkapital) absolute Priorität habe. Beim bilanziellen Rechnungszins handelt es sich um den Zins, den das Versorgungswerk mindestens erwirtschaften muss, um seine Verpflichtungen erfüllen zu können. Es handelt es sich dabei um einen rechnungsmäßigen Mischzins der Zinszusagen der Beitrags- und Leistungstabelle; letztere sind je nach dem Zeitpunkt der Beitragszahlung unterschiedlich und belaufen sich auf 4,0 Prozent (%), 3,5 % bzw. 3,0 %.

Im Geschäftsjahr 2015 konnte der bilanzielle Rechnungszins bereits im dritten Jahr in Folge abgesenkt werden – nämlich von 3,63 auf 3,58 %. Dafür musste die Deckungsrückstellung mit Überschüssen sowie einer entsprechenden Rückstellung aus dem Vorjahr um rund 104 Mio. € verstärkt werden. Damit der bilanzielle Rechnungszins auch in Zukunft weiter reduziert werden kann, wurden 28 Mio. € zurückgestellt. „Dadurch reagiert das Versorgungswerk nicht nur auf die weiterhin niedrigen bzw. teilweise sogar negativen Zinsen an den Finanzmärkten, sondern sorgt für Gerechtigkeit zwischen den Generationen“, so Dr. med. Brigitte Ende, die Vorstandsvorsitzende des Versorgungswerkes. „Denn die versicherungsmathematischen Gewinne aus der sog. Zinspreizung gehen dadurch zurück“ (indem sich der aktuelle Zins der Beitrags- und Leistungstabelle von 3,0 % und der bilanzielle Rechnungszins weiter annähern).

Stärkung der Risikovorsorge

Der Verlustrücklage werden im Rahmen des Abschlusses 20 Mio. € zugeführt. Damit enthält sie 389 Mio. € (Vorjahr: 369 Mio. €). Die Verlustrücklage ist nicht nur absolut höher als im Vorjahr, sondern auch

relativ im Verhältnis zur Deckungsrückstellung: die entsprechende Quote stieg von 4,86 auf 4,90 %. Frau Dr. Ende machte deutlich, dass eine ausreichend dotierte



Dr. med. Brigitte Ende

Verlustrücklage derzeit enorm wichtig sei, weil das Versorgungswerk bei der Kapitalanlage (Aktien, Private Equity etc.) höhere Risiken als früher eingehen müsse, um auskömmliche Renditen erzielen zu können. Bestimmte Anlagen, wie zum Beispiel deutsche Staatsanleihen kämen etwa überhaupt nicht mehr in Betracht, weil die Erträge zu gering seien. Im Juni war die Rendite deutscher zehnjähriger Staatsanleihen erstmals negativ.

Mehr Anwärter und mehr Rentempfänger

Zum 31. Dezember 2015 belief sich die Bilanzsumme des Versorgungswerkes auf

8,41 Mrd. € (Vorjahr: 8,06 Mrd. €). Die laufende Durchschnittsverzinsung betrug 3,64 % (Vorjahr: 3,77 %). Die Zahl der Anwärter erhöhte sich von 30.009 auf 30.780 und die Zahl der Rentempfänger von 8.877 auf 9.436. Die Beitragseinnahmen stiegen von 279 Mio. € auf 288 Mio. € und die Leistungen von 190 auf 204 Mio. €. Die Altersrentner erhielten monatlich im Durchschnitt 2.127 € und die Berufsunfähigkeitsrentner 2.422 €. Im August dieses Jahres überschritten die Kapitalanlagen nach Marktwerten erstmals die Marke von 10 Mrd. €.

Aufgrund der intensiven Beratung des Versorgungswerkes und der engen Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer werden kaum Anträge auf Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft in der Deutschen Rentenversicherung (DRV) abgelehnt. Aber natürlich sind die monatlich etwa 400 Anträge mit einem hohen Aufwand für die Verwaltung des Versorgungswerkes und die DRV verbunden; ganz zu schweigen von dem Aufwand für die einzelnen Mitglieder, die jetzt bei jedem beruflichen Wechsel einen Antrag stellen müssen.

Zum Schluss dankte Dr. Ende der trotz gestiegener Anforderungen und Aufgaben fast gleich gebliebenen Zahl der Mitarbeiter für ihren Einsatz und ihr Engagement für die Mitglieder bzw. das Versorgungswerk.

Johannes Prien

Referent des Vorstandes

Bayerischer Fortbildungskongress

2./3. Dezember 2016

- Seminare
- Workshops
- Öffentliche Veranstaltungen

Meistersingerhalle
Münchener
Straße 21
90478 Nürnberg



Wissenschaftliche Leitung:

Dr. med. Max Kaplan, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Informationen und Anmeldung im Internet unter www.bfk-blaek.de



Der ärztliche Beruf wird ein freier Beruf sein oder er wird nicht sein

Zur ethischen Bedeutung der Freiberuflichkeit

Giovanni Maio

Auf dem Hessischen Ärztetag 2016 referierte der Medizinethiker Prof. Dr. med. Giovanni Maio über die Bedeutung der Freiberuflichkeit für die Ärzteschaft. Für das Hessische Ärzteblatt hat Prof. Maio im folgenden Artikel seine Gedanken zum freien Beruf auf Grundlage seines Vortrags noch einmal umfassend dargelegt.

„Der ärztliche Beruf ist seiner Natur nach ein freier Beruf“, so hält es die Berufsordnung fest. Mit dem Begriff der Freiberuflichkeit wird nichts anderes zum Ausdruck gebracht, als dass der ärztliche Beruf weder ein reines Gewerbe noch ein staatliches Gebilde ist. Der Staat überträgt der Selbstverwaltung die Kontrolle über ihre Mitglieder, dafür hat die Selbstverwaltung dem Staat zugesichert, dass die Ärzte diese Freiheit nicht ausnutzen, sondern sie in den Dienst der guten Betreuung der Patienten stellen. Es geht beim freien Beruf somit nicht um eine Freiheit als Selbstzweck, sondern um eine funktionale Freiheit, eine Freiheit, um zu helfen. Die Freiheit der freien Berufe ist als eine Verpflichtungsformel zu verstehen, die nichts mit einer Einladung zur Beliebigkeit zu tun hat. Die Freiheit der freien Berufe ist also kein Privileg, sondern eine Verpflichtung. Es gibt sie wiederum nicht umsonst, sondern nur um den Preis der Kontrolle – einer Kontrolle, die in die Hände der Selbstverwaltung gelegt wird. Das Vertrauen der Bevölkerung in die Integrität der Ärzteschaft ist letzten Endes an das Bewusstsein der Bevölkerung gebunden, dass Ärzte, die gegen die von den Verbänden aufgestellten Regeln verstoßen, auch sanktioniert werden. Die Kontrolle ist somit ein Vertrauensgrund der Bevölkerung. Es kann also nicht um die Frage Kontrolle oder Nicht-Kontrolle gehen. Vielmehr geht es um die Frage: Welche Kontrolle? Welcher Art? Und woraufhin? All diese Fragen können wir nur beantworten, wenn wir uns dem Begriff des freien

Berufs nähern. Im Folgenden seien vier Wesensmerkmale herausgearbeitet, die idealtypisch den Begriff des freien Berufs kennzeichnen (vgl. dazu Taupitz 1991, Hommerich 2009 und Kluth 2008).

1. Der freie Beruf erbringt eine geistig-intellektuelle Leistung

Nicht umsonst hat man die freien Berufe früher auch „geistige Berufe“ genannt. Das mag uns zunächst überraschen, wissen wir doch, dass ein Arzt, der nur nachdenkt, kein Arzt sein kann. Ein Arzt wird erst dann zum Arzt, wenn er etwas tut.



Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil.

Aber wir müssen uns genauer anschauen, was er tut. Denn der Arzt produziert eben nicht etwas wie in der Industrie. Ihm geht es gerade nicht um eine materielle Wertschöpfung; er stellt kein Produkt her, er macht nicht in standardisierter schematischer Form immer das Gleiche; sein Handeln ist kein repetitives Handeln, es ist ein Handeln auch aus Routine, aber kein schematisches Handeln, es ist kein Handeln nach Algorithmen, sondern es ist ein reflektiertes, abwägendes und weitsichtiges Handeln nach Prinzipien.

Die Kernleistung des Arztes liegt also nicht primär in dem Vollzug einer Handlung, so wichtig dieser Vollzug auch sein mag. Die Kernleistung liegt in dem, was diesem Voll-

zug vorausgeht, nämlich der geistigen Leistung, zu entscheiden, ob diese Handlung oder eine andere sinnvoll ist, ob diese sonst übliche Handlung auch hier sinnvoll ist oder nicht. Der freie Beruf des Arztes ist also deswegen ein geistig-intellektueller Beruf, weil in ihm immer eine geistige Leistung zu vollbringen ist, bevor gehandelt wird. Die Art dieser geistigen Leistung ist es, die den Beruf zu einem freien Beruf macht.

Ärztliche Kompetenz hat schon nach griechischer Auffassung nicht primär mit Erfolg zu tun, sondern mit einem spezifischen Sachverstand. Das ärztliche Können zu beherrschen heißt also, sich theoriegeleitet auf eine spezifische Sache verstehen, einen konkreten Sachverstand haben bezogen auf Diagnostik, Therapie und Prognose. Seit der griechischen Antike wurde das ärztliche Können als ein Wissen begriffen, das die Welt wissenschaftlich zu erklären versuchte. Mit dieser Konzeption und diesem verinnerlichten Anspruch fungierte die Medizin als Vorbild für andere Wissenschaften in der Antike.

Medizin ist eine praktische Wissenschaft, die eigene Gesetzmäßigkeiten hat. Und weil sie Wissenschaft ist, ist ihre eigentliche Leistung eine intellektuelle Leistung – und deswegen ist der Arztberuf ein freier Beruf. Genau deswegen muss man allen Tendenzen einer Schematisierung der ärztlichen Arbeit entgegentreten, weil jede starre Schematisierung nichts anderes ist als eine Profanisierung, wenn nicht gar eine Entakademisierung, des ärztlichen Berufs und eine Herabstufung des freien Berufs zu einem bloßen Handwerk. Schon die Antike lehrt uns, dass das nicht geht.

2. Freier Beruf bedeutet sachliche Unabhängigkeit und Weisungsfreiheit

Mit dem Postulat der Weisungsfreiheit wird die notwendige Unabhängigkeit des freien Berufes von privaten und staatlichen Weisungen betont, was darauf verweist, dass vom Arztberuf eine eigene

Sachverständigkeit erwartet wird. Dieser Aspekt verweist auf die Expertenstellung des Arztes und auf die Notwendigkeit, dass er unabhängig sein muss, wenn er wirklich dem Patienten gerecht werden will (vgl. Kluth 2008, S. 37f.).

Heute versucht man, die praktischen Belange zu subsumieren unter allgemeine theoretische Gesetze und abstrakte Regeln. Wer etwa vom Arzt verlangt, dass er nach dem Modus eines Algorithmus vorgehe und ihn dazu erzieht, allein nach „objektiver“ Befundlage und ohne Ansehen der Konkretheit der Situation des Patienten Therapieentscheidungen zu fällen, der hat von Medizin wenig verstanden.

Wir erleben heute eine Tendenz, Medizin einem technokratischen Verständnis zu unterziehen und sorgen durch die strukturellen Rahmenbedingungen dafür, Ärzte zu stringenten Anwendern abstrakter Regeln umzufunktionieren und merken gar nicht, dass damit der Kerngehalt einer guten Medizin über Bord geworfen wird, weil der Mensch selbst, für den die Therapie ausgeführt wird, in einem solchen Verständnis von Medizin gar nicht mehr vorkommt.

Etwas Grundlegendes wird hier deutlich. Die Weisungsunabhängigkeit des freien Berufs ist deswegen unabdingbar, weil der Arzt als Prototyp des freien Berufs nicht weniger braucht als einen Ermessensspielraum, wenn er ein guter Arzt sein will. Die Situationen in der Medizin sind in den meisten Fällen Situationen, in denen es keine letztgültige Gewissheit gibt, sondern nur Wahrscheinlichkeiten und Restunsicherheiten. Hier kann man nicht arithmetisch entscheiden, sondern man muss deswegen nach praktischer Urteilskraft entscheiden, aber um diese Urteilskraft auch tatsächlich zur Geltung bringen zu können, muss man weisungsfrei sein und wissen, dass man einen Ermessensspielraum hat. Eine Medizin ohne Ermessensspielraum wäre eine befundorientierte aber keine patientenorientierte Medizin.

3. Freier Beruf bedeutet Gemeinwohlorientierung

Ärzte unterliegen mehr als andere Erwerbstätige dem Postulat, sich bei ihrer Berufsausübung nicht primär von Erwerbsaussichten leiten zu lassen. Das ist

die öffentliche Erwartung an die Ärzte, dass sie sich gerade nicht als Geschäftsleute verstehen. Der freie Beruf ist gerade dadurch gekennzeichnet, dass er kein Gewerbeberuf ist. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass mit dem Arztberuf unweigerlich eine Gemeinwohlverantwortung verbunden ist.

Allerdings ist es wichtig, den Erwerbsdruck der Ärzte als unvermeidbare und selbstverständliche Realität ernst zu nehmen. Die Tatsache, dass Ärzte Einnahmen erzielen müssen, darf nicht einfach zugedeckt werden, weil das ein Überidealismus wäre, der sich an der Realität bricht. Man braucht die wirtschaftlichen Interessen der Ärzte ja auch gar nicht zu leugnen, aber die Strukturen müssen so sein, dass der Patient darauf vertrauen kann, dass er, trotz des Erwerbsdrucks der Ärzte, immer gut beraten werden wird, dass der Rat des Arztes eben primär dem Patienten gilt und nicht primär der Erwirtschaftung von Einkommen. Die eigenen wirtschaftlichen Interessen dürfen beim freien Beruf nicht entscheidungsleitend sein; sie müssen zugunsten der Gemeinwohlinteressen und das heißt hier hinter den Interessen des Patienten zurückgestellt werden können.

Man muss anerkennen, dass es auch Ärzten nicht allein um Altruismus geht, sondern auch sie haben Interessen, nämlich ein Interesse, erfolgreich im Beruf zu sein, anerkannt im Beruf zu sein und ein auskömmliches Einkommen dadurch zu erwirtschaften. Es muss aber viel stärker herausgearbeitet werden, dass dieses legiti-

me Interesse, ein erfolgreicher und anerkannter Arzt zu sein, in der Medizin eben anders erreicht werden kann als in der Industrie. Die Wege zum Erfolg sind hier ganz unterschiedlich.

In der Industrie zählt Absatzsteigerung, Gewinnmaximierung als Wert an sich und das gilt per se als Ausdruck von Erfolg; der Erfolg des Geschäftsmanns bemisst sich vorrangig nach diesen Zahlen. Der Erfolg des Arztes aber bemisst sich nach ganz anderen Kriterien, nämlich nicht nach Maximierungszahlen, sondern nach anderen Werten wie Sorgfalt, Geduld, Reflexivität, Zugewandtheit – alles Qualitäten, die ihn als Vertrauensperson ausmachen.

Damit ein Arzt als guter Arzt Anerkennung findet, muss er auf andere Werte und andere Qualifikationsprofile setzen als auf die Fähigkeit zur Gewinnmaximierung. Es ist gerade Aufgabe der Selbstverwaltung, eine Kultur in der Medizin zu ermöglichen, durch die deutlich wird, dass ein Arzt nicht restlos altruistisch sein muss und interesselos, sondern dass es legitim ist, wenn ein Arzt anerkannt und erfolgreich sein will, aber für diese Anerkennung muss der Arzt ein Qualitätssystem internalisieren, das die Ausrichtung am Wohl des Patienten zum Kernmerkmal seiner Qualität auszeichnet.

Es geht bei der Gemeinwohlorientierung nicht um eine Überidealisierung des Arztberufs, sondern es geht darum, ein System zu entwickeln, das den Ärzten verdeutlicht, dass es in ihrem eigenen Interesse ist, das Wohl des Patienten an die oberste Stelle zu stellen. Je mehr es der

Ärzteschaft gelingt, genau dies als gelebte Praxis zur Geltung zu bringen, desto erfolgreicher wird sie sein. Für die Medizin muss die altruistische Ausrichtung am Wohl des Patienten als Voraussetzung für beruflichen Erfolg gewertet werden.

Damit ein solches Credo aber auch tatsächlich überall Praxis wird, müssen die Kontrollsysteme so sein, dass sie diejenigen belohnen, die danach leben und zugleich auch die bestrafen, die das private Gewinninteresse als leitend ansehen. Das private Gewinninteresse darf in der Medizin nicht geleugnet werden, aber derjenige, der den Gewinnimpuls vor das Patienteninteresse stellt, darf auf keinen Fall einen Wettbewerbsvorteil haben, sondern dieses Verhalten muss als Bremsklotz auf dem Weg zu einem erfolgreichen Arzt spürbar gemacht werden.

Oder positiv ausgedrückt: Der verantwortlich handelnde Arzt muss eine Rückenstärkung erfahren durch das System, und er darf auf keinen Fall das Gefühl bekommen, dass er die verdiente Wertschätzung von Seiten seiner Patienten bezahlen muss durch die Inkaufnahme von Einnahmemeinbußen. Es darf, so könnte man diesen dritten Punkt zusammenfassen, keine Diskrepanz geben zwischen guten Ärzten und gut verdienenden Ärzten, denn jede erfahrende Diskrepanz dieser Art evokiert eine moralische Dissonanz, die à la longue die ethische Überzeugung und prosoziale Haltung so vieler Ärzte systematisch untergräbt.

4. Freier Beruf setzt ein Vertrauensverhältnis voraus

Die Notwendigkeit des Vertrauens ist eine logische Schlussfolgerung aus dem Gesagten; denn wenn es so ist, dass der Arztberuf als freier Beruf ein ganz spezielles Sachwissen und eine besonders geschulte Urteilskraft notwendig macht, dann ist die ärztliche Entscheidung am Ende nicht in der Weise kontrollierbar, wie es das System gerne hätte. Sie bleibt in den wesentlichen Punkten unkontrollierbar, weil es die Spezifität der Situation ist, die das Gebotene diktiert und nicht eine algorithmische Umsetzung.

Diese Unkontrollierbarkeit versetzt den Patienten in eine schwache Position, die, wenn man sie bis zu Ende denkt, ihn eigentlich handlungsunfähig macht; er

braucht Hilfe, weiß aber nicht, ob er dem Arzt vertrauen kann; und bis ins Letzte kontrollieren kann er es nicht, ob der Arzt einen guten Rat erteilt oder nicht. Wenn der Patient kein Vertrauen hat, dann gerät er im Moment des Krankwerdens unweigerlich in eine lähmende Situation, in eine Situation der Handlungsunfähigkeit, denn er will auf Nummer Sicher gehen, aber diese Sicherheit können ihm keine Daten geben, weil alle Daten, die man erfassen und publizieren kann, letzten Endes nur Surrogate sind aber die wirkliche Kompetenz nicht voll abbilden können.

Gerade weil man Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, nicht in eine solche geradezu ausweglose Situation hineinschlittern lassen darf, setzt das System auf die Etablierung eines Vertrauensrahmens (vgl. Hommerich 2009). Das System Medizin, in das der Patient ungewollt hineinschlittert, wenn er krank wird, muss so strukturiert sein, dass der kranke Mensch ihm antizipierend vertrauen kann. Es muss ein System sein, das dafür sorgt, dass nur Ärzte mit entsprechendem Qualifikationsnachweis bestimmte Tätigkeiten verrichten und die so sozialisiert worden sind, dass sie sich der besonderen Verantwortung für ihre Patienten bewusst bleiben. Für dieses Systemvertrauen sind Kontrollen notwendig; erst das Wissen um die Kontrollen wird die Patienten beruhigen, weil sie wissen, dass Ärzte es sich nicht leisten können, nicht gut zu sein.

Man kann Vertrauen nicht durch Kontrolle ersetzen, sondern man braucht Kontrolle, um damit Vertrauen zu gewinnen. Das Vertrauen aber ist die Befähigung, auch dann zu handeln, wenn man nicht alles kontrollieren kann. Das ist die Situation des Patienten. Er muss sich in die Hände der Ärzte begeben können, ohne dass er die Güte der Therapie bis ins Letzte kontrollieren und beurteilen kann.

Das Vertrauen befähigt den Patienten, die Kluft der Nichtkontrollierbarkeit zu überbrücken, es befähigt ihn letzten Endes dazu, das Hilfsangebot der Ärzte anzunehmen. Das ist der Grund, weswegen auch das Bundesverfassungsgericht den ärztlichen Beruf als einen „staatlich gebundenen Vertrauensberuf“ bezeichnet hat. Er ist staatlich gebunden, weil er kein Gewerbeberuf ist, sondern ein öffentliches und unverzichtbares Gut bereitstellt und er ist ein

Vertrauensberuf, weil er vom Staat nicht restlos kontrolliert werden kann.

Bedrohung der Freiberuflichkeit in einer überbürokratisierten Medizin

Nun leben wir in einer Zeit, in der vor allem das Systemvertrauen in die Medizin nicht immer fraglos da ist. Ein zentraler Grund hierfür liegt in den politischen Entscheidungen der letzten Jahrzehnte. Durch die zunehmende Angleichung des ärztlichen Berufs an Berufe der herstellenden Industrie haben wir politisch gewollt eine Entakademisierung und Profanisierung des ärztlichen Berufs erlebt. Diese Tendenz setzt sich fort, indem versucht wird, auch die Leistung der Ärzte mit den gleichen Methoden zu messen wie die Leistung in der produzierenden Industrie und auch ganz ähnliche Belohnungssysteme zu etablieren. Solche industriell-medizinische Angleichungsversuche ignorieren in fataler Weise, dass Medizin etwas anderes ist als industrielle Produktion.

Je mehr man Medizin wie eine industrielle Fertigung versteht, desto mehr befördert man eine Kultur der Überregulierung und Überkontrolle. Wenn die Kontrolle überbordend wird und somit der Bogen überspannt wird, wirkt diese Kontrolle nicht mehr vertrauensstiftend, sondern sie befördert eine Misstrauenskultur, sie stellt den Arzt an sich schon unter Generalverdacht. Unter einer solchen Hermeneutik des Verdachts kann sich keine gute Medizin entfalten, gerade weil eine solche Überkontrolle zu einer Überbürokratie führt, die die Ärzte nicht nur von ihrer eigentlichen Arbeit abhält, sondern sie Zug um Zug demotiviert und ihre ursprünglich mitgebrachte kostbare intrinsische Motivation systematisch zerstört. Die staatlich verhängten und indirekt durchgesetzten regulativen Eingriffe in die Medizin sind kein Weg zu einer patientengerechten Medizin, sondern sie laufen Gefahr, eine Fließbandmedizin zu fördern, die aber kein Patient und kein Arzt sich wünscht.

Die Kontrolle, die Kostenträger und die Selbstverwaltung

Kontrolle muss sein, aber die Ausgangslage, von der aus kontrolliert wird, muss kri-

tisch hinterfragt werden. Es muss anerkannt werden, dass Krankheitsfälle nicht so planbar sind wie man sich das als Kostenträger vielleicht wünscht, und es muss klar sein, dass Ärzte ohne Regressangst arbeiten können müssen, wenn sie ihren Patienten wirklich gerecht werden wollen. Wenn man die Kontrolle nicht an der genuin ärztlichen Kompetenz und seiner Beurteilungskunst misst, sondern sie einfach der ärztlichen Kompetenz überstülpt, dann läuft man Gefahr, die Ärzte zu belohnen, die eine Schnellabfertigung von Patienten tagtäglich leben.

Die Kontrolle darf sich nicht allein an Richtgrößen orientieren, sie muss sich vor allen Dingen daran orientieren, ob der Arzt als guter Arzt handelt oder nicht. Es bedarf einer Kongruenz der Vorstellung von guter Medizin und der Gefahr der Sanktionierung. Wenn man für etwas sanktioniert wird, was man eigentlich als gute Medizin begreift, sich nämlich auf den Einzelfall einzulassen und sich Zeit zu nehmen und nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu handeln, wenn man dafür sanktioniert wird in Form eines drohenden Regresses oder der Nichtübernahme von Kosten, dann führt das nicht nur zu einer Demotivierung gerade der guten Ärzte, sondern es führt à la longue zu einem sozialen Rückzug der Ärzte.

Wenn die Kontrolle auf etwas abhebt, was dem Arzt nicht als plausibles Gütekriterium seiner Arbeit erscheint, dann wird die Kontrolle als Gängelung empfunden, weil man spürt, dass die Kontrolle nicht primär dem Gemeinwohl dient, sondern der Kostensparnis als Selbstzweck, und dies ohne Rücksicht auf die konkrete praktische Herausforderung des Arztes, der einen Patienten vor sich hat, dem er helfen möchte. Die Ärzte setzen als freier Beruf keine Schaltpläne um, und sie befolgen keine

strikte vorgegebenen Algorithmen, sondern sie müssen sich auf die unverwechselbare Einzelsituation des Patienten einlassen und in jeder Begegnung mit dem Patienten sich jeweils etwas einfallen lassen, wie man dieser Situation gerecht wird. Je mehr sich die Ärzte Mühe geben, sich auf ihre Patienten einzulassen, desto mehr sind sie ihrem Auftrag, dem Gemeinwohl zu dienen, gerecht geworden. Deswegen müssen die sich persönlich engagierenden Ärzte vom System eine moralische Anerkennung finden. Und Arbeit, die dem Gemeinwohl nicht dient, sondern allein privaten Interessen, diese Arbeit darf sich auf keinen Fall auszahlen.

Daher darf der Arzt von Seiten des Systems nicht primär als Kostenverursacher gesehen werden, sondern er muss als derjenige gesehen werden, der einen kollektiven Wert jeden Tag zur Realität verhilft. Das ist der Wert, seine Patienten nicht im Stich zu lassen – auch die Patienten, die einen hohen Aufwand erfordern, auch die, die Gesprächszeit notwendig machen, auch die, die aufgrund ihrer komplexen Erkrankung teure Medikamente brauchen. Die ärztliche Betreuung ist – in rechtem Maß vorgenommen – eine wertvolle Investition in die Humanisierung unserer Gesellschaft, und diese Investition muss durch eine Kultur der Wertschätzung gewürdigt werden. Stattdessen leben wir in einer Zeit, in der durch die überbordende Kontrolle ein öffentlicher Vertrauensentzug stattfindet, in einer Zeit, in der man klar erkennen muss, dass das Anliegen der Freiberuflichkeit sich eklatant an einer Realität bricht, die diese Freiheit de facto nicht mehr ermöglicht.

Ärzten muss vom System her ermöglicht werden, ärztlich zu entscheiden, weil sie

dafür Ärzte geworden sind: Dafür hat der Staat viel Geld ausgegeben, um sie dazu zu befähigen, und es erscheint widersinnig und als Fehlinvestition, wenn man Ärzten durch eine Überbürokratie verunmöglicht, ihre ärztliche Expertise auch zur Geltung zu bringen. Es sollte Aufgabe gerade der ärztlichen Selbstverwaltung sein, darauf hinzuwirken, dass den Ärzten ihre Freiheit, im Interesse ihrer Patienten, wieder zurückgegeben wird.

**Prof. Dr. med. Giovanni Maio,
M.A. phil.**

Lehrstuhl für
Medizinethik
Direktor des

Instituts für Ethik

und Geschichte der Medizin

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Stefan-Meier-Straße 26, 79104 Freiburg
E-Mail: maio@ethik.uni-freiburg.de

Literatur zum Artikel:

[1] Hommerich, Christoph: Die Freien Berufe und das Vertrauen in der Gesellschaft. Baden-Baden: Nomos, 2009.

[2] Kluth, Winfried: Juristische Bewertung des Status quo: Stärkung der Autonomie oder Verlust der Freiberuflichkeit? In: Christian Dierks u. Albrecht Wienke (Hrsg.): Zwischen Hippokrates und Staatsmedizin. Der Arzt am Beginn des 21. Jahrhunderts. Heidelberg: Springer, 2008, S. 29–48.

[3] Taupitz, Jochen: Die Standesordnungen der freien Berufe. Berlin: De Gruyter, 1991.

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)



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Landesärztekammer Hessen vertritt die Interessen der ca. 35.500 Ärztinnen und Ärzte in Hessen und erbringt vielfältige Dienstleistungen für ihre Mitglieder. Wir möchten zum nächstmöglichen Zeitpunkt am Standort Frankfurt am Main folgende zwei Aufgaben besetzen:

Abteilungsleitung (m/w), Abt. Ärztliche Weiterbildung

in Vollzeit (40 Stunden/Woche),
(Kennz.: Leit. WB)

Ihre Aufgaben:

- Leitung des Bereiches Ärztliche Weiterbildung (ca. 20 Mitarbeiter/innen)
- Sicherstellung und unternehmerische Steuerung des operativen Tagesgeschäfts im Bereich der Ärztlichen Weiterbildung (Organisation der Verwaltungsabläufe, Koordination von Prüfungen, Information der Kammermitglieder)
- Sicherstellung des internen (Gremienarbeit) und externen (Land, Bund, EU) Informationsflusses
- Führung des Personals
- Strategische, konzeptionelle und informationstechnologische Weiterentwicklung des Geschäftsbereiches Ärztliche Weiterbildung
- Repräsentation des Geschäftsbereiches intern und extern

Ihr Profil:

- Approbation als Arzt/Ärztin
- Mehrjährige ärztliche Berufserfahrung mit Führungserfahrung und Personalverantwortung ist wünschenswert
- Idealerweise weitreichende Erfahrungen aus einer ärztlichen Körperschaft oder aus einer Institution des Gesundheitswesens sowie fundierte Kenntnisse des deutschen Gesundheitswesens mit dem Verständnis für gesundheitspolitische Zusammenhänge
- Solides Wissen um betriebswirtschaftliche Zusammenhänge, gutes juristisches Grundverständnis und Verwaltungserfahrung
- Starke Identifikation mit der Aufgabenstellung
- Selbstständige, zuverlässige, strukturierte und zielgerichtete Arbeitsweise
- Kommunikationsstärke mit Überzeugungskraft und diplomatischem Geschick sowie verbindliches, freundliches und authentisches Auftreten
- Hohe soziale Kompetenz

Ansprechpartner: Herr Dr. med. Alexander Marković,
Ärztlicher Geschäftsführer (Fon: 069 97672-100 oder -105)

Ärztlichen Referenten (m/w), Abt. Ärztliche Weiterbildung

in Vollzeit (40 Stunden/Woche),
(Kennz.: Ref. WB)

Ihre Aufgaben:

- Beurteilung ärztlicher Qualifikationsnachweise im Rahmen der Weiterbildung
- Koordination der ärztlichen Kenntnisstandprüfungen
- Sammlung, Bündelung und Weitergabe von Informationen auf Länder-, Bundes- und EU-Ebene zu Themen ärztlicher Weiterbildung
- Einbringen von ärztlichem Sachverstand in internen und externen Gremien
- Führung eines kleinen Teams qualifizierter Sachbearbeiter/-innen
– Sie berichten direkt an den Leiter der Abteilung

Ihr Profil:

- Approbation als Ärztin/Arzt sowie bereits einige Jahre Berufserfahrung
- Eigene Erfahrung in der ärztlichen Weiterbildung ist wünschenswert
- Erste Führungs- und/oder Verwaltungserfahrung, Verständnis für Berufs- und/oder Verbandspolitik sowie Interesse für Qualitätsmanagement sind von Vorteil
- Sie sind vertraut mit der Nutzung moderner Büro-, Kommunikations- und Datenbank-Software
- Belastbarkeit, eine engagierte Arbeitsweise sowie ein verbindliches, sicheres Auftreten gehören neben einer hohen Kommunikations- und Teamfähigkeit zu Ihren Stärken

Ansprechpartner: Herr Dr. med. Viktor Karnosky, Leiter der Abteilung
Ärztliche Weiterbildung und Vertreter des Ärztlichen
Geschäftsführers (Fon: 069 97672-109)

Unser Angebot zu beiden Aufgaben:

- Eine intensive Einarbeitung durch die ärztlichen Kollegen in der Abteilung
- Eine leistungsgerechte Bezahlung
- Attraktive Zusatzleistungen
- Interessante und verantwortungsvolle Aufgaben
- Ein erfahrenes und engagiertes Team

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe Ihres voraussichtlichen Eintrittstermins und Ihrer Gehaltsvorstellung. Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 18.11.2016 an unseren Personalleiter:

Herrn Christoph Berger
Personalabteilung der Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt am Main
oder per E-Mail an: bewerbung@laekh.de

Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen

VNR 2760602016111270000

Maritta Kühnert

Jährlich kommt es weltweit zu etwa 60.000 mütterlichen Todesfällen im Zusammenhang mit hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen, die an erster bis dritter Stelle der mütterlichen Todesursachen stehen. Der Anteil an der perinatalen Mortalität beträgt 20–25 Prozent.

Die Häufigkeiten betragen im Detail für die Schwangerschaftshypertonie (SIH) sechs bis acht Prozent, für die Präeklampsie zwei bis drei Prozent, für die Eklampsie 0,47 Prozent und für das HELLP-Syndrom – eine schwerwiegende Komplikation der Präeklampsie, die durch die Kombination aus Hämolyse (H), Erhöhung der Leberenzyme (EL= Elevated liver enzymes) und Thrombozytopenie (LP= low platelet count) gekennzeichnet ist – 0,6 Prozent, letzteres mit steigender Tendenz.

Für die Präeklampsie unterscheidet man ein early-onset (frühe Erkrankung in Bezug auf das Gestationsalter der Patientin; vor der 34. Schwangerschaftswoche [SSW]) mit 0,4 Prozent, ein intermediate onset (mittlere Manifestation der Erkrankung in Bezug auf das Gestationsalter der Patientin; 34–37. SSW) mit 0,8 Prozent und ein late onset (späte Manifestation einer Erkrankung in Bezug auf das Gestationsalter der Patientin; 38–42 SSW) mit 1,8 Prozent. Diese Fakten erfordern eine engmaschige, konsequente Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, Hebammen und Klinikern [2].

Definitionen [2]

Chronische Hypertonie:

- Vorbestehende Hypertonie (\leq 20. SSW)

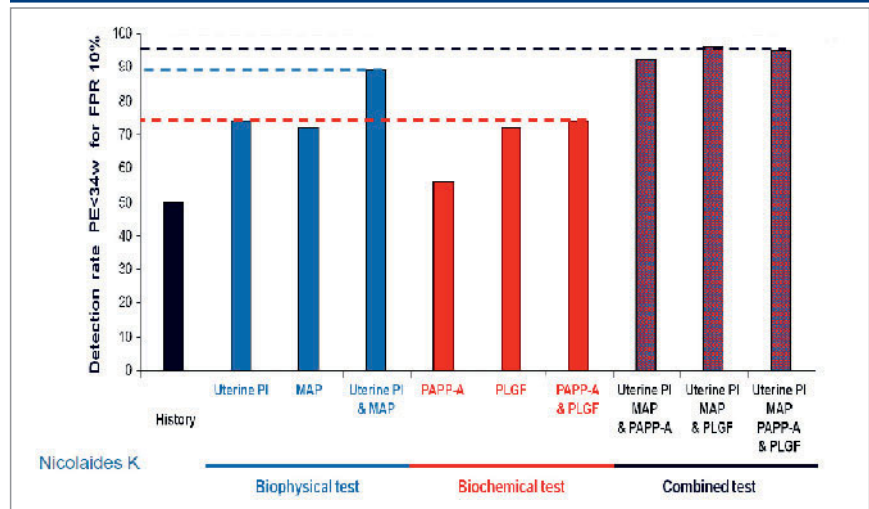
Gestationshypertonie (SIH):

- Neu auftretende Hypertonie (\geq 20. SSW)
- Keine Proteinurie

Präeklampsie:

- „EPH“-Gestose

Tabelle 1: Screening – I. Trimenon



Quelle: Prof. Kyros Nicolaides

- Neu auftretende Hypertonie (\geq 20. SSW)
- Proteinurie

Einen Hinweis auf Präeklampsie geben:

Hypertonie und

- Nierenfunktionseinschränkung
- Leberbeteiligung
- Lungenödem
- Hämatologische Störungen
- Neurologische Störungen
- IUGR

Merke: Blutdruckwerte $>$ 140/90 mm Hg gelten als Schwellenwert

Eine schwere Präeklampsie besteht, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien zusätzlich vorhanden ist:

- Blutdruck $>$ 160/110 mm HG
- Nierenfunktionseinschränkung (Kreatinin \geq 79.6 μ mol/l = 0.9 mg/dl oder Oligurie $<$ 500 ml/d)
- Leberbeteiligung (Transaminasenanstieg, persistierende Oberbauchschmerzen)
- Lungenödem

- Hämatologische Störungen (Thrombozytopenie ($<$ 100 Gpt/l), Hämolyse)
- Neurologische Symptome (starke Kopfschmerzen, Sehstörungen)
- Intrauterine Wachstumsretardierung ($<$ 5. Perzentile und/oder pathologischer Doppler der A. umbilicalis)

Merke: Das Ausmaß der Proteinurie ist kein Kriterium mehr für die Definition einer schweren Präeklampsie.

Eine Pfropfpräeklampsie liegt vor bei chronischer Hypertonie und neu aufgetretener oder sich verschlechternder Proteinurie vor der 20. SSW oder laborchemischen Markern der Präeklampsie. In 17–25 Prozent entwickelt sich eine Pfropfpräeklampsie aus einer chronischen Hypertonie (50 Prozent davon vor der 34. SSW).

Eine Eklampsie besteht dann, wenn im Rahmen einer Präeklampsie klonisch-tonische Krämpfe auftreten. Diese sind nur in ca. 50 Prozent mit schwerer Hypertonie assoziiert. Selbst bei fehlender Hypertonie oder Proteinurie ist eine Eklampsie möglich (14–34 Prozent).

Das HELLP-Syndrom ist definiert durch Hämolyse, Erhöhung der Leberenzyme (erhöhte Transaminasen) und Thrombozytopenie (niedrige Thrombozytenwerte < 100.000). In 5–15 Prozent besteht keine signifikante Proteinurie, in bis zu 20 Prozent keine Hypertonie.

Screening

Biophysikalische (Doppler) und biochemische Tests sowie die Kombination aus diesen und ein Risikoassessment mittels Anamnese und Blutdruck-Messung (siehe Tab. 1) umfassen das Screening im ersten Trimenon (erste drei Monate der Schwangerschaft). Der Doppler der Arteria uterinae im ersten Trimenon weist bei allen Untersuchern einen hohen negativen prädiktiven Wert auf. Das Screening im zweiten Trimenon umfasst die Dopplersonographie der Arteria uterinae. Der mittlere Perfusionsindex (PI, Messung der Pulsstärke) – alleine oder in Kombination mit einem notching – ist der beste Marker für die Prädiktion einer Präeklampsie (Sensitivität bis zu 93 Prozent). Im low-risk-Kollektiv (Patientinnen-Kollektiv mit niedrigem Risiko) beträgt die Erkennungsrate eines PI > 1,6 (95. Perz.) für eine early-onset-Präeklampsie, bei einer 5 %-falsch-positiven Rate (=FPF) 78 % und für eine Präeklampsie insgesamt 42,8 Prozent. Erkennungsraten für späte Präeklampsien sind deutlich niedriger. Klinische Relevanz haben die hohe Spezifität und der negative Vorhersagewert von bis zu 99 Prozent.

Bei einem pathologischen uterinen Doppler im zweiten Trimenon kann eine weitere Risikoevaluation und prognostische Abschätzung für die Entwicklung einer Präeklampsie durch die Bestimmung des sFlt-1/PIGF-Quotienten erfolgen.

Das Screening im dritten Trimenon besteht aus Arteria uterinae Doppler, RR-Messung und sFlt-1/PIGF-Ratio.

Eine Prävention von „Adverse Outcomes“ durch gestörte Plazentation mit niedrig dosiertem Aspirin (100 mg per os) und Heparin-Gabe ist bereits ab dem ersten Trimenon möglich. ASS 100 mg reduziert das Risiko für eine Präeklampsie bei Frauen mit Risiko. Im low-risk-Kollektiv gibt es keinen nachgewiesenen Nutzen. Ein früher Beginn der Prophylaxe (< 16 Wochen) führt

Tabelle 2a: Anamnestische Risikofaktoren für hypertensive Schwangerschaftserkrankungen sind:

Antiphospholipidsyndrom	RR ~ 9
Z. n. Präeklampsie	RR ~ 7
Body Mass Index > 30	RR ~ 3–5
Vorbestehende Diabetes mellitus	RR ~ 3,5
Familiäre Belastung	RR ~ 3
Vorbestehende Nierenerkrankung	RR ~ 3
Erstparität; Multiparität	RR ~ 2,5–3
Alter > 40	RR ~ 2
Chronische Hypertonie	RR ↑
Mit 1 zusätzlichen Risikofaktor	RR ~ 1,55
Mit 2 zusätzlichen Risikofaktoren	RR ~ 3
RRdiastol. > 110 mm HG (< 20 Wochen)	RR ~ 3,2
Autoimmunerkrankung	RR ~ 7–9,7
Ethnizität (afroamerikanisch)	RR ~ 2

zu einer Reduktion der Präeklampsie/IUGR von ca. 55 Prozent sowie zu einer Reduktion der schweren und früh einsetzenden Präeklampsie/IUGR von ca. 80 Prozent; die Gabe von ASS 100 mg/d sollte bis zur 34+0 SSW mindestens, besser bis 36+0 SSW erfolgen.

Eine generelle ASS-Prophylaxe bei allen Schwangeren ist jedoch nicht indiziert. Das Risiko einer Präeklampsie und anderer durch Plazentationsstörungen getriggerten Komplikationen wird um 50 Prozent reduziert, wenn zwischen der 8. bis 16. SSW mit niedrig dosierter Aspirin-Therapie (= 100 mg) begonnen wird. Eine Dosis von 80 mg Aspirin oder weniger pro Tag ist in der Regel unzureichend betreffs der Prävention einer Präeklampsie. Der Benefit einer niedrig dosierten Aspirin-Therapie kann dadurch optimiert werden, wenn sie zur Schlafenszeit erfolgt [4].

Eine antepartale prophylaktische Gabe von Dalteparin (Fragmin®) reduziert nicht die Häufigkeit von venösen Thromboembolien, Aborten oder Plazenta getriggerten Schwangerschaftskomplikationen bei Schwangeren mit Thrombophilie und ho-

hen Raten von diesen Komplikationen; im Gegenteil, es kommt zu einem höheren Risiko an leichten Blutungen (10). Zu den Anamnestischen Risikofaktoren für hypertensive Schwangerschaftserkrankungen sowie den schwangerschaftsassozierten Risikofaktoren siehe Tabelle 2a & 2b.

Nach einer Präeklampsie/einem HELLP-Syndrom ist auch das Risiko für das Auftreten anderer hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen erhöht. Neben zusätzlichen Risikofaktoren ist das Wiederholungsrisiko vor allem abhängig vom Gestationsalter zum Zeitpunkt der Manifestation:

< 28. SSW: 38,6 Prozent

29.–32. SSW: 29,1 Prozent

33.–36. SSW: 21,9 Prozent

> 37. SSW: 12,9 Prozent)

und vom Schweregrad:

(schwere PE / HELLP / Eklampsie vor 34. SSW: schwere PE < 28. SSW: 55 Prozent).

Wiederholungsrisiko

- Bei Zustand nach Präeklampsie: 11,5–27 Prozent (im Mittel bei 14–16 Prozent)

- Bei Zustand nach 2x Präeklampsie: 32 Prozent
- Bei Zustand nach Gestationshypertonie (SIH): für eine SIH 16–47 Prozent / für eine Präeklampsie 2–7 Prozent
- Bei Zustand nach HELLP-Syndrom ist das Wiederholungsrisiko für ein HELLP 12,8 Prozent (in der BRD)
- Bei Zustand nach Eklampsie: für eine Eklampsie 2–16 Prozent /für eine Präeklampsie 22–35 Prozent

Die Blutdruckmessung sollte standardisiert erfolgen, das heißt Messung der Diastole bei K5 oder K4, mit einer Oberarmadaptierten Manschette (z. B. adipöse Patientin: breite Manschette). Vor der Messung sollte sich die Patientin in einer Ruhephase befinden (sitzend) und anfangs sollten primär beide Arme gemessen werden, um eine Seitendifferenz auszuschließen. Bei Bedarf sollte außerdem eine 24-Stunden-RR-Messung erfolgen, um eine „White Coat Hypertension“ auszuschließen, die bei bis zu 40 Prozent der SIH und 8 Prozent der Präeklampsien vorkommt. Auch sollte mit dieser Messung ein zirkadianer Rhythmus nachgewiesen werden (prognostisch ungünstig: fehlende Nachtabsenkung). Außerdem dient die 24h-Messung der Therapieüberwachung und der Evaluierung des Therapieerfolgs. Blutdruckselbstmessungen erfordern ein Protokoll (mindestens morgens und abends je eine Messung), möglichst mit Oberarmmanschette.

Diagnostik oder Ausschluss einer Proteinurie

- 1) Urin-Stix:
Eiweiß > 1+ = suspekt (70 Prozent Sensitivität, erfordert eine Quantifizierung der Proteinurie)
- 2) Protein-Kreatinin-Quotient (PCR):
Aus dem Spontanurin: Ab Werten ≥ 30 mg/mmol besteht eine Proteinurie
- 3) 24-h-Sammelurin:
 ≥ 300 mg/d ist identisch mit einer Proteinurie

Merke: Bei manifester Proteinurie sind wiederholte Messungen zur Prognoseabschätzung bzw. Verlaufskontrolle nicht sinnvoll!

Tabelle 3: Gestoselabor	
Hämoglobin	> 13 g/dl (> 8,0 mmol/l)
Hämatokrit	> 38 %
Thrombozyten	< 100 Gpt/l
Ein progredienter Abfall der Thrombozyten muss (auch bei Normwerten) innerhalb weniger Stunden kontrolliert werden	
GPT (ALT)	Anstieg über Normbereich
GOT (AST)	
LDH	
Bilirubin (indirekt)	> 1,2 mg/dl (> 20,5 μ mol/l)
Harnsäure	> 5,9 mg/dl (> 350 μ mol/l)
Kreatinin	$\geq 0,9$ mg/dl ($\geq 79,6$ μ mol/l)
Eiweiß im Urin	≥ 300 mg/d
Haptoglobin	Abfall unter Normbereich
andere Blutgerinnungstests	rapider D-Dimer-Anstieg, Abfall AT-III u.a.
PIGF	Abfall unter gestationsaltersspezifischen Normwert
sFlt-1/PIGF-Quotient	> 85 (≤ 34 . SSW) / > 110 (> 34. SSW)

Überwachung und Betreuung

Bei adäquater Kooperation der Schwangeren, ausgeschlossenen manifesten Risiken und bei Gewährleistung wöchentlicher ärztlicher Kontrollen können leichte Formen der SIH oder PE ambulant betreut werden.

Wichtig sind Schonung und Ausschaltung zusätzlicher Stressfaktoren, regelmäßige Messungen des Blutdrucks, des Körpergewichtes und die Kontrolle auf Proteinurie. Auch die sonographische Abschätzung des fetalen Wachstums und der Fruchtwassermenge, sowie die Registrierung eines CTGs sind obligat. Zur Diagnosesicherung bzw. zum Ausschluss einer Präeklampsie können additiv die angiogenen (sFlt-1/PIGF) Faktoren bestimmt werden.

Klinische Einschätzung von symptomatischen Patientinnen [11, 14]

- 1) sFlt-1/PIGF Ratio < 38:
Eine sFlt-1/PIGF Ratio < 38 schließt ei-

ne Präeklampsie für wenigstens eine Woche aus unabhängig vom Gestationsalter. Das weitere Management erfolgt nach Einschätzung des Kliniklers.

2) sFlt-1/PIGF Ratio > 85 (early-onset Präeklampsie) oder > 110 (late-onset Präeklampsie):

Die Diagnose einer Präeklampsie oder von Plazenta bedingten Störungen ist sehr wahrscheinlich. Das Management erfolgt nach den derzeit gültigen Vorgaben. Eine stark erhöhte sFlt-1/PIGF Ratio (> 655 bis < 34+0 SSW; > 201 ab > 34+0 SSW) ist oft mit der Notwendigkeit einer Entbindung innerhalb von 48 h verbunden (akute Befundverschlechterung etc.) und erfordert eine engmaschige Überwachung in der Klinik, sowie bei < 34+0 SSW die sofortige Durchführung einer RDS-Prophylaxe

3) sFlt-1/PIGF Ratio > 85 (early-onset Präeklampsie) oder > 110 late-onset Präeklampsie), Messwiederholung:

Messwiederholung alle zwei bis vier Tage zur Beurteilung der Tendenz und der Weiterbehandlung erfolgen durch den Kliniker in Abhängigkeit vom Schweregrad. Die Testhäufigkeit kann an die klinische Situation und die Dynamik der sFlt-1/PIGF Ratio angepasst werden.

4) sFlt-1/PIGF Ratio = 38–85 (early-onset Präeklampsie) oder = 38–110 (late-onset Präeklampsie):

Die sFlt-1/PIGF Ratio liefert Informationen über die Patientin bevor klinische Symptome auftreten. Eine Ratio von 38–85 oder 38–110 liefert Informationen darüber, ob die Frau innerhalb der nächsten vier Wochen ein moderates, oder ein hohes Risiko hat, eine Präeklampsie zu entwickeln. Eine aktuelle Präeklampsie oder Plazenta getriggerte Störungen können akut ausgeschlossen werden, aber die Frauen haben ein (hohes) Risiko (speziell in der early-onset Gruppe).

Early-onset: Es sollte in ein bis zwei Wochen ein erneuter sFlt-1/PIGF-Test erfolgen entsprechend der klinischen Situation. Die Behandlung erfolgt entsprechend den Ergebnissen.

Late-onset: Ein intermediäres Ergebnis der sFlt-1/PIGF Ratio weist auf eine beginnende plazentare Dysfunktion hin. Eine vorzeitige Geburtseinleitung sollte erwogen werden.

5) Die sFlt-1/PIGF Ratio hat sich als fester Bestandteil bei der Diagnose einer Präeklampsie erwiesen. Bei Frauen mit einer diagnostizierten Präeklampsie (hoher Blutdruck und Proteinurie) ist die sFlt-1/PIGF Ratio hilfreich, um den Schweregrad der Erkrankung zu bestimmen

Klinische Einschätzung von asymptomatischen Patientinnen mit Risiko [1, 14]

Frauen mit einem hohen Risiko für eine Präeklampsie aufgrund der bekannten Risikofaktoren sollten engmaschiger überwacht werden inklusive Doppler der Aa. Uterinae. Eine Einschätzung mittels sFlt-1/PIGF Ratio sollte bei den asympto-

matischen Frauen mit hohem Risiko aufgrund ihrer Vorgeschichte oder eines pathologischen A. uterina-Dopplers erfolgen. Optimalerweise wird mit der sFlt-1/PIGF Ratio Messung bei solchen Hochrisiko-Fällen in der 24.–26. Woche begonnen, als dem Zeitpunkt, zu dem eine Differenzierung der Werte der sFlt-1/PIGF Ratio von Frauen mit normalem outcome und solchen, die für eine early-onset Präeklampsie prädestiniert sind, bereits signifikant ist.

Diesen Frauen mit normalen sFlt-1/PIGF Werten kann versichert werden, dass für wenigstens eine Woche eine Präeklampsie ausgeschlossen werden kann, aber nicht für die gesamte Schwangerschaft, sodass aus diesem Grund Kontrollmessungen angeraten werden sollten. Derzeit gibt es keine Empfehlungen bezüglich der Zeitintervalle für Follow-up Tests. Frauen mit auffälligen sFlt-1/PIGF Ratios sollten als verdächtig auf eine Präeklampsie eingestuft und als solche behandelt werden.

Tabelle 2b: Schwangerschaftsassozierte Risikofaktoren beinhalten:

Bilaterales notching / erhöhten Widerstand der Aa. uterinae – persistierend > 24. SSW	LR 3,4–6,5
Mehrlingsschwangerschaft	RR ~ 3
IVF / Eizellspende	RR ↑
Gestationsdiabetes	RR ↑
Hydrops fetalis, Trisomien, Blasenmole	RR ↑

Stellenwert der sFlt-1/PIGF Ratio für das klinische Management (11,14):

Mütterliche Komplikationen können nicht komplett verhindert werden, aber Frauen mit hohem Risiko sollten stationär aufgenommen werden. Es gibt keine Daten zum faktischen Nutzen der sFlt-1/PIGF Ratio zur Vermeidung mütterlicher Komplikationen. Es gibt keine Daten darüber, dass das mütterliche outcome jetzt besser ist, als vor dem Einsatz der sFlt-1/PIGF Ratio Messung.

Bislang wurden keine randomisierten Untersuchungen durchgeführt betreffs des faktischen Nutzens der sFlt-1/PIGF

Ratio für das maternale und fetale outcome. Der Test sollte in dem Kollektiv angewendet werden, in dem er am sinnvollsten ist, z.B. in der Hochrisikogruppe. Wirtschaftlichkeit und Ressourceneinsatz müssen ebenfalls evaluiert werden. Im Rahmen der Implementierung dieses Tests in den Behandlungs-Algorithmus kann dieser helfen, die Betreuung von Frauen mit Verdacht auf Präeklampsie durch eine optimierte Überwachung zu verbessern.

Eine Vorstellung in der Klinik muss erfolgen bei:

- RR systol. ≥ 150 mm Hg bzw. RR diastol. ≥ 100 mm HG (auch ohne Proteinurie)
- Manifeste Präeklampsie
- Hypertonie/Proteinurie und starker Gewichtszunahme im III. Trimester (≥ 1 kg pro Woche)
- Drohender Eklampsie (Prodromalsymptome!)
- Klinischem V. a. HELLP-Syndrom (v. a. persistierende Oberbauchschmerzen)

- Hinweis auf fetale Bedrohung im CTG und/oder Doppler; z. B. Ausschluss eines IUGR
- Milder Hypertonie oder Proteinurie und Risikofaktoren:
 - Vorbestehende maternale Erkrankung
 - Mehrlingsgravidität
 - Frühes Gestationsalter (< 34. SSW)
 - An-/Oligohydramnion
 - Pathologischer sFlt-1/PIGF-Quotient

Maßnahmen in der Klinik:

Bei Aufnahme erfolgt eine maternale und fetale Zustandsdiagnostik, um einen Notfall auszuschließen. Dies beinhaltet die

schnellstmögliche Blutdruckmessung bei Aufnahme mit anschließendem engmaschigen Blutdruckmonitoring bis zur Stabilisierung sowie den Ausschluss von Prodromalsymptomen und das Aufnahme-CTG. Außerdem erfolgt eine Proteinurie-Diagnostik (Urin-Stix, dann quantitativ), ein Gestoselabor (nach Klinikstandard) (siehe Tab. 3) und ein Ultraschall (Biometrie/Dopplersonographie).

Nach der Stabilisierung erfolgen RR-Überwachung, CTG, Laborkontrolle (tgl. bis 2 x pro Woche), gegebenenfalls angiogene Faktoren (Kurzzeitprognose), Klinische Verlaufskontrolle, stündliche Urinausscheidung bei schwerer Präeklampsie, Pulsoxymetrie bei respiratorischer Symptomatik, Biometrie des Feten (10–14 Tage) und Bestimmung der Fruchtwassermenge, Doppler (täglich bis wöchentlich), RDS-Prophylaxe 23+5 – 33+6 SSW (individuelle Entscheidung) sowie tägliche Gewichtskontrolle.

Die Einleitung einer medikamentösen Therapie ist Aufgabe der Klinik und erfolgt nicht vor anhaltenden RR-Werten (RR systol. ≥ 150 mm Hg und/oder RR diastol. ≥ 100 – 110 mm Hg) bzw. spätestens bei Blutdruckwerten von $\geq 160/110$ mm Hg.

Merke: Die Zielblutdruckwerte sind < 150 mm Hg systolisch und 80 – 100 mm Hg diastolisch.

Ist mit Allgemeinmaßnahmen der Blutdruck nicht $< 150/100$ mm Hg zu halten, muss eine medikamentöse antihypertensive Therapie eingeleitet werden, bzw. eine Intensivierung oder Wiederaufnahme einer vorbestehenden Medikation erfolgen (mögliche Auswirkungen auf die fetale Entwicklung bei Medikamentenwahl sind zu beachten). [Tab. 4]

Ziele einer antihypertensiven Behandlung bei schwerer Hypertonie sind die Prävention maternaler zerebro-/kardiovaskulärer/renalener Komplikationen, die Vermeidung einer Progression einer chronischen Hypertonie in eine Pfropfpräeklampsie sowie die Schaffung stabiler Bedingungen bis zur Entbindung.

Ein Nutzen für die fetale Entwicklung und somit Verbesserung der kindlichen Prognose durch eine medikamentöse Blutdrucksenkung ist bisher nicht nach-

gewiesen. Patientinnen mit Kinderwunsch und chronischer Hypertonie sollten mit Medikamenten behandelt werden, die mit einer Schwangerschaft vereinbar sind.

Bei der medikamentösen Blutdruckeinstellung chronischer Hypertonikerinnen ist in der Schwangerschaft der physiologische Blutdruckabfall in der ersten Schwangerschaftshälfte zu berücksichtigen (ggf. ist eine Dosisreduktion oder ein Absetzen der Medikation notwendig).

Eine schwere hypertensive Erkrankung besteht dann, wenn eine Hypertonie mit oralen Antihypertensiva nicht mehr therapierbar ist oder ein hypertensiver Notfall eingetreten ist. Bei Blutdruckwerten $\geq 160/110$ mm Hg sollte die Therapie initial unter CTG-Überwachung erfolgen (Gefahr einer vorzeitigen Plazentalösung), außerdem eine Intensivüberwachung (Pulsoxymetrie, Dauerkatheter), engmaschige Blutdruckkontrollen (10–15 min); der Zielblutdruck sollte diastolisch 80 – 100 mm Hg nicht unterschreiten (siehe Tab. 4).

Indikationen für eine baldige Entbindung sind:

- 1) ab der 34+0 SSW Patientinnen mit schwerer Präeklampsie
- 2) schwere fetale Wachstumsrestriktion < 5 . Perzentile und gleichzeitig
- 3) pathologischer fetaler oder fetoplazentarer Blutströmung wie einem zero- oder reverse Flow in der A. umbilicalis
- 4) bei milder Präeklampsie bzw. schwangerschaftsinduzierter Hypertonie ist eine Prolongation über 37+0 SSW hinaus nicht sinnvoll (HYPITAT study group)

Entbindungsindikationen sind abhängig von Schweregrad und Gestationsalter:

Ab 37+0 SSW sollte eine Entbindung möglichst vaginal erfolgen. Zwischen 34+0 bis 36+6 SSW: sollte bei schwerer Präeklampsie und evtl. maternaler/fetaler Gefährdung eine Geburtseinleitung beziehungsweise Sectio caesarea vorgenommen werden. Zwischen der 24+0 bis 33+6 SSW erfolgt die Betreuung im Level I- oder Level II-Zentrum. Wichtig ist die rechtzeitige Verlegung! Primär konservatives Vorgehen hat kaum maternale Nachteile, jedoch klare fetale Vorteile.

- Fetale Indikation zur Entbindung (CTG/Doppler: pathologisch)
- Maternale Indikationen zur Entbindung (im Einzelfall ist der Wert der RDS-Prophylaxe gegen die Dringlichkeit der Schwangerschaftsbeendigung aus maternaler Indikation abzuwägen):
 - Therapierefraktäre schwere Hypertonie
 - Therapierefraktäre Niereninsuffizienz
 - Kardiale Dekompensation
 - Akutes Lungenödem
 - Disseminierte intravasale Gerinnung
 - Persistierende schwere Oberbauchschmerzen
 - Neu aufgetretene schwere zentralnervöse Symptome
 - Eklampsie

Betreuung im Wochenbett:

Ein postpartales HELLP-Syndrom (7–30 Prozent) oder eine postpartale Eklampsie (bis zu 28 Prozent) haben eindeutig eine schlechtere Prognose als die antepartalen Verläufe. Das erfordert verschiedene Maßnahmen.

- Fortsetzung der intensivierten Überwachung bis zu 48 Stunden postpartal.
- Bei schwerer Präeklampsie und/oder Hyperreflexie: Magnesiumsulfat i.v. bis zu 48 Stunden postpartal zur Herabsetzung der Krampfbereitschaft.
- Blutdruckmessung post partum bis zur Blutdrucknormalisierung, Anleitung zur Blutdruck-Selbstmessung.
- Blutdruckzielwerte bei Entlassung $< 150/100$ mm Hg.
- Antihypertensive Therapie ausschleichen, ggf. Umstellen (bei SIH ist das Ausschleichen einer medikamentösen antihypertensiven Therapie innerhalb von 3 Tagen bis 6 Wochen postpartal in den meisten Fällen möglich).
- Fortsetzung der laufenden Therapie, ggf. Umsetzen auf orale Medikation (Metoprolol, Nifedipin, Alpha-Methyl-Dopa) → Abstillen nicht indiziert.
- Falls keine Blutdruck-Normalisierung bis 6 Wochen postpartal → Diagnostik und Behandlung nach den Empfehlungen der Deutschen Hochdruckliga.

Nachsorge nach dem Wochenbett:

Eine Bestimmung von Serumkreatinin und Eiweißausscheidung, inklusive Mikroalbuminurie, Proteinurie sollte idealer-

Tabelle 4: Therapie – orale Langzeitmedikation

	Medikament	Dosierung	Anmerkung
Geeignet	Alpha-Methyldopa	250 – 500 mg oral (2 – 4 x/d) max. 2 g/d	Mittel der 1. Wahl
Eingeschränkt geeignet	Nifedipin retard	20 – 60 mg ret. oral max. 120 mg/d	keine teratogenen Effekte nachgewiesen
	Selektive β -1-Rezeptor-Blocker (Metoprolol Mittel der Wahl)	Dosis 25 – 100 mg (2 x tgl.)	Erhöhtes Risiko fetaler Wachstumsrestriktion allgemein bei β -Blockertherapie
nicht geeignet	Diuretika		Potentielle Beeinträchtigung der uteroplazentaren Perfusion durch zusätzliche Plasmavolumenreduktion
	ACE-Hemmer		Keine teratogenen Effekte nachgewiesen. Kontraindiziert im II./III. Trimenon: Akutes Nierenversagen bei Neugeborenen, Oligohydramnion
	Angiotensin AT1-Antagonisten		Oligohydramnion, Schädelknochenhypoplasie, im Analogieschluss zu ACE-Hemmern potentiell teratogen und nephrotoxisch für das Neugeborene
	alle anderen Anti-hypertensiva		Ungenügende Information über Anwendung in der Schwangerschaft

weise im 24-Std.-Sammelurin bestimmt werden. Drei Monate postpartal kommt die Evaluation einer möglichen Nierenschädigung hinzu. Bei persistierender Proteinurie und/oder Serumkreatininerhöhung muss die Überweisung zum Nephrologen erfolgen. Bei schwerer Präeklampsie müssen Antiphospholipidsyndrom und systemischer Lupus erythematoses abgeklärt werden.

Beratung: Abstillen ist nicht indiziert. In einem Abschlussgespräch sollten Informationen über Erkrankung, Verlauf und weitere Konsequenzen (im Beisein des Partners) gegeben werden. Die Patienten ist außerdem über erhöhte Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen zu informieren, über das Wiederholungsrisiko aufzuklären sowie über Diagnostik und ggf. Therapie von kardiovaskulären Risikofaktoren. Hingewiesen werden sollte auf das Angebot einer erneuten Beratung (insbesondere vor einer neuen Schwangerschaft) sowie auf Selbsthilfegruppen.

Nach dem Wochenbett sind durch den Frauenarzt Serumkreatinin und Eiweiß-

ausscheidung (24-h-Urin) zu bestimmen und eine potenzielle Nierenschädigung zu evaluieren (Überweisung zum Nephrologen bei Pathologie) sowie ein Antiphospholipidsyndrom oder ein systemischer Lupus erythematoses sind abzuklären.

HELLP-Syndrom:

Das HELLP-Syndrom zeichnet sich aus durch Oberbauchschmerzen rechtsseitig, epigastrisch oder retrosternal in > 90 Prozent, Hypertonie zu 80 Prozent, Proteinurie bis zu 15 Prozent sowie durch einen Verlauf in Schüben (Remissionen in bis 46 Prozent oder schnelle Exazerbation). Laborparameter werden initial in sechs bis acht Stunden-Intervallen bestimmt. Als Hämolyse nachweis dient das Haptoglobin. Als „Frühwarnsymptom“ gilt ein CRP-Anstieg (bis zu 62 Prozent). In schweren Fällen kann eine disseminierte intravasale Gerinnungsstörung auftreten.

Besonderheiten der Therapie bestehen im konservativen Vorgehen:

- Glucocorticoide zur Prolongation der Schwangerschaft < 34 +0 SSW

- Steroide führten in der Mehrzahl der Studien zu einer klinischen/ biochemischen Remission unterschiedlicher Dauer (terminierende maternale Komplikationen: Lungenödem, Nierenversagen, Eklampsie, DIC; fetale terminierende Komplikationen: vorzeitige Lösung, IUGR, pathologisches CTG).
- Eine abschließende Bewertung dieses Vorgehens (Cochrane-Analyse) ist derzeit noch nicht möglich.

Substanz:

- 1) Methylprednisolon (Urbason®)
32 mg/d i.v. (bzw. bei Bedarf höhere Dosierung).

Merke: Methylprednisolon ist nur eingeschränkt Plazentagängig und reicht nicht zur Lungenreifeinduktion aus (eine zusätzliche Gabe von Betamethason ist notwendig).

- 2) Dexamethason
2–3 x 10 mg/d
i.v.
Die Prolongation eines HELLP-Syndroms sollte maximal über 14 Tage er-

Tabelle 5: Medikamentöse Akut-Therapie

Medikament		Dosierungsschema		
Antihypertensive Therapie	Nifedipin	oral	initial 5 mg oral, ggf. Wdh. nach 20 min	
	Urapidil	i.v.	initial 6,25 i.v. langsam i.v. (2 min) danach 3–24 mg/h (über Perfusor)	
	Dihydralazin*	i.v.	initial 5 mg i.v. (über 2 min) danach 2–20 mg/h (über Perfusor)	
			oder	
			5 mg alle 20 min	
	Bei Lungenödem/Herzinsuffizienz			
	Furosemid	i.v.	10–20 mg ggf. Wdh. mit erhöhter Dosis zuvor 500 ml Volumengabe	
Antikonvulsive Therapie	Magnesium**	i.v.	initial 4–6 g (in 50 ml) in 15–20 min (als Kurzinfusion oder über Perfusor) Erhaltungsdosis: 1 g/h	
* Dihydralazin: Cave: Nebenwirkungen Zur Risikoreduzierung eines schweren Blutdruckabfalls Infusion von bis zu 500 ml Elektrolytlösung vorab				
** MgSO ₄ : Mittel der 1. Wahl Intensivüberwachung (Reflexstatus, Atemfrequenz, Nierenfunktion) 10 ml Ca-Gluconat 10 % als Antidot				

folgen, da sonst die fetale Hormonachse beeinflusst werden kann.

Besonderheiten:

Eine Indikation zur Entbindung aus maternaler Sicht ist nach maternaler Klinik gegeben. Ein konservatives Vorgehen ist bis < 34+0 SSW möglich. Indikationen zur unverzüglichen Entbindung richten sich nach den mütterlichen und fetalen Indikationen wie bei schwerer Präeklampsie.

Eine Schwangerschaftsprolongation ist unter Intensivüberwachung mit engmaschigen Laborkontrollen möglich, wobei jederzeit eine sofortige Entbindung und interdisziplinäre Kooperation mit der Neonatologie und der Anästhesie gewährleistet sein muss

Bei HELLP > 34 +0 SSW (nach maternaler Stabilisierung) sollte eine Entbindung angestrebt werden.

Präeklampsie und spätere kardiovaskuläre Risiken

[1, 3, 5, 8]

Präeklampsie ist ein unterschätzter Risikofaktor für ischämische Herzerkrankungen, chronische Hypertonie, periphere vaskuläre Erkrankungen und Apoplex (bedingt durch eine vierfach höhere Konzentration von natriuretischen Peptiden kommt es zu einem erhöhten kardialen Füllungsdruck, der ein hohes kardiales Afterload bei Präeklampsie bedingt). Potentielle Risiken für diese Erkrankungen beinhalten endotheliale, vaskuläre und metabolische Dysfunktionen, entstanden während einer Präeklampsie, die post partum nicht ausgeheilt ist.

Präeklampsie könnte ein Marker für eine spätere kardiovaskuläre Erkrankung sein. Da kardiovaskuläre Erkrankungen den größten Anteil an weiblichen Todesfällen ausmachen, untersuchen neueste Studien

dieses Hochrisiko, um ein besseres Verständnis für diese Erkrankung zu gewinnen und neue therapeutische Strategien zu entwickeln, um diese globale Last kardiovaskulärer Erkrankungen der Frauen zu vermindern.

Präeklampsie-Langzeitfolgen bei Kindern von Müttern mit hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen

[6, 7, 9, 13]

Präeklampsie und IUGR stellen Risikofaktoren für Kurz- und Langzeitkomplikationen und Erkrankungen dar (gestörte Nierenfunktion, kardiovaskuläre Erkrankungen). Einflüsse während der Prä- und Perinatalperiode können das lebenslange Risiko für die Entwicklung von Adipositas sowie Stoffwechsel-, Herz- und Kreislauf-erkrankungen „programmieren“ („fetal programming“). Kinder und Jugendliche, geboren aus Schwangerschaften mit Präeklampsie, haben höhere kardiovaskuläre Risikofaktoren von Geburt an. Der prädominante Phänotyp, der sich evident in vielen Studien zeigt, beinhaltet Veränderungen von Blutdruck und BMI. Aus Public Health Perspektive haben Kinder, die aus Schwangerschaften mit Präeklampsie geboren wurden, ein einheitliches kardiovaskuläres Risikoprofil von Geburt an und stellen eine Population dar, die von einem Risikomonitoring und früher Einbindung in primäre Präventionsstrategien profitieren.

Bei Präeklampsie und IUGR kann es zu einer Verminderung der Nephronenzahl und der Nierengröße kommen; es resultieren daraus dann eine progressive renale Dysfunktion und eine systemische, salzsensitive arterielle Hypertonie (12).

Fazit

Die enge zeitnahe Kooperation aller genannten Berufsgruppen, das heißt der dringliche Aufruf zur konzertierten Aktion von niedergelassenen Frauenärzten, Hebammen, Internisten, Augenärzten, Kinderärzten, Hausärzten und Klinikern bei und nach einer hypertensiven Schwangerschaftserkrankung ist eine *conditio sine qua non*, die kein „too late und too little“ in Diagnostik und Therapie zulassen darf.

Das Management am Beispiel des Marburger Modells am UKGM umfasst bereits bei der stationären Aufnahme ein multidisziplinäres Vorgehen. Die einzelnen Fachdisziplinen arbeiten fakultativ und treffen

sich darüber hinaus zur Fallbesprechung in der sogenannten Perinatalkonferenz (Jour fixe einmal pro Woche) oder bei akuten Verläufen „auf demand“.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel **„Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen“** finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fort-

bildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) vom **25.10.2016 bis 24.10.2017** möglich. Mit Absenden des Fragebogens im Mitgliederportal bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben.

Prof. Dr. med. Maritta Kühnert
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe und Perinatalmedizin
Direktor: Prof. Dr. med. Uwe Wagner
UKGM
Gießen-Marburg,



Standort Marburg
Baldingerstraße, 35033 Marburg

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

Ärztekammer



Bestenehrung auf dem Hessischen Ärztetag: Die besten Absolventinnen der diesjährigen Abschlussprüfungen zur Medizinischen Fachangestellten und der Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“ wurden von Staatsminister Stefan Grüttner und Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach in Anerkennung ihrer außergewöhnlichen Leistungen mit Ehrenurkunden, Blumensträußen und kleinen Präsenten geehrt.

Ausdruck hoher Wertschätzung: Anlässlich des Hessischen Ärztetages erhielten langjährig ehrenamtlich in der Weiterbildung engagierte Ärztinnen und Ärzte die Silberne Ehrennadel der Landesärztekammer Hessen. Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach würdigte das Engagement der 33 Kolleginnen und Kollegen. Stellvertretend nahmen Prof. Dr. med. Lutz Welge Lüssen und Dr. med. Armin Sartory die Ehrennadeln persönlich in Empfang.

Multiple Choice-Fragen:

Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen

VNR 2760602016111270000

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Der Anteil hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen an der perinatalen Mortalität beträgt:

- 1) 20–25 Prozent
- 2) 10 Prozent
- 3) 2–3 Prozent
- 4) 70 Prozent

2. Unter einer Präeklampsie versteht man:

- 1) einen RR von 160/100 mmHg
- 2) einen positiven Urinstix
- 3) neu auftretende Hypertonie (> 20. SSW) mit Proteinurie
- 4) Thrombozyten < 150.000

3. Das I. Trimester-Screening auf Präeklampsierisiko umfasst:

- 1) Doppler und Anamnese
- 2) Präeklampsie marker
- 3) Blutdruckmessung
- 4) Uterina-PI, MAR, PAPP-A, PGIF und Kombinationen aus: Uterina PI, MAP und PAPP-A oder PGIF oder beiden

4. Eine ASS-Prophylaxe (100 mg per os) bei Schwangeren ist indiziert bei:

- 1) Z. n. schwerer Präeklampsie
- 2) allen Schwangeren
- 3) Proteinurie
- 4) einseitigem uterinem notching

5. Welche Aussage zur Präeklampsie ist richtig?

- a. Antiphospholipidsyndrom
- b. BMI >30
- c. kaukasische Rasse
- d. Z. n. Präeklampsie

- 1) a, b sind richtig
- 2) b und d sind richtig
- 3) a, b und d sind richtig
- 4) b und c sind richtig

6. Das Wiederholungsrisiko für eine Präeklampsie ist abhängig von:

- a. Gestationsalter zum Zeitpunkt der Manifestation
- b. Schweregrad
- c. dem Ausmaß der Proteinurie
- d. familiäre Belastung

- 1) a, b und c sind richtig
- 2) b ist richtig
- 3) b und d sind richtig
- 4) a, b und d sind richtig

7. Eine Proteinurie besteht bei:

- 1) 3 g/die
- 2) > 300 mg/die
- 3) 1–2 g/die
- 4) 200 mg/die

8. Welche Aussagen zur sFlt-1/PlGF-Ratio stimmen:

- a. Mütterliche Komplikationen können komplett verhindert werden.
- b. Es gibt keine Daten darüber, dass mütterliche Komplikationen verhindert werden.
- c. Der Test sollte bei allen Schwangeren angewendet werden.
- d. Verbessert das maternale und fetale outcome.

- 1) a und b stimmen
- 2) b und d stimmen
- 3) a, c und d stimmen
- 4) b stimmt

9. Welche Aussagen zum Blutdruck stimmen?

- a. Keine Therapie vor anhaltenden RR-Werten < 150 und/oder < 100–110 mmHg.
- b. Spätestens bei RR > 160/110 mmHg.
- c. Schnelles Absenken auf normotone Werte.
- d. Beta-Blocker sind das Mittel der Wahl.

- 1) a und b sind richtig
- 2) c und d sind richtig
- 3) b und d sind richtig
- 4) alle Antworten sind richtig

10. Langzeitfolgen bei hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen für die Mütter und die dazugehörigen Kinder...

- a. ...gibt es keine.
- b. ...sind chronische Hypertonie, kardiovaskuläre, peripher vaskuläre und metabolische Erkrankungen der Mutter.
- c. ...sind beim Kind Adipositas, Stoffwechsel-, Herz- und Kreislauferkrankungen („fetal programming“).
- d. Bei Präeklampsie und IUGR besteht die Gefahr einer progressiven renalen Dysfunktion mit arterieller Hypertonie.

- 1) a und b sind richtig
- 2) b, c und d sind richtig
- 3) c und d sind richtig
- 4) b und d sind richtig

Literatur zum Artikel:

Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen

von Prof. Dr. med. Maritta Kühnert

- 1) Ahmed R et al. Pre-eclampsia and Future Cardiovascular Risk Among Women, a Review. J of American College of Cardiology 2014, 63(18): 1815–1822
- 2) AWMF-Leitlinie (S1) Nr. 15/018 (gültig bis 11/2016). Diagnostik und Therapie hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen.
- 3) Bellamy L et al. Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. BMJ 2007, 335(7627):974
- 4) Bujold E et al. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. Obstet Gynecol 2010, 116:402–414
- 5) Bushnell C et al. Guidelines for the prevention of stroke in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2014, 45:1514
- 6) Dawis EF et al. Cardiovascular- risk factors in Children and young adults born to preeclamptic pregnancies: a systematic review. Pediatric 2012, 129(6):e1552–1561
- 7) Garovic VD et al. Hypertension in pregnancy as a risk factor for cardiovascular disease later in life. J Hypertens 2010, 28(4): 826–833
- 8) Main EK. Maternal mortality: new strategies for measurement and prevention: Curr Opin Obstet Gynecol 2010, 22:511
- 9) Neitzke U et al. Intrauterine growth restriction and developmental programming of the metabolic syndrome: a critical appraisal. Microcirculation 2011, Vol. 18, Issue 4,304–311
- 10) Rodger MA et al. Meta-analysis of low-molecular weight heparin to prevent recurrent placenta-mediated pregnancy complications. Blood 2014, 123:822–828
- 11) Schlembach D et al. Der sFlt-1/PlGF Quotient in Prädiktion und Diagnostik der Präeklampsie. Frauenarzt 2015, Nr. 10: 858–865
- 12) Schmidt IM et al. Impaired kidney growth in low-birth-weight children: distinct effects of maturity and weight for gestational age. Kidney Int 2005, 68(2):731–740
- 13) Simonetti GD et al. The diagnosis and management of Hypertension in Children. Hypertension Canada 2008, Bulletin No. 95
- 14) Stepan H et al. Implementation of the SFIT-1/PlGF ratio for prediction and diagnosis of preeclampsia in singleton pregnancy: implications for clinical practice. Ultrasound Obstet Gynecol 2015, 45(3):241–246

Blutgerinnung, Thrombose und Blutung

7. Frankfurter Gerinnungssymposium

Das 7. Frankfurter Symposium hat in seiner traditionsmäßig interdisziplinären Ausrichtung mehr als 300 Ärzte verschiedener Fachgebiete angezogen.

Dr. med. Markus Bender, Würzburg, stellte anhand verschiedener Mausmodelle die Vielfalt der thrombozytären Rezeptoren und ihre Relevanz für die Thromboseentstehung sowie für innovative medikamentöse Neuentwicklungen vor.

Prof. Dr. med. Sebastian Harder, Frankfurt, ging in seinem Ausblick auf die Hämostaseologie bis zum Jahr 2050 davon aus, dass wir eine zunehmend personalisierte Medizin haben werden, die – unterstützt durch neue Wirkstoffe – optimale Behandlungsmöglichkeiten für jeden Patienten eröffnen wird.

Dr. med. Michael Lichtenberg, Arnsberg, und Prof. Dr. med. Knut Kröger, Krefeld, tauschten Argumente über die Möglichkeiten und Risiken innovativer invasiver Verfahren zur Wiedereröffnung ausgedehnter Beckenvenenthrombosen aus. Leider fehlen bisher aktuelle epidemiologische Daten zu Häufigkeit und Schweregrad eines postthrombotischen Syndroms bei diesem eher seltenen Krankheitsbild.

Prof. Dr. med. Christine Espinola-Klein, Mainz, führte aus, dass für periphere arterielle Gefäßverschlüsse häufig kardiale Emboliequellen verantwortlich sind. Bei venösen Thrombosen kann nach Prof. Dr. med. Edelgard Lindhoff-Last, Frankfurt, hingegen ein sogenanntes Thrombophilie-screening neben weiteren Faktoren zur individuell festzulegenden Therapiedauer beitragen.

Prof. Dr. med. Martin Wehling, Mannheim, unterstrich anhand von Fallbeispielen eindrucksvoll die Gefahr von Nebenwirkungen und Interaktionen von Medikamenten bei betagten Patienten. Einen guten Überblick über die Bewertung von Arzneimitteln liefert die FORTA-Liste 2015.

Die Antikoagulation bei schweren Leberkrankheiten stellt nach PD Dr. med. Birgit Linnemann, Frankfurt, die Behandler vor große Probleme, da häufig ein erhöhtes Thrombose- wie auch Blutungsrisiko bei ein und demselben Patienten parallel be-



Die drei Organisatoren des Gerinnungssymposiums: Prof. Dr. med. Rupert Bauersachs, Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Prof. Dr. med. Edelgard Lindhoff-Last (von links)

steht. Detaillierte Informationen sind über die EASL-Leitlinie 2016 abrufbar.

PD Dr. med. Tobias Bingold, Frankfurt, hob anhand eines hochkomplexen Krankheitsverlaufs nach schwerem Herzinfarkt mit konsekutiver Herzinsuffizienz und Gerinnungsentgleisung hervor, welche Differentialdiagnosen zu berücksichtigen sind und welche Therapieoptionen zur Verfügung stehen.

Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Frankfurt, und Prof. Dr. med. Sebastian Schellong, Dresden, tauschten die gegenseitigen Argumente pro und kontra eine Antikoagulation bei distaler Venenthrombose sowie bei Phlebitis unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien (ACCP, S2k-LL der AWMF) aus. Die geringe Evidenz lässt aktuell viele Behandlungsoptionen offen, auch was Auswahl und Dosierung der Antikoagulanzen angeht.

Prof. Dr. med. Jörg Bojunga, Frankfurt, stellte für die Therapie der Hypercholesterinämie fest, dass die Zielwerte für Patienten individuell festzulegen sind nach Ermittlung des kardiovaskulären Risikos aus sogenannten SCORE-Tabellen.

Prof. Dr. med. Peter Grützmacher, Frankfurt, stellte die Lipidapherese als wirksames Therapieprinzip dar, u. a. für Patienten mit sehr hohem Lipoprotein a und progredienter KHK oder PAVK.

PCSK 9-Inhibitoren sind nach Prof. Dr. med. Jürgen Schäfer, Marburg, eine neue Therapieoption für Patienten mit schwerer Hypercholesterinämie oder gemischter Dyslipidämie, wenn unter maximaler Statingabe die Zielwerte nicht erreicht werden.

Prof. Dr. med. Matthias Sitzer, Herford, ging auf die hohe Mortalität bei cerebralen Blutungen ein; damit ist unter Vitamin

K-Antagonisten mit etwa 0,75 Prozent pro Jahr und unter DOACs zwischen 0,3 und 0,4 Prozent zu rechnen.

Anhand von Fallberichten erläuterte Prof. Dr. med. Johannes Oldenburg, Bonn, Blutungskomplikationen bei Hämophilie und deren Therapie.

Prof. Dr. med. Rupert Bauersachs, Darmstadt, stellte als Antidots bei schweren Blutungen Idarucizumab für Dabigatran und das noch in Entwicklung befindliche Andexanet alpha für Faktor Xa-Inhibitoren dar.

Conclusio und Ausblick

Erneut wurde beim diesjährigen Frankfurter Gerinnungssymposium ein breites Spektrum an aktuellen Themen interdisziplinär erörtert. Unterschiedliche Positionen wurden durch Pro-und-Kontra-Debatten pointiert dargestellt und es gab genügend Raum für Diskussionen und interaktive TED-Abstimmungen.

Aufgrund der großen Resonanz findet ein 8. Frankfurter Gerinnungssymposium am 1./ 2. September 2017 statt.

Prof. Dr. med. Edelgard Lindhoff-Last
GefäßCentrum & GerinnungsCentrum
Cardioangiologisches Centrum Bethanien
Frankfurt

Prof. Dr. med. Rupert Bauersachs
Klinik für Gefäßmedizin
Klinikum Darmstadt

Prof. Dr. Viola Hach-Wunderle
Sektion Angiologie/Hämostaseologie
Krankenhaus Nordwest Frankfurt

Frischer Wind für grenzüberschreitende Fortbildung

Internationaler Seminarkongress im norditalienischen Grado



Breites Themenspektrum, renommierte Referenten und Zeit für intensiven Erfahrungsaustausch. Es ist die Mischung aus interdisziplinärem Fortbildungsangebot und entspannter Atmosphäre, die den Ruf des Internationalen Seminarkongresses in Grado an der norditalienischen Adriaküste begründet. Nachdem die Bundesärztekammer ihr Engagement im Bereich Fortbildung auf die Landesärztekammern übertragen hat, fand der 48. Seminarkongress in diesem Sommer zum ersten Mal in Zusammenarbeit des Collegium Medici-

„Mich interessiert der Austausch über regionale Grenzen hinaus. Entscheidend für meine Teilnahme waren die praxisorientierten Themen.“

Dr. med. Dr. Bahattin Okuyucu (48)
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Hannover

nae Italo-Germanicum e. V. (CMIG) und der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) statt. 114 Ärztinnen und Ärzte aus mehreren Bundesländern (darunter 21 aus Hessen) und Österreich nahmen vom 28. August bis zum 2. September an den Seminaren und Interdisziplinären Gesprächen der Veranstaltungsreihe im Hotel Astoria teil, die von der hessischen Ärztekammer zertifiziert sowie von der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammer Südtirol als Fortbildungsmaßnahme anerkannt wurde.

Ein grenzüberschreitendes Angebot, dem in diesem Sommer frischer Wind eingehaucht worden ist. Durch die Betonung aktueller Themen und moderne Vermittlungsmethoden soll künftig verstärkt das Interesse junger Ärztinnen und Ärzte geweckt werden. Auch werden weitere Ärztekammern aus dem In- und Ausland als

mögliche Kooperationspartner gesucht. Bewährtes mit Neuem mischen, lautet das Konzept des Kongresses mit den Schwerpunktthemen Notfallmedizin, Seltene Erkrankungen, Palliativmedizin, Medizin in Zeiten globaler Epidemien und Psychiatrie sowie Sozial-, Gesundheits- und ärztliche Berufspolitik, der von Prof. Dr. Dr. med. Karsten Vilmar, Ehrenpräsident der Bundesärztekammer und Vorsitzender des CMIG, eröffnet wurde. So stößt etwa der Kurs „Notfall in der Praxis“ von Prof. Dr. med. Peter Sefrin aus Würzburg und Rainer Schmitt, Sommerhausen, mit praxisorientierter Wissensauffrischung seit Jahren auf großes Echo. Dass in diesem Jahr mit Prof. Dr. med. Jürgen R. Schäfer, dem „deutschen Dr. House“ aus Marburg, und dem Infektiologen Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk, Leiter des Frankfurter Gesundheitsamtes, gleich zwei hochkarätige Referenten aus Hessen die Teilnehmer begeisterten, ging auf die Initiative des hessischen Ärztekammerpräsidenten Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach zurück.

Wir müssen lernen, zu lernen

Was bedeutet Fortbildung heute? Mit dieser Frage hatte Dr. med. Max Kaplan, Vizepräsident der Bundesärztekammer, seinen einleitenden Vortrag überschrieben. Während Fortbildung früher keiner übergeordneten Strategie gefolgt sei, hätten wissenschaftlicher Fortschritt, aber auch Skepsis über Qualität und Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistung längst zu großen Veränderungen geführt. Fortbildung, nicht nur durch die Berufsordnung verpflichtend, sondern zusätzlich per Gesetz geregelt, sei ordnungspolitische Aufgabe der Ärztekammern, die sich von Verwalten hin zu Gestalten der Fortbildung entwickeln müssten, appellierte Kaplan. Wissen aktualisieren, aber auch immer wieder selbstkritisch hinterfragen, sich mit Kolle-

gen austauschen und Patienten optimal versorgen, darauf komme es an. Für die neuen Fortbildungskonzepte ergäben sich daraus Lernformen mit Beteiligung der Lernenden, Simulation, Rollenmodellen, Überprüfung von Lernprozessen und mehr Interaktivität als Konsequenz. „Durch die Novellierung der (Muster-)Fortbildungsordnung versuchen wir, das zu erreichen.“ Mit Lernformen wie Peer Review und Blended Learning weg von den großen Hörsälen hin zur Gruppenarbeit: „Wir müssen lernen, zu lernen“, unterstrich Kaplan. Für die Ärztekammern stelle sich die Frage nach einer betreuenden Struktur für die jahrzehntelange Phase des „Arztes in Fortbildung“.

Nicht so selten, wie man denkt

Abenteuer Diagnose: Wie lebendige und motivierende Fortbildung aussehen kann, zeigte der Kardiologe Prof. Dr. med. Jürgen R. Schäfer, Gründer und Leiter des Zentrums für unerkannte und seltene Erkrankungen am Universitätsklinikum Gießen – Marburg, mit seinem Vortrag „Seltene Erkrankungen“. Inspiriert von den „erstaunlich gut recherchierten“ Folgen der US-Fernsehserie „Dr. House“ hatte Schäfer 2008 erstmals ein Seminar mit dem Titel „Dr. House revisited – oder hätten wir den Patienten in Marburg auch geheilt?“ angeboten. Mit Erfolg, noch heute seien die Seminare „rappelvoll“. Ebenso spannend und unterhaltsam wie in Marburg stellte Schäfer auch in Grado unlösbar scheinende Fallgeschichten vor und erläuterte unter Einbeziehung seiner Zuhörer – „Worauf hätten Sie bei diesem

„Ich bin zum ersten Mal hier und begeistert. Referenten und Themen sind ausgezeichnet, 1. Wahl.“

Sergej Sliwinskij (51) Facharzt für Frauenheilkunde, Darmstadt

Symptom getippt?, „Wie hätten Sie gehandelt?“ – den diagnostischen Lösungsweg. Als Türöffner trat Dr. House alias Hugh Laurie auf der Leinwand auf: Eine Patientin war mit Fieberschüben, geschwollenen Lymphknoten und Herzschwäche eingeliefert worden. Auch schien die Betroffene ihr Seh- und Hörvermögen zu verlieren. Die Diagnose des gewieften Arztes: Kobalt-Vergiftung durch ein Metallimplantat. Als sich wenige Wochen darauf ein Mann mit ähnlichen

„Wir nehmen seit 16 Jahren teil. Die Atmosphäre ist angenehm entspannt, dadurch bleiben die Inhalte hängen.“
Dr. med Simone Glück (49) Dr. med. Mathias Glück (51)
 Fachärzte für Allgemeinmedizin, bei München

Symptomen im Zentrum für unerkannte Krankheiten in Marburg (ZuSE) vorstellte, erinnerten sich Schäfer und sein Team an den TV-Fall. Die Überprüfung des Verdachts ergab, dass bei dem Patienten einhalb Jahre zuvor ein defekter Keramik Hüftknopf durch ein Implantat aus Metall ausgetauscht worden war. „Ein gravierender Fehler“, kommentierte Schäfer: Der Austausch war Ursache für die Schwermetall-Vergiftung, da verbliebene Splitter der Keramikprothese den Metallkopf wie Sandpapier abgeschmirlgelt hatten.

Während 15 Nanomol Kobalt pro Liter Blut als normal gelten, lagen sie bei dem Patienten bei 15.000. Die Ärzte veranlassten den sofortigen Ausbau der defekten Metallprothese und retteten dem 55-Jährigen damit das Leben. Bemerkenswert: In den zurückliegenden Jahren häufen sich nach Schäfers Angaben in Deutschland Fälle von Kobaltvergiftungen, die durch defekte Hüftprothesen hervorgerufen werden. Schäfer forderte die Einrichtung eines nationalen Registers für Medizinprodukte. Das Medizinproduktegesetz müsse auch Langzeitverläufe berücksichtigen.

„Seltene Erkrankungen sind nicht so selten, wie man denkt“, betonte Schäfer. Die Auseinandersetzung mit ihnen könne auch für die Therapie anderer Krankheiten hilfreich sein. Leidenschaftlich machte sich der Marburger Kardiologe für die Nutzung sinnvoller E-Health-Anwendun-

gen stark. So könnten Datenbanken wie etwa Orphanet bei der Diagnosefindung wertvolle Unterstützung leisten. „Damit sitzen wir nicht mehr zwei Stunden in der Bibliothek, um einem Fall auf die Spur zu kommen, sondern bekommen in maximal einer halben Stunde nach Eingabe der Symptome Lösungsvorschläge präsentiert.“

Ärztlicher Spürsinn

Eine andere Form ärztlichen Spürsinnns präsentierte die temperamentvolle Münchner Psychiaterin Dr. med. Hanna Ziegert. Herzschmerzen, Kribbeln in den Händen und Schwellungen am Bein: Was steckte hinter den Symptomen einer Patientin mit „Verschwendungssucht“? „Ich habe die Frau auf mich wirken lassen und dann den kapitalen Kunstfehler gemacht, ihr auf den Kopf zuzusagen: ‚Sie binden Ihr Bein ab!‘“ Fehler deshalb, weil die Patientin die Therapie abbrach. Wie sich später allerdings herausstellte, traf die Vermutung zu. Diagnose: Artifizielle Störung - eine psychiatrische Erkrankung, bei der Patienten Krankheitssymptome vortäuschen, die sie sich oft selbst zugefügt haben.

Reges Teilnehmerinteresse riefen auch das Seminar Palliativmedizin von Prof. Dr. med. H. Christof Müller-Busch und der Vortrag von Dr. Dr. med. Otmar Kloiber, Generalsekretär des Weltärztebundes hervor. Zu den Schwerpunktthemen des Palliativmediziners Buschs gehören Lebensqualität, Entscheidungskriterien und -konflikte am Lebensende sowie komplementäre und künstlerische Therapien bei Schmerz und in der Palliativmedizin. Kloiber zog eine kritische Bilanz der bisherigen Erkenntnisse über die geplanten Handelsabkommen CETA mit Kanada und TTIP mit den USA, deren Unterzeichnung auch gravierende Folgen für das Gesundheitswesen hätte.

„Neue“ Infektionskrankheiten

In Europa weitgehend unbekannt, ist die Vielzitzenmaus ständige Begleiterin der Bewohner Afrikas. So harmlos sie aussieht, kommt ihr die zweifelhafte Rolle zu, Überträgerin des Lassa-Fiebers zu sein. Die Übertragung der Erkrankung erfolgt meist über getrockneten Urin, der etwa

beim Fegen der Hütten aufgewirbelt wird. In den zum Endemiegebiet zählenden westafrikanischen Ländern liege die Durchseuchung zum Teil bei 70 Prozent berichtete Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk in dem Seminar über „Neue‘ Infektionskrankheiten“. „Die Menschen dort können damit umgehen, wir dagegen nicht“, fügte er hinzu.

Welche Folgen sind mit der Ausbreitung „neuer“ Krankheiten in einer zusammenwachsenden Welt verbunden? Im Frühjahr dieses Jahres war ein Patient aus Togo in Köln an zwei Wochen zu spät diagnostiziertem Lassa-Fieber gestorben. Für die Rückführung nach Togo wurde der Tote in einem Bestattungsinstitut in Rheinland-Pfalz in einen Zinksarg umgebettet. Wenig später habe ein Mitarbeiter des Bestattungsinstituts Lassa-Fieber-Symptome entwickelt, so Gottschalk weiter. „Damit waren wir in Frankfurt als Kompetenzzentrum für hochkontagiöse, lebensbedrohliche Erkrankungen zuständig“. Der Patient musste auf der Sonderisolerstation der Frankfurter Universitätsklinik untergebracht werden: „Es war weltweit die erste Sekundärinfektion außerhalb Afrikas.“

„Nach 25 Jahren bin ich dieses Jahr wiedergekommen und positiv überrascht. Ich würde mich sehr freuen, wenn der Kongress weiter angeboten würde.“
Dr. med. Christoph Schröder (52)
 Facharzt für Innere Medizin, Heusenstamm

Was gilt für den Umgang mit den Kontaktpersonen eines Infizierten? „Wir haben genaue Vorgaben für die häusliche Quarantäne gemacht“, erzählte Gottschalk. In seinem Vortrag stellte er außerdem neben dem Zika-Virus, das für Ungeborene ein ernstes Problem darstelle, da es bei ihnen zu Mikroenzephalogie führen könne, aber bei 80 Prozent aller Infizierten keine Symptome hervorrufe, weitere, hierzulande oft noch wenig bekannte Infektionskrankheiten wie das Krim-Kongo-Hämorrhagische Fieber oder MERS-CoV und deren zunehmende Verbreitung vor. Zur Prävention seien u. a. Hygienemaßnahmen ganz wichtig“, sagte Gottschalk: „Hände waschen hilft“.

Katja Möhrle

Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika (EVA)

Ergebnisse einer Befragung der niedergelassenen Ärzte in Hessen, 2016 Teil II: Antworten der Teilnehmer in Hessen 2016 nach Facharzt-Weiterbildung

Angelika Hausemann, André Zolg, Ursel Heudorf

Acht Jahre nach der ersten bundesweiten Studie zu Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika (EVA) [1] wurde diese Umfrage – mit leichten Modifikationen und Ergänzungen – im März/April 2016 in Hessen wiederholt. Die Umfrage wurde als Online-Befragung gestaltet, wobei die meisten Fragen durch Anklicken zu beantworten waren (z. T. in Likert-Skalen), darüber hinaus konnten Wünsche und Anregungen in Freitexten angegeben werden [2]. In beiden Untersuchungen wurden Erfahrungen zum Einsatz und Einstellungen zum Umgang mit Antibiotika sowie Verbesserungsvorschläge abgefragt.

Von 6.333 im April 2016 per E-Mail kontaktierten niedergelassenen Ärzten in Hessen antworteten 897 (14,2 Prozent [%]). Insgesamt 841 Ärzte gaben ihre Facharztqualifikation an, darunter waren 57 Teilnehmer ohne Facharztweiterbildung (vgl. Tab. 1 im Teil I der Artikel-Serie zur Eva-Studie, abrufbar auf unserer Webseite www.laekh.de, Hessisches Ärzteblatt, Ausgabe 09/2016)*. Facharztgruppen mit mehr als 50 Antworten wurden differenziert ausgewertet, die Ergebnisse werden in diesem Teil der Serie vorgestellt.

Häufigste Indikation für eine Antibiotika-Therapie nach Facharztgruppen

Fachärzte für Allgemeinmedizin und für Kinderheilkunde gaben am häufigsten an, täglich Entscheidungen zum Einsatz von Antibiotika zu treffen (67,1 % und 65,1 %), gefolgt von Fachärzten für Innere Medizin und Kollegen ohne Facharztweiterbildung (57,5 % und 46,5 %). Dagegen entscheiden Fachärzte für Gynäkologie deutlich seltener täglich über Antibiotika-Verschreibungen (36,5 %) (vgl. Abb. 4*).

Große Unterschiede bei den Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika

Gefragt nach Einflüssen auf die Verordnung von Antibiotika (vorgegebene Stel-

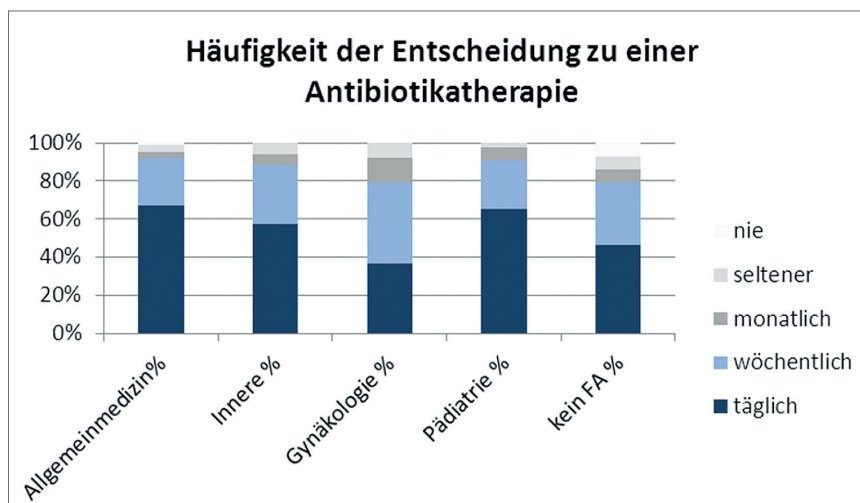


Abbildung 4: EVA-Studie Hessen 2016 – Angegebene Häufigkeiten der Entscheidung zur Antibiotika-Therapie in Abhängigkeit von der Facharztweiterbildung. (Abb. 1–3 siehe Teil I, HÄBL 09/2016 online)

lungnahmen, fünfstufige Likert-Skala als Antwortmöglichkeiten) wurden am häufigsten genannt (stimme ganz entschieden zu und stimme zu): um auf der sicheren Seite zu stehen (ca. 20 %), Angst vor juristischen Konsequenzen (>10 %), wenn die Verlaufsuntersuchung wegen eines langen Anfahrtswegs erschwert ist, wenn der Patient unbedingt arbeiten will, wenn der Arzt den Eindruck hat, dass sich der Patient dann gut behandelt fühlt (jeweils <10 %). Sehr viel seltener wurden angegeben: um Kosten für die Laboruntersuchung zu sparen (5 %), um die Konsultation zu verkürzen (3 %) oder um sich selbst oder Mitarbeitern Arbeit zu sparen (2 %). Ärzte ohne Facharztweiterbildung nannten am häufigsten „um auf der sicheren Seite zu stehen“ (ca. 40 %) und „aus Angst vor juristischen Konsequenzen“ bzw. „wenn der Patient es fordert“ (jeweils ca. 20 %). Auch Gynäkologen nannten den Wunsch nach „sicherer Seite“ (25 %) und die Angst vor juristischer Konsequenz (17 %) vergleichsweise oft, darüber hinaus gaben sie am häufigsten an,

dass sie auch Antibiotika verordnen, damit die Patientin sich gut behandelt fühlt (14 %), bzw. wenn die Patientin unbedingt arbeiten möchte (13 %). Kinderärzte stimmten allen Antwortmöglichkeiten am seltensten zu (siehe Tab. 4 & Abb. 5).

Drei Viertel der Ärzte haben Erfahrung mit Therapieversagen bei Antibiotikaresistenzen - vier Fünftel fühlen sich gut über Antibiotika-Therapien informiert.

85 % der teilnehmenden Ärzte halten Antibiotika-Resistenzen bei Bakterien in ihrem Alltag für relevant (min-max: 81 % Gynäkologen – 92 % Pädiater) und 62 % sind der Auffassung, dass ihr eigenes Verschreibungsverhalten Einfluss auf die Resistenzsituation in der Region hat (52 % Gynäkologen – 90 % Pädiater). 77 % der Befragten haben bereits Erfahrung mit Therapieversagen wegen Antibiotika-Resistenz (58 % Gynäkologen – 90 % Internisten) und ebenfalls 77 % geben an, sich an den Leitlinien ihrer Fachgesellschaften zu orientieren (95 % Pädiater). 82 % der Ärzte fühlen sich gut informiert über Antibiotika-

Therapien (76 % ohne Facharztweiterbildung – 95 % Kinderärzte). 72 % haben schon die Methode der „verzögerten Antibiotikatherapie“ eingesetzt, das heißt, ein Rezept ausgestellt, das erst eingelöst werden soll, wenn sich die Symptome über eine gewisse Zeit nicht verbessern (62 % Gynäkologen – 85 % Allgemeinmediziner) (siehe Tab. 5 & Abb. 6).

Keine großen Unterschiede bei den Verbesserungsvorschlägen

Als Verbesserungsvorschläge wurden am häufigsten die Erfassung regionaler Antibiotika-Resistenzen, Beseitigung finanzieller Nachteile durch Laboruntersuchungen bei Infektionserkrankungen und bundesweit einheitliche Leitlinien (je ca. 50 %) genannt. Zudem wünschen sich die Ärzte mehr (finanzielle) Unterstützung für eine auch im Praxisalltag nutz- und finanzierbare „point of care“-Diagnostik, für die Erfassung individueller Antibiotika-Resistenzen mit geeigneter Rückmeldung sowie Einschränkung der Auswahl an Antibiotika durch eine Positivliste (25–35 %). Hier gab es nur wenige Unterschiede zwischen den Ärzten mit unterschiedlicher Facharztweiterbildung. Gynäkologen plädierten seltener für die Erstellung regionaler Antibiotikaresistenzen und wünschten häufiger eine Internetplattform der Kammer zu Antibiotika-Therapie. Ärzte ohne Facharztweiterbildung hingegen wünschten sich (sign.) häufiger Informationen über regionale Antibiotika-Resistenzen, Leitlinien, praxisorientierte Fortbildungsangebote, ein Antibiotika-Internetportal der Kammer sowie auch eine Einschränkung der Antibiotika-Auswahl im Sinne einer Positivliste (sign.) – im Vergleich zu Fachärzten für Allgemeinmedizin (siehe Abb. 7).

Harnwegs- und Atemwegsinfektionen führen am häufigsten zu einer einer Antibiotikatherapie.

Auf die Frage nach der häufigsten Diagnose für die Anwendung einer Antibiotika-Verordnung im Jahr 2015 gab es – erwartungsgemäß – signifikante Unterschiede zwischen den Facharztgruppen: Harnwegsinfektionen wurden am häufigsten von Fachärzten für Gynäkologie (70 %), Allgemeinmedizin (56,7 %), von Ärzten ohne Weiterbildung (61,5 %) und von Fachärzten für Innere Medizin (51,9 %)

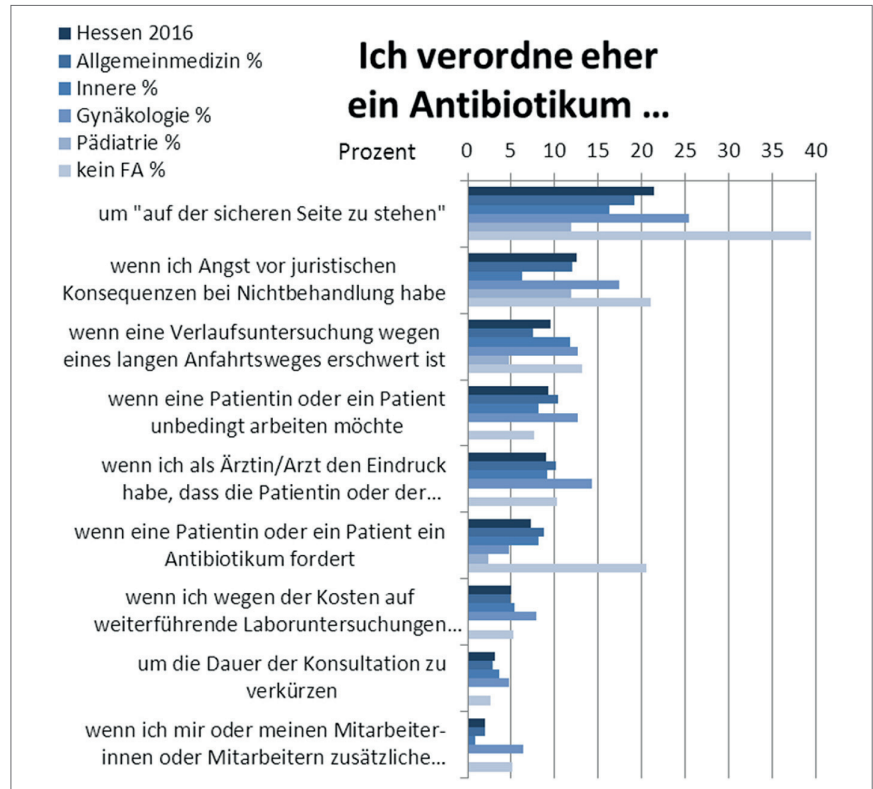


Abbildung 5: Einflüsse auf die Verordnung von Antibiotika unter Ärzten in Hessen 2016 – in Abhängigkeit von der Facharztweiterbildung („Stimme ganz entschieden zu“ und „stimme zu“, addiert in Prozent)

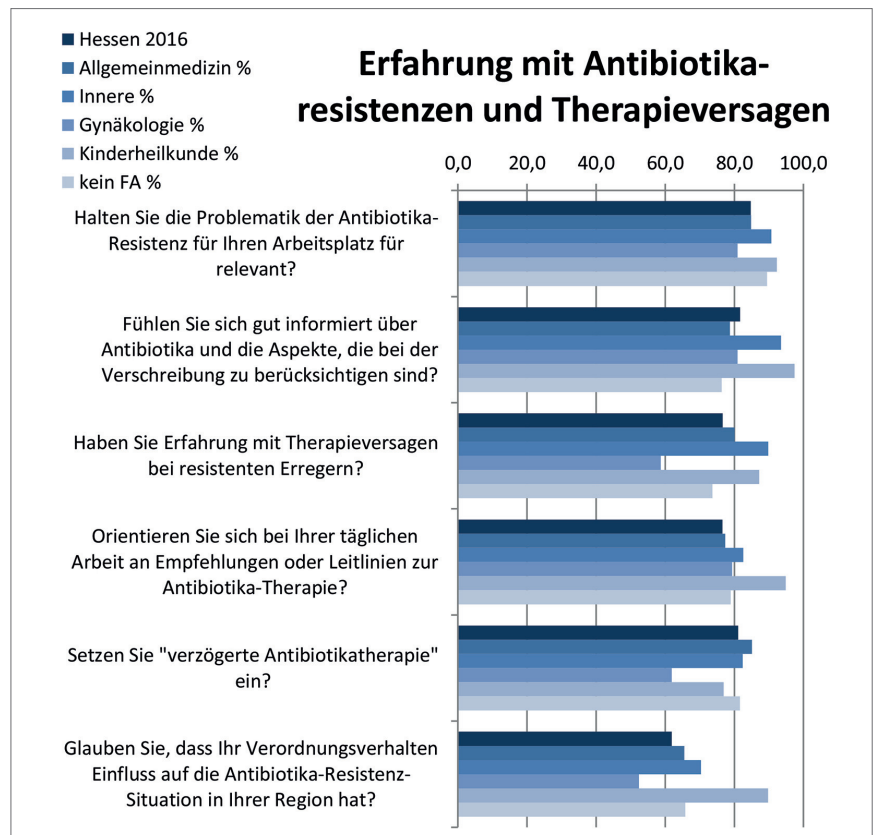


Abbildung 6: Erfahrung mit Resistenzen und Therapieversagen, Therapieverfahren und Einschätzung des eigenen Ordnungsverhaltens sowie der Kenntnisse – in Abhängigkeit von der Facharztweiterbildung

angegeben. Die Atemwegsinfektion wurde von Internisten (38 %), Allgemeinmedizinern (34,5 %) und Ärzten ohne Weiterbildung (23 %) als häufigste Ursache für eine Antibiotikatherapie genannt. Infektionen des Hals-Nasen-Ohrenbereichs (bspw. Otitis, Tonsillitis etc.) wurden insbesondere von Kinderärzten als häufigste zur Antibiotika-Therapie führende Diagnose benannt (57,5 %), während 10,3 % der Ärzte ohne Weiterbildung und 7,8 % der Fachärzte für Allgemeinmedizin Infektionen aus dem HNO-Bereich als häufigste Infektionsdiagnose nannten. 23 % der Gynäkologen behandelten gynäkologische Infektionen (Adnexitis, Vaginalinfektionen) am häufigsten, 5 % gaben perioperative Antibiotikaphylaxe als häufigste Indikation für einen Antibiotika-Einsatz an.

Häufig verordnete Antibiotika

333 Ärzte gaben Harnwegsinfektionen als häufigste Ursache für eine Antibiotikatherapie an und setzten zur Behandlung primär Fosfomycin (39 %) ein, gefolgt von Trimethoprim±Sulfonamid (24 %) und Ciprofloxacin (16 %). Die Verschreibungen von Internisten und Fachärzten für Allgemeinmedizin unterschieden sich nicht wesentlich (ca. 40 % Fosfomycin, ca. 20 % Ciprofloxacin). Am häufigsten verschrieben Gynäkologen Fosfomycin (75 %), am seltensten die Urologen (19 %).

188 Ärzte gaben an, hauptsächlich Atemwegsinfektionen zu behandeln und setzten dazu am häufigsten Amoxicillin (37 %), gefolgt von Cefuroxim (22 %) und Azithromycin (13 %) ein. Fachärzte für Allgemeinmedizin behandelten ebenfalls am häufigsten mit Amoxicillin (35 %), Cefuroxim (25 %) und Azithromycin (17 %), während Internisten neben Amoxicillin (44 %) auch häufig Amoxicillin/Clavulansäure (14 %) verabreichten. Kinderärzte setzten bei bakteriellen Atemwegsinfektionen am häufigsten Cefaclor (42 %) ein.

Es ist geplant – in Übereinstimmung mit den Verbesserungsvorschlägen – in weiteren Beiträgen auf die sachgerechte Antibiotika-Therapie bei Atem- und bei Harnwegserkrankungen einzugehen und diese Ergebnisse vor dem Hintergrund der aktuellen Leitlinien der DEGAM und anderer Fachgesellschaften zu diskutieren.

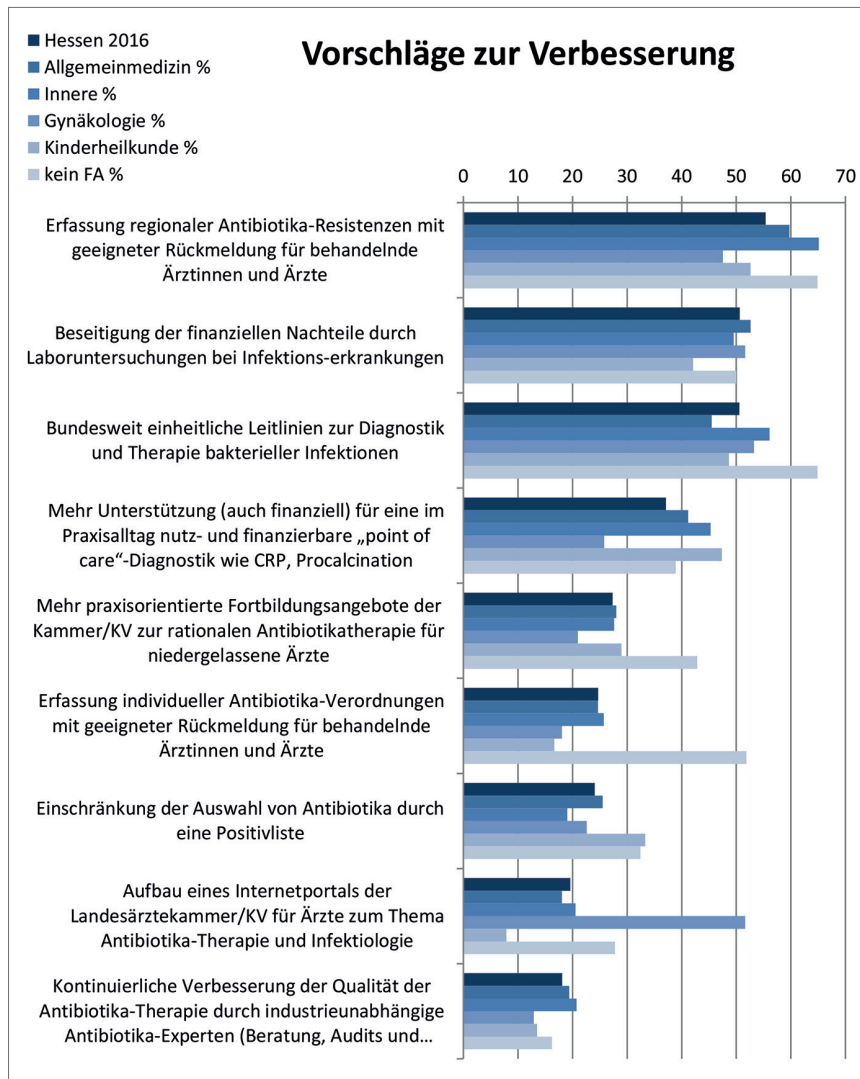


Abbildung 7: Einflussfaktoren auf die Verschreibung von Antibiotika EVA Studie Hessen 2016: Vorschläge zur Verbesserung – in Abhängigkeit von der Facharztweiterbildung (Angabe „sehr wichtig“)

**Angelika Hausemann,
Prof. Dr. med. Ursel Heudorf**
MRE-Netz Rhein-Main

André R. Zolg, M.Sc.
Landesärztekammer Hessen

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

* Siehe auch Teil I der Artikelserie über die EVA-Studie auf unserer Website www.laekh.de, Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“, 09/2016.

Referenzen

[1] Velasco E, Eckmanns T, Espelage W, Barger A, Krause G: Einflüsse auf die ärztliche Verschreibung von Antibiotika in Deutschland (EVA-Studie). Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Robert Koch-Institut, Berlin, 2009.

[2] Von Knoblauch zu Hatzbach: Einflüsse auf die Verordnung von Antibiotika (EVA) bei niedergelassenen Ärzten. Eine Umfrage des MRE-Netzes Rhein-Main und der Landesärztekammer Hessen. Hessisches Ärzteblatt 2016, Seite 208.

Tab. 4 EVA-Studie Hessen 2016: Einflüsse auf die Verordnung von Antibiotika unter Ärzten in Hessen 2016 – in Abhängigkeit von der Facharztweiterbildung

		Hessen 2016 %	Allgemein- medizin %	Innere %	Gynäkologie %	Pädiatrie %	kein FA %
Ich verordne eher ein Antibiotikum....		%	%	%	%	%	%
wenn eine Patientin oder ein Patient ein Antibiotikum fordert	stimme ganz entschieden zu	0,5	0,6	0,0	3,2	0,0	0,0
	stimme zu	6,7	8,1	8,1	1,6	2,4	20,5
	neutral	9,8	9,0	9,0	7,9	7,1	7,7
	stimme nicht zu	46,3	50,3	55,0	41,3	47,6	43,6
	stimme ganz und gar nicht zu	36,6	31,9	27,9	46,0	42,9	28,2
	Summe der Antworten (n)	(756)	(310)	(111)	(63)	(42)	(39)
wenn ich als Ärztin/Arzt den Eindruck habe, dass die Patientin oder der Patient sich damit gut behandelt fühlt	stimme ganz entschieden zu	1,6	0,5	1,8	4,8	0,0	0,0
	stimme zu	7,5	9,7	7,3	9,5	0,0	10,3
	neutral	17,2	26,9	20,0	14,3	11,9	7,7
	stimme nicht zu	42,5	60,2	45,5	42,9	47,6	53,8
	stimme ganz und gar nicht zu	31,3	2,8	25,5	28,6	40,5	28,2
	Summe der Antworten (n)	(751)	(216)	(110)	(63)	(42)	(39)
wenn eine Patientin oder ein Patient unbedingt arbeiten möchte	Stimme ganz entschieden zu	0,8	0,0	0,9	6,3	0,0	0,0
	stimme zu	8,5	10,4	7,2	6,3	0,0	7,7
	neutral	19,4	16,6	22,5	22,2	17,5	25,6
	stimme nicht zu	38,5	40,6	42,3	36,5	45,0	28,2
	stimme ganz und gar nicht zu	32,8	32,5	27,0	28,6	37,5	38,5
	Summe der Antworten (n)	(751)	(308)	(111)	(63)	(40)	(39)
um die Dauer der Konsultation zu verkürzen	stimme ganz entschieden zu	0,3	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0
	stimme zu	2,8	2,9	3,6	1,6	0,0	2,6
	neutral	6,9	6,2	5,5	4,8	4,9	10,3
	stimme nicht zu	34,4	34,2	36,4	34,9	34,1	41,0
	stimme ganz und gar nicht zu	55,5	56,7	54,5	55,6	61,0	46,2
	Summe der Antworten (n)	(749)	(307)	(110)	(63)	(41)	(39)

Mensch und Gesundheit

Fortsetzung Tab. 4

wenn eine Verlaufsuntersuchung wegen eines langen Anfahrtsweges erschwert ist	stimme ganz entschieden zu	0,5	0,3	0,0	3,2	0,0	0,0
	stimme zu	8,9	7,1	11,7	9,5	4,8	13,2
	neutral	13,0	12,7	11,7	6,3	23,8	15,8
	stimme nicht zu	40,7	42,5	45,0	47,6	35,7	42,1
	stimme ganz und gar nicht zu	36,8	37,3	31,5	33,3	35,7	28,9
	Summe der Antworten (n)	(749)	(308)	(111)	(63)	(42)	(38)
wenn ich mir oder meinen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern zusätzliche Arbeit ersparen möchte	stimme ganz entschieden zu	0,4	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0
	stimme zu	1,6	1,9	0,9	1,6	0,0	5,1
	neutral	4,9	5,5	3,6	1,6	2,4	7,7
	stimme nicht zu	30,5	33,4	31,5	27,0	23,8	33,3
	stimme ganz und gar nicht zu	62,6	59,1	64,0	65,1	73,8	53,8
	Summe der Antworten (n)	(752)	(308)	(111)	(63)	(42)	(39)
wenn ich wegen der Kosten auf weiterführende Laboruntersuchungen verzichte	stimme ganz entschieden zu	1,2	1,0	1,8	3,2	0,0	2,6
	stimme zu	3,9	3,9	3,6	4,8	0,0	2,6
	neutral	8,4	5,8	8,1	15,9	9,5	10,5
	stimme nicht zu	32,0	35,4	31,5	31,7	23,8	34,2
	stimme ganz und gar nicht zu	54,5	53,9	55,0	44,4	66,7	50,0
	Summe der Antworten (n)	(752)	(308)	(111)	(63)	(42)	(38)
um „auf der sicheren Seite zu stehen“	stimme ganz entschieden zu	2,1	1,0	1,8	4,8	0,0	5,3
	stimme zu	19,3	18,2	14,4	20,6	11,9	34,2
	neutral	28,6	26,9	23,4	36,5	23,8	23,7
	stimme nicht zu	29,0	28,9	39,6	22,2	42,9	26,3
	stimme ganz und gar nicht zu	21,1	25,0	20,7	15,9	21,4	10,5
	Summe der Antworten (n)	(753)	(308)	(111)	(63)	(42)	(38)
wenn ich Angst vor juristischen Konsequenzen bei Nichtbehandlung habe	stimme ganz entschieden zu	2,5	1,9	0,9	6,3	2,4	2,6
	stimme zu	10,0	10,1	5,4	11,1	9,5	18,4
	neutral	16,7	14,0	17,1	23,8	4,8	15,8
	stimme nicht zu	35,3	37,0	37,8	30,2	33,3	42,1
	stimme ganz und gar nicht zu	35,5	37,0	38,7	28,6	50,0	21,1
	Summe der Antworten (n)	(753)	(308)	(111)	(63)	(42)	(38)

Tab. 5; EVA-Studie Hessen 2016: Erfahrung mit Resistenzen und Therapieversagen, Therapieverfahren und Einschätzung des eigenen Verordnungsverhaltens sowie der Kenntnisse – in Abhängigkeit von der Facharztweiterbildung

		Hessen 2016 %	Allgemein- medizin %	Innere %	Gynäkologie %	Pädiatrie %	kein FA %
Halten Sie die Problematik der Antibiotika-Resistenz für Ihren Arbeitsplatz für relevant?	ja	84,8	84,8	90,7	81,0	92,3	89,5
	nein	12,6	11,8	8,3	15,9	5,1	7,9
	weiß nicht	2,6	3,4	0,9	3,2	2,6	2,6
	Summe (n)	(722)	(297)	(108)	(63)	(39)	(38)
Glauben Sie, dass Ihr Verordnungsverhalten Einfluss auf die Antibiotika-Resistenz-Situation in Ihrer Region hat?	ja	61,9	65,5	70,4	52,4	89,7	65,8
	nein	27,4	22,3	21,3	38,1	5,1	23,7
	weiß nicht	10,7	12,2	8,3	9,5	5,1	10,5
	Summe (n)	(722)	(296)	(108)	(63)	(39)	(38)
Haben Sie Erfahrung mit Therapieversagen bei resistenten Erregern?	ja	76,6	80,1	89,8	58,7	87,2	73,7
	nein	20,1	16,6	9,3	30,2	10,3	21,1
	weiß nicht	3,3	3,4	0,9	11,1	2,6	5,3
	Summe (n)	(722)	(296)	(108)	(63)	(39)	(38)
Fühlen Sie sich gut informiert über Antibiotika und die Aspekte, die bei der Verschreibung zu berücksichtigen sind?	ja	81,7	78,7	93,5	81,0	97,4	76,3
	nein	9,3	10,5	3,7	6,3	0,0	15,8
	weiß nicht	9,0	10,8	2,8	12,7	2,6	7,9
	Summe (n)	(720)	(296)	(108)	(63)	(39)	(38)
Orientieren Sie sich bei Ihrer täglichen Arbeit an Empfehlungen oder Leitlinien zur Antibiotika-Therapie?	ja	76,6	77,4	82,6	79,4	94,9	78,9
	nein	11,2	10,5	7,3	6,3	2,6	10,5
	weiß nicht	12,3	12,2	10,1	14,3	2,6	10,5
	Summe (n)	(717)	(296)	(108)	(63)	(39)	(38)
Setzen Sie verzögerte Antibiotikatherapie ein?	ja	71,9	85,1	82,4	61,9	76,9	81,6
	nein	27,2	14,2	16,7	38,1	18,4	18,4
	weiß nicht	0,8	0,7	0,9	0,0	0,0	0,0
	Summe (n)	(720)	(296)	(108)	(62)	(39)	(38)



Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Freitags und samstags ganztags möglich!

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

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Aktuelle Diabetologie

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

Mi., 30. November 2016, 15:30 – 20:00 Uhr 6 P

Teil 5: Herz, Blutdruck und Gefäße

Teil 6: Auge, Niere, Fuß

Leitung: Dr. med. P. Bauer, Gießen
Dr. med. M. Eckhard, Bad Nauheim

Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mi., 09. November 2016, 14:00 – 19:00 Uhr 6 P

Mi., 07. Dezember 2016, 14:00 – 19:00 Uhr 6 P

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

Gebühr: € 110 (Akademiestatistiker € 99)

Max. Teilnehmerzahl: 25

Auskunft/Anmeldung: B. Sebastian, Fon: 0611 977-4825,
E-Mail: barbara.sebastian@laekh.de

Innere Medizin / Rheumatologie

In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim

Mi., 02. November 2016, 15:00 – 19:00 Uhr 6 P

Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim

Ort: Bad Nauheim, Kerckhoff-REHA-Zentrum

Teilnahmegebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)

Max. Teilnehmerzahl: 40

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz

Sa., 08. Oktober 2016, 09:00 – 16:15 Uhr 8 P

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt

Gebühr: € 140 (Akademiestatistiker € 126)

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

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher

gem. Hess. Hygieneverordnung (HHyGVO nach § 10 Abs. 2)

Mi., 09. – Do., 10. November 2016 16 P

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

Gebühr: € 280 (Akademiestatistiker € 252)

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

Frauenheilkunde

Wiederholungsseminar Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

Sa., 12. November 2016, 09:00 – 16:15 Uhr

Leitung: Dr. med. A. Goldacker, Hanau

Gebühr: € 160 (Akademiestatistiker € 144)

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

Transplantationsmedizin

Qualifikationskurs nach HAGTPG für erfahrene Transplantationsbeauftragte

Di., 15. November 2016, 09:30 – 17:30 Uhr 10 P

Gebühr: € 150 (Akademiestatistiker € 135)

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

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



Infektiologie

ABS-beauftragter Arzt

Mo., 28. November – Fr., 02. Dezember 2016 **40 P**

(gem. Curriculum der BÄK „Antibiotic Stewardship (ABS)“ Modul I)

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

Gebühr: € 900 (Akademiestatistiker € 810)

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

Lungen - und Bronchialheilkunde, Onkologie, Innere Medizin, Pathologie, Allgemeinmedizin

In Kooperation mit dem Frankfurter Arbeitskreis Pneumologie, Allergologie (FAPA) e.V. und dem Krankenhaus Nordwest. DMP-zertifiziert nach Asthma bronchiale und COPD.

Interdisziplinäres Forum Frankfurt 2016:

Was gibt es Neues in der Pneumologie 2016? **5 P**

Sa., 26. November 2016, 09:00 – 13:00 Uhr

Leitung: Dr. med. P. Kardos, Frankfurt

Gebühr: kostenfrei

Ort: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

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

Kinder- und Jugendmedizin

Mi., 22. März 2017 **Endokrinologie, Pädiatrische Notfälle**

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

Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

Rechtsmedizin

Theorie und Praxis der Leichenschau werden im Institut für Rechtsmedizin in insgesamt vier Kursteilen erarbeitet.

Mi., 15. Januar. 2017, Mi., 22. Januar. 2017,

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

jeweils 15:00 - 16:45 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. Verhoff, Frankfurt

Teilnahmegebühr: € 240 (Akademiestatistiker € 216)

Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin

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

Qualifikation Tabakentwöhnung

Aufbaumodul Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm

Sa., 17. Mär. 2017

Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)

Leitung: D. Paul, Frankfurt

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

Notfallmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Fr., 04. – So., 06. November 2016 **30 P**

Gebühr: € 400 (Akademiestatistiker € 360)

Fr., 17. – So., 19. März 2017

Gebühr: € 400 (Akademiestatistiker € 360)

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

Seminar Leitender Notarzt

Sa., 22. - Di., 25. April 2017

Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel

Gebühr: auf Anfrage

Ort: Kassel, Hess. Landesfeuerwehrschule

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

Sa., 26. November 2016

Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel

Dipl.-Ing. N. Schmitz, Kassel

Ort: Kassel, Hess. Landesfeuerwehrschule

Gebühr: € 260 (Akademiestatistiker € 234)

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

Geriatrische Grundversorgung

Block I: Fr., 09. – So., 11. Dezember 2016 **24 P**

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

Gebühr: € 360 (Akademiestatistiker € 324)

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

Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt

Gebühren: € 330 (Akademiestatistiker € 297)

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

Leitung: PD Dr. med. M. Pfisterer,

Dr. med. P. Groß, Darmstadt

Gebühren: € 210 (Akademiestatistiker € 189)

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

Max. Teilnehmerzahl: 30

Ultraschall

Gefäße

Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße 20 P

Fr., 25. November 2016 (Theorie)

Sa., 26. November 2016 (Praktikum)

Gebühr: € 320 (Akademiestudenten € 288)

Interdisziplinärer Grundkurs der Doppler-Duplex-Sonographie für die Gefäße

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

Sa., 25. Februar 2017 (Praktikum)

Gebühr: auf Anfrage

Ort Praktikum: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

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

Frankfurt

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

Abdomen

Abschlusskurs 29 P

Sa., 05. November 2016 (Theorie)

+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum

Gebühr: € 350 (Akademiestudenten € 315)

Grundkurs

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

+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum

Gebühr: auf Anfrage

Ort Praktikum: Frankfurt, Kliniken Rhein-Main-Gebiet

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Kurs und Modul: Elastographie

Sa., 03. Dezember 2016, 09:00 – 18:00 Uhr 9 P

Gebühr: € 180 (Akademiestudenten € 162)

Ort: Frankfurt, Uniklinikum

Leitung: Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,

Frankfurt

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-211,

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

Psychosomatik

Interdisziplinäre Schmerztherapie und Psychosomatik

Sa., 04. März 2017

Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider

Gebühr: € 90 (Akademiestudenten kostenfrei)

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

E-Mail: andrea.flören@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Do., 10. – Fr., 11. November 2016 16 P

Leitung: PD Dr. med. Y. Schmitt

Ort: Darmstadt, Marienhospital

Gebühr: € 340 (Akademiestudenten € 306)

Do., 27. – Fr., 28. April 2017

Leitung: Dr. med. A. Opitz

Gebühr: € 340 (Akademiestudenten € 306)

Max. Teilnehmerzahl: 30

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Fachgebundene genetische Beratung

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

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

Modul 5: Neurologie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin

Fr., 11. - Sa., 12. November 2016 38 P

Beginn Telelernphase: Mo., 11. Oktober 2016

(Im Anschluss wird eine Wissenskontrolle angeboten)

Ort: Bad Nauheim

Gebühr:

Veranstaltung: € 350 (Akademiestudenten € 315)

Wissenskontrolle: € 50 (Akademiestudenten € 45)

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

Wiesbaden

Wissenskontrolle zum Nachweis der Qualifikation zur

fachgebundenen genetischen Beratung für zahlreiche

Fachgebiete:

Sa., 12. November 2016

Gebühr: je € 50 (Akademiestudenten € 45)

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Leitliniengerechter Einsatz von Antibiotika –

Was gibt es Neues?

Sa., 18. Februar 2017

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

Gebühr: auf Anfrage

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

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de



Arbeitsmedizin

Arbeitsmedizinische Vorsorge: Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen Bedingungen

Sa., 12. – So. 13. November 2016, 09:00 – 16:15 Uhr 16 P
(integriert in Block B2 des Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin)

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt
Dr. med. R. Snethlage, Wiesbaden

Teilnahmegebühr: € 280 (Akademiemitgl. € 252)

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

Qualitätsmanagement

Ärztliches Peer Review Verfahren – Cholezystektomie 16 P
Blended-Learning-Veranstaltung

Beginn Telelernphase: Mo., 07. November 2016
Präsenzphase: Mi., 07. – Do., 08. Dezember 2016

Leitung: Prof. Dr. med. A. Zielke,
Dr. Dipl.-Psych. C. Kuch
Gebühr: € 360 (Akademiestudierende € 324)

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

Psychotherapie

Muslimische Patienten in der Psychotherapie
Sa., 28. Januar 2017, 10:00 – 16:00 Uhr

Leitung: Dr. med. I. Rüschoff,
Dipl.-Psych. M. Laabdallaoui
Gebühr: auf Anfrage

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

Dermatologie

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

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

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechthelm
Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen
Gebühr: € 180 (Akademiestudierende € 162)
zzgl. € 70 Schulungsmaterial

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

Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Fr., 18. – So., 20. November 2016 G13 – G15

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Sa., 10. – So., 11. Dezember 2016 GP

Leitung: H. Luxenburger, München
Gebühr: auf Anfrage

Auskunft/Anmeldung: C. Cordes, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.cordes@laekh.de **oder**
A. Bauß, DÄGfA, Fon: 089 71005-11,
E-Mail: bauss@daegfa.de

Palliativmedizin

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

Fallseminar Modul III: Mo., 21. – Fr., 25. Nov. 2016 40 P

Leitung: Dr. med. B. O. Maier,
Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Basiskurs: Di., 29. Nov. – Sa. 03. Dez. 2016 40 P

Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau

Gebühren: Basiskurs:
€ 630 (Akademiestudierende € 567)
Fallseminar Modul III:
€ 740 (Akademiestudierende € 666)

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



Allgemeinmedizin

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Fr., 09. – Sa., 10. Juni 2017

Gesamtleitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt
Gebühr: € 260 (Akademiestmitgl. € 234)
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Suchtmedizinische Grundversorgung

Kursteil 1: Fr., 13. – Sa., 14. Januar 2017

Ort: Frankfurt, Bürgerhospital

Kursteil 2: Fr., 10. – Sa., 11. Januar 2017

Ort: Frankfurt, Bürgerhospital

Kursteil 3 / Wahlthema: Fr., 17. – Sa., 18. Februar 2017

Ort: Frankfurt, Bürgerhospital

Kursteil 4: Fr., 03. – Sa., 04. März 2017

Ort: Friedrichsdorf, Salus Klinik

Leitung: D. Paul, Frankfurt
Teilnahmegebühr: € 180 je Wochenende
(Akademiestmitglieder € 162)

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

Sozialmedizin

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

AK II: Fr., 19. – Fr., 28. April 2017

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

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

Einsteigerseminar

Bereitschaftsdienst im Krankenhaus: Zielorientiertes ärztliches Handeln bei notfallmedizinischen Krankheitsbildern, rechtliche Rahmenbedingungen und organisatorische Fallstricke

Mi., 25. Januar 2017

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

Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiestmitgl. € 162)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.

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

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

B2: Beginn der Telelernphase: Fr., 14. Oktober 2016 **60 P.**
B2: Präsenzphase: Sa., 12. – Fr., 18. November 2016

C2: Beginn der Telelernphase: Fr., 04. November 2016 **60 P.**
C2: Präsenzphase: Sa., 03. – Fr., 09. Dezember 2016

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt
Gebühr: je Kurs: € 550 (Akademiestmitgl. € 495)

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

Psychosomatische Grundversorgung

23. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35100/35110). Es handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung. Enthalten sind die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken, 20 Stunden Theorie, d. h. insgesamt 80 Stunden.

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

Fr., 13. – So., 15. Januar 2017

Fr., 17. – So., 19. Februar 2017

Fr. 19., – So., 21. Mai 2017

Fr., 18. – So., 20. August 2017

Fr., 27. – So., 29. Oktober 2017

Fr. 17. – So., 19. November 2017

Leitung: P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle,
Gebühr: auf Anfrage

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

Block III b: Mi., 16. – Sa., 19. November 2016

Leitung: N. Walter, Frankfurt
Gebühren: € 750 (Akademiestmitglieder € 675)

Auskunft/Anmeldung: S. Pfaff, Fon: 06032 782-222,
E-Mail: stephanie.pfaff@laekh.de



Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs A Fr., 05. – Sa., 06. Mai 2017
Kurs B Fr., 22. – Sa., 23. September 2017
Kurs C Fr. 04. Februar 2017

Gebühr: Kurs A und B
 je Kurs € 300 (Akademiemitgl. € 270)
 Kurs C € 150 (Akademiemitgl. € 135)

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

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 14. – Sa., 19. November 2016 **insg. 63 P**

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda
Gebühr ges.: € 540 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 486)

Gebühr/Tag: € 150 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

Block B: Fr., 04. – Sa., 05. November 2016 **20 P**

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

Ort: Kassel, Klinikum

Gebühr: € 260 (Akademiemitgl. € 234)

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

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Repetitorium Frauenheilkunde

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

Do., 10. – So., 13. November 2016

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

Gebühr ges.: € 480 (Akademiemitglieder € 432)

Gebühr / Tag: € 150 (Akademiemitglieder € 135)

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

Anmeldung: Im Internet schnell und kostenfrei unter <https://portal.laekh.de> oder <http://www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie/veranstaltungsangebot> möglich. Gerne können Sie sich auch schriftlich zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-200, Fax: 06032 782-220. Erst nach Rücksendung Ihrer unterschriebenen Anmeldeunterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Bitte beachten Sie die AGB und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn Veranstaltungen kurzfristig absagt werden müssen, werden Sie von der Akademie benachrichtigt.

Veranstaltungsort (sofern nicht anders angegeben):
 Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
 Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim

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

Gebühr (sofern nicht anders angegeben):
 Gilt inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung.

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

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Gebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Der Jahresbeitrag der Akademie-Mitgliedschaft beträgt € 100. Während der Zeit der Weiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit € 50. Für Studenten der Medizin ist die Mitgliedschaft kostenfrei. Der Jahresbeitrag gilt unabhängig vom Eintrittstag für das laufende Kalenderjahr. Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de.

Akademie online:

www.akademie-laekh.de

E-Mail: akademie@laekh.de





NäPA (Nichtärztliche/r Praxisassistent/in)

Die Fortbildung zur/zum NäPA basiert auf dem Curriculum der Bundesärztekammer. Vor dem Hintergrund des Ärztemangels können NäPA wichtige Aufgaben in der hausärztlichen Versorgung übernehmen. Sie führen nach Delegation des Arztes Hausbesuche, bei denen der direkte Arztkontakt nicht medizinisch indiziert ist, durch. Sie übernehmen unter anderem die Steuerung und Überwachung der Patienten innerhalb strukturierter Behandlungsprogramme sowie Medikamentenkontrolle und Maßnahmen im Rahmen der Prävention. **Flyer mit Terminen sind auf unserer Website (www.carl-oelemann-schule.de) eingestellt.** Gerne übersenden wir Ihnen auf Anfrage eine Information. Fragen bitte per E-Mail an: verwaltung.cos@laekh.de
Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Schwerpunkt Medizin

Wundmanagement – Aufbaufortbildung (MED 16)

Inhalte: Die Fortbildung ist für Teilnehmer/innen mit fortgeschrittenem Kenntnisstand in der Wundbehandlung ausgerichtet. Dekubitus, Kompressionstherapie und zeitgemäße Wundauflagen sind Themen, ergänzt mit praktischen Übungen.

Termin: Interessentenliste, samstags, 09:30–15:00 Uhr

Gebühr: € 105

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

Notfalltraining (MED 6)

Inhalte: Das Praxisteam als Ganzes zu sehen und in der gemeinsamen Notfallversorgung zu trainieren, ist Ziel dieser neunstündigen Fortbildung. Im Rahmen eines Gruppentrainings wird das gesamte Praxisteam rund um den Notfall geschult.

Termin: Interessentenliste, Sa., 09:15–17:30 Uhr

Gebühr: € 105

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

Strahlenschutzkurse

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

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

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

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

Gebühr: € 950 zzgl. € 50 Prüfungsgebühr

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

Der vorliegende Sonderkurs richtet sich an alle, die die Frist zur Aktualisierung versäumt haben und damit die Fachkunde oder

die Kenntnisse im Strahlenschutz derzeit nicht mehr nachweisen können.

Termin: Fr., 03.03.2017, 08:30–16:00 Uhr und
Sa., 04.03.2017, 08:30–17:00 Uhr

Gebühr: € 245 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

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

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

Gebühr: € 105

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

Palliativversorgung (120 Stunden)

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

Beginn: ab Mi., 18.01.2017

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

Aufbaumodule Onkologie

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

Versorgung und Betreuung von Patienten mit subkutanen Therapien (Baustein 1)

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

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

Gebühr: € 280

Versorgung und Betreuung von Patienten mit oralen Tumortherapeutika (Baustein 2)

Inhalte: Medizinische Grundlagen oraler, zytoreduktiver Therapien; Arzneimittelversorgung; altersunabhängige, therapierelevante Multimorbidität; Recherchen; Patienten- und Angehörigenbildung

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

Gebühr: € 280

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



Aufbereitung von Medizinprodukten (SAC 5)

Die Aufbereitung von Medizinprodukten darf gemäß § 4 in Verbindung mit § 3 Abs. 2 des MPBetreibV nur entsprechend qualifiziertem Personal übertragen werden.

Inhalte: Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten sowie betriebliche Anforderungen als Voraussetzung zur Aufbereitung, Mikrobiologie und Aufbereitungsschemie, Dekontamination, Sichtkontrolle, Pflege und Funktionskontrolle bei der Aufbereitung, Packen und Verpacken von Medizinprodukten, Sterilisation und Freigabe zur Anwendung.

Termin: ab Do., 01.12.2016 (insgesamt 24 Std.)

Gebühr: € 340 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Für MFA-Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr

Auch 2016 finden die Fortbildungen „Flops – vermeiden“ für Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr statt.

Themen des 5-stündigen Workshops sind unter anderem:

- Der erste Eindruck macht´s!
- Der richtige Gruß!
- Das berufliche Outfit – richtig ausgewählt!
- Lob und Kritik aussprechen und annehmen!

Termin in Frankfurt: Mi., 02.11.2016, 14:00 – 18:30 Uhr

Termin in Bad Nauheim: Mi., 07.12.2016, 14:00 – 18:30 Uhr

Gebühr: € 70

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

Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Azubi

Abrechnung: EBM (PVK 1)

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

Termin: Sa., 10.12.2016, 10:00–16:30 Uhr

Gebühr: € 75

Medizinische Fachkunde (PVK 4)

Prüfungsrelevante Themenbereiche und aktive Übungen.

Termin: Sa., 26.11. & Sa., 03.12.2016, jeweils 10:00–16:30 Uhr

Gebühr: € 130

Präsenzlabor und EKG praktisch (PVK 5)

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

Termin: Mo., 14.01.2017, 09:15 – 17:30 Uhr

Gebühr: € 95

Information: Christina Glaubitz-Harbig, Fon: 06032 782-175, Fax: -180, Louisa Groll, Fon: 06032 782-174

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

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die Module:

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

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

Termin: ab 19.01.2017

Gebühr Pflichtteil: € 1.560

Prüfungsgebühren: € 200

Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage.

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: Bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an, eine Bestätigung erfolgt schriftlich.

Carl-Oelemann-Schule (COS)

Carl-Oelemann-Weg 5

61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-100

Fax: 06032 782-180

Website: www.carl-oelemann-schule.de

Veranstaltungsort: (soweit nicht anders angegeben)

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen

61231 Bad Nauheim

Carl-Oelemann-Weg 5

Übernachtung und Anmeldung:

Gästehaus der COS

Carl-Oelemann-Weg 26

61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-140

Fax: 06032 782-320

E-Mail:

gaestehaus@fbz-hessen.de





Das Weiterbildungsregister in Hessen: Zentrale Ergebnisse zum Stichtag 1. Oktober 2015

Iris Bruchhäuser, Annette Seelig, André Zolg, Christian Brinkmann, Judith Feigi, Oleg Gurevich, Nina Walter

Wie sehen die Berufspläne des ärztlichen Nachwuchses aus? Welche Facharzttrichtungen schlagen junge Ärztinnen und Ärzte ein? Bis 2013 lagen in Hessen keine aktuellen Daten über die sich in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte vor. Damit war auch kein direkter Zugang zu ihnen möglich. Um diese Lücke zu füllen, wurde bei der Landesärztekammer ein Weiterbildungsregister etabliert, das die in Hessen tätigen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) einmal jährlich erfasst. Dies geschieht über eine Abfrage aller zur Weiterbildung befugten Ärzte in Hessen, die nach der aktuellen Weiterbildungsordnung (WBO § 5 Abs. 6) verpflichtet sind, die Ärztekammer bei der Aktualisierung des Weiterbildungsregisters zu unterstützen. 2014 wurde im Hessischen Ärzteblatt über die ersten Ergebnisse des Weiterbildungsregisters berichtet [1, 2]. In diesem Beitrag werden nun die zentralen Ergebnisse der Erhebung 2015 vorgestellt.

Methodik

Im November 2015 wurden alle hessischen Weiterbildungsbefugten gebeten, ihre ÄiW zu melden, die zum Stichtag 1. Oktober 2015 bei ihnen tätig waren. Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnungen wurden nicht berücksichtigt. Auch die Befugten, die zum Stichtag keine ÄiW beschäftigt hatten, wurden um Meldung gebeten („Nullmeldung“). Bei gemeinsamen Ermächtigungen¹ konnten die Befugten untereinander vereinbaren, wer die Meldung durchführt. Erstmals wurden alle bereits im Mitgliederportal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) registrierten Weiterbilder (80 Prozent [%]), per E-Mail gebeten, ihre Meldung über das Portal durchzuführen. Sofern kein Portalzugang bestand, wurden die Befugten postalisch angeschrieben und erhielten einen Erhe-

Befugnis im Fachgebiet	Nullmeldungen gesamt [%]	Nullmeldungen ambulant [%]	Nullmeldungen stationär [%]	Nullmeldungen sonstige Einrichtungen [%]
Allgemeinmedizin	76%	99%	0%	1%
Kinder- und Jugendmedizin	69%	93%	3%	4%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	53%	84%	13%	3%
Gebiet Innere Medizin	46%	82%	12%	6%
Anästhesiologie	39%	33%	64%	3%
Gebiet Chirurgie	28%	68%	29%	3%

Tabelle 1: Verteilung der Befugnisse ohne ÄiW nach Fachgebieten (Top 6 der großen Fachgebiete)

bungsbogen. Für die Meldung zum Register wurden die Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN), Namen der ÄiW sowie die jeweilige Wochenarbeitszeit benötigt. Eine postalische Erinnerung ging im Februar 2016 an alle Befugten, die noch keine Meldung abgegeben hatten. Nach Ablauf der Meldefrist wurden die Daten eingefroren und bearbeitet. Spätere Meldungen konnten nicht mehr berücksichtigt werden. Der Blick auf die Top 6 der großen Fachgebiete mit und ohne Ärzte in Weiterbildung verdeutlicht, dass die Rückmeldung allgemeinmedizinischer Befugnisse mit 76 Prozent einen sehr hohen Anteil an Nullmeldungen vorweist. Ferner melden beispielsweise die Befugten in den Gebieten Kinder- und Jugendmedizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe ebenfalls einen hohen Anteil an Befugnissen ohne ÄiW von über 50 Prozent. Die Verteilung der Befugnisse ohne ÄiW nach Fachgebieten sowie der Anteil ambulanter, stationärer und sonstiger Einrichtungen verdeutlicht Tabelle 1.

Ergebnisse

3.822 Weiterbildungsbefugte (entspricht 3.230 Befugnissen¹) wurden angeschrieben. Die Rücklaufquote betrug 86 %. Die Befugten bevorzugten die Meldung per Fax (42 %) und postalisch (33 %), 25 % mel-

deten sich über das Mitgliederportal. 43 % der rückgemeldeten 2.739² Befugnisse verfügten über einen oder mehrere Ärzte in Weiterbildung. Rund 57 % der Befugnisse waren Nullmeldungen.

Wie der Blick auf die Top 6 der großen Fachgebiete mit und ohne Ärzte in Weiterbildung zeigt (vgl. Tabelle 1), weist die Rückmeldung allgemeinmedizinischer Befugnisse mit 76 % einen hohen Anteil an Nullmeldungen auf. Ferner melden beispielsweise die Befugten in den Gebieten Kinder- und Jugendmedizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe ebenfalls einen hohen Anteil an Befugnissen ohne ÄiW von über 50 %.

Mehrheitlich weiblich, stationär tätig und im Durchschnitt 35 Jahre alt

Insgesamt wurden 5.433 ÄiW gemeldet, exklusive derjenigen, die sich zum Stichtag 1. Oktober 2015 in Mutterschutz oder Elternzeit befanden (n=321). Die Mehrheit der gemeldeten ÄiW waren weiblich (59 %). Der Altersdurchschnitt aller Ärzte in Weiterbildung betrug 35 Jahre. Größtenteils arbeiteten die Ärzte im stationären Bereich (84 %). Es befanden sich 9 % der Ärzte im ambulanten Bereich, 7 % („sonstige Einrichtungen“) waren u. a. Angestellte in Pharmaunternehmen, bei einer Behörde oder bei der Bundeswehr.

¹ Gemäß aktueller WBO sowie den Richtlinien über die Befugnis zur Weiterbildung, können mehrere Ärzte gemeinsam – in Form einer einzigen Befugnis an einer Weiterbildungsstätte zur Weiterbildung – ermächtigt werden („Teambefugnis“). Aus diesem Grund beziehen sich die folgenden Berechnungen auf die Anzahl der Befugnisse und nicht auf die Anzahl der befugten Personen.



Die durchschnittlich vertraglich festgelegte Wochenarbeitszeit lag – bei den korrekt gemeldeten ÄiW – bei 37,6 Stunden pro Woche. Hier zeigen sich deutliche Spannweiten in den unterschiedlichen Fachgebieten. Beispielsweise lag die höchste Wochenarbeitszeit im Gebiet Neurochirurgie bei ca. 40 Stunden pro Woche und die niedrigste bei ca. 34 Stunden pro Woche bei der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sowie Allgemeinmedizin.

Fachgebiete: Spitzenreiter Innere Medizin

Abbildung 1 zeigt, dass sich die Mehrheit der 5.433 gemeldeten ÄiW (inklusive Mehrfachbeschäftigte) im Gebiet Innere Medizin (29 %) befand, gefolgt von Chirurgie (17 %) sowie Anästhesiologie (10 %). Die sich in weiteren Gebieten befindlichen ÄiW sind unter „sonstige Fachgebiete“ zusammengefasst (16 %). Auf diese einzelnen Fächer entfallen weniger als 4 % der gemeldeten ÄiW.³ Die gewonnenen Daten (N=5.433 ÄiW) wurden mit den aktuell vorhandenen Meldedaten der LÄKH abgeglichen. Rund 22 % der gemeldeten ÄiW verfügten über einen ausländischen Pass, davon 46 % EU-Bürger. Die Mehrheit der ausländischen ÄiW mit EU-Staatsbürgerschaft kommt aus Rumänien (25 %), gefolgt von Griechenland (15 %) und Bulgarien (12 %). Der größte Anteil der ÄiW mit Nicht-EU-Staatsangehörigkeit besitzt die syrische (11 %), die ägyptische (8 %) oder die russische (7 %) Staatsangehörigkeit.

Diskussion

Weiterbildungsressourcen in der Allgemeinmedizin nicht ausgeschöpft

Mit 76 % weist die Allgemeinmedizin den höchsten Anteil an Nullmeldungen auf. Bereits seit Jahren wird in einigen Regionen Deutschlands ein Trend zum hausärztlichen Nachwuchsmangels registriert.

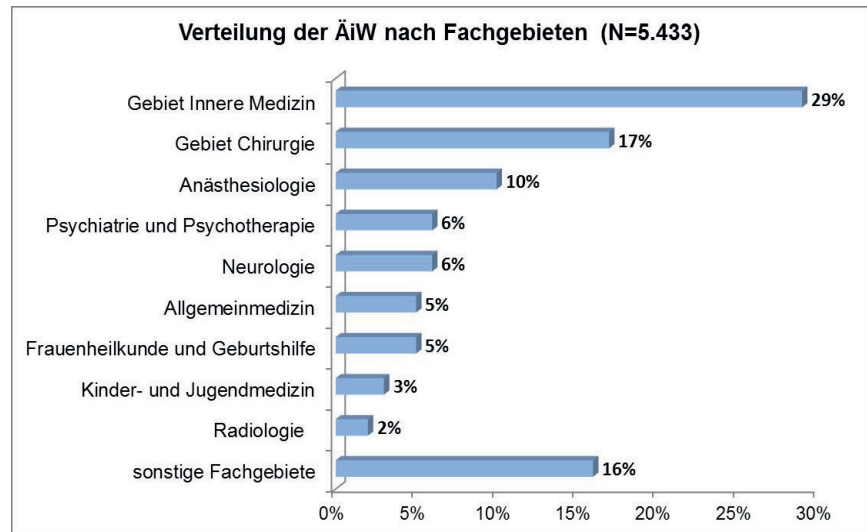


Abbildung 1: Verteilung der ÄiW nach Fachgebieten (N=5.433)

Die Ursachen dafür liegen einerseits im steigenden Bedarf an Hausärzten durch die demografische Entwicklung und die Zunahme chronischer Erkrankungen. Andererseits entscheiden sich immer weniger Medizinstudierende für eine hausärztliche Tätigkeit [3]. Bereits in der ersten Welle des Weiterbildungsregisters verzeichneten die Allgemeinmediziner mit einem Anteil von 79 % die meisten Nullmeldungen [1]. Ob sich dieser Trend weiterhin manifestiert, bleibt im Rahmen der künftigen Erhebungen zu beobachten. Die Weiterbildungsressourcen in diesem Bereich sind bei Weitem nicht ausgeschöpft.

Mit Blick auf die Charakteristika der gemeldeten ÄiW zeigt sich, dass es im Vergleich zu den vergangenen Erhebungen kaum Unterschiede hinsichtlich der Altersstruktur, Geschlechterverteilung, Wochenarbeitszeit sowie dem Tätigkeitsgebiet gibt. Künftige Tendenzen müssen weiter beobachtet werden.

Verteilung der Fachgebiete erlaubt keine Prognose für spätere Berufstätigkeit

Hinsichtlich der Verteilung der gemeldeten ÄiW nach Fachgebieten steht das Ge-

biet der Inneren Medizin bereits seit der ersten Erhebung an der Spitze, gefolgt von der Chirurgie und Anästhesiologie. Diese Verteilung erlaubt jedoch keine Prognose darüber, in welchen Fachgebieten die Ärzte später tatsächlich tätig sein werden, denn die Berufspläne können sich im Rahmen der Weiterbildung ändern. Ferner können laut WBO bestimmte Weiterbildungsabschnitte auf andere Fächer angerechnet werden. Auch mit Blick auf die hohe Zahl an Nullmeldungen in der Allgemeinmedizin seit Beginn der Erhebung 2013 bleibt anzumerken, dass sich angehende Allgemeinmediziner zum Stichtag in einem anderen obligaten Weiterbildungsabschnitt befinden können (z. B. Innere Medizin). In diesem Fall werden sie nicht zu den ÄiW in Allgemeinmedizin gezählt [2].

Über eine ausländische Staatsangehörigkeit verfügten 22 % der gemeldeten ÄiW zum Stichtag 2015. 2013 waren es 17 %. Damals waren knapp 55 % EU-Bürger – 9 % mehr als 2015 [1]. Dass die Länder Rumänien und Griechenland zu den meist vertretenen Nationalitäten unter den ÄiW in Hessen gehören, entspricht dem Bundesdurchschnitt aller gemeldeten ausländischen Ärzte [4].

² Bei n=29 Befugnissen hatten sich die Voraussetzungen einer Weiterbildungsermächtigung verändert. Sie wurden deshalb von der Grundgesamtheit (N=2.768) ausgeschlossen. Gründe hierfür waren „Ruhestand“ bzw. „nicht mehr ärztlich tätig“ oder „Praxischließung“.

³ Sonstige Fachgebiete: Radiologie, Urologie, Augenheilkunde, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurochirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Hals- Nasen- Ohrenheilkunde, Arbeitsmedizin, Pathologie, Öffentliches Gesundheitswesen, Strahlentherapie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Nuklearmedizin, Laboratoriumsmedizin, Transfusionsmedizin, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Rechtsmedizin, Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie, Anatomie, Klinische Pharmakologie, Pharmakologie und Toxikologie, Humangenetik, Hygiene und Umweltmedizin.



Wozu ein Weiterbildungsregister?

Durch die kontinuierliche Pflege eines Weiterbildungsregisters kann zukünftig die Verteilung der ÄiW nach Fachgebieten mit der Anzahl der Anerkennungen von Facharztbezeichnungen in Hessen abgeglichen werden. Dadurch können im Laufe der Jahre Entwicklungen des ärztlichen Nachwuchses genauer prognostiziert, potenzielle Engpässe in der zukünftigen Versorgung frühzeitig identifiziert sowie Handlungsmaßnahmen abgeleitet werden. Ferner können jetzt gezielte Evaluationen zur Weiterbildungssituation der Ärzte erfolgen, ohne „Umweg“ über die Weiterbildungsbefugten.

Jede Meldung ist wichtig!

Anfang Oktober dieses Jahres wurden erneut alle für eine Facharztbezeichnung befugten Ärztinnen und Ärzte in Hessen postalisch oder per E-Mail angeschrieben und bis zum 15. November um Meldung für das Weiterbildungsregister gebeten. Für statistische Zwecke benötigen wir nun ergänzend die Angabe, ob die Praxis oder Abteilung zum Stichtag 1. Oktober 2016 über unbesetzte ÄiW-Stellen verfügte und falls ja, wie viele. Teilzeitstellen zählen dabei als eine Stelle, da für diese Abfrage die „Pro-Kopf-Zahl“ der unbesetzten Stellen relevant ist.

Zur Etablierung eines aussagekräftigen Weiterbildungsregisters sind wir auf die Mitwirkung aller Weiterbildenden angewiesen. Nur so können verlässliche Aussagen aus dem Weiterbildungsregister gewonnen sowie potenzielle Trends im Laufe der Jahre identifiziert werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Dipl.-Soz. Iris Bruchhäuser

Wissenschaftliche Referentin

Landesärztekammer Hessen

E-Mail: iris.bruchhaeuser@laekh.de

Literatur zum Artikel:

Das Weiterbildungsregister in Hessen: Zentrale Ergebnisse zum Stichtag 1. Oktober 2015

von Dr. Dipl.-Soz. Iris Bruchhäuser et. al.

[1] Bruchhäuser I, Zolg A, Karnosky V, Kaiser R. Zwischenbilanz des Weiterbildungsregisters in Hessen Teil I. Hessisches Ärzteblatt: 05/2014, S. 256–258.

[2] Bruchhäuser I, A. R. Zolg, N. Walter, V. Karnosky, R. Kaiser Ergebnisse des Weiterbildungsregisters in Hessen Teil II. Hessisches Ärzteblatt 11/2014, S. 625–627.

[3] Natanzon I, Ose D, Szecsenyi J, Joos S. Berufsperspektive Allgemeinmedizin: Welche Faktoren beeinflussen die Nachwuchsgewinnung? Eine qualitative Befragung von Hausärzten. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2010; 135(20):1011–5.

[4] Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zum 31. Dezember 2015. Blaue Reihe 68/2016. Deutscher Ärzteverlag.

119. Deutscher Ärztetag: Sehr viel Zukunft

Eindrücke der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland

Jedes Jahr freuen wir Studierende uns, wenn uns die Bundesärztekammer zu ihrer Vollversammlung, dem Deutschen Ärztetag einlädt. Als Vertreter der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) und damit als berufspolitisch Interessierte ist es natürlich besonders spannend, die Bundesärztekammer als Spitzenorgan der ärztlichen Selbstverwaltung kennenzulernen und in ihre Arbeitsweise Einblick zu bekommen. Der diesjährige 119. Ärztetag in Hamburg war zusätzlich für uns Studierende spannend, weil viel über die Zukunft – unsere Zukunft – geredet wurde.

Die Zukunft der jungen Ärztegeneration

So fand bereits vor dem eigentlichen Programm des Ärztetages ein Symposium mit dem Titel „Medizin der Zukunft – durch junge Ärzte heute“ statt. Das Bündnis Junger Ärzte (BJÄ) hatte dieses in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer (BÄK) organisiert. Thematisch war das Symposium in drei Teile gegliedert: „Arztsein in Zeiten der Arbeitsverdichtung“, „Kind und Klinik: Geht nicht gibt's nicht“ und „Forschung und Weiterbildung: Wie passt das zusammen?“

Vor allem der zweite Themenkomplex, die Frage nach der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, liegt der bvmd sehr am Herzen: Unser Projekt zum Thema nennt sich „freundilie“, ein Wortspiel aus „Freunde“ und „Familie“ und beschäftigt sich seit über sechs Jahren damit. Sehr gespannt verfolgten wir also die Diskussion:

Die Frage, wie Familie und Beruf während der Weiterbildung vereinbart werden können, war auch für viele Zuhörende ein sehr emotionales Thema. Die Podiumsdiskussion ging in eine lebhaftige Debatte über. Ist die junge Ärztegeneration verwöhnt und verspürt nicht genügend Bereitschaft, sich für den Beruf bzw. die Berufung aufzuopfern? Profitieren die jungen Ärztinnen und Ärzte einfach nur vom (drohenden) Ärztemangel und stellen unverschämte Forderungen? Haben nicht

Generationen von Ärztinnen und Ärzten vor uns das Patientenwohl an die erste Stelle gesetzt – vor das eigene Wohl und das der eigenen Familie? Haben diese es nicht auch geschafft, neben der Karriere Familie zu haben? Stellen sich die Jungen vielleicht einfach nur an und sind weniger belastbar?

Gegenfrage: Nur weil die Bedingungen früher schlecht waren und viele junge Ärztinnen und Ärzte darunter litten, soll unsere Generation es nicht besser haben? Sollte man nicht aus der Vergangenheit lernen und gemeinsam an einem Strang ziehen, um Gegenwart und Zukunft zu verbessern? Haben nicht auch Ärztinnen und Ärzte ein Recht auf Freizeit und Sozialleben?

In nur wenigen Jahren werden wir uns selbst zwischen Beruf und Familie, Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und eigenen Bedürfnissen, Karriere und Sozialleben zurecht finden müssen und uns entscheiden, was uns wichtig ist. So war es teilweise ernüchternd, teilweise motivierend, die Stimmen der älteren Generationen zu hören.

Insgesamt war das Symposium nicht nur dank großartiger Moderation und spannender Podiumsgäste, sondern auch inhaltlich sehr bereichernd. Auch die Diskussionen zu den anderen beiden Themenkomplexen verfolgten wir mit Spannung. Schließlich sind wir die nächsten, die sich den diskutierten Fragen stellen werden.

Die Zukunft des Medizinstudiums – der Masterplan

Einer der vielen Punkte auf der Tagesordnung des Ärztetages war der Masterplan Medizinstudium 2020. Für uns als Studierende war dies der spannendste Tagesordnungspunkt, schließlich wird unser Studium nach der Verabschiedung des Masterplans und seiner Implementierung in die ärztliche Approbationsordnung weitreichende Veränderungen erfahren. Seit die schwarz-rote Regierung im November 2013 die Reform des Medizinstudiums in ihrem Koalitionsvertrag festge-

legt hat, bringt sich die bvmd in Gesprächen und mit Stellungnahmen in den Prozess ein. Generationen von Amtsinhabern haben die Belange der Studierenden an Politik und Verbände herangetragen. In den Plenarsitzungen unserer Mitglieder- versammlungen haben die Vertreter der medizinischen Fachschaften zahlreiche Positionen diskutiert und Papiere verabschiedet, um eine bessere Ausbildung zu skizzieren und Lösungswege vorzuschlagen. Lange Rede, kurzer Sinn: Das Thema ist uns überaus wichtig.

So freute es uns, dass die Ärzteschaft 2016 einige Anträge zum Masterplan beschloss, die auch uns Studierenden am Herzen liegen. So sind sich bvmd und Bundesärztekammer unter anderem einig, dass der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog für Medizin (NKLM) flächendeckend umgesetzt werden muss, die Studieninhalte auf ein Kerncurriculum fokussiert werden sollten, eine Landarztquote in der Zulassung zum Studium nicht zielführend ist und die Arbeitsbedingungen im Praktischen Jahr (PJ) einer Verbesserung bedürfen.

Es ermutigt uns, dass die Ärzteschaft die Bedürfnisse der Studierenden anerkennt und viele unserer Anliegen teilt. Wir blicken nun gespannt in die Zukunft, der Masterplan wird bald veröffentlicht und seine Umsetzung begonnen. Es wird sich zeigen, ob die Politik auf die Anliegen von Ärzten und Medizinstudierenden eingeht.

Die Zukunft unseres politischen Engagements – ärztliche Selbstverwaltung

Zu guter Letzt ist der Deutsche Ärztetag auch persönlich immer sehr spannend für uns. So zeigen uns die Delegierten, die Bundesärztekammer und die verschiedenen Verbände die Diversität des möglichen politischen Engagements auf. Vom Deutschen Hausärzterverband über die Kassenärztliche Bundesvereinigung, das Bündnis junger Ärzte bis zum Deutschen Ärztinnenbund und dem Verband demokratischer Ärztinnen und Ärzte – Es gibt

zahlreiche Berufsverbände und Interessenvertretungen, die in ihrer Vielfalt ebenso die Vielfalt der Ärzteschaft darstellen.

In Hamburg wurde des Öfteren die Frage an uns Studierende gerichtet, warum sich so wenige junge Ärztinnen und Ärzte für Berufspolitik interessieren. Tatsächlich war der Altersdurchschnitt auf dem Ärztetag jenseits der 50. Einige Abgeordnete sprachen von „wenigen jungen und vielen jung gebliebenen“ Gesichtern im Plenum. Da sich die bvmd aktuell viel mit der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen beschäftigt, waren wir Studierende sehr gespannt auf die Debatten zum Leitthema des diesjährigen Ärztetages. Die Flüchtlingskrise, ein großes sozialpolitisches Thema, stand ganz oben mit auf der Tagesordnung. Enttäuscht hat es uns, dass die Fragen zur medizinischen Versorgung von Geflüchteten zugunsten der Debatte

um die Gebührenordnung für Ärzte immer weiter nach hinten geschoben wurde.

Gesellschaftliche Verantwortung

Die Ärzteschaft beschäftigt sich sehr viel mit sich selbst. Doch sie hat auch eine gesellschaftliche und soziale Verantwortung. Es motiviert, wenn man sieht, dass die Ärztinnen und Ärzte diese auch wahrnehmen und die eigenen Werte, den eigenen Idealismus neben Bürokratie, Kostenfragen und Abrechnungsmodalitäten nicht verlieren.

Darum appellieren wir, wie auch schon in unserer Rede in Hamburg, an Sie, liebe Ärztinnen und Ärzte: Kommen Sie schon auf uns Studierende zu, seien Sie uns Vorbilder und zeigen Sie uns, was die Berufspolitik noch alles bietet!

Einige Kammern bemühen sich bereits, die Studierenden mehr einzubeziehen. Durch gegenseitiges Zuhören und gute Zusammenarbeit zwischen Jungen und Er-

fahrenen lassen sich Brücken bauen, die auch Berufsanfänger in die Berufspolitik führen können. Vielleicht wird der Ärztetag in ein paar Jahren dann weniger graues Haar sehen. Vielleicht werden mehr Kommilitoninnen und Kommilitonen den Blick in die Zukunft werfen und darüber nachdenken, sich zu engagieren.

Vielleicht steht dann auch nicht die Frage ob man sich politisch einbringt, sondern wie das zukünftige Engagement aussehen kann, an erster Stelle.

Solveig Mosthaf

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)
German Medical Students' Association
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin
www.bvmd.de



Foto: privat

Personalia

Als zweiter Ophthalmologe aus dem deutschsprachigen Raum wurde **Prof. Dr. med. Walter Lisch** (Hanau/Mainz, Foto) neben **Prof. Dr. med. Jost Jonas** (Mannheim) zum ordentlichem Mitglied der American Ophthalmological Society ernannt. Voraussetzung hierfür ist unter anderem die Präsentation einer „Thesis“. Lisch et al. verfassten eine Arbeit mit dem Titel „The hematological definition of monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS) in relation to paraproteinemic keratopathy“, die in den „Transactions of the American Ophthalmological Society“ (2016) erscheinen wird. Lisch berichtete beim diesjährigen Kongress der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e. V. in Berlin über das Thema: „Kornea: ein Spiegel systemischer Veränderungen und Erkrankungen.“

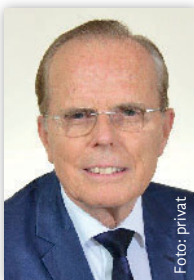


Foto: privat

Am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt/Main ist eine neue Klinik für Thoraxchirurgie gegründet worden, mit **Dr. med. Stefanie Veit** (Foto) als Chefärztin. Die Fachärztin



Foto: Krankenhaus Nordwest

für Thoraxchirurgie wechselt aus der Position der leitenden Oberärztin des Lungenzentrums der Sana Kliniken Düsseldorf nach Frankfurt. Veit hatte zuvor u. a. am Cedars-Sinai Medical Center in Los Angeles gearbeitet. Ihr Schwerpunkt liegt in der videoassistierten thorakoskopischen (VATS) Lobektomie, der minimalinvasiven Lungenchirurgie. Die Klinik für Thoraxchirurgie und die Klinik für Gefäßchirurgie werden zukünftig unter dem Dach des Zentrums für Gefäß- und Thoraxchirurgie geführt. Chefarzt der Gefäßchirurgie und Direktor des Zentrums wird **Prof. Dr. med. Max Zegelman**, bisheriger Chefarzt der Klinik für Gefäß- und Thoraxchirurgie.

Prof. Dr. med.

Andreas Neubauer, (Foto) Direktor der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie am Zentrum für Innere Medizin des Universitätsklinikums Gießen



Foto: Universität Marburg FB Medizin

und Marburg, Standort Marburg, wurde für seine Lebensleistung in der medizinischen Forschung, besonders auf dem Gebiet der Erforschung von Krebserkrankungen, mit der „Von Behring-Röntgen-Forschungsmedaille“ ausgezeichnet. Die gleichnamige Stiftung feierte nun zehnjähriges Bestehen.

Die Lohfert Stiftung gibt einen Wechsel im Vorstand bekannt: Stifter **Dr. Christoph Lohfert** hat sein Amt als Vorstandsvorsitzender niedergelegt und **Prof. Dr. med. Kai Zacharowski** als seinen Nachfolger bestellt, Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie vom Uniklinikum Frankfurt.



Aus der Gutachter- und Schlichtungsstelle

Intuition versus Ratio: Hat, wer heilt, Recht?

Kasuistik

Nach einer laparoskopischen Cholezystektomie bei Cholezystolithiasis traten bei einem 44-Jährigen in größeren Abständen unspezifische Oberbauchbeschwerden auf. Deshalb suchte er einen gastroenterologisch tätigen Chefarzt der Inneren Medizin erstmals am 4. März 2014 in dessen Sprechstunde auf. Zuvor war eine Endosonographie der Gallenwege ohne Steinnachweis erfolgt, eine MRT- und MRCP waren ebenfalls negativ verlaufen. Lediglich unmittelbar postoperativ war die Gamma-GT (GGT) einmalig bis 300 U/l erhöht gewesen, weitere Kontrollen der Leberwerte hatten keinen pathologischen Befund ergeben.

Am 13. März 2014 wurde die Problematik einer ERCP (endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikografie) in Papillotomie-Bereitschaft mit dem Patienten ausführlich besprochen, nachdem sämtliche nicht-invasive Untersuchungsverfahren ergebnislos blieben und lediglich die Möglichkeit von Residualkonkrementen im Gallengang als Ursache der rezidivierenden Beschwerden im Raum stand. Bei der ERCP am 15. Mai wurde eine kleine, derbe Papille gefunden. Nach Kontrastmittelgabe färbte sich lediglich ein unauffälliges Pankreasgangsystem an. Nach Sondierung des Gallengangs mit einem Terumodraht konnte der Gallengang dargestellt werden. Hier fanden sich zwei reiskorngroße, flottierende Konkreme im Bereich der Hepaticusgabel, sodass die Indikation zu einer Papillotomie gegeben war. Der Patient wurde nach dem ambulant geplanten Eingriff stationär aufgenommen. Am Nachmittag war der Patient bei einer Visite unauffällig; die klinische Untersuchung des Abdomens desgleichen. Jedoch entwickelte er kurz darauf die akute Symptomatik einer Post-ERCP-Pankreatitis und wurde auf die chirurgische Intensivstation verlegt. Nach einer Woche kam er wieder auf die Normalstation, nach einer weiteren Woche wurde er entlassen.

Der Patient wirft dem Arzt nun vor, er sei über das Risiko einer Entzündung der Bauchspeicheldrüse nicht aufgeklärt worden. Postoperativ seien keine Laboruntersuchungen zur Früherkennung einer Pankreatitis veranlasst worden. Er habe auch keine Medikamente zur Verhinderung einer Post-ERCP-Pankreatitis erhalten. Seine Ehefrau habe ihn sechs bis sieben Stunden nach dem Eingriff in komatösem Zustand vorgefunden. Erst dadurch sei eine entsprechende Überwachung seines Zustands erfolgt.

Gutachterliche Stellungnahme

Die Symptomatik des Patienten mit gelegentlich auftretenden postprandialen Schmerzen bei unauffälligem Laborstatus, unauffälliger Endosonographie des Gallengangs und unauffälligem MRT und MRCP stellt eine sehr weiche Indikation für eine ERCP dar. Der Gutachter hätte mit großer Wahrscheinlichkeit nicht zu einer ERCP geraten. Die Intuition des Beklagten wurde durch den überraschenden Befund von zwei eindeutig dokumentierten Konkrementen im intrahepatischen Gallengangsbereich, wahrscheinlich Residualkonkremente nach laparoskopischer Cholezystektomie, bestätigt. Die Indikation für eine Papillotomie war damit gegeben, um einem Verschlussikterus oder einer biliären Pankreatitis beim Steinabgang vorzubeugen.

Auf die Möglichkeit einer iatrogenen Pankreatitis im Rahmen der ERCP war der Patient anhand eines Aufklärungsbogens mit dem handschriftlichen Vermerk des aufklärenden Arztes (Perforation, Blutung, OP, Infektion, Pankreatitis, allergische Reaktion) hingewiesen worden. Bei ambulanter endoskopischer Untersuchung, wie zunächst geplant, reicht eine Unterschrift am Untersuchungstag aus, während bei einer geplanten stationären Aufnahme ein Intervall von 24 Stunden eingehalten werden sollte. Laut Untersuchungsprotokoll war eine Kontrolle von Blutbild und Serumlipase für 16 Uhr angefordert worden; die Untersuchung hatte um 11.50 Uhr begonnen. Bei einer Sedierung mit 2 x 2.5 mg Dormicum und 320 mg fraktioniert verabreichtem Propofol ist es nicht verwunderlich, dass die Ehefrau des Patienten diesen „komatös“ vorfand. Ein Koma gehört nicht zur „klassischen“ Symptomatik einer akuten Pankreatitis. Ein Lipase- und Amylaseanstieg findet sich nach einer ERCP bzw. EPT bei rund 50 Prozent aller Patienten. Dies lässt keine Rückschlüsse auf die Entwicklung einer Post-ERCP-Pankreatitis zu, wie sie sich bei rund sieben Prozent aller Patienten realisiert. Eine Prophylaxe dieser Komplikation durch medikamentöse Maßnahmen ist wiederholt diskutiert worden, zuletzt durch den Einsatz von Indometacin-Suppositorien. Doch hat keine dieser Maßnahmen bislang Eingang in die entsprechenden Leitlinien der Fachgesellschaften gefunden. Zusammenfassend: Der Einwand des Patienten, er hätte dieser Untersuchung nie zugestimmt, wäre er über das Risiko einer akuten Bauchspeicheldrüsenentzündung aufgeklärt worden, gilt

nicht. Sowohl im Aufklärungsbogen als auch im Aufklärungsgespräch (handschriftliche Ergänzungen) wird das Pankreatitisrisiko festgestellt. Zumindest bei retrospektiver Betrachtung waren ERCP und EPT bei nachgewiesener Choledocholithiasis indiziert. Häufigste Komplikation einer Choledocholithiasis ist neben dem Verschlussikterus die biliäre Pankreatitis. Eine Post-ERCP-Pankreatitis ist eine gängige Komplikation dieser beiden Untersuchungsverfahren und lässt sich nach derzeitigem Kenntnisstand nicht verhindern. Ein vermeidbar fehlerhaftes Verhalten des behandelnden Arztes kann somit nicht festgestellt werden. Die größte und umfangreichste Studie, die Prävention der Post-ERCP durch Indometacin betreffend, kommt zu einem negativen Ergebnis [1]*. Im Übrigen muss betont werden, dass Post-ERCP-Pankreatitis und Post-EPT-Pankreatitis ganz unterschiedlich zu bewerten sind, wird doch bei der letztgenannten Entität mit Diathermiestrom an der Papille manipuliert.

Juristische Bewertung

Der Fall wirft drei juristisch relevante Fragen auf, die Gegenstand der Beratung der Gutachterkommission waren:

1. Patientenaufklärung: Am Tag des Eingriffs hat der Patient einen Aufklärungsbogen unterzeichnet, der inhaltlich den Anforderungen einer ordnungsgemäßen Aufklärung entspricht. Als alleinige Aufklärungsmaßnahme wäre jedoch die Frist bis zur Operation im Rahmen einer stationären Behandlung zu kurz gewesen, da dem Patienten keine hinreichende Überlegungsfrist zur Verfügung gestanden hätte. Das wäre in diesem Fall von erheblicher Bedeutung, da eine aufgrund mangelhafter Aufklärung erteilte Einwilligung für den Eingriff unwirksam und die durchgeführte Operation eine rechtswidrige Körperverletzung wäre.

Die Folge: der Behandelnde hätte für solche Komplikationen einzustehen, die für sich nicht auf einem schuldhaften Vorgehen beruhen und bei ordnungsgemäßer Aufklärung als Verwirklichung des operationsimmanenten Risikos und damit als schicksalhaft zu bewerten wären. Dies träfe für die hier eingetretene Komplikation einer Post-ERCP-Pankreatitis zu, zu der es nicht gekommen wäre, wenn der Eingriff mangels Zustimmung unterblieben wäre. Indes gab es hier die Besonderheit, dass in ausreichendem zeitlichen Abstand ein mündliches Aufklärungsgespräch stattfand, dessen Inhalt jedoch nicht dokumentiert ist. Dass das Gespräch aber stattgefunden hat, ist unstrittig. Der Gutachter hat die Darstellung des Behandelnden, es seien die Durchführung der Untersuchung und mögliche Komplikationen (Blutung, Perforation, Pankreatitis) besprochen worden, als „nachvollziehbar“ bewertet. Dies rügte der Patient als parteiisch. Seine eigene Darstellung sei unbeachtet geblieben, dass das Gespräch einen anderen Inhalt gehabt habe – der Eingriff sei ihm als einfach und routinemäßig dargestellt worden, ohne zur erwartenden Komplikationen.

Die Kommission hat sich im Ergebnis der Beurteilung des Gutachters angeschlossen – jedoch nicht als unkritische Übernahme einseitigen Parteivortrags, sondern weil dieser Ablauf der Lebenswirklichkeit am ehesten entspricht. Es ist allgemein geübte Routine, dass im Vorfeld eines geplanten und empfohlenen ärztlichen Eingriffs dieser dem Patienten im Rahmen eines hierüber

geführten Gesprächs wenigstens in den wesentlichen Grundzügen erläutert wird. Ein solches, der allgemeinen Routine entsprechendes Vorgehen braucht nicht im Einzelnen dokumentiert zu werden. Es kann dann als hinreichend festgestellt gelten, dass dies auch im konkreten Fall so geschehen ist, es sei denn, es lägen Indizien dafür vor, dass im Einzelfall von der allgemeinen Routine abgewichen worden wäre. Dass das Gespräch stattgefunden hat und den geplanten Eingriff zum Gegenstand hatte, wird vom Patienten bestätigt. Dass der Eingriff als Routinebehandlung dargestellt worden sei, ist inhaltlich ebenfalls richtig und bestätigt nach Ansicht der Kommission die Darstellung des Behandelnden, dass der Eingriff initial als ambulant geplant war und lediglich aufgrund intraoperativ vorgefundener Schwierigkeiten ausgeweitet wurde. Damit musste sich der Patient nicht erst am Tag der Operation, aufgrund der im Aufklärungsbogen enthaltenen Informationen, für oder gegen den Eingriff entscheiden, sondern hatte vorher hinreichende Gelegenheit dazu.

2. Frage nach Prophylaxe gegen eine Post-ERCP-Pankreatitis:

Der zweite Komplex betrifft die Behauptung des Patienten, es sei entgegen dem Stand der Wissenschaft versäumt worden, eine mögliche medikamentöse Prophylaxe gegen eine Post-ERCP-Pankreatitis vorzunehmen. Auch hierzu hat die Kommission die Einschätzung des Gutachters geteilt, nach dem derzeitigen Stand der Diskussion gebe es keine hinreichend gesicherte medikamentöse Prophylaxe, weshalb deren Unterlassung nicht als Verstoß gegen den ärztlichen Standard zu bewerten sei.

3. Indikation für die Empfehlung der ERCP:

Die dritte und besonders wichtige Frage betrifft die Indikation für die Empfehlung der ERCP. Diese ist von dem Gutachter als „weich“ und damit als möglicherweise nicht hinreichend gesichert bewertet worden, habe sich jedoch intraoperativ als richtig erwiesen. Hierzu hat die Kommission ausgeführt: „Während bei einer objektiv nicht richtigen Diagnose oder Behandlung die Beurteilung immer ex ante zu erfolgen hat, also auf der Grundlage der vor der Behandlung gegebenen Beurteilungssituation, ist dies dann, wenn sich eine nicht hinreichend gesicherte Diagnose, die möglicherweise eher intuitiv aufgrund der langjährigen Erfahrung getroffen worden ist, als richtig erweist, anders zu beurteilen. Es stellt keinen Behandlungsfehler dar, wenn sich eine Behandlung als richtig erweist und eine bei objektiver Betrachtung ex ante möglicherweise nicht vollständig gesicherte Diagnose bestätigt wird. Das ist hier der Fall.“

Damit wurde der gegen die Bewertung des Gutachters, es liege kein nachweisbarer Verstoß gegen den ärztlichen Standard vor, gerichtete Kommissionsantrag als unbegründet zurückgewiesen.

Prof. Dr. med. Wolfgang Rösch

E-Mail: wolfgang.roesch@online.de

Jürgen Juncker

Stellv. Vorsitzender der Gutachter- und Schlichtungsstelle

* Literatur: [1] Levernich J M et al.: Rectal indomethacin does not prevent Post-ERCP pancreatitis in consecutive patients. *Gastroenterology* 2016; 150:911–917

Vom Meer umgeben: Im italienischen Grado trifft Tradition auf Moderne



Fischerboote säumen die Wasserstraße



Grado: Altstadt mit venezianischem Flair

Fotos: Kaija Möhrle

Lichtstreifen dringen durch die Fensterläden ins Zimmer. Wie von unsichtbaren Dirigenten orchestriert, stimmen draußen Möwen und Tauben Konzerte an. Der Duft ofenfrischer Cornetti mischt sich mit würzigem Kaffeearoma: Ein Sommermorgen im italienischen Grado. Seit Jahrzehnten ist das Lagunenstädtchen an der Nordküste der Adria von Ende August bis Anfang September Fortbildungsort für Generationen deutschsprachiger Ärztinnen und Ärzte. Fortbilden in entspannter Atmosphäre, das macht den Reiz des Angebots aus. Dass in Grado Tradition auf Moderne trifft, lässt sich nicht nur an den aktuellen medizinischen Themen des Kongressprogramms ablesen. Auch die Architektur spricht Bände: auf der über einen Straßendamm mit dem Festland verbundenen „Sonneninsel“ wechseln sich Bauten des 20. und 21. Jahrhunderts mit Zeugen der Vergangenheit ab. Und deren Ursprünge reichen über zweitausend Jahre zurück. Sichtbar werden sie schon bei der Anreise, wenn rund zehn Kilometer vor Grado Ruinen neben der Durchgangsstraße in die Höhe ragen. Langsam tuckern Traktoren an antiken Säulen und Gebäuderesten vorbei. Heute eine verschlafen anmutende Gemeinde war das 181 v. Chr. gegründete Aquileia früher eine der größten und reichsten Städte des römischen Reiches. Aus jener Zeit stammt auch ihr Beiname „das zweite Rom“. Sehenswerte Ausgrabungen, wie das aus dem 4. Jahrhundert stammende Fußbodenmosaik in der Ka-

thedrale, lassen die einstige Bedeutung der zum Unesco - Weltkulturerbe ernannten Stadt erahnen. Grado wurde vermutlich ebenfalls im 2. Jahrhundert v. Chr. als Seehafen der Stadt Aquileia gegründet. Nach dem Zerfall des Römischen Reiches gehörte das auf einer Küstendüne am äußersten Ende des Golfs von Venedig gelegene Grado zur Republik der Serenissima. Die Herrschaft der Venezianer dauerte vom späten Mittelalter bis 1797.

„Frisser Fiss“ in der Altstadt

Grado ist von Wasser umgeben. Wer durch das rund 9000 Einwohner zählende Städtchen schlendert, wird immer wieder an Venedig erinnert. Wie der eleganten großen Schwester ist dem vom Fischfang geprägten Grado eine Lagune mit mehreren hundert Inseln und einer üppigen Tier- und Pflanzenwelt vorgelagert. Ein wenig venezianisch mutet auch der historische Ortskern mit seinen verwinkelten Gässchen und malerischen Häusern an. Zurück ins Mittelalter entführen die frühchristlichen Kirchen Sant'Eufemia, Santa Maria delle Grazie und das Baptisterium San Giovanni Battista. In strenger Schönheit zeugen sie davon, dass im 5. Jahrhundert in Grado die ersten Zentren des frühen Christentums entstanden. Liebhaber klassischer Musik können sich etwa bei einem Barockkonzert von der geheimnisvollen Atmosphäre der Basilica Sant'Eufemia verzaubern lassen.

Abends sind die Straßen und Plätze der Altstadt in warmes Laternenlicht getaucht. Das Leben all`italiana erblüht in all seiner sinnlichen Heiterkeit. Gesprächsfetzen fliegen durch die Luft; es riecht nach Kräutern und Gewürzen. Bei den zahllosen, kulinarische Genüsse versprechenden Lokalen fällt die Auswahl nicht leicht. Überraschenderweise wird in der Gastronomie der „Sonneninsel“ verbreitet Deutsch gesprochen. Wenn die Wirtin eines kleinen Ristorante den „frisse Fiss“ auf der Karte empfiehlt, ist davon auszugehen, dass er vor Grado aus den Fluten gezogen wurde. Wer den Fischern beim Reparieren der Netze zuschauen möchte, dem sei ein Spaziergang zum Hafen und der von bunten Fischerhäuschen gesäumten Wasserstraße empfohlen.

Geordnetes Strandleben

Meer und immer wieder Meer: Egal von welchem Winkel der Innenstadt man aufbricht, nach kurzer Zeit kommt die, Grado wie einen Gürtel umgebende Promenade in Sicht. Sie verbindet die drei Strände, den Hauptstrand, den Strand Costa Azzurra und den Strand von Pineta. Italienische Lässigkeit sieht allerdings anders aus als an der drei Kilometer langen Spiaggia Centrale, deren Strandleben minutiös geregelt ist. Sie wird wie Grados Thermalbad von der Gesellschaft Grado Impianti Turistici (kurz: G.I.T.) betrieben. Flanieren ist kostenlos, doch wer den Strand nutzen

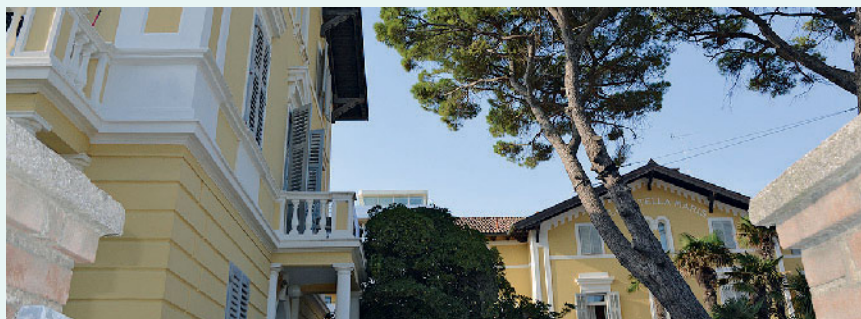
möchte, wird zur Kasse gebeten. Unauffällig sorgen junge Bademeister in gestreiften Shirts für Ordnung: Adrette Kabinen, Liegen und helle Sonnenschirme am Strand, Toasts, Salate und Cappuccino an den Strandbars. Jugendliche lassen Drachen in den blauen Himmel steigen; bis zu den Knien im Wasser stehend, werfen sich Kinder und Eltern bunte Bälle zu. Die flachen Strände von Grado sind besonders bei Familien beliebt. Aber um 19 Uhr ist für alle Feierabend – basta. Wer sich nach einem langen Fortbildungstag nach ein

paar Schwimmmützen in der Adria sehnt, muss sich daher sputen. Beim Verlassen des Hauptstrandes bleibt der Blick an Strandschönheiten aus der Jugendstilzeit hängen: das sonnengelbe Gebäudeensemble, in dem sich heute ein Hotel und Ferienappartements befinden, lässt erahnen, wie Grado einmal als österreichisches Seebad ausgesehen haben mag.

Damen mit breitrempigen Hüten und pastellfarbenen langen Kleidern, schnauzbärtige Herren, die mit ihren Kindern Sandburgen bauen: Ende des 19. und Anfang des

20. Jahrhundert war Grado eine Sommerfrische der Österreicher. Mit dem Frieden von Campo Formio 1797 und erneut ab 1815 gehörte das Lagunenstädtchen zum habsburgischen Kaisertum und ab 1815 auch zum Deutschen Bund. Auch die hübschen Badekabinen haben Tradition: 1854 wurden für Badegäste die ersten „camerini“ aufgestellt. Per Erlass von Kaiser Franz Josef I. wurde 1892 der „Kur- und Badeanstalt Grado“ gegründet: der Fischerort verwandelte sich in das kaiserlich-königliche Seebad Grado. Auch wenn die Zeit der österreichischen Riviera mit Ausbruch des Ersten Weltkrieges vorbei war, tönen noch heute „Servus“, „Grüß Gott“ oder „Pfiat Di“ über den Strand. Noch immer scheinen hier im Sommer neben Italienern vorwiegend Deutsche und Österreicher unter sich zu sein. Vielleicht hat auch die nördliche Mentalität ein wenig auf das Lagunenstädtchen abgefärbt, das tagsüber geordnet und unaufgeregt anmutet: ein passender Ort zum Lernen mit italienischem Flair.

Katja Möhrle



Jugendstilensemble an der Promenade

Konzerte mit dem hr-Sinfonieorchester live erleben

Trotz Zusammenlegung einiger Orchester und Streichungen von Geldmitteln verfügt Deutschland – auch im Vergleich zu vielen Ländern dieser Welt – über eine beeindruckende Anzahl klassischer Orchester und Big Bands, die den großen Städten und Rundfunkanstalten angegliedert sind.

Ein herausragendes Beispiel ist das hessische hr-Sinfonieorchester, international unter dem Namen „Frankfurt Radio Symphony“ bekannt. Das Orchester entstand bereits beim Start des Senders „Radio Frankfurt“ am 1. April 1924. Das erste festangestellte Orchester startete am 1. Oktober 1929, damals unter dem Namen „Frankfurter Rundfunk-Symphonie-Orchester“.

Das Orchester fühlt sich einer breit angelegten musikalischen Tradition verpflichtet, demonstriert aber eindrucksvoll, dass die Förderung der zeitgenössischen Musik damit vereinbar ist. Kaum ein Orchester achtet so bewusst auf die Qualität und Exaktheit des Spiels, die Verpflichtung großer Musiker als Leitungsorgane, aber



Chefdirigent Andrés Orozco-Estrada

auch auf die Gewinnung neuer Hörerkreise, insbesondere junge Hörerinnen und Hörer.

Unter der Leitung der verschiedenen Dirigenten wurden Werke ur- oder erstaufgeführt von Paul Hindemith, Kurt Weill, Arnold Schönberg, Richard Strauss, Béla Bartók bis hin zu modernsten Aufträgen an John Cage, Karlheinz Stockhausen, Luigi Nono, Erkki-Sven Tüür und zuletzt von Marko Nikodijevic am 30. September 2016.

Seit 2007 realisiert das hr-Sinfonieorchester einmal jährlich im Rahmen des „Music Discovery Project“ gemeinsam mit DJs und anderen Popkünstlern ein grenzüberschreitendes, multimediales Konzertprojekt.

Die Zusammenarbeit mit der hr-Bigband gehört ebenfalls zu der musikalischen Praxis des Orchesters und Leitung von Chefdirigent Andrés Orozco-Estrada. Das hr-Sinfonieorchester tritt bevorzugt im hr-Sendesaal und in der Alten Oper Frankfurt auf, ist aber auch mit Konzerten von Nord- bis Südhessen präsent und genießt mittlerweile internationale Anerkennung. Viele Konzertmitschnitte wurden mit Grammy-Nominierungen oder Echo-Preisen bedacht.

Manchmal liegt das Gute auch sehr nahe. Konzerte und Projekte des hr-Sinfonieorchesters sind immer einen Besuch wert. Internet: www.hr-online.de/website/rubriken/hrsinfonieorchester

Dr. med. Siegmund Drexler

30 Jahre Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Am 8./9. November 1986 trafen sich im Clubraum 1 des Bürgerhauses Bornheim in Frankfurt am Main ungefähr einhundertfünfzig Ärztinnen und Ärzte. Sie waren dem Aufruf einer Gruppe hessischer Kammerdelegierter der „Liste demokratischer Ärzte“ (LDÄ) zur Gründung eines links-alternativen Ärztevereins gefolgt – die Geburtsstunde des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää).

Bereits Monate vorher hatte man sich in den Standeszentralen ernsthafte Gedanken über die neue Gruppierung gemacht. Das „Deutsche Ärzteblatt“ stellte am 4. April 1986 fest, dass sich die „Umstürzler organisieren“ wollten, nachdem diese „ohne großes Aufsehen zu erregen, in diesen Jahren den Marsch durch die Institution angetreten“ hätten.

Was war geschehen? 1976 hatte sich erstmals eine Gruppe gewerkschaftlich organisierter hessischer Ärztinnen und Ärzte entschlossen, mit einem Aufruf zu Kammerwahlen zu kandidieren. Als zahlende Zwangsmitglieder der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) wollten sie nicht länger tatenlos zusehen, wie mit ihren Geldern und in ihrem Namen – nicht nur für die Ärzteschaft – wesentliche politische Meinungen und Entscheidungen in der Kammer entwickelt und von dort aus verbreitet wurden. Das Ergebnis der Wahl zur Delegiertenversammlung der LÄKH – mit 10,5 Prozent der abgegebenen Stimmen für die LDÄ – war für alle überraschend. Es sollte keineswegs eine Eintagsfliege, kein die Eintracht der Standesverbände nur vorübergehend störendes Ereignis bleiben. Zum Zeitpunkt der Gründung des vdää 1986 gab es in allen bundesdeutschen Kammern oppositionelle Listen. In Hessen erreichte die LDÄ mit 21,6 Prozent ihren Höhepunkt, und die „Fraktion Gesundheit“ in West-Berlin errang gar 49 Prozent der abgegebenen Stimmen und stellte sogar den Kammer-Präsidenten.

Zunehmend wurde der Wunsch von weniger kammerpolitisch interessierten Ärztinnen und Ärzten nach einem organisatorischen Rahmen für gesundheits- und sozialpolitisches Engagement geäußert. Es herrschte die Erkenntnis, dass ein Gegengewicht zu den mächtigen Kammern und Verbänden geschaffen werden müsse. Da-

bei stand die Auseinandersetzung mit der Rolle der Ärzteschaft während der NS-Herrschaft im Vordergrund, galt doch die These von der Unschuld des überwiegenden Teils der deutschen Ärzteschaft.

Aber auch in der aktuellen Politik war die offizielle Ärzteschaft rückwärtsgewandt: bei der kritiklosen Unterstützung der Pharmaindustrie, der Verschärfung des § 218, der Militarisierung des ganzen Berufsstandes. Selbst im internationalen Rahmen zeigt sich der Einfluss der Bundesärztekammer. Die Wiedereingliederung der rassistischen „Medical Association of South-Africa“ (MASA) in den von der Bundesrepublik Deutschland und den USA dominierten Weltärztebund ging vor allem auf die Aktivitäten der bundesdeutschen Delegierten zurück.

Vieles davon ist heute Geschichte, nicht zuletzt dank einer wachsenden Ärzteopposition. Heute ist der vdää munterer denn je. Er

gibt seit 2005 die Zeitschrift: „Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin“ heraus, engagiert sich in Flüchtlingsinitiativen oder gegen die diagnosebezogene Fallgruppen (DRG), seit 2007 finden jährlich gesundheitspolitische Reisen – vdää on tour – statt, unter anderem eine Solidaritätsreise nach Griechenland oder zur Erinnerungs- und Begegnungsstätte Alt Rehse „NS Führerschule der Deutschen Ärzteschaft“. Einmal jährlich treffen sich Interessierte zu einem gesundheitspolitischen Forum im Rahmen der Jahreshauptversammlung und diskutieren aktuelle gesundheitspolitische Themen (siehe Programm vom 11.–13. November 2016).

Dr. med. Winfried Beck

Offenbach am Main,

1976–1996 Delegierter der LDÄÄ Hessen

1986–2003 Vorsitzender des vdää

seither Mitglied im erweiterten Vorstand

Zukunft des Gesundheitswesens: Feier zum 30. Gründungstag des vdää

Termin: 11.–13. November 2016

Programm

Freitag, 11. November

Ort: Saalbau Frankfurt/Nied, Heinrich-Stahl-Straße 3, 65934 Frankfurt

Zukunft der Gesundheitsbewegung

- Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Deppe: Demokratische Medizin als soziale Bewegung: Geschichte des vdää
- Impulsvorträge von befreundeten Organisationen

Samstag, 12. November 2016

Ort: Studierendenhaus Goethe-Uni Frankfurt, Campus Bockenheim, Mertonstraße 26–28, 60325 Frankfurt

Zukunft des Gesundheitswesens

- **9.15–10.15 Uhr:** Prof. Dr. med. David Klempner (Regensburg) und Dr. Helmut Hildebrandt (Gesundes Kinzigtal): Was ist gute Medizin?
- **10.15–11.15 Uhr:** Prof. Dr. Gerd Glaeske (Bremen) und Jörg Schaaber

(BUKO Pharmakampagne): Ist die Pharmaindustrie zu stoppen?

- **11.45–12.45 Uhr:** Grit Wolf (ver.di Charité) und Dr. med. Peter Hoffmann (vdää): Nur Widerstand hilft. Zur Zukunft der Krankenhäuser
- **14–15 Uhr:** Wie stellen sich junge Mitglieder ärztliche Opposition vor? Was ist die Aufgabe des vdää in Zukunft?
- **15.30–17.30 Uhr:** Fünf Workshops zu unterschiedlichen Themen
- **18 Uhr:** Netzwerktreffen der Kritischen Studierenden-Gruppen
- **20–22 Uhr:** Revue 30 Jahre vdää

Sonntag, 13. November 2016

Ort: siehe Samstag

- **Mitgliederversammlung des vdää** (öffentlich), Extra-Thema „Flucht und Migration“, Leitung Prof. Dr. med. Wulf Dietrich

Das vollständige Programm finden Sie im Internet: www.vdaee.de

Einladung zur 11. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 15. Wahlperiode 2013 – 2018

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 11. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen
der Wahlperiode 2013 – 2018 lade ich Sie für

Samstag, 26. November 2016, 10 Uhr s.t.,

in das Seminargebäude im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, ein.

TAGESORDNUNG

1. Begrüßung und Grußworte des Staatsministers Grüttner
2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
3. Genehmigung des Beschlussprotokolls der 10. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 14. September 2016
4. Ehrungen
5. Bericht des Präsidenten
6. Haushaltsplan 2017
7. Hilfsfonds-Richtsätze 2017
8. Wahl der Delegierten zum 120. Deutschen Ärztetag 2017 in Freiburg
9. Änderungen von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen
 - a) Änderung der Weiterbildungsordnung
 - b) Entschädigungsregelung für ehrenamtlich Tätige der Landesärztekammer Hessen und des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen
 - c) Änderung der Haushalts- und Kassenordnung
 - d) Kostensatzung
10. Versorgungswerk
Bericht der Vorsitzenden / des stellv. Vorsitzenden des Vorstandes
11. Verwaltungssitz der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt
12. Vorschläge zur Besetzung des LandesberufsgERICHTS für Heilberufe bei dem Verwaltungsgerichtshof in Kassel mit ehrenamtlichen Richterinnen und Richtern – Amtsperiode 15. August 2017 – 14. August 2021
13. Verschiedenes

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 5. Oktober 2016

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



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

Bezirksärztekammer Frankfurt

Aufgrund § 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 5. Februar 2016 (GVBl. I S. 30), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „d“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 6. Mai 2015 (HÄBL 6/2016, S. 360), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 14. September 2016 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen

I.

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15. August 2005 (HÄBL Sonderheft 10/2005, S.1–73), zuletzt geändert durch Satzung vom 8. April 2016 (HÄBL 6/2016, S. 363–365), wird wie folgt geändert:

1.) Im Inhaltsverzeichnis werden in „Abschnitt C: Zusatz-Weiterbildungen“ nach den Worten: „Spezielle Unfallchirurgie“ die Worte „Spezielle Viszeralchirurgie“ eingefügt.

2.) Im Abschnitt B wird im Gebiet „7. Chirurgie“, der Unterabschnitt „7.8 Facharzt / Fachärztin für Viszeralchirurgie (Viszeralchirurg / Viszeralchirurgin)“ wie folgt neu gefasst:

„7.8 Facharzt/Fachärztin für Viszeralchirurgie

(Viszeralchirurg/Viszeralchirurgin)

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist aufbauend auf der Basisweiterbildung die Erlangung der Facharztkompetenz Viszeralchirurgie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte.

Weiterbildungszeit:

24 Monate Basisweiterbildung im Gebiet Chirurgie und

48 Monate Weiterbildung zum Facharzt für Viszeralchirurgie bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon können bis zu

- 12 Monate in einer der anderen Facharztweiterbildungen des Gebietes Chirurgie, in Anästhesiologie, Anatomie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin und Gastroenterologie, Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Pathologie und/oder Urologie angerechnet werden

- 12 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet/angerechnet werden

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Nachbehandlung und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Infektionen, Fehlbildungen innerer Organe insbesondere der gastroenterologischen, endokrinen und onkologischen Chirurgie der Organe und Weichteile

- der operativen und nichtoperativen Grund- und Notfallversorgung bei viszeralchirurgischen einschließlich der koloproktologischen Erkrankungen, Verletzungen, Fehlbildungen und Infektionen

- der Indikationsstellung zur operativen und konservativen Behandlung einschließlich der Risikoeinschätzung und prognostischen Beurteilung

- endoskopischen, laparoskopischen und minimal-invasiven Operationsverfahren

- der Erhebung einer intraoperativen radiologischen Befundkontrolle unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes

- instrumentellen und funktionellen Untersuchungsmethoden

Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren:

- sonographische Untersuchungen des Abdomens, des Retroperitoneums und der Urogenitalorgane

- Durchführung und Befundung von Rektosigmoidoskopien, Koloskopien und Oesophago-Gastro-Duodenoskopien [Hessenspezifikum – Empfehlung WB-Ausschuss vom 19.04.2016]

Bezirksärztekammer Wiesbaden

– konventionelle, minimal-invasive und endoskopische operative Eingriffe an Kopf- und Hals einschließlich Tracheotomie, Thorakotomie, Thoraxdrainagen, Oesophagus, Magen, Leber, Gallenwegen, Pankreas, Milz, Dünndarm, Dickdarm, Rektum, Anus, Bauchhöhle, Retroperitoneum, Bauchwand

Übergangsbestimmungen:

Kammerangehörige, die bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung die Schwerpunktbezeichnung Viszeralchirurgie besitzen, sind berechtigt, stattdessen die entsprechende Facharztbezeichnung zu führen.

Kammerangehörige, die nach Facharztanerkennung bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung eine Weiterbildung im Schwerpunkt Viszeralchirurgie begonnen haben, können diese nach den Bestimmungen der bisher gültigen Weiterbildungsordnung abschließen. Nach bestandener Prüfung erhalten sie die Facharztbezeichnung.

Kammerangehörige, die die Facharztbezeichnung Viszeralchirurgie nach den vor Einführung der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie in die jeweilige Weiterbildungsordnung geltenden Bestimmungen erworben haben, sind berechtigt, auch die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie zu führen.

Kammerangehörige, die vor dem Stichtag 01.11.2016 ihre Facharztweiterbildung in der Viszeralchirurgie begonnen haben, können diese nach den bisher gültigen Bestimmungen innerhalb einer Frist von 7 Jahren abschließen und die entsprechenden Bezeichnungen führen.“

3.) Im Abschnitt C werden in der Aufzählung der Zusatz-Weiterbildungen nach den Worten: „Spezielle Unfallchirurgie“ die Worte „Spezielle Viszeralchirurgie“ eingefügt.

4.) Im Abschnitt C wird bei der Zusatz-Weiterbildung „Flugmedizin“ der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit:

- 6 Monate Weiterbildung bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 und

- 180 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Flugmedizin.

Abweichend davon wird anstelle der 6-monatigen Weiterbildung in Flugmedizin ein über einen Zeitraum von einem Jahr regelmäßig absolviertes, alle zwei Wochen stattfindendes kollegiales Gespräch unter der Verantwortung des Leiters eines vom Luftfahrt-Bundesamt anerkannten flugmedizinischen Zentrums als abweichende, aber gleichwertige Weiterbildung anerkannt.“

5.) Im Abschnitt C wird nach der Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ die neue Zusatz-Weiterbildung: „Spezielle Viszeralchirurgie“ eingefügt:

„Spezielle Viszeralchirurgie

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie umfasst in Ergänzung zur Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Nachbehandlung und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Infektionen, Fehlbildungen innerer Organe, insbesondere der gastroenterologischen und endokrinen Organe.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Spezieller Viszeralchirurgie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzung zum Erwerb der

Bezeichnung:

Facharzt für Viszeralchirurgie

Weiterbildungszeit:

- 36 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Spezielle Viszeralchirurgie gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2, davon können bis zu

- 12 Monate während der Facharztweiterbildung bei einem Weiterbildungsbefugten für Spezielle Viszeralchirurgie gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 abgeleistet werden

Weiterbildungsinhalt:

Bezirksärztekammer Kassel

Goldenes Doktorjubiläum

- 01.12: Dr. med. Karin Berger, Hüttenberg
01.12: Dr. med. Wilfried Hassfeld, Steinbach
07.12: Dr. med. Klaus Joachim Kruse, Habichtswald
09.12: Dr. med. Eleonore Jutta Mende, Seeheim-Jugenheim
15.12.: Dr. med. Elfriede Danielzik-Stork, Marburg
15.12.: Professor Dr. med. Gisbert Kober, Dreieich
15.12.: Dr. med. Hans Pfothenhauer, Fulda
15.12.: Dr. med. Gerhard Schuchardt, Stadtallendorf
16.12.: Dr. med. Jürgen Großwendt, Wetzlar
21.12.: Dr. med. Dietmar Früh, Petersberg
23.12.: Dr. med. Charlotte Jaeger, Frankfurt

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060027962 ausgestellt am 20.11.2012 für Volker Berger, Haiger

Arztausweis-Nr. 060022546 ausgestellt am 18.10.2011 für Margarete Bosing, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060040414 ausgestellt am 26.10.2015 für Dr. med. Henriette Hein, Göttingen

Arztausweis-Nr. 060035464 ausgestellt am 01.10.2014 für Anneliese Horz, Braunfels

Arztausweis-Nr. 060037345 ausgestellt am 13.02.2015 für Dr. med. Dipl.-Psych. Michaela Jakobi-Gordjani, Mühlheim

Arztausweis-Nr. 060034870 ausgestellt am 19.08.2014 für Janina Kissinger, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060044535 ausgestellt am 29.08.2016 für Fatima Mohabbat, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060029304 ausgestellt am 18.03.2013 für Sergej Renner, Nürnberg

Arztausweis-Nr. 060027462 ausgestellt am 08.10.2012 für Hans-Jörg Schmitz, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060037419 ausgestellt am 20.02.2015 für Susanne Sommer, Mücke

Arztausweis-Nr. 060027696 ausgestellt am 29.10.2012 für Evgeny Voronkov, Amöneburg

Arztausweis-Nr. 060022326 ausgestellt am 22.09.2011 für Dr. med. Michael Weber, Oberursel

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

– der Erkennung und nicht operativen sowie operativen Behandlung einschließlich der postoperativen Überwachung von komplexeren Erkrankungen, Verletzungen, Infektionen, Fehlbildungen innerer Organe, insbesondere der gastroenterologischen und endokrinen Organe

– der Indikationsstellung zur operativen und konservativen Behandlung einschließlich der Risikoeinschätzung und prognostischen Beurteilung

– der Durchführung von Operationen höherer Schwierigkeitsgrade einschließlich endoskopischer, laparoskopischer und minimal-invasiver Operationsverfahren

– der Erhebung dazu erforderlicher intraoperativer radiologischer Befunde unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes

– der Mitwirkung bei interdisziplinären interventionellen Verfahren wie radiologisch und radiologisch-endoskopischen Verfahren sowie von endosonographischen Untersuchungen des Gastrointestinaltraktes

– der interdisziplinären Indikationsstellung zu gastroenterologischen, onkologischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Behandlungsverfahren

– speziellen instrumentellen und funktionellen Untersuchungsmethoden einschließlich ultraschallgesteuerter diagnostischer und therapeutischer Eingriffe

– Durchführung und Befundung von Koloskopien und Oesophago-Gastro-Duodenoskopien

Spezielle Übergangsbestimmungen:

Kammerangehörige, die die Facharztbezeichnung Viszeralchirurgie nach den vor Einführung der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie in die jeweilige Weiterbildungsordnung geltenden Bestimmungen erworben haben, sind berechtigt, auch die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie zu führen.“

II. In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. November 2016 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 14. September 2016 beschlossene und vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration am 4. Oktober 2016 (Geschäftszeichen:

V2-18b2120-0001/2008/004) gemäß § 35 Abs. 1 des Hessischen Heilberufsgesetzes genehmigte Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 5. Oktober 2016

Dr. med. Gottfried von Knoblauch
zu Hatzbach

– Präsident –

CME-Beitrag aus Ausgabe 10/2015: Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen „Antibiotika-Therapie bei Kindern in kinder- und jugendärztlichen Praxen“ von Prof. Dr. med. Markus A. Rose (MPH) und Judith Jochim im Hessischen Ärzteblatt 10/2015, Seite 544ff:

Frage 1	4	Frage 6	4
Frage 2	2	Frage 7	3
Frage 3	4	Frage 8	3
Frage 4	2	Frage 9	3
Frage 5	2	Frage 10	3



Im August wurden 28 Medizinische Fachangestellte (MFA) der Bezirksärztekammer Marburg im Rahmen einer feierlichen Übergabe der Prüfungszeugnisse aus ihren Ausbildungsverhältnissen in den beruflichen Alltag entlassen. Unter den Gratulanten waren Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (Mitte, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Marburg), der Schulleiter der Kaufmännischen Schulen Marburg, Oberstudiendirektor Siegmund Günther, (rechts außen), Abteilungsleiterin Frau Studiendirektorin Dr. rer. nat. Brigitte Seefeldt-Schmidt (links außen), Lehrerinnen der Kaufmännischen Schule Marburg, Roswitha Barthel, Leiterin der Abt. Medizinische Fachangestellte der Landesärztekammer Hessen, sowie einige auszubildende Ärztinnen und Ärzte.

Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 29. März 2017

Auszubildende, die an der Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 29. März 2017 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

7. Dezember und 14. Dezember 2016

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

Es wird gebeten, das Anmeldeformular rechtzeitig und vollständig ausgefüllt einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Zwischenprüfung 2017 nicht garantiert werden kann.

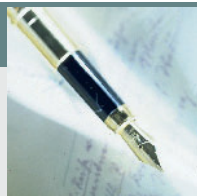
Gemäß den Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes bitten wir um Vorlage der ärztlichen Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Abs. 1 des Jugendarbeitsschutzgesetzes spätestens am Tag der Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung, sofern nicht bereits geschehen. Dies gilt nur für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

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen:
Medizinische Fachangestellte

Leserbrief: Ärztliche „Corporate Identity“

Die Arbeitsgruppe „Ökonomisierung“ der Akademie für Ethik in der Medizin in Göttingen (Koordination: Dr. med. Friedrich Heubel, Marburg) hat sich mit einem Offenen Brief an das Hessische Ärzteblatt gewandt, der sich auf das Editorial „Corporate Identity für die Ärzteschaft?“ von Kammerpräsident Dr. med. Gott-

fried von Knoblauch zu Hatzbach im Hessischen Ärzteblatt 06/2016 Seite 319 bezieht. Sie können diesen Beitrag im Internet auf unserer Website www.laekh.de, Rubrik Hessisches Ärzteblatt, Ausgabe 11/2016 lesen.



Ehrungen MFA / Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum **mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:**

Stephanie Spiess,
seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. A. Spanidis
und Dr. med. J. Kautzmann, Reinheim.

Zum **25- und mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir:

Romy Rein,
seit 25 Jahren tätig bei J. Heckmann, vormals
Praxis Dr. med. G. Heckmann, Erlensee;

Ramona Binsack,
seit 25 Jahren tätig bei Dr. med. J. Simon,
Dr. med. Ch. Schwuchow, Dr. med. A. Höl-
scher, Dr. med. C. Hölscher, I. Olbert und
M. P. Conze, Fulda;

Antje Spanidis und Beate Schnellbacher,
beide seit 30 Jahren tätig bei Dr. med.
A. Spanidis und Dr. med. J. Kautzmann,
Reinheim.

Wir gratulieren der Helferin zum **25- und mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum:**

Carmen Noll,
seit 25 Jahren tätig bei Dr. med. O. Möbs,
Gedern;

Ute Pechmann,
seit 35 Jahren tätig bei Dr. med. S. Agbaba-
Leukel, Dr. med. E. Holle und S. Schach-
trupp, Melsungen.

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Thomas Berger, Diez
* 23.05.1950 † 12.06.2016

Dr. med. Arthur Georg Wolfgang Börner,
Grasellenbach
* 28.06.1947 † 12.09.2016

Dr. med. Walter Boßhammer, Marburg
* 15.10.1926 † 05.09.2016

Dr. med. Harald Braun, Gießen
* 08.08.1949 † 04.08.2016

Dr. med. Ragnheidur de Boor, Göttingen
* 28.02.1917 † 15.08.2016

Ltd. Medizinaldirektor Dr. med.
Ursula Jula Elisabeth Geldbach, Marburg
* 20.09.1937 † 18.08.2016

Dr. med. Erich Gross, Rüsselsheim
* 07.11.1931 † 02.07.2016

Prof. Dr. med. Dr. h. c.
Friedrich Wilhelm Hehrlein, Frankfurt
* 26.08.1933 † 15.08.2016

Dr. med. Hans Juergen Isselstein,
Wiesbaden
* 18.12.1936 † 02.09.2016

Bernd Linde, Bad Hersfeld
* 18.08.1948 † 31.08.2016

Dr. med. Klaus Lungwitz, Heusenstamm
* 08.02.1945 † 31.07.2016

Maria Eva Reinholz, Wiesbaden
* 13.03.1949 † 28.08.2016

Dr. med. Hans-Eberhard Schulz,
Lauterbach
* 26.04.1944 † 02.03.2016

Prof. Dr. med. Ulrich Seiffert,
Dreieich
* 16.12.1931 † 25.08.2016

Mudr./Univ.Prag Borek Paul Severa,
Friedrichsdorf
* 29.10.1922 † 23.12.2015

Dr. med. Harro Simmenroth, Kassel
* 26.01.1920 † 27.08.2016

Medizinaldirektor i. R. Dr. med.
Hans-Joachim Trenner, Bad Orb
* 02.10.1925 † 17.09.2016

Gottlob Weber, Bad Nauheim
* 24.09.1970 † 12.08.2016

Nachruf auf Ruth Konrad

*** 24. Dezember 1934 † 8. August 2016**

Am 8. August 2016 verstarb im 82. Lebensjahr Ruth Konrad, die ehemalige Geschäftsführerin in der Weiterbildungsabteilung der Landesärztekammer Hessen. Aus der Position einer Kaufmännischen Leiterin in der Modebranche kommend, trat Konrad 1981 als Sachbearbeiterin in die Abteilung Ärztliche Weiterbildung ein. Schon 1985 übernahm sie deren Leitung und die Leitung des Prüfungswesens. Das Präsidium ernannte Ruth Konrad 1987 zur Geschäftsführerin für dieses Ressort. Die schwierige und komplizierte Materie der ärztlichen Weiterbildung beherrschte sie perfekt, obwohl sie keine Ärztin war. Hinzu kam ihr phänomenales Gedächtnis, vor EDV-Zeiten von unermesslichem Nutzen. Ihr wurde nachgesagt, die „wandelnde Weiterbildungszyklopädie“ zu sein. Herausragend war ihr einfühlsames Engagement für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung – vom ersten Telefonkontakt bis zum Abschluss der Prüfung – und die präzise und zügige Antragsbearbeitung. Höchste Anerkennung erwarb sich Konrad auch bei den Gutachtern und Prüfern im Weiterbildungswesen. 1995 trat Ruth Konrad in den Ruhestand, sie wurde mit dem Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft ausgezeichnet.



Dr. med. Michael Popović

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)

Reminder: Hessischer Internistentag 2016

- Veranstalter: Berufsverband Deutscher Internisten e. V. (BDI), Landesverband Hessen
- **Freitag, 4. November 2016**
Ort: Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Im Prüfling 23, Haus E, 3. OG, 60389 Frankfurt/Main
14–18 Uhr: Workshops
- **Samstag, 5. November 2016**
Ort: Uni-Campus Westend (Hörsaal 10/11), Grüneburgplatz 1, 60323 Frankfurt/Main
Viele Fortbildungsangebote von 9–11 Uhr, 14–16 Uhr und 16.30–18.15 Uhr
- **18.30–20 Uhr: Mitgliederversammlung des Landesverbandes Hessen im BDI**
- Zertifizierung am 5.11. mit 6 Fortbildungspunkten
- Anmeldung: Sabina Kacprzycki
E-Mail: s.kacprzycki@ccb.de
Fon: 069 945028-725
- Internet:
www.hessischer-internistentag.de

Hessisches Ärzteblatt

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

Herausgeber: Landesärztekammer Hessen, vertreten durch Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident

Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts): Dr. med. Peter Zürner, Mitglied des Präsidiums der LÄK Hessen

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin
Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin
Caroline McKenney, stv. Ltd. Redakteurin
Dr. med. Alexander Marković
Sabine Goldschmidt M.A.

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

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

Design und Online-Auftritt: Katja Kölsch M.A.

Redaktionsbeirat: siehe online unter www.laekh.de (Hessisches Ärzteblatt)

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen
Dr. Katharina Deppert, Gutachter- und Schlichtungsstelle

Akademie: Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth

Versorgungswerk: Dr. med. Brigitte Ende

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

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

Geschäftsführung: Norbert A. Froitzheim (Verleger), Jürgen Führer

Leiterin Produktbereich: Katrin Groos

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

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

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 128,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00
Einzelheftpreis € 13,25, Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

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

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

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

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

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

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

Verkaufsgebiete

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

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

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

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

Alexander Krauth, Tel.: +49 2234 7011-278,

E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Layout: Stephanie Schmitz

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

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln
Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEDED3

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 2, gültig ab 01.01.2016

Druckauflage: 34.000 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.

77. Jahrgang

ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

Mit dem Einreichen eines Beitrags zur Veröffentlichung erklärt der Autor, dass er über alle Rechte an dem Beitrag verfügt. Er überträgt das Recht, den Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen, auf die Redaktion des Hessischen Ärzteblatts. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlagsrechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Beiträgen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen. Mit Annahme des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

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

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln