

Hessisches Ärzteblatt



3/2008

März 2008

69. Jahrgang

Auch im Internet:
www.laekh.de



Beginn eines neuen Zeitabschnittes: Neues Gästehaus der COS-Schule in Bad Nauheim eröffnet. Gästehaus mit Europabrunnen. *(Bild pop)*

**Das Gästehaus der COS-Schule
in Bad Nauheim ist eröffnet**

**1. Hessischer Heilberufetag
in Wiesbaden**

**Zertifizierte Fortbildung:
Revaskularisationsstrategien bei
chronisch koronarer Herzerkrankung**

**Geänderte Form der Auswertung
für die CME-Beiträge**

**Übernahme der
Fortbildungspunkte**

**Ambulante medizinische
Versorgung: zentrale
Aufgabe des Praxisteam**

„Aktion saubere Hände“

Impressum

Herausgeber:

Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt/M.
Tel. 069 97672-0
Internet: www.laekh.de
E-Mail: info@laekh.de

Schriftleitung (verantwortlich):

Prof. Dr. Toni Graf-Baumann
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Dr. Michael Popović
verantwortlich für Mitteilungen der Akademie:
Prof. Dr. Ernst-G. Loch

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M. A.

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebertal
Karl Matthias Roth, Wiesbaden
Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Georg Holfelder, Frankfurt
Dr. med. Siegmund Kalinski, Frankfurt
Dr. med. Norbert Löschhorn, Seeheim-Jugenh.
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Hanau
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Gießen
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt
PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg
Dr. med. Walter Schultz-Anling, Hofheim

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Katharina Deppert,
Gutachter- und Schlichtungsstelle
Dr. Alexander Schmid, Justitiar der LÄK Hessen

Anschrift der Redaktion:

Angelika Kob
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt/M.
Tel. 069 97672-147, Fax 069 97672-247
E-Mail: angelika.kob@laekh.de

Redaktionsschluss:

fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62
04107 Leipzig
Tel. 0341 710039-90, Fax 0341 710039-74 u. -99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

Livia Kummer
Tel. 0341 710039-92
E-Mail: livia.kummer@leipziger-verlagsanstalt.de

Druck:

Druckhaus Dresden GmbH
Bärensteiner Straße 30
01277 Dresden

zzt. ist Anzeigenpreisliste Nr. 4 vom 1.1.2008 gültig.

Bezugspreis/Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 100,50 €
(12 Ausgaben), im Ausland 100,50 €
zzgl. Versand.

Kündigung des Bezugs

3 Monate vor Ablauf des Abonnements.

Für die Mitglieder der Landesärztekammer

Hessen ist der Bezugspreis

durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt



3 / 2008 • 69. Jahrgang

Editorial Liebe Kolleginnen und Kollegen!

152

Landesärztekammer Hessen

Beginn eines neuen Zeitabschnittes

Das Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim ist eröffnet

153

Forderung nach einem Kurswechsel / 1. Hessischer Heilberufetag
in Wiesbaden

156

Fortbildung

Zertifizierte Fortbildung:

Revaskularisationsstrategien bei chronischer koronarer Herzerkrankung

159

Medizinisches Kreuzworträtsel

168

Multiple Choice-Fragen

169

Landesärztekammer Hessen

Geänderte Form der Auswertung für die CME-Beiträge im

Hessischen Ärzteblatt

170

Übernahme der Fortbildungspunkte

171

Ambulante medizinische Versorgung: zentrale Aufgabe des Praxisteam

172

Fortbildung Sicherer Verordnen

174

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim

175

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim

181

Aktuelles

Neue Regelungen zum 'Infektionsschutz' in den 'Technischen Regeln
für biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der

Wohlfahrtspflege" (TRBA 250)

183

Keine Chance den Krankenhausinfektionen!

184

Arzt- und Kassenarztrecht

Zur Arzthaftung bei der Behandlung mit nicht zugelassenen

Arzneimitteln

186

Mit meinen Augen „Hessische Verhältnisse“ und andere Perspektiven

188

Satire Inäschl tschischa bumburum

189

Humoristisches Die Forelle

189

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

190

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

192

Bücher

196

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

199

Mit dem Einreichen eines Beitrages zur Veröffentlichung überträgt der Autor das Recht, den Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen auf die Schriftleitung des „Hessischen Ärzteblattes“. 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 bzw. bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Alle Verwertungsrechte der gedruckten und der elektronischen Ausgaben sind der Leipziger Verlagsanstalt GmbH übertragen. Kopien in körperlicher und nichtkörperlicher Form dürfen nur zu persönlichen Zwecken angefertigt werden. Gewerbliche Nutzung ist nur mit schriftlicher Genehmigung durch die Leipziger Verlagsanstalt GmbH möglich. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Schriftleitung keine Verantwortung. Vom Autor gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Schriftleitung wieder. Die Veröffentlichung der Beiträge „Sicherer Verordnen“ erfolgt außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung und des Verlages.

Liebe Kolleginnen und Kollegen!



Dr. med. Ursula Stüwe
Foto: Monika Buchalik

Wissenschaftler haben herausgefunden, dass Lebensfreude und Wohlbefinden im vierten und fünften Lebensjahrzehnt ihren Tiefpunkt erreichen.¹ Man hat den lebenslangen Verlauf der Lebensfreude und des Wohlbefindens mit der Form eines „U“ verglichen. Bei Männern wird der Tiefpunkt etwas später erreicht, Depressionen treten innerhalb dieses Tiefpunkts statistisch häufiger auf. In den Lebensabschnitten davor und danach fühlen sich die meisten Menschen mental besser. Diese Ergebnisse aus 72 Ländern sollten uns zu denken geben, sicher im persönlichen Bereich, aber ganz sicher auch in Bezug auf unser Gesundheitssystem. Berufspolitisch werde ich das Gefühl nicht los, dass wir uns jetzt gerade am Tiefpunkt des „U“ befinden. Wenn mein Gefühl stimmt, dann kann es ja jetzt nur noch aufwärts gehen...

Die Kliniken reagieren auf den ökonomischen Druck mit Personalabbau, die zuständigen Politiker wissen in aller Regel davon!

Welch' eine irrationale und damit auch inhumane Reaktion: um höhere Energiekosten und damit höhere Gewinne der Energieunternehmen zu finanzieren, um finanzielle Schieflagen in Krankenkassen auszugleichen, um höhere Preise für Nahrungsmittel zu bezahlen und um notwendige Investitionen durchführen zu können, wird insbesondere pflegerisches Personal in Kliniken und Krankenhäusern abgebaut! Die Notrufe aus den Kliniken dürfen nicht ungehört verhallen, denn die Patientinnen und Patienten haben diese Misere auszubaden!

Es wird für Kliniken immer schwieriger, Arztstellen zu besetzen. Die jüngsten Verlautbarungen zeigen den Nachwuchsmangel deutlich: es werden inzwischen headhunter benötigt, um Assistenzärzte anzuwerben, andere Klinikarbeitgeber sind anders findig: sie bieten eine „Anstellungsprämie“ von 3.000 Euro, damit jemand eine Assistentenstelle antritt! Sogar der Hinweis auf eine „strukturierte Weiterbildung“ fehlt in vielen Fällen nicht, um Nachwuchsärztinnen und -ärzte zu gewinnen! Wer erinnert sich noch an die 1990er Jahre, wo man dankbar zu sein hatte, überhaupt eine Stelle zu bekommen... Wer sich wundert, dass attraktive Gehälter gefordert werden (müssen) in den Kliniken, hat immer noch nicht verstanden, dass „der Markt“ durch Angebot und Nachfrage geregelt wird. Da sind auch die Reaktionen der Krankenhausgesellschaften unverständlich, die meinen, man könne das alles nicht finanzieren. Ja, Ärztinnen und Ärzte sind nicht mehr zu Dumpingpreisen zu haben! Der „Markt“ wirkt!

Ähnlich unerfreuliche Beobachtungen wie in Kliniken werden im Bereich der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen gemacht. Die Hausärzte beklagen seit Monaten die völlig unzureichende Vergütung ihrer Leistungen, sie suchen ihr Heil und ihr – hoffentlich besseres! – Auskommen in anderen Vertragsformen, sei es in Direktverhandlungen mit Krankenkassen oder – das ist wohl die radikalste Umorganisation – in der Direktabrechnung zwischen Arzt und Patient. Daraus wird sich vermutlich Kostenerstattung durch die Kasse entwickeln, wenn es denn so kommt. Vertragliche Abhängigkeiten werden sich radikal verändern! Allerdings – das Nachwuchsproblem wird mit all diesen Änderungen auch nicht gelöst.

Auch die Hilferufe der niedergelassenen Fachärzte dürfen nicht ungehört verhallen – sie haben durchaus vergleichbare finanzielle Probleme, und Nachwuchssorgen haben alle Fachärzte!

Unser beruflicher Nachwuchs, männlich wie weiblich, legt viel Wert auf Vereinbarkeit von Beruf und Familie – ein Thema, das insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass die Zukunft der Medizin „weiblich“ sein wird, sträflich vernachlässigt wird. Schon jetzt sind 70 % der Studienanfänger weiblich! Wer will es unseren jungen Ärztinnen verübeln, dass sie Freude am Beruf haben? Aber: sie stehen häufig vor der Entscheidung: „Familie mit Kindern“ oder „Beruf“ – ein Entscheidungszwang, der schnellstmöglich beendet werden muss. Familienfreundliche Arbeitsbedingungen müssen schnellstens geschaffen werden – und zwar überall, wo Ärztinnen und Ärzte arbeiten! Von den Auswirkungen auf verminderte Altersrentenzahlung wegen längerer beruflicher Pausen wg. Familienzeiten ganz zu schweigen... Daran wird in jungen Jahren viel zu wenig gedacht!

Wir Ärztinnen und Ärzte haben zahlreiche gemeinsame Probleme, die wir gewiss nur gemeinsam verändern können:

- Wir alle – gleichgültig, wo wir arbeiten – brauchen **Anerkennung** unserer Arbeitsleistung in Form einer adäquaten finanziellen Honorierung unserer Arbeit. Das „soziale Ansehen“ des ärztlichen Berufs finanziert weder unsere Kredite noch unsere Angestellten, unsere Mieten oder unsere Familien.
- Wir alle – gleichgültig, wo wir arbeiten – brauchen **Arbeitsbedingungen**, die es uns ermöglichen, Familie und Beruf zu vereinbaren. Gerade so,

¹ www.wissenschaft.de/ und http://www2.warwick.ac.uk/newsandevents/pressreleases/researchers_find_that/

wie es in anderen Ländern schon längst üblich ist!

- Wir alle – gleichgültig, wo wir arbeiten – brauchen **keine Bürokratie**, wir brauchen keine Kodierungen für das, was wir tun! Wir können uns fachlich-medizinisch ausdrücken! Schließlich haben wir dafür, mit Unterstützung des Steuerzahlers, ein langes Studium absolviert!
- Wir alle – gleichgültig, wo wir arbeiten – brauchen **Zeit für unsere Patienten**. Wer uns weismachen will, dass es sich beim Erleben einer

Krankheit um ein „event“ handelt, hat von der Arzt-Patienten-(Angehörigen)-Beziehung nichts verstanden. Und auch Patienten brauchen Zeit für ihr Kranksein, für ihre Umstellungen der Lebensplanungen, die sie sich nicht ausgesucht haben!

Wenn wir alle diese Gemeinsamkeiten im Wahlkampf für die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen berücksichtigen – bei allen Unterschiedlichkeiten, die wir haben! – dann wird es ein fairer Wahlkampf!

Und dann kommen wir im „U“ vielleicht doch wieder in den aufsteigenden Bereich...

Mögen die Patientinnen und Patienten den größten Nutzen davon haben!

Ihre



Dr. med. Ursula Stüwe
Präsidentin

Landesärztekammer Hessen



Beginn eines neuen Zeitabschnittes

Das Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim ist eröffnet



Blick vom Fortbildungszentrum auf das Gästehaus der COS

Gerade Linienführung, viel Glas und eine architektonische Formensprache, die auf Klarheit und Transparenz setzt: Das neue Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule (COS), das am 19. Januar 2008 fast auf den Tag genau ein Jahr nach der Grundsteinlegung eröffnet wurde, fügt sich harmonisch in das Gebäude-

ensemble des Fortbildungszentrums in Bad Nauheim ein. Um junge Menschen, die sich zur „Medizinischen Fachangestellten“, früher „Arzthelferin“, ausbilden lassen und später fortbilden wollen, angemessen unterzubringen, wurde an der Stelle des alten, baufällig gewordenen Internates ein neues Gebäude er-

richtet. Seit Februar können hier 100 Lehrgangsteilnehmer der Carl-Oelemann-Schule, die Kurse im gegenüber liegenden Seminargebäude besuchen, übernachten. Die Schulleitung rechnet mit 4.500 Übernachtungen jährlich.

Zu der offiziellen Einweihung des in „Gästehaus“ umbenannten Internatsgebäudes waren zahlreiche Gäste aus Nah und Fern gekommen; unter ihnen Staatssekretär Gerd Krämer aus dem Hessischen Sozialministerium (HSM), der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Andreas Storm, die Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer Dr. med. Regina Klakow-Franck, Bernd Witzel, Bürgermeister der Stadt Bad Nauheim und Hannelore König, Bundesvorsitzende des Verbandes medizinischer Fachberufe, die ihre Kollegin Claudia Siebert, 1. Vorsitzende des Verbandes med. Fachberufe, Landesverband Hessen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, vertrat.



Dr. U. Stüwe begrüßt die Eröffnungsgäste

Als Signal für die erfolgreiche Weiterentwicklung der Carl-Oelemann-Schule bezeichnete Ärztekammerpräsidentin Dr. med. Ursula Stüwe die Eröffnung des Gästehauses in ihrer Begrüßung. Seit 1976 fördere die Einrichtung der Landesärztekammer Hessen die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Arzthelfer/innen und medizinischen Fachangeestellten und leiste damit einen wichtigen Beitrag zur Sicherheit der Qualität in ärztlichen Praxen und Kliniken.

Im Publikum begrüßte die Präsidentin Professor Dr. med. Horst Joachim Rheindorf, einen der Väter der COS und von 1975 bis 1989 ihr erster Vorsitzender, sowie Dr. med. Klaus Uffemann, von 1989 bis 31. Dezember 2006 Vorstandsvorsitzender und Jutta Beleites, Schulleiterin der COS von 1975 bis 31. Dezember 2006.

Die Staatssekretäre Krämer und Storm erinnerten an die schwierige Entstehungsgeschichte des neuen Gebäudes. Da das der Schule angegliederte und für die Unterbringung der Auszubildenden aus ganz Hessen unentbehrliche Internatsgebäude in den vergangenen Jahren dringend sanierungsbedürftig geworden war, begann vor einigen Jahren ein kontroverser Diskussionsprozess über die finanzielle Realisierbarkeit eines Neuaufbaus.

Lange Zeit stand das Projekt – und mit ihm die gesamte Existenz der Carl-Oelemann-Schule – auf wackligen Beinen. Dank der großzügigen Unterstützung durch Bund (2,8 Millionen Euro) und Land (2,2 Millionen Euro) sowie der fi-

nanziellen Eigenbeteiligung der hessischen Ärzteschaft konnte der Neuaufbau, für den 8,2 Millionen Euro bewilligt worden waren, schließlich doch beschlossen werden.



Staatssekretär Gerd Krämer (HSM)

Krämer rief ins Gedächtnis, dass ausnahmsweise alle Landtagsparteien in Hessen für die Projektfinanzierung gestimmt hätten. Er unterstrich, dass die hessische Landesregierung den Bau des Gästehauses von Anfang an unterstützt habe, denn die Carl-Oelemann-Schule leiste hessenweit einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Qualität in ärztlichen Praxen und Kliniken. Ohne die unermüdlichen Verhandlungen von Dr. med. Michael Popović, Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer, sei der Neuaufbau des Internates, so Krämer, nicht realisierbar gewesen.



Staatssekretär Andreas Storm (BMBF)

Storm hob in seinem Grußwort die Wichtigkeit der Überbetrieblichen Ausbildung

für die künftigen Medizinischen Fachangestellten hervor. Mit der Einweihung des Internats beginne ein neuer Zeitabschnitt für die Carl-Oelemann-Schule, die als Aushängeschild der Landesärztekammer einen wichtigen Beitrag zu einer modernen und praxisorientierten Ausbildung leiste. Das neue Gebäude gebe der Schule und ihrer bundesweit beispielhaften neuen Fortbildungsstruktur im Baustein-/Modulsystem endlich die notwendige Hülle für die Unterkunft der Lehrgangsteilnehmer/innen. Staatssekretär Krämer und Dr. med. Michael Popović, der von Anfang an von der Notwendigkeit des Gästehausprojektes überzeugt war und um Gelder warb, wiesen bei der Eröffnung auch auf die brückenschlagende Funktion des Gebäudes hin. So besäßen zwischen 10 und 20 Prozent der Auszubildenden einen Migrationshintergrund.

Hannelore König begrüßte die verbesserten Möglichkeiten der Überbetrieblichen Ausbildung, die an der Carl-Oelemann-Schule angeboten werden. Als einen weiteren Mosaikstein im Bild der Gesundheitsstadt Bad Nauheim bezeichnete Bürgermeister Bernd Witzel die Schule und und Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Vorsitzender des Vorstandes der Carl-Oelemann-Schule, bedankte sich bei allen Beteiligten, die an der Planung und dem Bau des neuen Gästehauses mitgewirkt hatten. Er hob die große Unterstützung



von links: Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Dr. Siegmund Kalinski, Dr. Michael Popović

durch die Mitarbeiter/innen hervor, die den Lehrgangsbetrieb auch in der Bauphase ermöglicht hätten und sprach ebenfalls den Auszubildenden, die in den vergangenen Monaten mit Container-Unterkünften hätten Vorlieb nehmen müssen, seinen Dank aus. Schulleiterin Silvia Happel und Sigrid Blehle, Managerin des Fortbildungszentrums und Geschäftsführerin der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, wünschte von Knoblauch in ihrer jeweiligen Leitungsfunktion Glück und Erfolg.



Dr. R. Klakow-Frank hält den Festvortrag

In ihrem Festvortrag setzte sich Dr. med. Regina Klakow-Frank, stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer, kritisch mit dem Modellprojekt der Schwester AGnES und weitreichenden Forderungen der Pflege hinsichtlich ihrer Positionierung in der Patientenversorgung auseinander.

Dagegen konnten Architekt Professor Ulf Hestermann von HKS Architekten + Gesamtplaner GmbH, Erfurt und Projektmanager Dipl. Ing. Thomas Kühr von der Bauwert Projekt Consult GmbH eine erfreuliche Nachricht zur Eröffnung des Gästehauses überbringen: So sei nicht nur die Bauzeit von einem Jahr eingehalten, sondern das Finanzbudget für den Neubau sogar unterschritten worden.

Nach der ökumenischen Einsegnung des Gebäudes durch Pater Dr. Bernhard Ehlen SJ und Pfarrer Dr. Kurt W. Schmidt



Dr. Popović moderiert – von links nach rechts: Dr. von Knoblauch, Prof. Hestermann, Dipl.-Ing. Thomas Kühr, Dipl.-Ing. Uwe Hübner



Pater Dr. B. Ehlen und Pfarrer Dr. K. Schmidt bei der Segnung

überreichte Ulf Hestermann den symbolischen Schlüssel zu dem Gästehaus an Ursula Stüwe, die diesen an Silvia



Die Band Relounged



Übergabe des symbolischen Schlüssels an S. Happel (Mitte) und S. Blehle (Links)

Happel und Sigrid Blehle weitergab. Mit anregenden Melodien aus Jazz, Soul und Pop rahmte die Frankfurter Band Relounged die Veranstaltung ein, bevor Kammerpräsidentin Stüwe die Eröffnungsgäste zu einem kulinarischen Rundgang durch das Gebäude, dessen Glasfront im Foyer farblich von der Glaskünstlerin Corinna Rostock gestaltet wurde, einlud.

Katja Möhrle

alle Fotos: Rainer Wohlfahrt

Forderung nach einem Kurswechsel

1. Hessischer Heilberufetag in Wiesbaden

Erfolgreicher Auftakt eines Diskussionsprozesses und bundesweites Novum zugleich: Mit dem 1. Hessischen Heilberufetag am 16. Januar 2008 in den Kurhauskolonnaden des Wiesbadener Kurhauses ist den hessischen Heilberufskörperschaften eine Gemeinschaftsveranstaltung gelungen, die Politikern und Öffentlichkeit die Notwendigkeit eines Kurswechsels in der Gesundheitspolitik deutlich vor Augen führte. Übereinstimmend forderten die Vertreter von Landesärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung, Landeszahnärztekammer, Kassenzahnärztlicher Vereinigung, Landesapothekerkammer, Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der Landestierärztekammer die Politik zu einem eindeutigen Bekenntnis zur Ethik des Heilens, zur Freiberuflichkeit und zu einer höheren Wertigkeit heilberuflichen Handelns auf. Im Gesundheitswesen müsse der Patient wieder im Mittelpunkt stehen.

Ärzte sind keine Roboter

Die in Pressekonferenz, Statements der Präsidentinnen/Präsidenten/Vorstände der beteiligten Institutionen, Grußworte von hessischen Politikern, zwei wissenschaftliche Vorträge und eine Podiums-

diskussion gegliederte Veranstaltung zog über 270 Gäste nach Wiesbaden.

„Industrialisierung der Krankenbehandlung führt in die Irre“, hielt Ärztekammerpräsidentin Dr. Ursula Stüwe der Politik vor, welche das Heilen dem Diktat der Ökonomie unterwerfe. Tatsächlich müssten Ärztinnen und Ärzte Menschen in der Krisensituation des Krankseins beistehen und ihnen helfen. „Dafür brauchen sowohl die Erkrankten als auch wir Ärztinnen und Ärzte Zeit und Kraft.“ Bei der derzeitigen Ökonomisierung der Medizin gingen diese Fähigkeiten und Möglichkeiten der Behandlung allerdings mehr und mehr verloren. „Krankheiten werden aus dem öffentlichen Blick gedrängt und die Prozesse im Gesundheitswesen wie Prozesse in der Industrie betrachtet“, warnte Stüwe. „Nur: In Arztpraxen und Kliniken wird gar nichts hergestellt! Praxen sind keine Fabriken und Ärzte keine Roboter.“

Wer heilen und helfen wolle, müsse auch die Möglichkeit dazu haben, verlangte Dr. Margita Bert, 1. Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Doch die Arbeitsbedingungen für die Heilberufe stimmten nicht mehr. Bert zeigte sich davon überzeugt, dass die

Angehörigen der Heilberufe von Hause aus kein Interesse daran hätten, sich mit Punktwerten, Vergütungsstrukturen und Budgets herumzuschlagen. Dies werde ihnen jedoch durch ein System aufgezwungen, das seit 30 Jahren verschleierte, dass die im Gesundheitssystem

zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichten. „Ärzten wird immer wieder ihre ärztliche Ethik vorgehalten“, sagte Stüwe. „Dazu stehen wir auch – aber wir benötigen dann auch die Möglichkeiten, diese Ethik so zu leben, wie es geboten ist.“ Eine Ethik, die, wie die Kammerpräsidentin hinzufügte, nicht nur für Ärzte gelte, sondern Grundlage für alle im Gesundheitswesen Tätigen sein müsse. Auch für die im System tätigen Ökonomen.

Ethikfalle



Dr. U. Stüwe

Der Präsident der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hessen, Jürgen Hardt, mahnte einen grundlegenden

Diskussionsprozess „angesichts der schier unendlichen Machbarkeit von Gesundheit“, endlichen finanziellen Mitteln und der Verpflichtung der Heilberufler auf ethische Positionen an. Auch forderte er die verantwortlichen Gesundheitspolitiker dazu auf, dafür zu sorgen, dass sich das „Verhältnis zwischen Heilberufen und Gesundheitssystem“ wieder umkehre. „Nicht die Heilberufe haben der Gesundheitswirtschaft einen Dienst zu leisten, umgekehrt sollen Verwaltung und Ökonomie dem Leben dienen“. Als letzten und fatalen Schritt zur Kostendämpfung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen bezeichnete Hardt das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesundheitswirtschaft, das eine Ethikfalle in sich berge. So sollten Heilberufe heilen und helfen, wo Hilfe nötig sei; zugleich dürften sie nicht auf ihren wirtschaftlichen Vorteil bedacht sein.



Das Podium

Eigenverantwortung

„Man muss zu der Einsicht kommen, dass in unserem Gesundheitswesen nicht mehr alles für alle auf dem neuesten Stand der Wissenschaft solidarisch finanziert werden kann“; erklärte Dr. Michael Frank, Präsident der Landesärztekammer. Das von der Zahnärzteschaft initiierte Festzuschussystem für den prothetischen Bereich habe sich hinsichtlich der Beitragsstabilität und Patientenzufriedenheit bewährt und könne möglicherweise eine Teillösung für die Probleme im Gesundheitssystem darstellen. „Freiheit bedeutet auch, dass das Maß an Eigenverantwortung steigen muss“; ergänzte der Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, Dr. Ulf Utech. Er machte darauf aufmerksam, dass Ärzte durch die Organisation der Honorarabrechnung in den kassenärztlichen Vereinigungen einen Teil der Verwaltungskosten im System selbst erbringen würden.

Erika Fink, Präsidentin der Apothekerkammer, kritisierte den Versandhandel mit – oft gefälschten – Medikamenten. Wenn die Entwicklung so weiterlaufe, seien die Qualität der Arzneimittelversorgung und die Sicherheit der Bevölkerung gefährdet, mahnte sie. Dabei verbiete die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes den Versand verschreibungspflichtiger Medikamente. Der als mögliches Einsparpotential betrachtete Versandhandel via Internet berge ein erhebliches Risiko, das nicht eingegangen werden müsse, so Fink. Für die Versorgung der Bürgerinnen



R.-L. Scholz, Stadträtin Wiesbaden,
Staatssekretär G. Krämer

und Bürger existiere eine ausreichende Zahl von Apotheken.

Die Einführung des Konzeptes „Eine Welt, eine Gesundheit, eine Medizin“, mit dem ein gemeinsames Vorgehen von Human- und Tiermedizinern bei der Bekämpfung von Krankheiten von Menschen und Tieren gefordert wird, bezeichnete der Präsident der Tierärztekammer, Professor Alexander Herzog, als eine der bedeutenden Aufgaben der Heilberufe.



Hessische Politiker in der 1. Reihe

Fragen an die Politik

Anlässlich der bevorstehenden Landtagswahlen am 27. Januar waren Politiker der im Landtag vertretenen Parteien eingeladen und nach ihrer Haltung und möglichen Visionen zur Gesundheitspolitik befragt worden.

Staatssekretär Gerd Krämer, Hessisches Sozialministerium, zeigte Verständnis für die Schwierigkeiten, die sich für die Heilberufe aus dem Konflikt zwischen Ethik und Ökonomie ergeben. Der Tatsache, dass in Hessen erstmals alle Heilberufskörperschaften gemeinsam mit dieser Veranstaltung einen Diskussionsprozess in Gang setzen wollten, maß er große Bedeutung bei. Es müsse im Gesundheitswesen darum gehen, Kosten und Belastungen in einer Balance zu halten. Das Wort „Beitragsstabilität“ sei allerdings zu sehr als „heilige Kuh“ betrachtet worden; die Menschen müssten mehr Geld für ihre Gesundheit ausgeben. Die Landesregierung in Hessen wolle ihre Möglichkeiten nutzen, um Selbstverwaltung und Freiheit zu fördern.



Staatssekretär
G. Krämer

Die Sozial- und Gesundheitspolitische Sprecherin der CDU-Landtagsfraktion, Anne Oppermann, räumte ein, dass die Heilberufe in der Verantwortung stünden, die auf zukünftige Anforderungen

ausgerichteten Veränderungen im Gesundheitswesen durch die letzte Gesundheitsreform dem Patienten verständlich zu machen. Dies könne eine Belastung für das Arzt-Patienten-Verhältnis bedeuten. Nach Perspektiven für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Krankenhausärztinnen und -ärzten gefragt, unterstrich Dr. Thomas Spies, Gesundheitspolitischer Sprecher der SPD, dass es zunächst darum gehen müsse, die Überlastung aller Berufsgruppen in Kliniken beseitigen, indem Personalmindeststandards im Landeskrankenhauses festgelegt würden, die eine gute Versorgungsqualität garantierten. Der SPD-Politiker warnte vor Panikmache, die Gesellschaft könne sich das Gesundheitswesen wegen des medizinischen Fortschrittes nicht mehr leisten. Das einzige Verfahren zur Sicherung des Systems sei die Bürgerversicherung und damit das Heranziehen aller Einkommen. Fundamentale Kritik an der gegenwärtigen Gesundheitspolitik übte Jörg-Uwe Hahn, Vorsitzender der FDP-Fraktion im Hessischen Landtag. Er verwies auf das liberale Credo, wonach der Patient und nicht das Verwaltungspapier im Mittelpunkt der Arbeit jedes Heilberufers stehen solle. Die Liberalen seien gegen gesetzliche Budgets und Preisregulierungen und plädierten stattdessen für ein leistungsorientiertes Vergütungsmodell. Kordula Schulz-Asche, Sozial- und Gesundheitspolitische Sprecherin und Stellvertretende Vorsitzende der Landtagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen hielt ein grundsätzliches Umdenken in der Gesundheitspolitik für notwendig. Der kranke Mensch müsse mehr in das Zentrum gerückt werden; daher seien integrierte Versorgungsket-

ten dringend notwendig. Eine sichere, solidarische Finanzierungsgrundlage werde gebraucht, die allen Bürgern den Zugang zu diesen Leistungen garantiere. Auch wenn die Politiker wegen zahlreicher Termine in der heißen Wahlkampfphase nicht bis zur Podiumsdiskussion bleiben konnten und ihre Antworten noch viele Fragen offen ließen, setzte der Heilberufetag wichtige Impulse für weitere Gespräche.

Heilen und Ökonomie – ein Spagat?



Prof. Dr. E. Nagel,
Bayreuth

Um den Spagat zwischen Heilen und Ökonomie, der sich thematisch als roter Faden durch die Veranstaltung zog, ging es auch in dem mit großem Beifall bedachten Vortrag von Professor Dr. Eckhard Nagel, dem Geschäftsführenden Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth. Nagel wies in seinem Referat auf zwei Seiten einer Medaille hin. Einerseits werde in aktuellen Berichten zur wirtschaftlichen Lage des deutschen Gesundheitswesens die pessimistische Botschaft verkündet, dass die angemessene Behandlung von Kranken schon in naher Zukunft nicht mehr gesichert sein werde. Andererseits sei vom „Wachstumsmarkt Gesundheit“ die Rede, der als dynamische Wirtschaftsbranche gelte. Wenn unter Rationalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen vernunftbezogene Optimierungen verstanden würden, die zusätzliche Leistungen für die Patientenversorgung ermöglichten, sei eine stärkere ökonomische Sichtweise für die Abläufe im Gesundheitswesen sinnvoll. Doch die vermeintlich vollständige Adaption wirtschaftswissenschaftlicher Modelle auf den Gesundheitssektor als Dienstleistungsbranche negiere die Besonderheiten dieses Lebensbereiches, erklärte Nagel und stellte eine Verbindung zu den christlich-jüdischen Grundwerten der abendlän-

dischen Kultur her. Diese spezifischen Grundwerte des Gesundheitswesens würden auch in Zukunft eine besondere Bedeutung für die Versorgungs- und Arbeitswirklichkeit des Systems einnehmen.

Zukunft der Freien Berufe



Dr. U. Oesingmann

„Sind Heilberufe noch Freie Berufe?“, fragte Dr. Ulrich Oesingmann, Präsident des Bundesverbandes der Freien Berufe, in seinem Vortrag, in dem er ausführlich auf Geschichte, volkswirtschaftliche Bedeutung, Rollenwandel vor dem Hintergrund moderner Gesetzgebung, aktuelle Situation und Zukunft des freien Berufes einging. Im Rahmen seines Plädoyers für die Freien Berufe betonte der Referent die Notwendigkeit, darauf zu bestehen, dass die Gesellschaft sich ihrer Bedürfnisse nach den Besonderheiten des Freien Berufes wieder bewusst werde. Er gehe sogar so weit zu behaupten, dass die freiheitlich demokratische Grundordnung ein wesentliches Element der Bürgerfreiheit verlieren würde, wenn die Bundesrepublik auf dem Weg der Einschränkung der Berufsrechte der Freien Berufe weitergehe, sagte Oesingmann.

Engagierte Diskussionen



Prof. Dr. H. Sodan, Prof. Dr. E. Nagel

An die beiden Vorträge schloss sich eine, von Professor Dr. Helge Sodan, Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht und Präsident des Berliner Verfassungsgerichtshofes moderierte Podiumsdiskussion mit Referen-



Patientenvertreter
J. Matzat

ten, Präsidentinnen/Präsidenten und dem Patientenvertreter Jürgen Matzat an, in die auch das Publikum, mit einbezogen wurde. Abwanderung von Ärzten wegen schlechter Arbeitsdingun-



Sabine Herzer,
Medizinstudentin
aus Marburg

gen, Ärztemangel, Gängelung der Heilberufe durch die Politik, geplante Delegation ärztlicher Leistungen, Einschränkung der Therapiefreiheit, zu wenig Zeit für die Patienten: die Liste der Themen war lang. Viele Wortmeldungen von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apothekern und jungen, engagierten Medizinstudenten bereicherten die Debatten. Matzat kritisierte die geringe Mitsprachemöglichkeit von Patienten in dem Gesundheitssystem; sie würden häufig nur als Feigenblatt zu Veranstaltungen oder in Gremien eingeladen. So habe er, obwohl Mitglied des Gemeinsames Bundesausschusses, als Patientenvertreter keine Möglichkeit bei Verordnungsfragen mit zu entscheiden. Ein Anspruch, der von vielen Vertretern der Heilberufe allerdings kritisch gesehen wurde, da für solche Entscheidungen Sachkenntnis erforderlich sei. Als Auftakt eines kritischen Diskussionsprozesses bezeichnete Dr. Michael Frank die Veranstaltung in seinem Schlusswort. Ziel sei es gewesen, die Öffentlichkeit gemeinsam dafür zu sensibilisieren, dass die Heilberufskörperschaften die Probleme in dem Gesundheitssystem sehen und für ihre Lösung eintreten: „Ich bin sicher, dass es einen 2. Hessischen Heilberufetag geben wird.“

Katja Möhrle
(alle Bilder: pop)



Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602008039760006

Revaskularisationsstrategien bei chronischer koronarer Herzerkrankung

M. Ruß, M. Buerke, K. Werdan

Abstrakt

Bei Patienten mit chronischer koronarer Herzerkrankung mit dem Hauptsymptom der stabilen Angina Pectoris stehen mehrere Therapieoptionen zur Verfügung. Deren Ziel ist primär eine Verbesserung der Prognose, jedoch ist die Steigerung der krankheitsbedingt eingeschränkten Lebensqualität bei gleichzeitig niedriger Komplikationsrate der Therapiemaßnahme für den Patienten ebenfalls von entscheidender Bedeutung. Als Behandlungsoptionen stehen neben Lebensstiländerungen und der medikamentösen Therapie seit Ende der 60er-Jahre auch die aortokoronare Bypassoperation sowie seit 1977 die perkutane transluminale Koronarangioplastie bzw. perkutane Koronarintervention zur Verfügung. Sowohl die operativen als auch die interventionellen Revaskularisationsverfahren sind seitdem kontinuierlich weiterentwickelt und verbessert worden. Parallel dazu sind auch bei der medikamentösen Therapie große Fortschritte erzielt worden, sodass diese drei Therapieoptionen je nach Befundkonstellation um das beste Behandlungskonzept wetteifern.

Einleitung

Lange Zeit galt die chronische koronare Herzerkrankung mit dem Hauptsymptom der stabilen Angina pectoris als Vorstufe eines unweigerlich folgenden akuten Myokardinfarktes. Die Aufklärung der Pathogenese des akuten Koronarsyndroms, mit der Ruptur oder Erosion einer vulnerablen Plaque als Auslöser des akuten Koronarsyndroms legt jedoch nahe, dass es sich bei der stabilen koronaren Herzerkrankung mit relativer Koronarinsuffizienz und dem akuten Koronarsyndrom mit thrombotischen

Verschluss um zwei unterschiedliche Manifestationen der koronaren Herzerkrankung mit unterschiedlicher Prognose handelt, die auch einer manifestationspezifischen Behandlung bedürfen. Während bei akutem ST-Hebungsinfarkt (STEMI) die schnellstmögliche interventionelle Revaskularisation (Perkutane koronare Intervention, PCI) die wichtigste therapeutische Maßnahme darstellt (1) ist bei stabiler KHK der Stellenwert der Revaskularisation als auch die Art der Revaskularisation im Vergleich zur ausschließlichen medikamentösen Therapie differenzierter zu betrachten.

Ziel der Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung ist zum einen eine Verbesserung der Prognose, jedoch sind die Steigerung der krankheitsbedingt eingeschränkten Lebensqualität bei gleichzeitig niedriger Komplikationsrate der Therapiemaßnahme für den Patienten ebenfalls von entscheidender Bedeutung. Im Jahr 2006 wurde im Rahmen der Nationalen Ver-

sorgungsleitlinie „Chronische KHK“ von allen involvierten Fachgesellschaften konsentiert Empfehlungen zur Diagnose und Therapie der chronischen KHK verabschiedet und publiziert (2).

Die **konservativen Therapiemaßnahmen** wie Lebensstiländerungen und medikamentöse Therapie werden seit Ende der 60er Jahre durch die aortokoronare Bypassoperation (ACB) und seit 1977 die perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA, ohne Stentimplantation) bzw. die perkutane Koronarintervention (PCI; inklusive Stentimplantation) als Behandlungsoptionen ergänzt.

Fortschritte der **Revaskularisationstherapien** wie z.B. Verbesserungen der operativen Vorgehensweise, technische Fortschritte wie die Einführung von Stents und zuletzt der beschichteten Koronarstents, konkurrieren mit pharmakologischen Therapiefortschritten, welche einerseits auf eine Reduktion der Symptomatik, andererseits aber auch

ANZEIGE

Anwaltskanzlei Samira Bothe

Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht
Fachanwältin für Familienrecht



- **Vertragsarztrecht / Kassenarztrecht:** Honorarkürzung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Plausibilitätsprüfung, Arzneimittelregress, Zulassungsverfahren
- **ärztliches Berufsrecht**
- **Arzt Haftungsrecht**
- **Vertragsgestaltung:** Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis, neue Versorgungs- und Kooperationsformen

– Vertrauensanwältin der Stiftung Gesundheit –

Wilhelmstraße 2, 61231 Bad Nauheim,
Tel. 06032 / 92 73 73, Fax 06032 / 92 73 83
E-Mail: info@kanzlei-bothe.de, www.kanzlei-bothe.de

auf eine Verlangsamung der KHK-Progression abzielen. Einvernehmlich mit dem Patienten sollte in Abhängigkeit der Befundkonstellation das individuell beste Behandlungskonzept gefunden werden.

Lebensstiländerungen und medikamentöse Therapie

Grundlegende Elemente des Behandlungskonzeptes der stabilen koronaren Herzkrankheit sind zum einen eine gesunde Lebensweise („life-style-modification“) und zum anderen die konsequente Ausschöpfung der medikamentösen Therapiemöglichkeiten (Tabelle 1): In aktuellen Vergleichsuntersuchungen finden sich für die konsequente medikamentöse Behandlung nicht nur bei Patienten mit geringer koronarer Risikokonstellation (3) sowie hoher Motivation für körperliches Training (4) vergleichbar gute Ergebnisse wie für die jeweiligen Interventionsarme; auch bei Patienten mit koronarer Dreifäßerkrankung und proximaler RIVA-Stenose (5, 6) ist dieses Vorgehen der primären Revaskularisation hinsichtlich des Zielkriteriums „Letalität“ nicht unterlegen! Selbst hinsichtlich des Zielkriteriums „Verbesserung der Lebensqualität“ sind die Un-

terschiede nur gering: in der COURAGE-Studie (6) war die Koronarintervention nur nach ein und drei Jahren, nicht aber nach fünf Jahren hinsichtlich dieses Parameters der konservativen Behandlung signifikant überlegen. Um diese für die medikamentöse Therapie überraschend guten Ergebnisse zu erzielen, ist jedoch eine sehr intensive Medikation mit entsprechend hoher Compliance notwendig (Tabelle 1); Studien mit weniger strengen Zielvorgaben im medikamentösen Therapiearm waren demzufolge in Bezug auf die Lebensqualität sowohl der interventionellen als auch der operativen Revaskularisation unterlegen (7); darüberhinaus wurde bei Diabetikern beim konservativen Vorgehen eine höhere Letalität gefunden (8).

Die operative Koronar-Revaskularisation (Aortokoronarer Bypass, ACB):

• Medikamentöse Behandlung versus ACB: Prognose und Lebensqualität

Die operative Revaskularisation wurde 1968 als klassische aortokoronare venöse Bypassoperation (ACVB) eingeführt (10). Die CASS-Studie („Coro-

nary Artery Surgery Study“) verglich randomisiert die medikamentöse Behandlung mit einer operativen Revaskularisation: Bei der retrospektiven Achtjahres-Nachbeobachtung (11) zeigte sich ein Überlebensvorteil der Operation lediglich in der Subgruppe der Patienten mit einer auf 35 – 50 % erniedrigten Ejektionsfraktion, von denen die Hälfte an einer koronaren Drei-Gefäßerkrankung erkrankt waren (12), nicht aber im Gesamtkollektiv. Ob sich dieser Überlebensvorteil allerdings auch beim Vergleich mit der heutigen, wesentlich effektiveren medikamentösen Herzinsuffizienztherapie herauskristallisiert hätte, muss zumindest hinterfragt werden: Immerhin ist die CASS-Studie in der Vor-ACE-Hemmer-Ära durchgeführt worden, und die Gabe eines Betablockers bei Herzinsuffizienz galt damals noch als Kontraindikation! Im Gegensatz zum diskussionswürdigen Überlebensvorteil zeigte sich in allen Subgruppen mit Bypassoperation eine deutliche Besserung der kardialen Symptome.

• **Neue operative Revaskularisationstechniken** – die Verwendung der linken A. thoracica interna (A. mammaria, IMA) zur Revaskularisation des R. interventricularis anterior (RIVA) oder eines dominanten R. diagonalis, die total arterielle Revaskularisation, die Bypassoperation unter Verzicht auf die Herz-Lungen-Maschine [OPCAB] sowie das minimal invasive Vorgehen [MIDCAB] – scheinen in mancher Hinsicht Verbesserungen zu bringen; direkte Vergleichsstudien mit der Standard-Operationstechnik mittels Herz-Lungen-Maschine gestützter klassischer aortokoronarer Venenbypassoperation (ACVB) stehen allerdings noch weitgehend aus.

• **Zusammenfassend** führt die operative Revaskularisation derzeit zu einer sehr guten symptomatischen Verbesserung mit einer nur geringen Rate an Rezidiveingriffen, sei es durch Reoperation oder nachfolgende PCI.

Tabelle 1: Lebensstiländerungen und medikamentöse Therapie

a) Lebensstiländerungen	
a1	Beendigung des Rauchens*
a2	3-7 mal /Woche körperliche Aktivität (15-60 Minuten) bei nicht-ischämischer Belastung* bzw. 5mal/Woche 30-45 min**
a3	Gewichtsreduktion bei einem BMI von 27-35 kg/m ² um 5-10% innerhalb von 6 Monaten, bei einem BMI >35 kg/m ² um mehr als 10% innerhalb von 6 Monaten* bzw. Erreichen eines BMI von < 25 kg/m ² bei einem Ausgangs-BMI von 25-27,5 kg/m ² bzw. eine Reduktion des BMI um 10% bei einem Ausgangs-BMI > 27,5 kg/m ² **
a4	Mediterrane Kost , bestehend aus einem hohen Anteil an Früchten, Gemüse und Ballaststoffen sowie wie einem geringen Anteil gesättigter Fettsäuren*
a5	Bei Diabetes mellitus : Normoglykämie* (HbA1c < 7,0 %)**
b) Medikamentöse Therapie	
b1	Thrombozytenaggregationshemmung mit Acetylsalicylsäure , bei Unverträglichkeit Clopidogrel
b2	Therapie mit einem Statin (Zielwert < 100mg/dL (< 2,6mmol/L)*, bzw. < 85mg/dL (< 2,2mmol/L)**
b3	Einstellung des Blutdrucks (RR < 140/90mmHg, bei Diabetikern < 130/80mmHg)* bzw. < 130/85mmHg und <130/80mmHg bei Diabetikern**
b4	Therapie mit einem Betablocker *,**

* Empfehlungen der Nationalen Versorgungs-Leitlinie „Chronische KHK“ (2)

** Therapieziele der COURAGE-Studie (9)



Eine aktuelle Studie lässt allerdings einen prognostischen Vorteil gegenüber der medikamentösen Therapie und der PCI vermissen (5).

Die interventionelle Koronar-Revascularisation (perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA), perkutane Koronar-Intervention (PCI)):

• **Medikamentöse Therapie versus PTCA/PCI: Lebensqualität**

Die von Andreas Grüntzig 1977 erstmals beim Patienten durchgeführte perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) ermöglichte den invasiv tätigen Kardiologen neben der detaillierten Diagnostik der koronaren Herzerkrankung nun auch die Wiedereröffnung hochgradig stenosierter Koronargefäße ohne Operation. Die ACME-Studie (13) verglich 1992 die medikamentöse Therapie bei koronarer Ein-Gefäßerkrankung mit der perkutanen transluminalen Koronar-Angioplastie (PTCA, damals noch ohne Stentimplantation); die ACME-Studie konnte für die mit PTCA behandelten Patienten eine signifikante Besserung der Symptome sowie eine Steigerung der Belastungstoleranz nachweisen.

• **PTCA/PCI-Weiterentwicklungen**, wie die Atherektomie, der Einsatz eines „Cutting Balloon“ oder die Laser-Angioplastie, konnten im Vergleich zur klassischen Ballondilatation keine besseren Ergebnisse im routinemäßigen Einsatz aufzeigen (14); abhängig von der Morphologie der Stenose ist der Einsatz dieser Verfahren ggfs. im Einzelfall gerechtfertigt.

• **Medikamentöse Therapie versus PTCA/PCI: Prognose**

Aufgrund der Gleichwertigkeit von CAB und PCI bei nicht-diabetischen Patienten mit koronarer Mehrgefäßerkrankung in der BARI („Bypass Angioplasty Revascularization Investigation“) Studie (15) und der beschriebenen Überlegenheit der operativen Revaskularisation im Vergleich zur medikamentösen Behandlung in der

CASS-Studie wurde geschlossen, dass die PTCA/PCI der medikamentösen Therapie bei schwerer koronarer Herzerkrankung in Bezug auf die Prognose ebenfalls überlegen sei (15). Dies konnte jedoch in aktuellen Studien (MASS-II und COURAGE) nicht bestätigt werden (5, 6, 16).

• **Stents:** Die Kombination von Koronarangioplastie mit einer Stentimplantation (PCI im engeren Sinne) in Verbindung mit einer intensiven Thrombozytenaggregationshemmung führt im Vergleich zur PTCA ohne Stent sowohl zu einer Verringerung der Sterblichkeit als auch zu einer geringeren MACE-Rate; dieses Vorgehen gilt demzufolge derzeit als Standardverfahren bei der perkutanen Koronarrevaskularisation (17).

• Die Implantation **Medikament-freisetzender Stents** (18) („Drug Eluting Stents, DES“) stellt die aktuellste Weiterentwicklung der PCI dar. Hierbei wird Sirolimus oder Tacrolimus, welche die Intimaproliferation hemmen, aus einer Polymerbeschichtung um den Stent freigesetzt. Die Ergebnisse einer Metaanalyse nach vier Jahren ergab zwar keinen Unterschied in Bezug auf die Letalität, jedoch konnte die Restenoserate von ca. 20 % auf 6 % reduziert werden; weiterhin ergab sich eine geringe Reduktion des Endpunktes Myokardinfarkt in der Gruppe der Patienten mit Sirolimus-Stent: Hier konnte in vier Jahren ein Myokardinfarkt verhindert werden, wenn 100 Patienten einen DES anstatt einen BMS erhalten hatten (19). Randomisierte Studien im Vergleich mit der Bypassoperation stehen noch aus, jedoch weisen kleine Studien bereits auf gute Ergebnisse bei Patientenkollektiven hin, welche bisher nur sehr unzureichend oder mit sehr hohem Risiko interventionell behandelt werden konnten, wie z.B. Patienten mit Hauptstammstenose (20-23) oder chronischem Verschluss (24, 25). Wegen der verzögerten Endothelialisierung und der damit einhergehenden Gefahr von akuten Stent-Throm-

bosen ist allerdings neben ASS die Clopidogrel-Medikation nicht nur für einen Monat – wie bei unbeschichteten Stents – sondern für zwölf Monate indiziert.

Auf die Beseitigung der Myokardischämie kommt es an!

Ischämie-relevante Koronarstenosen verursachen eine relative Koronarinsuffizienz: insbesondere die Sauerstoffversorgung reicht nicht aus, um den Herzmuskel unter Belastung adäquat zu versorgen. Dies führt primär zu pektanginösen Beschwerden, kann aber auch zu schwerwiegenden Herzrhythmusstörungen und zum plötzlichen Herztod führen (26).

Weiterhin verursachen chronische Ischämien Mikroinfarzierungen und interstitielle Fibrose, welche schließlich zur ischämischen Kardiomyopathie mit einer sehr ungünstigen Fünfjahres-Überlebensrate von < 50 % führen. Die Indikation zur interventionellen oder operativen Koronarthherapie wird meist anhand des morphologischen Befundes der Koronarangiographie gestellt. In der ACIP-Studie (27, 28) stand dagegen die objektive Beseitigung der Ischämie im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen: In dieser relativ kleinen Studie ergab sich ein signifikanter Überlebensvorteil für die Gruppe der revaskularisierten Patienten (103 PTCA, 90 CABG) im Vergleich zu derjenigen Patientengruppe, bei der man sich mit der subjektiven Symptomenkontrolle mittels Medikamentenapplikation zufriedengab. Wurde allerdings mit dem medikamentösen Vorgehen nicht nur eine Symptomenkontrolle angestrebt, sondern auch eine objektivierbare und dokumentierte Beseitigung der Myokardischämie, so konnten operatives und interventionelles Vorgehen nur noch eine im Trend bessere Überlebenschance erzielen. Darüber hinaus ließ sich retrospektiv zeigen, dass ab einer – myokardszintigrafisch bestimmten – Ischämieausdehnung von 10 % die Revaskularisation (in dieser Studie in etwa zu gleichen Anteilen in-

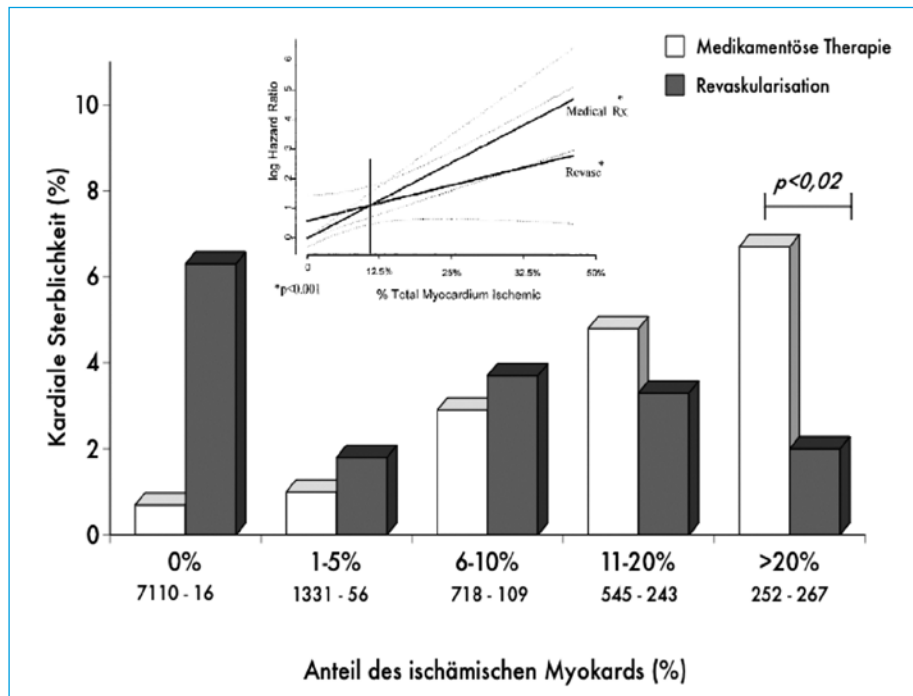


Abb. 1: Ab einem Anteil von 10 % des ischämischen Myokards (nachgewiesen unter Belastung in der Myokardszintigraphie) ergibt sich durch die Revaskularisation ein prognostischer Vorteil in Bezug auf das Überleben (nach (29)).

interventionell bzw. operativ durchgeführt) auch in prognostischer Hinsicht von Vorteil war, während bei einem geringeren Ischämieausmaß keine Unterschiede zur medikamentösen Therapie bestanden (s. Abb 1). Bei fehlendem Ischämienachweis zeigte sich das konservative Vorgehen überlegen (29)! Diese Daten wurden der COURAGE-Studie, in der sich nahezu der gleiche Schwellenwert von etwa 10 % ergab, bestätigt.

Merke!

Aufgrund dieser Ergebnisse sollte die Indikation zur invasiven Koronardiagnostik – von wenigen Ausnahmen abgesehen – nur dann gestellt werden, wenn ein relevanter Ischämienachweis nicht-invasiv belegt ist.

Die „funktionell relevante“ Koronarstenose als Indikation zur Therapie!

• Funktionell relevante versus morphologisch relevante Koronarstenose

Vor der Entscheidung zur interventionellen oder operativen Koronartherapie sollte der morphologische Befund der Koronarangiographie hinsichtlich der

Anzahl der tatsächlich „funktionell“ erkrankten, Myokardischämie-verursachenden Koronargefäße geprüft werden. Dies ist deswegen wichtig, weil die Anzahl der „funktionellen“ Stenosen den Weg der weiteren Therapie weist (Abb. 2). Bei einer koronaren Herzkrankheit mit drei ischämie-relevanten Koronarstenosen wird man den primär herzchirurgischen Revaskularisationsweg wählen, wohingegen die perkutane Koronarintervention dann zum Einsatz kommen sollte, wenn „nur“ ein oder zwei Gefäße „funktionell“ erkrankt sind. Da insbesondere bei Stenosegraden > 50 % und < 80 % die visuelle Einschätzung des Schweregrades einer Koronarstenose nur ungenügend mit der hämodynamischen Relevanz korreliert, bietet sich insbesondere die Messung der fraktionellen Flussreserve (FFR; „fractional flow reserve“) zur Evaluation der Ischämie-relevanz der Stenose an: Die FFR errechnet sich – nach provozierter maximaler Koronardilatation mittels intrakoronarer Injektion von Adenosin oder Papaverin – als Quotient der poststenotischen vs. prästenotischen Drucke (zu messen mit

einem speziellen Druckdraht intrakoronar) im stenotierten Koronargefäß. Als pathologisch und ischämie-relevant gelten Werte von < 0,75. PCI-Indikationen bei „funktionell relevanten“ Koronarstenosen (FFR) liefern deutlich bessere Ergebnisse als PCI-Indikationen bei „morphologisch relevanten“ Koronarstenosen Koronarographie (30, 31).

• Auf den Punkt gebracht!

Bei einer Koronarstenose mit resultierender relevanter Myokardischämie ist die PCI zur Verbesserung der krankheitsbedingten Lebensqualität und möglicherweise auch aus prognostischen Gründen sinnvoll; die Dehnung einer nicht Ischämie-relevanten Stenose bringt dagegen keinen Nutzen und „erkauft“ sich nur die Nebenwirkungen der interventionellen Revaskularisation! Andererseits ermöglicht die Bestimmung der FFR im Rahmen einer Herzkatheteruntersuchung, die hämodynamische Relevanz derjenigen Stenosen zu erkennen, welche angiographisch häufig als diffus, jedoch nicht als höhergradig eingestuft (32) und aufgrund des angiographischen Befundes keiner Revaskularisation zugeführt werden. Eine Intervention dieser Stenosen dürfte auch zu einer Verringerung derjenigen Patienten führen, welche nach PCI erneut wegen pektanginöser Beschwerden behandelt werden müssen, weil „funktionell-relevante“ Stenosen fälschlicherweise als „morphologisch nicht relevant“ eingestuft worden waren.

Diese Aussage lässt sich auch studienmäßig (30) belegen: Patienten mit angiographisch nachgewiesener koronarer Drei-Gefäßerkrankung („morphologische“ Drei-Gefäßerkrankung) sind nach dem FFR-Befund (< 75 % vs. ≥ 75 %) stratifiziert worden: Patienten mit „funktionell relevanter“ Drei-Gefäßerkrankung sowie „funktionell relevanter“ Zwei-Gefäßerkrankung mit Beteiligung des proximalen RIVA (87 von 150) sind operativ revaskularisiert worden; die restlichen Patienten (63 von 150) mit „morphologischer“ Drei-Gefäßerkrankung, aber „funktioneller“ Zwei-Gefäß-(ohne proximale RIVA) oder Ein-Gefäßerkrankung sind einer



Differentialtherapie funktionell relevanter Koronarstenosen

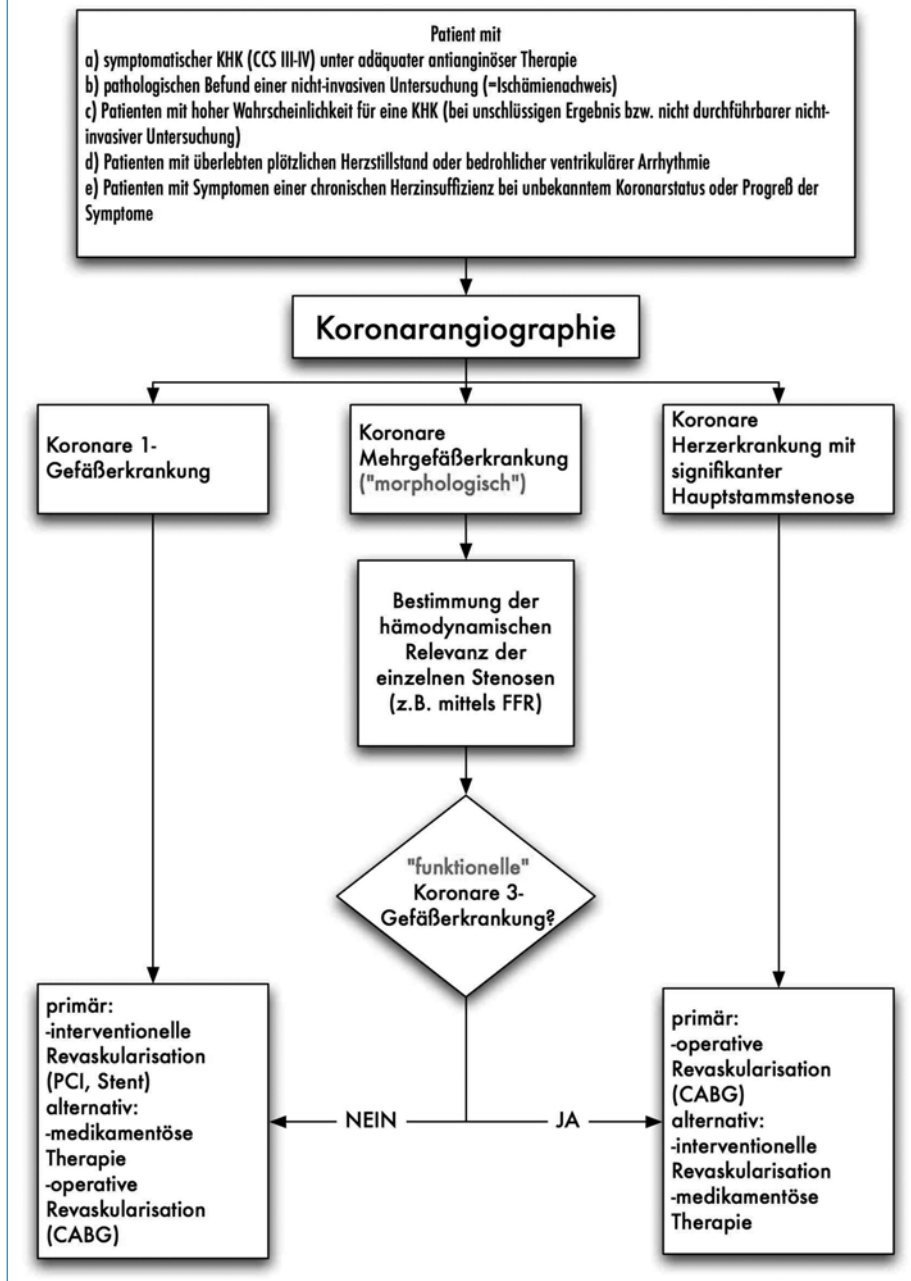


Abb. 2: Die Indikationen zur Koronarangiographie entstammen der Nationalen Versorgungsleitlinie „Chronische KHK“ (2).

PCI zugeführt worden. Weder nach einem noch nach zwei Jahren hat sich bei den beiden Gruppen in der MACE-Rate ein Unterschied ergeben, und auch symptomatisch haben sich beide Gruppen gleich gut gebessert gezeigt. Neben der so dokumentierten Effizienz ist dieses Interventionsvorgehen in Abhängigkeit

einer pathologischen fraktionellen Flussreserve darüberhinaus auch noch kosteneffektiv gewesen.

Wann ACBG, wann PCI? – Was sagen die Leitlinien?

Jedes Verfahren zur Behandlung der chronischen KHK – konservativ-medikamen-

tös, PCI, ACB – muss sich an den Behandlungszielen orientieren (Tabelle 2). Bei der relativ günstigen Prognose dieser Erkrankung – jährliche Herzinfarktinzidenz 3,0 – 3,5 %, Gesamt-Fünf-Jahres-Sterblichkeit 8 % – treten als Therapieziele neben der Reduktion der krankheitsbezogenen Sterblichkeit vor allem die Reduktion der kardiovaskulären Morbidität (MACE-Rate: „Major Adverse Cardiovascular Events“, z.B. Re-PCI, Re-ACB, kardiovaskulärer Tod, nichttödlicher Herzinfarkt, Hospitalisation wegen Herzinsuffizienz, Schlaganfall) und die Steigerung der krankheitsbezogen eingeschränkten Lebensqualität in den Vordergrund.

Tabelle 2: Behandlungsziele bei chronischer KHK – Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie „Chronische KHK“ (2)

- **Steigerung der krankheitsbedingt eingeschränkten Lebensqualität, unter anderem durch**
 - Vermeidung von Angina-pectoris-Beschwerden
 - Erhalt der Belastungsfähigkeit
 - Verminderung von KHK-assoziierten psychischen Erkrankungen (Depression, Angststörungen)
- **Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz**
- **Reduktion der krankheitsbedingten Sterblichkeit**

Bei der Diskussion des behandelnden Arztes mit seinem Patienten über die Vor- und Nachteile von PCI (Tabelle 3) und ACB (Tabelle 4) können sich je nach Therapieziel unterschiedliche Einschätzungen ergeben.

Die Indikation zur PCI bzw. ACB ist laut NVL-Leitlinie bei denjenigen Patienten gegeben, welche unter leitliniengerechter medikamentöser Therapie anhaltende Angina pectoris (CCS Klasse III und IV) haben („Angina-Indikation“) oder bei denen die nichtinvasive Diagnostik einen relevanten Ischämie-Nachweis erbracht hat („Ischämie-Indikation“). Tabelle 5 präsentiert die diesbezüglichen Empfehlungen.

Tabelle 3: Perkutane Koronarintervention (PCI): Indikationen, Vorteile und Nachteile

Indikationen (siehe auch Tab. 5)
• Therapie der Wahl bei koronarer Ein- und Zwei-Gefäßerkrankung • Therapie von Drei-Gefäßerkrankungen und Hauptstamm möglich
Vorteile
• gute bis sehr gute Symptomkontrolle • im Vergleich zum ACB - wesentlich geringere Invasivität - kein Narkoserisiko - geringere Krankenhaussterblichkeit und -morbidity - kurze Krankenhausverweildauer - kurze Rekonvaleszenzphase
Nachteile
• kein Nachweis eines Überlebensvorteils in direkten Studien im Vergleich zur medikamentös-konservativen Therapie • während PCI - Kontrastmittelexposition • Krankenhausphase - Komplikationen im Bereich der Gefäßpunktion (Blutung, Aneurysma, AV-Fistel) - akute Stentthrombose • nach PCI - intensive Thrombozyten-Aggregationshemmung notwendig - Restenose-Häufigkeit mit „Bare-metal-Stent“ 20 %-30 %, mit „Drug-eluting-Stent“ 5 %-10 % • bei „Drug-eluting-Stents“: - lange Behandlungsdauer mit Clopidogrel (zwölf Monate vs. vier Wochen bei Bare-metal-Stent) - erhöhtes Stentthrombose-Spätisrisiko?

ACBG versus PCI – vergleichende Studien zur Letalität

Aufgrund der relativ günstigen Prognose der Patienten mit chronischer KHK ist beim Vergleich zweier Behandlungskonzepte der Nachweis eines Prognosevorteils (geringere Letalität) nur mit hohen Patientenzahlen zu erzielen.

• Befundkonstellation: „Linkskoronare Hauptstammstenose“

Die guten Ergebnisse der CASS-Studie für die operative Revaskularisation bei linkskoronarer Hauptstammstenose (33) im Vergleich zur medikamentösen Therapie sowie die in der Anfangsphase sehr ungünstigen Ergebnisse der PTCA bei dieser Befundkonstellation führten dazu, die Bypassoperation als Therapie

der ersten Wahl anzusehen (Tabelle 6). Aktuelle kleinere Hauptstamm-PCI-Studien zeigen jedoch bereits der Bypassoperation vergleichbare Resultate (21, 34-36), und auch die – häufig notgedrungenen – Hauptstamminterventionen im infarktbedingten kardiogenen Schock liefern ermutigende Ergebnisse. Eine vergleichende Studie steht jedoch noch aus. Die PCI des Hauptstamms bietet sich insbesondere bei Ostium-nahen Läsionen und Stenosen im medialen Hauptstamm an, bei distalen Läsionen – insbesondere im Bereich der Bifurkation – sind die Ergebnisse ungünstiger. In jedem Fall sollte ein „Drug-eluting Stent“ (DES) implantiert werden (20, 37, 38).

• Befundkonstellation: „koronare Mehr-Gefäßerkrankung“

Studien- versus Registerdaten: Bei koronarer Mehr-Gefäßerkrankung sind die koronarchirurgische und die interventionelle Revaskularisation mehrfach in randomisierten Studien verglichen worden. Zudem gibt es eine Reihe von Registerarbeiten, welche beide Therapieoptionen gegenüberstellen. Ein grundlegender Unterschied von Studien und Registerarbeiten besteht jedoch darin, dass in den randomisierten Studien meist nur ein kleiner Anteil der gescreenten Patienten eingeschlossen worden ist, u.a. da nur diejenigen Patienten randomisiert werden konnten, welche durch beide Techniken adäquat hätten behandelt werden können (39). Dieser Unterschied sollte bei der Behandlung der Patienten mit KHK im „wirklichen“ Leben bedacht werden: bei Patienten, deren Koronarstatus kein erfolgreiches interventionelles Vorgehen erwarten lässt – insbesondere schwierig angehbare distale Hauptstamm-/Bifurkationsstenosen – kann nicht von der (guten) Prognose aufgrund der Studienlage ausgegangen werden. Diesen Patienten sollte eine operative Lösung angeboten werden. Andererseits bietet sich bei beträchtlicher Komorbidität und hohem operativen Risiko, wie z.B. bei schwerer chronisch obstruktiver Lungenerkrankung mit hohem Narkoserisiko, eine interventionelle Revaskularisation an.

Tabelle 4: Aortokoronare Bypass-Operation (ACB): Indikationen, Vorteile und Nachteile

Indikationen (siehe auch Tabelle 5)
• Therapie der Wahl bei - Hauptstammstenose - koronarer Drei-Gefäßerkrankung (insbesondere bei Diabetes mellitus)
Vorteile
• sehr gute Symptomkontrolle • gute/sehr gute Langzeitergebnisse • Nachweis eines Überlebensvorteils bei Patienten mit Mehr-Gefäßerkrankung und eingeschränkter Pumpfunktion (jedoch „alte“ Studien ohne aktuelle medikamentöse Therapie; siehe Text) • Thrombozytenaggregationshemmung mit ASS ausreichend
Nachteile
• im Vergleich zur PCI - wesentlich invasivere Maßnahme - Narkoserisiko - höhere Krankenhaussterblichkeit, vor allem bei Multimorbidität und hohem Lebensalter - längere Krankenhausverweildauer - längere Rekonvaleszenzphase

Mehrjahres-Prognosevergleiche: Die BARI-Studie („Bypass Angioplasty Revascularisation Investigation“) konnte nach fünf Jahren einen Trend (40) und nach sieben Jahren eine signifikant verringerte Letalität nach Bypassoperation im Vergleich zur PCI (41) nachweisen, wobei sich dieser Effekt ausschließlich aufgrund eines besseren Abschneidens der Diabetiker ergab und in anderen Studien nicht bestätigt werden konnte. Eine Reihe weiterer Studien erbrachte vergleichbare Ergebnisse für das Gesamtkollektiv (Tab.6).

Eine Metaanalyse der bis 2003 durchgeführten Studien (59) beinhaltete als Zielkriterium die Letalität der eingeschlossenen Patienten nach ein, drei, fünf und acht Jahren, bei Studien mit Diabetikern zusätzlich die vier-, fünf- und sechs-Jahres-Letalität. Ein Überlebensvorteil der Patienten mit Bypassoperation gegenüber denen mit PTCA zeigte sich nur nach fünf und acht Jahren, wobei speziell in den dieser Auswertung zugrundeliegenden Studien keine Stentimplantationen vorgenommen worden waren. Der Trend zu einem besseren Überleben zugunsten der Bypassoperation nach ein und



Tabelle 5: Empfehlungen zur Revaskularisationstherapie bei chronischer KHK – Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie „Chronische KHK“ (2)

Die folgenden Empfehlungen gelten für die klinische Situation: Diagnose einer chronischen KHK mit stabiler Angina pectoris/Anginaäquivalent und planbarer Revaskularisation (unabhängig von der Ventrikelfunktion)
• Koronare Herzkrankheit mit signifikanter ($\geq 50\%$) linkskoronarer Hauptstammstenose – Bei linkskoronarer signifikanter Hauptstammstenose soll die operative Revaskularisation (ACB) angestrebt werden. Sie ist in Bezug auf Überleben, MACE und Lebensqualität der PCI und der konservativen Therapie überlegen. – Inoperablen Patienten und Patienten, die nach sorgfältiger Aufklärung eine operative Revaskularisation ablehnen, kann alternativ die PCI empfohlen werden. Dies gilt für die Therapieziele „Verbesserung der Prognose“ und „Lebensqualität“. • Koronare Mehr-Gefäßerkrankung mit hochgradigen proximalen Stenosen ($> 70\%$) – Bei Patienten mit Mehr-Gefäßerkrankungen sollen revaskularisierende Maßnahmen empfohlen werden, da dadurch die Lebensqualität erhöht werden kann und sie – nach Expertenmeinung und Registerdaten – auch zu einer Verbesserung der Prognose führen. – Bei Mehr-Gefäßerkrankung soll eine komplette Revaskularisation angestrebt werden. Bei Drei-Gefäßerkrankung ist der ACB das primäre Vorgehen und die PCI das sekundäre Vorgehen. • Koronare Herzkrankheit mit proximaler RIVA-Stenose ($\geq 70\%$) – Patienten mit einer proximalen RIVA-Stenose ($\geq 70\%$) sollten unabhängig von der Symptomatik einer revaskularisierenden Maßnahme zugeführt werden. • Koronare Ein-Gefäßerkrankung – Alle anderen Patienten < ohne RIVA-Stenose > mit symptomatischer, medikamentös nicht adäquat beherrschbarer Ein-Gefäßerkrankung sollen mit einer revaskularisierenden Maßnahme (in der Regel PCI) aus antianginöser Indikation behandelt werden. • Ältere Patienten (> 75 Jahre) mit koronarer Herzkrankheit – Älteren Patienten (> 75 Jahre) mit ausgeprägter, persistierender, trotz medikamentöser Therapie bestehender Symptomatik soll die Revaskularisation empfohlen werden. – PCI und ACB führen im Vergleich zur medikamentösen Therapie zu einer deutlichen symptomatischen Verbesserung der KHK, ohne eine erhöhte Sterblichkeit zu bedingen. Sie sollten auch bei alten Patienten mit ausgeprägter persistierender Symptomatik trotz medikamentöser Therapie empfohlen werden.

drei Jahren in der Prä-Stent-Ära war nach Einführung der Stentimplantation nicht mehr vorhanden, obwohl in diesem Zeitraum auch die Letalität der Bypassoperation abgenommen hatte. Ebenso war der bei Diabetikern nach vier und fünf Jahren vorhandene Überlebensvorteil bei den Operierten nach sechs Jahren nicht mehr nachweisbar (Abb 3).

Diese Daten deuten darauf hin, dass die Unterschiede der operativen und der interventionellen Koronartherapie in Bezug auf die Letalität sehr gering sein dürften; lediglich in der mittelfristigen Prognose – ca. fünf Jahre nach Revaskularisation – scheint ein geringer Vorteil zugunsten der Bypassoperation zu bestehen, welcher sich vermutlich auf den Überlebensvorteil bei Patienten mit Diabetes mellitus stützt. Ob sich diese Daten

auch bei den Langzeitverläufen der Patienten mit Stentimplantation bestätigen werden, bleibt abzuwarten.

Die SYNTAX-Studie: Aktuell werden in einer großen multizentrischen Studie interventionelle und operative Revaskularisation unter Verwendung eines Drug-eluting-Stents bei Patienten mit koronarer Drei-Gefäßerkrankung und/oder Hauptstammstenose verglichen (60), bisher wurden jedoch noch keine Ergebnisse veröffentlicht.

• Befundkonstellation: „koronare Ein-Gefäßerkrankung“

Auch bei koronarer Ein-Gefäßerkrankung wurden CAB und PCI (Implantation eines unbeschichteten Stents) verglichen und zwar jeweils bei Patienten mit proximaler hochgradiger RIVA-Stenose. Während in der MASS-Studie (61) die Anlage des Mammaria-Bypasses in konventioneller Technik erfolgte, wurde in zwei weiteren Studien (62, 63) jeweils eine minimal invasive Operation zur Anlage des Mammaria-Bypasses eingesetzt. Wie zu erwarten ergab sich hier kein Unterschied in Bezug auf die Letalität (CAB vs PCI bzw. MIDCAB (minimal-invasiv) vs. PCI).

ACBG und PCI im Vergleich – Einfluss auf Angina pectoris und MACE-Raten

Sowohl die interventionelle als auch die operative Revaskularisation reduzieren die Angina pectoris Symptomatik effektiver als die medikamentöse Therapie. Die Bypassoperation führt hierbei zu einer sehr guten mittel- und langfristigen Besserung der Angina: nur selten

ANZEIGE

RECHTSANWÄLTE

PROCHNOW & KONRAD

FACHANWÄLTE FÜR MEDIZINRECHT

Passavantstr. 28
D-60596 Frankfurt

Tel: 069 - 6971256 - 0
Fax: 069 - 6971256 - 11

Email: info@prochnow-konrad.de
www.prochnow-konrad.de

Tatjana Prochnow
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Stefanie Konrad
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Vertragsarztrecht • Gesellschaftsrecht • Berufsrecht
Haftungsrecht • Liquidationsrecht • Werberecht

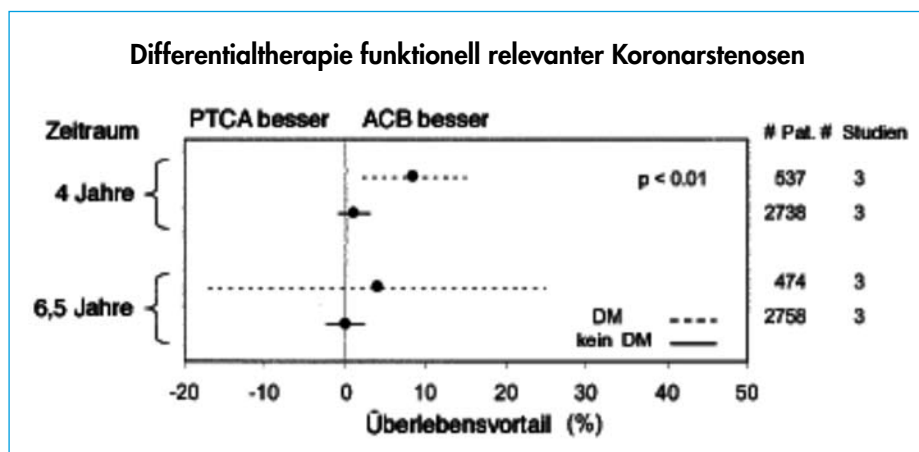


Abb. 3: Die Metaanalyse ergibt nach vier Jahren für Patienten mit Diabetes mellitus einen Überlebensvorteil zugunsten der ACB-Operation. Werden Nicht-Diabetiker verglichen, ergibt sich kein Unterschied bezüglich des Überlebens. Nach 6,5 Jahren zeigen sich keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den beiden Gruppen (nach Hoffmann(59)).

ist eine erneute Revaskularisation – sei es Re-Bypassoperation oder Re-PCI – notwendig. Diesbezüglich schneidet die

operative Revaskularisation signifikant besser ab als die PCI. Dies liegt v.a. am Restenose-Problem der PTCA/PCI. Durch

die Einführung der Stentimplantation konnte die Notwendigkeit zu erneuten Revaskularisationen nach ein und drei Jahren von 30 % auf 15-20 % reduziert werden (61); die Einführung der „Drug-eluting Stents“ lässt ein weiteres Absinken der Ereignisrate in Bezug auf die Revaskularisation von Restenosen erwarten. Bei der Restenose reicht jedoch meist eine Re-Intervention aus, um ein stabiles Langzeitergebnis zu erzielen. So konnte die GABI-Studie („German Angioplasty Bypass Surgery Investigation“) (64) mit der bisher längsten Verlaufsbeobachtung zeigen, dass innerhalb eines Beobachtungszeitraumes von 13 Jahren zwar die erste Re-Intervention in der PCI-Gruppe signifikant früher als in der CAB-Gruppe durchgeführt werden musste; dagegen gab es weder bei der Gesamtzahl der Rezidiv-Interventionen bzw. Rezidiv-Operationen noch für das Cross-

Tabelle 6: ACB versus PCI bei koronarer Mehr-Gefäßerkrankung – Mehrjahres-Prognosevergleiche zur Letalität

Studie	Zeitraum	Dauer	Anteil der Patienten mit 3-G-KHK (%)	Anzahl der eingeschlossenen Patienten	Letalität CABG (%)	Letalität PCI (%)	Ergebnis
Studien ohne Stentimplantation							
BARI (42)	08/88-08/91	5,4 Jahre	41	1829	10,7	13,7	↔
BARI (43)	08/88-08/91	7 Jahre	41		15,6	19,1	↔
CABRI (44)	07/88-11/92	1 Jahr	40	1054	2,7	3,9	↔
EAST (45)	07/87-04/90	1 Jahr	40	392	6,2	7,1	↔
EAST (46)	07/87-04/90	8 Jahre	40		17,3	20,7	↔
ERAC I (47)	06/88-11/92	1 Jahr	43	127	0	3,2	↔
RITA I (48)	03/88-11/91	2,5 Jahre	12	1011	3,5	3,1	↔
RITA I (49)	03/88-11/91	7 Jahre	12		9,0	7,6	↔
GABI (50)	7/86-12/91	1 Jahr		359	2,3	0,6	↔
GABI (51)	7/86-12/91	13 Jahre			35	41	↔
Studien mit Stentimplantation							
MASS II (16)	05/95-05/00	1 Jahr	58	611	4,0	4,5 (72 % Stent)	↔
MASS II (5)	05/95-05/00	5 Jahre	58		15,7	13,7	↔
ARTS (52)	04/97-06/98	1 Jahr	30	1205	2,8	2,5 (100 % Stent)	↔
ARTS (53)	04/97-06/98	3 Jahre	30	1201	4,6	3,7	↔
ARTS (54)	04/97-06/98	5 Jahre	30	1174	7,6	8,0	↔
ERAC II (55)	10/96-03/98	30 Tage	55	450	5,7	0,9 (100 % Stent)	PCI ↑
ERAC II (56)	10/96-03/98	5 Jahre	55		11,5	7,1	PCI ↑
SOS (57)	11/96	2 Jahre	38	988	1,6	4,5 (100 % Stent)	CABG ↑
AWESOME (58)	02/95-03/00	3 Jahre	40	454	21	20	↔



Over zwischen Bypassoperation und PCI signifikante Unterschiede. Alle Vergleichsstudien belegen überzeugend, dass die erhöhte MACE-Rate der PTCA/PCI ganz überwiegend auf die höhere Rate an Re-Interventionen zurückzuführen ist; bei den sonstigen MACE-Kriterien – wie z.B. Koronar-Tod, nichtletaler Herzinfarkt, Hospitalisation wegen Herzinsuffizienz – ergaben sich allenfalls nur geringe Unterschiede. Bei den MACE-Kurven sieht man demzufolge nur in den ersten sechs Monaten einen divergenten Anstieg, danach verlaufen sie in nahezu allen Studien parallel, was die Resultate der GABI Studie bestätigt.

Koronar-Revaskularisation bei älteren Patienten

• **Symptomenlinderung und Steigerung der krankheitsbedingt eingeschränkten Lebensqualität als Therapieoption!**

Entgegen der weit verbreiteten Meinung ist auch bei älteren Patienten (>75 Jahre) mit KHK die Revaskularisation – sei es interventionell oder operativ – eine adäquate Therapieoption (Tabelle 5). Medikamentöse Therapie und Revaskularisation scheinen zwar in Bezug auf das Überleben gleichwertig, die Revaskularisation führt aber auch im höheren Lebensalter zu einer deutlichen Verminderung der Beschwerdesymptomatik. Anders ausgedrückt heißt dies, dass älteren Patienten eine Revaskularisation mit der Option einer deutlichen Besserung der kardialen Symptome angeboten werden kann, ohne dass dadurch eine erhöhte Ein- und Vier-Jahres-Sterblichkeit in Kauf genommen werden muss (65, 66). Daten aus der Vor-Stent-Ära sprachen zwar bei älteren Patienten für ein zwei- bis vierfach erhöhtes Risiko (67), die Stentimplantation in Verbindung mit der optimierten medikamentösen Begleittherapie scheint dieses Risiko jedoch deutlich zu senken. Registerarbeiten konnten überraschenderweise bei älteren Patienten sowohl für die Bypassoperation als auch für die PCI eine höhere Risikoreduktion im Vergleich zur konservativen Therapie zeigen als dies bei jüngeren Patienten der Fall war

(68); dieser Effekt war für die Bypassoperation ausgeprägter als für die PCI.

• **Hohes Cross-over zur Revaskularisation aufgrund unzureichender medikamentöser Symptomenkontrolle!**

In der TIME („Trial of Invasive Versus Medical Therapy in Elderly Patients“)-Studie (69) ist bei Patienten über 75 Jahren die Qualität der medikamentösen und der interventionellen Therapie (CABG und PCI) verglichen worden. Fast die Hälfte der Patienten (42 %), welche der medikamentösen Behandlungsgruppe zugewiesen worden waren, musste aufgrund unzureichender medikamentöser Symptomenkontrolle ebenfalls einer Revaskularisationstherapie zugeführt werden. Demzufolge sollte auch älteren Patienten eine PCI oder Bypassoperation als primäre Therapieoption nicht vorenthalten werden. Natürlich sind bei der Entscheidung in Bezug auf das Revaskularisationsverfahren (CAB/PCI) Komorbiditäten (Niereninsuffizienz, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, etc.) zu berücksichtigen. Das Vorliegen schwerwiegender Komorbiditäten spricht eher für die PCI als für die CABG.

Koronar-Revaskularisation bei Frauen

• **Direkte und „iatrogene“ Koronar-risiken der Frauen**

Das Symptom „stabile Angina pectoris“ ist bei Frauen häufiger und ausgeprägter (höhere CCS-Klassifikation) als bei Männern. Paradoxerweise werden bei Frauen jedoch **seltener** Belastungsuntersuchungen oder Koronarangiographien durchgeführt, Frauen erhalten **seltener** die empfohlene medikamentöse Behandlung zur Sekundärprävention, und zudem werden Revaskularisationen bei Frauen signifikant **seltener** durchgeführt. Dies führt insgesamt dazu, dass Frauen mit nachgewiesener KHK ein im Vergleich zu Männern mehr als doppelt so hohes Letalitätsrisiko bei der KHK haben (70).

• **Was ist zu tun?**

Ältere Studien beschreiben im Vergleich zu neueren bei Frauen eine deutlich ge-

ringere Effektivität sowohl der PTCA/PCI als auch der ACB bei Frauen als bei Männern. Dies dürfte am ehesten darin begründet liegen, dass die kleineren Koronargefäße der Frauen sowohl für die PTCA/PCI als auch die ACB mehr technische Schwierigkeiten bereiten. Andererseits sind Frauen mit gleichem Ausmaß der KHK im Durchschnitt zehn Jahre älter als ein vergleichbares männliches Kollektiv, so dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede sich nach Berücksichtigung der Komorbiditäten – von denen insbesondere der Hochdruck und die diastolische Dysfunktion Bedeutung haben – geringer werden und in manchen Studien sogar völlig verschwinden. Die deutlich ungünstigeren Langzeitergebnisse im Überleben bei Frauen sind wohl mehr die Folge einer häufig nicht ausgeschöpften Diagnostik und medikamentösen bzw. interventionellen/operativen Therapie denn des geschlechtsspezifisch erhöhten Interventions- und Operationsrisikos. Ganz im Gegenteil: bei häufigerem Einsatz indizierter Revaskularisationen zur Beseitigung Ischämie-relevanter Stenosen bei weiblichen Patienten mit KHK ist zu erwarten, dass sich das erhöhte Koronar-Risiko der Frauen weiter verringern wird.

Zusammenfassung

- Mit der perkutanen Koronarintervention (PCI) und der aortokoronaren Bypassoperation (ACB) stehen zwei koronare Revaskularisationstechniken zur Verfügung, deren Anwendung zu einer signifikanten Reduktion der Angina pectoris Symptomatik führt und bei vielen Patienten **Beschwerdefreiheit** erzielt. Morbidität und Letalität der Revaskularisation (PCI, ACB) sind dabei in den untersuchten Studienzeiträumen nicht höher als beim medikamentösen Vorgehen.
- Bei Patienten mit schwerer Mehr-Gefäßerkrankung und eingeschränkter Pumpfunktion sowie bei Patienten mit Hauptstammstenose kann von einer **Verbesserung der Überlebensrate** durch Revaskularisationsmaßnahmen (in der Regel: ACB) ausgegangen werden.



- Aufgrund der Datenlage soll der Arzt mit seinem **Patienten** Vor- und Nachteile der Therapie- und Revaskularisationsmöglichkeiten (Tabelle 3 und 4) erörtern.
- Beide Revaskularisationstherapien sollten von einer **optimalen medikamentösen Einstellung** begleitet werden.
- Lebensstiländerungen unterstützen sowohl die medikamentöse Therapie als auch die beiden Revaskularisationstherapien.

Abkürzungen

ACB Aortocoronarer Bypass
 BMI Körpermassen-Index
 („Body Mass Index“)

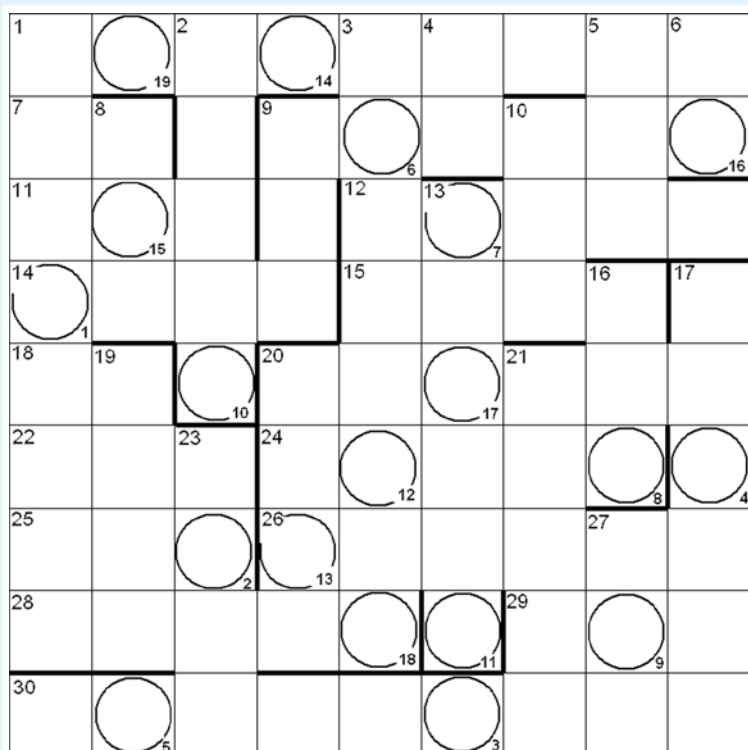
FFR Fraktionelle Flussreserve
 („Fractional Flow Reserve“)
 KHK Koronare Herzkrankheit
 MACE „Major Adverse Cardiovascular Events“ (z.B. Re-PCI, Re-ACB, kardiovaskulärer Tod, nichttödlicher Herzinfarkt, Hospitalisation wegen Herzinsuffizienz, Schlaganfall)
 NVL KHK Nationale Versorgungsleitlinie „Chronische KHK“
 (www.versorgungsleitlinien.de)
 PCI Perkutane Koronarintervention
 PTCA Perkutane transluminale Koronarintervention
 BMS „Bare metal stent“
 (nicht beschichteter Stent)
 DES „Drug eluting stents“ (sog. Medikament freisetzender Stent)

Die **Literaturhinweise** finden Sie auf unserer Homepage unter „Hessisches Ärzteblatt“

Korrespondenzadresse

Dr. Martin Ruß
 Universitätsklinikum Halle (Saale)
 Universitätsklinik und Poliklinik für Innere Medizin III
 (Kardiologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin)
 Ernst-Grube-Straße 40
 06096 Halle (Saale)
 Tel.: 0345 557-7499
 Fax: 0345 557-2072
 E-Mail:
 martin.russ@medizin.uni-halle.de

Kreuzworträtsel

**Waagrecht**

1 Komplikation eines Myokardinfarktes: ...-Ruptur • 7 Bluterguss zwischen Haut und Ohrknorpel: ...hämatom • 9 Abbauprodukt des Cysteins; Konjugationspartner von Gallensäuren • 11 Äußerer Geburtshandgriff zur Feststellung der Höhe des kindlichen Kopfes im Becken (Eponym) • 12 Gonoblenorrhoeophylaxe bei Neugeborenen (Eponym) • 14 Histologisches Kennzeichen eines Neoplasmas = ...atypie • 15 Erblischer Granulozytendefekt mit erhöhtem IgE im Serum (Eponym; Syndrom) • 18 Abk. für Mikroalbuminurie • 20 Vitamin, dessen Mangel, z.B. bei übermäßigem Konsum von rohen Eiern, Dermatitis und Seborrhöe verursacht • 22 Hyperextension der Wirbelsäule bei einem psychogenen Anfall: ... de cerle (frz.) • 24 Erster Wirbelkörper • 25 Phlogogenetisch jüngerer Teil des Gehirns = ...cortex • 26 Speicheldrüsenadenom • 28 Äußere Nasenlöcher • 29 Südamerikanischen mit Geschwürbildung einhergehende Hautleishmaniose • 30 Träger der Blutgruppe O werden auch ...spender genannt

Senkrecht

1 Ischämische Muskelnekrose mit Muskelverkürzung nach Kompartement-Syndrom an den Extremitäten (Eponym) • 2 Paariges Bauchorgan • 3 Störung des Vitamin D Stoffwechsels mit Skelettveränderungen • 4 Engl. Abk. für internationale Einheit • 5 Antikes Dokument zu den Berufspflichten eines Arztes: ... des Hippokrates • 6 Abk. für Lupusnephritis • 8 Abk. für Transösophageale Echokardiographie • 9 Apparative HNO-Diagnostik: ...audiometrie • 10 Virengattung, die vor allem Enteritiden und respiratorische Infekte verursachen: ... - Viren • 13 Gefäßanastomose der A. mesenterica superior und inferior an der linken Colonflexur • 16 Abk. für bilio-intestinalen Shunt • 17 Von der Norm abweichend • 19 Anheftungsstelle der Leber am Zwerchfell = ... nuda • 20 Gegenteil von Säure • 21 Ein Fußwurzelknochen (lat.) • 23 Glykogenose mit Mangel an Amylo-1,6-glucosidase (debranching enzyme) (Eponym) • 27 Angeborene meist einseitige, flächenhafte, blaue Pigmentierung der Sklera, Konjunktiven u. augennahen Haut = ... - Naevus (Eponym)

© Özgür Yıldızlı

Lösungswort

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

Literatur

Zum zertifizierten Fortbildungsbeitrag

Revaskularisationsstrategien bei chronischer koronarer Herzerkrankung

(Hessisches Ärzteblatt 3/2008, Seite 159)

1. Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet*. 2003 2003/1/4; 361(9351):13-20.
2. Nationale Versorgungsleitlinien chronische KHK, Langfassung http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/khk/pdf/nvl_khk_langpdf. 2006:160-76
3. Pitt B, Waters D, Brown WV, van Boven AJ, Schwartz L, Title LM, et al. Aggressive Lipid-Lowering Therapy Compared with Angioplasty in Stable Coronary Artery Disease. *N Engl J Med*. 1999 July 8, 1999; 341(2):70-6.
4. Hambrecht R, Walther C, Mobius-Winkler S, Gielen S, Linke A, Conradi K, et al. Percutaneous coronary angioplasty compared with exercise training in patients with stable coronary artery disease: a randomized trial. *Circulation*. 2004 Mar 23; 109(11):1371-8.
5. Hueb W, Lopes NH, Gersh BJ, Soares P, Machado LAC, Jatene FB, et al. Five-Year Follow-Up of the Medicine, Angioplasty, or Surgery Study (MASS II): A Randomized Controlled Clinical Trial of 3 Therapeutic Strategies for Multivessel Coronary Artery Disease. *Circulation*. 2007 March 6, 2007;115(9):1082-9.
6. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, et al. Optimal Medical Therapy with or without PCI for Stable Coronary Disease. *N Engl J Med*. 2007 March 26, 2007; 356:1503-16.
7. Favarrato ME, Hueb W, Boden WE, Lopes N, Nogueira CRSdR, Takiuti M, et al. Quality of life in patients with symptomatic multivessel coronary artery disease: A comparative post hoc analyses of medical, angioplasty or surgical strategies-MASS II trial. *International Journal of Cardiology*. 2007; 116(3):364-70.
8. Soares PR, Hueb WA, Lemos PA, Lopes N, Martinez EE, Cesar LAM, et al. Coronary Revascularization (Surgical or Percutaneous) Decreases Mortality After the First Year in Diabetic Subjects but not in Nondiabetic Subjects With Multivessel Disease: An Analysis From the Medicine, Angioplasty, or Surgery Study (MASS II). *Circulation*. 2006;114(1_suppl):I-420-4.
9. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk W, et al. Design and rationale of the Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation (COURAGE) trial: Veterans Affairs Cooperative Studies Program no. 424. *American Heart Journal*. 2006; 151(6):1173-9.
10. Favaloro RG. Saphenous vein autograft replacement of severe segmental coronary artery occlusion: operative technique. *Ann Thorac Surg*. 1968. 1968; 5:334-9.
11. Killip T, Passamani E, Davis K. Coronary artery surgery study (CASS): a randomized trial of coronary bypass surgery. Eight years follow-up and survival in patients with reduced ejection fraction. *Circulation*. 1985 Dec;72(6 Pt 2): V102-9.
12. Passamani E, Davis KB, Gillespie MJ, Killip T. A randomized trial of coronary artery bypass surgery. Survival of patients with a low ejection fraction. *N Engl J Med*. 1985 Jun 27;312(26):1665-71.
13. Parisi AF, Folland ED, Hartigan P. A comparison of angioplasty with medical therapy in the treatment of single-vessel coronary artery disease. *Veterans Affairs ACME Investigators*. *N Engl J Med*. 1992 Jan 2;326(1):10-6.
14. Bittl JA, Chew DP, Topol EJ, Kong DF, Califf RM. Meta-Analysis of randomized trials of percutaneous transluminal coronary angioplasty versus atherectomy, cutting balloon atherectomy, or laser angioplasty. *Journal of the American College of Cardiology*. 2004 2004/3/17; 43(6): 936-42.
15. Berger PB, Velianou JL, Aslanidou Vlachos H, Feit F, Jacobs AK, Faxon DP, et al. Survival following coronary angioplasty versus coronary artery bypass surgery in anatomic subsets in which coronary artery bypass surgery improves survival compared with medical therapy: Results from the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI). *Journal of the American College of Cardiology*. 2001; 38(5):1440.
16. Hueb W, Soares PR, Gersh BJ, Cesar LA, Luz PL, Puig LB, et al. The medicine, angioplasty, or surgery study (MASS-II): a randomized, controlled clinical trial of three therapeutic strategies for multivessel coronary artery disease: one-year results. *J Am Coll Cardiol*. 2004 May 19; 43(10):1743-51.
17. Nordmann AJ, Hengstler P, Leimenstoll BM, Harr T, Young J, Bucher HC. Clinical outcomes of stents versus balloon angioplasty in non-acute coronary artery disease: A meta-analysis of randomized controlled trials. *European Heart Journal*. 2004 2004/1; 25(1):69-80.
18. Roiron C, Sanchez P, Bouzamondo A, Lechat P, Montalescot G. Drug-eluting stents: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Heart*. 2005 October 10, 2005; hrt.2005.061622.
19. Stettler C, Wandel S, Allemann S, Kastrati A, Morice MC, Schomig A, et al. Outcomes associated with drug-eluting and bare-metal stents: a collaborative network meta-analysis. *Lancet*. 2007 Sep 15; 370(9591): 937-48.
20. Chieffo A, Stankovic G, Bonizzoni E, Tsagalou E, Iakovou I, Montorfano M, et al. Early and Mid-Term Results of Drug-Eluting Stent Implantation in Unprotected Left Main. *Circulation*. 2005 February 15, 2005;111(6):791-5.
21. Park S-J, Kim Y-H, Lee B-K, Lee S-W, Lee CW, Hong M-K, et al. Sirolimus-eluting stent implantation for unprotected left main coronary artery stenosis: Comparison with bare metal stent implantation. *Journal of the American College of Cardiology*. 2005;45(3):351-6.
22. Valgimigli M, van Mieghem CA, Ong AT, Aoki J, Granillo GA, McFadden EP, et al. Short- and long-term clinical outcome after drug-eluting stent implantation for the percutaneous treatment of left main coronary artery disease: insights from the Rapamycin-Eluting and Taxus Stent Evaluated At Rotterdam Cardiology Hospital registries (RESEARCH and



- T-SEARCH). *Circulation*. 2005 Mar 22; 111(11): 1383-9.
23. Brener SJ, Galla JM, Bryant R, 3rd, Sabik JF, 3rd, Ellis SG. Comparison of percutaneous versus surgical revascularization of severe unprotected left main coronary stenosis in matched patients. *Am J Cardiol*. 2008 Jan 15; 101(2):169-72.
 24. Werner GS, Krack A, Schwarz G, Prochnau D, Betge S, Figulla HR. Prevention of lesion recurrence in chronic total coronary occlusions by paclitaxel-eluting stents. *J Am Coll Cardiol*. 2004 Dec 21; 44(12):2301-6.
 25. Ge L, Iakovou I, Cosgrave J, Chieffo A, Montorfano M, Michev I, et al. Immediate and mid-term outcomes of sirolimus-eluting stent implantation for chronic total occlusions. *Eur Heart J*. 2005 Jun; 26(11):1056-62.
 26. Deedwania P, Carbajal ESiddliaipomisa. Silent ischemia during daily life is an independent predictor of mortality in stable angina. *Circulation*. 1990; 81:748-56.
 27. Davies RF, Goldberg AD, Forman S, Pepine CJ, Knatterud GL, Geller N, et al. Asymptomatic Cardiac Ischemia Pilot (ACIP) Study Two-Year Follow-up: Outcomes of Patients Randomized to Initial Strategies of Medical Therapy Versus Revascularization. *Circulation*. 1997 April 15, 1997; 95(8): 2037-43.
 28. Stone PH, Chaitman BR, McMahon RP, Andrews TC, MacCallum G, Sharaf B, et al. Asymptomatic Cardiac Ischemia Pilot (ACIP) Study. Relationship between exercise-induced and ambulatory ischemia in patients with stable coronary disease. *Circulation*. 1996 Oct 1;94(7):1537-44.
 29. Hachamovitch R, Hayes SW, Friedman JD, Cohen I, Berman DS. Comparison of the short-term survival benefit associated with revascularization compared with medical therapy in patients with no prior coronary artery disease undergoing stress myocardial perfusion single photon emission computed tomography. *Circulation*. 2003 Jun 17; 107(23): 2900-7.
 30. Botman K-J, Pijls NH, Bech JW, Aarnoudse W, Peels K, van Straten B, et al. Percutaneous coronary intervention or bypass surgery in multivessel disease? A tailored approach based on coronary pressure measurement. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*. 2004; 63(2):184-91.
 31. Berger A, Botman K-J, MacCarthy PA, Wijns W, Bartunek J, Heyndrickx GR, et al. Long-Term Clinical Outcome After Fractional Flow Reserve-Guided Percutaneous Coronary Intervention in Patients With Multivessel Disease. *Journal of the American College of Cardiology*. 2005; 46(3): 438-42.
 32. De Bruyne B, Hersbach F, Pijls NH, Bartunek J, Bech JW, Heyndrickx GR, et al. Abnormal epicardial coronary resistance in patients with diffuse atherosclerosis but „Normal“ coronary angiography. *Circulation*. 2001 Nov 13; 104(20): 2401-6.
 33. Caracciolo EA, Davis KB, Sopko G, Kaiser GC, Corley SD, Schaff H, et al. Comparison of surgical and medical group survival in patients with left main equivalent coronary artery disease. Long-term CASS experience. *Circulation*. 1995 May 1; 91(9): 2335-44.
 34. Lee MS, Kapoor N, Jamal F, Czer L, Aragon J, Forrester J, et al. Comparison of Coronary Artery Bypass Surgery With Percutaneous Coronary Intervention With Drug-Eluting Stents for Unprotected Left Main Coronary Artery Disease. *Journal of the American College of Cardiology*. 2006;47(4):864-70.
 35. Chieffo A, Stankovic G, Bonnizzoni E, et al. Early and mid-term results of drug-eluting stent implantation in unprotected left main. *Circulation*. 2005;111:791-5.
 36. Brener SJ, Milford-Beland S, Roe MT, Bhatt DL, Weintraub WS, Brindis RG. Culprit-only or multivessel revascularization in patients with acute coronary syndromes: an American College of Cardiology National Cardiovascular Database Registry report. *Am Heart J*. 2008 Jan; 155(1): 140-6.
 37. Chieffo A, Park SJ, Valgimigli M, Kim YH, Daemen J, Sheiban I, et al. Favorable Long-Term Outcome After Drug-Eluting Stent Implantation in Nonbifurcation Lesions That Involve Unprotected Left Main Coronary Artery: A Multicenter Registry. *Circulation*. 2007 July 10, 2007; 116(2):158-62.
 38. Lee SH, Ko YG, Jang Y, Kwon HM, Lee SH, Yoon JH, et al. Sirolimus- versus Paclitaxel-Eluting Stent Implantation for Unprotected Left Main Coronary Artery Stenosis. *Cardiology*. 2005; 104(4): 181-5.
 39. Hordijk-Trion M, Lenzen M, Wijns W, de Jaegere P, Simoons ML, Scholte op Reimer WJM, et al. Patients enrolled in coronary intervention trials are not representative of patients in clinical practice: results from the Euro Heart Survey on Coronary Revascularization. *Eur Heart J* 2006 January 19, 2006: ehi731.
 40. The Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) Investigators. Comparison of Coronary Bypass Surgery with Angioplasty in Patients with Multivessel Disease. *N Engl J Med*. 1996 July 25, 1996;335(4):217-25.
 41. The Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) Investigators. Seven-year outcome in the By Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) by treatment and diabetic status. *J Am Coll Cardiol*. 1999; 35(): 1122-9.
 42. The Bypass Angioplasty Revascularization Investigation I. Comparison of Coronary Bypass Surgery with Angioplasty in Patients with Multivessel Disease. *N Engl J Med*. 1996 July 25, 1996; 335(4): 217-25.
 43. The BARI Investigators. Seven-year outcome in the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) by treatment and diabetic status. *Journal of the American College of Cardiology*. 2000;35(5):1122-9.
 44. CABRI-Investigators T. First-year results of CABRI (Coronary Angioplasty versus Bypass Revascularisation Investigation). CABRI Trial Participants. *Lancet*. 1995 Nov 4;346(8984):1179-84.
 45. King SB, Lembo NJ, Weintraub WS, Kosinski AS, Barnhart HX, Kutner MH, et al. A Randomized Trial Comparing Coronary Angioplasty with Coronary Bypass Surgery. *N Engl J Med*. 1994 October 20, 1994; 331(16): 1044-50.
 46. King SB, Kosinski AS, Guyton RA, Lembo NJ, Weintraub WS. Eight-year mortality in the Emory Angioplasty versus Surgery Trial (EAST). *Journal of the American College of Cardiology*. 2000; 35(5): 1116-21.
 47. Rodriguez A, Bouillon F, Perez-Balino N, Paviotti C, Liprandi MI, Palacios IF. Argentine randomized trial of percutaneous transluminal coronary angioplasty versus coronary artery bypass surgery in multivessel disease (ERACI): in-hospital results and 1-year follow-up. *ERACI Group. J Am Coll Cardiol*. 1993 Oct; 22(4): 1060-7.
 48. Coronary angioplasty versus coronary artery bypass surgery: the Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA) trial. *Lancet*. 1993 Mar 6; 341(8845): 573-80.
 49. Henderson RA, Pocock SJ, Sharp SJ, Nanchahal K, Sculpher MJ, Buxton MJ, et al. Long-term results of RITA-1 trial: clinical and cost comparisons of coronary angioplasty and coronary-artery bypass grafting. *Randomised Intervention Treatment of Angina. Lancet*. 1998 Oct 31; 352(9138): 1419-25.
 50. Hamm CW, Reimers J, Ischinger T, Rupprecht H-J, Berger J, Bleifeld W, et al. A Randomized Study of Coronary Angioplasty Compared with Bypass Surgery in Patients with Symptomatic Multivessel Coronary Disease. *N Engl J Med*. 1994 October 20, 1994; 331(16):1037-43.
 51. Kaehler J, Koester R, Billmann W, Schroeder C, Rupprecht HJ, Ischinger T, et al. 13-year follow-up of the German angioplasty bypass surgery investigation. *Eur Heart J*. 2005 Oct; 26(20): 2148-53.

52. Serruys PW, Unger F, Sousa JE, Jatene A, Bonnier HJRM, Schonberger JPAM, et al. Comparison of Coronary-Artery Bypass Surgery and Stenting for the Treatment of Multivessel Disease. *N Engl J Med*. 2001 April 12, 2001; 344(15): 1117-24.
53. Legrand VMG, Serruys PW, Unger F, van Hout BA, Vrolix MCM, Franssen GMP, et al. Three-Year Outcome After Coronary Stenting Versus Bypass Surgery for the Treatment of Multivessel Disease. *Circulation*. 2004 March 9, 2004; 109(9): 1114-20.
54. Serruys PW, Ong ATL, van Herwerden LA, Sousa JE, Jatene A, Bonnier HJRM, et al. Five-Year Outcomes After Coronary Stenting Versus Bypass Surgery for the Treatment of Multivessel Disease: The Final Analysis of the Arterial Revascularization Therapies Study (ARTS) Randomized Trial. *Journal of the American College of Cardiology*. 2005; 46(4): 575-81.
55. Rodriguez A, Bernardi V, Navia J, Baldi J, Grinfeld L, Martinez J, et al. Argentine Randomized Study: Coronary Angioplasty with Stenting versus Coronary Bypass Surgery in patients with Multiple-Vessel Disease (ERACI II): 30-day and one-year follow-up results. *ERACI II Investigators. J Am Coll Cardiol*. 2001 Jan; 37(1): 51-8.
56. Rodriguez AE, Baldi J, Pereira CF, Navia J, Alemparte MR, Delacasa A, et al. Five-Year Follow-Up of the Argentine Randomized Trial of Coronary Angioplasty With Stenting Versus Coronary Bypass Surgery in Patients With Multiple Vessel Disease (ERACI II). *Journal of the American College of Cardiology*. 2005; 46(4): 582-8.
57. SOS-Investigators T. Coronary artery bypass surgery versus percutaneous coronary intervention with stent implantation in patients with multivessel coronary artery disease (the Stent or Surgery trial): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2002 Oct 28; 360(9338): 965-70.
58. Morrison DA, Sethi G, Sacks J, Henderson W, Grover F, Sedlis S, et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass graft surgery for patients with medically refractory myocardial ischemia and risk factors for adverse outcomes with bypass: a multicenter, randomized trial. Investigators of the Department of Veterans Affairs Cooperative Study #385, the Angina With Extremely Serious Operative Mortality Evaluation (AWESOME). *J Am Coll Cardiol*. 2001 Jul; 38(1): 143-9.
59. Hoffman SN, TenBrook J, John A., Wolf MP, Pauker SG, Salem DN, Wong JB. A meta-analysis of randomized controlled trials comparing coronary artery bypass graft with percutaneous transluminal coronary angioplasty: one- to eight-year outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*. 2003 2003/4/16; 41(8): 1293-304.
60. Ong ATL, Serruys PW, Mohr FW, Morice M-C, Kappetein AP, Holmes JDR, et al. The SYNergy between percutaneous coronary intervention with TAXus and cardiac surgery (SYNTAX) study: Design, rationale, and run-in phase. *American Heart Journal*. 2006; 151(6): 1194-204.
61. Hueb WA, Soares PR, Almeida De Oliveira S, Arie S, Cardoso RH, Wajsbrot DB, et al. Five-year follow-up of the medicine, angioplasty, or surgery study (MASS): A prospective, randomized trial of medical therapy, balloon angioplasty, or bypass surgery for single proximal left anterior descending coronary artery stenosis. *Circulation*. 1999 Nov 9; 100(19 Suppl): III107-13.
62. Diegeler A, Thiele H, Falk V, Hambrecht R, Spyridis N, Sick P, et al. Comparison of stenting with minimally invasive bypass surgery for stenosis of the left anterior descending coronary artery. *N Engl J Med*. 2002 Aug 22; 347(8): 561-6.
63. Reeves BC, Angelini GD, Bryan AJ, Taylor FC, Cripps T, Spyt TJ, et al. A multi-centre randomised controlled trial of minimally invasive direct coronary bypass grafting versus percutaneous transluminal coronary angioplasty with stenting for proximal stenosis of the left anterior descending coronary artery. *Health Technol Assess*. 2004 Apr; 8(16): 1-43.
64. Kaehler J, Koester R, Billmann W, Schroeder C, Rupprecht H-J, Ischinger T, et al. 13-year follow-up of the German angioplasty bypass surgery investigation. *Eur Heart J*. 2005 October 2, 2005; 26(20): 2148-53.
65. Pfisterer M, for the TIME Investigators. Long-Term Outcome in Elderly Patients With Chronic Angina Managed Invasively Versus by Optimized Medical Therapy: Four-Year Follow-Up of the Randomized Trial of Invasive Versus Medical Therapy in Elderly Patients (TIME). *Circulation*. 2004 September 7, 2004; 110(10): 1213-8.
66. Kaiser C, Kuster GM, Erne P, Amann W, Naegeli B, Osswald S, et al. Risks and benefits of optimised medical and revascularisation therapy in elderly patients with angina – on-treatment analysis of the TIME trial. *European Heart Journal*. 2004 2004/6; 25(12): 1036-42.
67. Batchelor WB, Anstrom KJ, Muhlbaier LH, Grosswald R, Weintraub WS, rsquo, et al. Contemporary outcome trends in the elderly undergoing percutaneous coronary interventions: Results in 7, 472 octogenarians. *Journal of the American College of Cardiology*. 2000; 36(3): 723-30.
68. Graham MM, Ghali WA, Faris PD, Galbraith PD, Norris CM, Knudtson ML, et al. Survival After Coronary Revascularization in the Elderly. *Circulation*. 2002 May 21, 2002; 105(20): 2378-84.
69. Pfisterer M, Buser P, Osswald S, Allemann U, Amann W, Angehrn W, et al. Outcome of Elderly Patients With Chronic Symptomatic Coronary Artery Disease With an Invasive vs Optimized Medical Treatment Strategy: One-Year Results of the Randomized TIME Trial. *JAMA*. 2003 March 5, 2003; 289(9): 1117-23.
70. Daly C, Clemens F, Lopez Sendon JL, Tavazzi L, Boersma E, Danchin N, et al. Gender Differences in the Management and Clinical Outcome of Stable Angina. *Circulation*. 2006 January 31, 2006; 113(4): 490-8.



Multiple Choice-Fragen

(Nur eine Antwort ist richtig)

? 1. Nach erfolgter operativer Revaskularisation

- a) kann auf eine Änderung des Lebensstils verzichtet werden
- b) kann auf Betablocker verzichtet werden
- c) kann auf Nitrate verzichtet werden
- d) muss Acetylsalicylsäure nur für weitere vier Wochen eingenommen werden
- e) keine Antwort ist richtig

? 2. Sogenannte Drug Eluting Stents (DES)

- a) reduzieren die Letalität im Vergleich zur medikamentösen Behandlung
- b) reduzieren die In-Stent Restenose auf unter 10 %
- c) benötigen eine Therapie mit ASS und Clopidogrel für maximal drei Wochen
- d) reduzieren die Letalität im Vergleich zur medikamentösen Behandlung
- e) keine Antwort ist richtig

? 3. Die visuelle Einschätzung des Schweregrades der Stenose mittels Koronarangiographie

- a) ist der Goldstandard zum Nachweis einer Ischämie
- b) ersetzt einen funktionellen Ischämienachweis
- c) korreliert gut mit Ergebnissen invasiver Verfahren zum Nachweis der hämodynamischen Relevanz
- d) hat insbesondere bei diffusen und mittelgradigen Stenosen eine für die Therapieentscheidung ungenügende Sensitivität und Spezifität
- e) keine Antwort ist richtig

? 4. Die Berücksichtigung einer pathologischen fraktionellen Flussreserve (FFR) bei der Indikationsstellung zur Koronar-Revaskularisation

- a) sollte v.a. bei positivem Ischämienachweis und koronarer Ein-Gefäßerkrankung
- b) verursacht überdurchschnittliche Kosten
- c) kann bei Mehr-Gefäßerkrankung verzichtet werden
- d) ist nur bei der Hauptstammstenose notwendig
- e) reduziert die MACE-Rate nach Intervention

? 5. Bei koronarer Drei-Gefäßerkrankung mit normaler linksventrikulärer Pumpfunktion

- a) ist die PCI der Bypassoperation in Bezug auf die MACE-Rate überlegen
- b) sollte eine PCI nur bei gleichzeitig bestehendem Diabetes mellitus erfolgen
- c) ist auch bei beschwerdearmen Patienten eine medikamentöse Therapie kontraindiziert

- d) kann keine PCI durchgeführt werden
- e) keine Antwort ist richtig

? 6. Die MACE-Rate [Major Adverse Cardiovascular Event] im ersten Jahr nach Revaskularisation

- a) ist bei ACB aufgrund erneuter Revaskularisationen erhöht
- b) wird nach PCI v.a. aufgrund von Restenosen verursacht
- c) ist bei PCI und ACB gleich hoch
- d) sowohl bei PCI als auch bei ACB im Bereich von weniger als 1 %
- e) keine Antwort ist richtig

? 7. Bei älteren Patienten (>75 Jahre)

- a) sollten wegen der hohen Komplikationsrate nur konservative Therapiemaßnahmen angewendet werden
- b) ist die Bypassoperation nur bei gleichzeitiger Operation eines Klappenvitiums indiziert
- c) ist eine Bypassoperation nicht sinnvoll
- d) sollten im Falle einer ausgeprägten persistierenden Symptomatik trotz medikamentöser Therapie die Indikation zur PCI bzw. ACB geklärt werden
- e) sollte nur die interventionelle Revaskularisation durchgeführt werden

? 8. Der Nachweis einer Myokardischämie

- a) ist bei quantitativer Auswertung der Koronarangiographie nicht notwendig
- b) kann nur durch invasive Verfahren quantifiziert werden
- c) ist bei typischer Symptomatik immer gegeben
- d) kann nur im Belastungs-EKG erfolgen
- e) keine Antwort ist richtig

? 9. Die Krankenhaussterblichkeit von PCI und ACB

- a) unterscheidet sich nicht für die unterschiedlichen Therapieoptionen
- b) ist bei operativer Revaskularisation deutlich höher als bei PCI
- c) ist unabhängig vom Alter der Patienten
- d) ist auf die bessere komplette Revaskularisation nach PCI zurückzuführen
- e) keine Antwort ist richtig

? 10. Die Entscheidung für das jeweilige Revaskularisationsverfahren bei chronischer KHK

- a) ist aufgrund der Koronar Anatomie stets vorgegeben
- b) ist nur bei frühzeitiger Revaskularisation von Bedeutung
- c) sollte die speziellen Wünsche, Erwartungen und Gegebenheiten des Patienten mit einbeziehen
- d) sollte so schnell wie möglich getroffen werden, um die Revaskularisation nicht zu verzögern
- e) keine Antwort ist richtig

ANZEIGE

EHLERT

RECHTSANWÄLTE

Uwe Ehlert

Fachanwalt für Medizinrecht

Fachanwalt für Sozialrecht

Vertrauensanwalt der Stiftung Gesundheit

Vertragsarztrecht

ist meine Spezialisierung

Das Vertragsarztrecht umfasst insbesondere die Bereiche:

Honorarkürzung
Arzneimittelregresse
Zulassungsverfahren

Plausibilitätsprüfungen
Disziplinarverfahren
Abgabe / Übernahme einer Praxis

Frankfurter Str. 219 · 35398 Gießen
Tel. 0641/25036-0 · Fax. 0641/2503620
www.ehlert-rechtsanwaelte.de

Geänderte Form der Auswertung für die CME-Beiträge im Hessischen Ärzteblatt

Mit dieser Ausgabe des hessischen Ärzteblattes wird sich die Form der Auswertung des Antwortbogens für die CME-

Beiträge in der Landesärztekammer Hessen grundlegend ändern. Das bedeutet auch, dass das Antwortformular nicht

mehr im Hessischen Ärzteblatt steht, sondern auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen unter der Rubrik Hessisches Ärzteblatt zu finden ist und dort ausgefüllt werden kann.

Wie unten an dem **Beispielbogen** zu sehen ist, **muss** der Anwender nun Name, Vorname, E-Mail-Adresse und die EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer zur Identifizierung eintragen, und, wie bisher auch, die zehn Fragen mit den entsprechenden Ziffern 1 – 5 beantworten. Aus diesen zehn Antworten wird nach betätigen der „Drucken“ Schaltfläche ein Barcode generiert, der mit den ebenfalls in Barcodeform vorliegenden EFN und VNR zur einfacheren und schnelleren Auswertung benötigt und verwendet wird.

Der Teilnehmer **muss** zurzeit noch den Auswertungsbogen ausdrucken, unterschreiben und der Landesärztekammer Hessen per Fax oder Brief zukommen lassen. Später ist angedacht diesen Bogen im persönlichen Portal auszufüllen. (→ Angabe der persönlichen Daten würde entfallen)

Die positiven Teilnahmebescheinigungen bekommt der Teilnehmer per E-Mail zugeschickt und die erworbenen Punkte werden gleichzeitig im persönlichen Punktekonto eingetragen.

Wir hoffen, dass gerade diese neue Vorgehensweise den Teilnehmern entgegen kommt und zusammen mit der „Verschlankung“ des Auswertungsprozesses die Akzeptanz solcher Verfahren erhöht.

Thomas Friedl
Leiter IT und
Organisationsentwicklung

Auswertungsbogen für die CME-Fortbildung der Landesärztekammer Hessen

Antwortbogen zum Beitrag aus dem Hessischen Ärzteblatt 3/2008

VNR: 2760602008039760006

Name *
Muster

Vorname *
Maximiliane

E-Mail Adresse *
maximiliane.muster@test.de

EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer) *
802760600089998

Lösungen: (Bitte die entsprechenden Nummern von 1 bis 5 eingeben)

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

Diesen Bogen bitte ausdrucken, unterschreiben und per Telefax oder Post an die Landesärztekammer Hessen senden.

Landesärztekammer Hessen
CME-Auswertung
Im Vogelsang 3
60488 Frankfurt

Tefefax: 069 97672-128

Die mit einem * markierten Felder sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden!

Unterschrift

VNR:

EFN:

ERG:

Drucken

Übernahme der Fortbildungspunkte



Das Team der Anerkennungsstelle der Landesärztekammer leistet gute Arbeit: Etwa 4.000 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben ihre Teilnahmebescheinigungen schon abgegeben.

Im Oktober 2007 wurde allen kassenärztlich ermächtigten Ärztinnen und Ärzten angeboten, die seit dem 1. Januar 2002 erworbenen Fortbildungspunkte auf ihr persönliches Punktekonto zu übernehmen. Dieses Angebot fand großen Anklang, so dass das Team der Anerkennungsstelle mittlerweile ca. 4.000 Sendungen in den automatisierten Verarbeitungsprozess geben konnte, an dessen Ende die Vernichtung der Papierberge steht.

Das Dokumentenmanagement sieht vor, dass die Teilnahmebescheinigungen bei einem Drittanbieter eingescannt und die Veranstaltungsdaten nach bundeseinheitlichen Vorgaben von Datatypisten ermittelt werden. In der Anerkennungsstelle der Landesärztekammer Hessen findet dann eine Plausibilitätskontrolle nach den Bewertungsrichtlinien der Bundesärztekammer, die auch Bestandteil unserer Fortbildungssatzung sind, statt. Im Anschluss daran werden die ermittelten Fortbildungspunkte in die Punktekonto der hessischen Ärztinnen und Ärzte übernommen.

Pro Monat können 800 bis 1.000 Sendungen bearbeitet werden, so dass der Verarbeitungsprozess für die einzelne Ärztin und den einzelnen Arzt vom Eingang der Teilnahmebescheinigungen bis zum Transfer in das jeweilige Punktekonto mehrere Monate in Anspruch nehmen kann. Ärztinnen und Ärzte, die ihre Unterlagen bereits Ende 2007 eingereicht haben, können den Fortschritt durch Einsicht in ihr Punktekonto ver-

folgen (siehe auch Hinweis im Hess. Ärzteblatt 2/2008, S. 85).

Da die kassenärztlich ermächtigten Ärztinnen und Ärzte, die schon zum 30. Juni 2004 niedergelassen waren, ihre Fortbildungsaktivitäten bereits zum 30. Juni 2009 bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen müssen, hat die Landesärztekammer Hessen diesen Kolleginnen und Kollegen Vorrang bei der Übernahme der Fortbildungspunkte eingeräumt. Ein gleich lautes Angebot wird den angestellten Fachärztinnen und Fachärzten im Krankenhaus im Herbst dieses Jahres in jedem Fall auch unterbreitet werden. Mit Rücksicht auf die Kolleginnen und Kollegen, die ihrer Meldepflicht zuerst nachkommen müssen, bitten wir die Krankenhaus-Fachärzte und -ärztinnen in dieser Sache um Geduld.

Denjenigen Ärztinnen und Ärzten, die ihre Teilnahmebescheinigungen noch nicht eingereicht haben, empfehlen wir, es möglichst bald zu tun. Die Übernahme der Fortbildungspunkte in die Punktekonto ist nicht gleich zu setzen mit der Meldung bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Übernahme der Fortbildungspunkte in die Punktekonto schafft lediglich die Voraussetzung, eine fristgerechte Meldung abgeben zu können.

Dr. Susan Trittmacher

ANZEIGE

Dr. Ute Burdenski FACHANWÄLTIN FÜR MEDIZINRECHT

Am Dachsberg 110 · 60435 Frankfurt

Telefon 069 5488382 · Telefax 069 5488392

Ambulante medizinische Versorgung: zentrale Aufgabe des Praxisteam

Das Thema „Ärztemangel“ wird nicht nur in der Fachpresse der Ärzteschaft diskutiert, sondern auch in Kreisen der nichtärztlichen medizinischen Fachberufe. Die Fachberufe erörtern insbesondere Lösungsmöglichkeiten durch Übernahme so genannter delegationsfähiger Leistungen und z.T. mittlerweile sogar durch **Substitution**, also Erbringung arztersetzerischer Leistungen!

Diskussion und Meinungsbildung zur Delegationsfähigkeit sind nicht unmittelbar der kritische Punkt, der aufmerksam durch die Ärztinnen und Ärzte zu bewerten und zu beurteilen ist, sondern viel mehr diese Bestrebungen der Substitution ärztlicher Leistungen durch die Leistungserbringung nichtärztlicher Fachberufe.

Die Verantwortlichkeit zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung muss unter der fachlichen Aufsicht von Medizinern bleiben!

Für die Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ergibt sich in diesem Zusammenhang eine prinzipielle Weichenstellung:

- Was kann ein Praxisteam leisten?
- Welche Aufgaben können gut ausgebildete Fachkräfte übernehmen?

- Können die Mitarbeiter/innen im Praxisteam, z.B. durch strukturierte Fortbildung, die berufliche Handlungskompetenz erweitern und dadurch koordinierende und delegationsfähige Leistungen zur Entlastung und Unterstützung der Ärztin/des Arztes übernehmen?

Grundsatzfragen, die vielschichtig erweitert werden können, jedoch nur durch die/den einzelne(n) niedergelassene(n) Ärztin/Arzt für den jeweils eigenen Versorgungs- und Verantwortungsbereich beantwortet werden kann. Die Landesärztekammer Hessen hat sich bereits früh in die Diskussion eingebracht und die von der Bundesärztekammer vorgestellten Curricula zur Fortbildung der Mitarbeiter/innen in der ambulanten Versorgung schon in ihr Fortbildungsangebot aufgenommen.

Die Notwendigkeit der Bemühungen der Landesärztekammer Hessen wird von der Bundesärztekammer und einigen ärztlichen Berufsverbänden gesehen und unterstützt. Diese Unterstützung beinhaltet auch Kritik am Modellprojekt „AGnES“ (Artzentlastend, Gemeindenah, E-Health-gestützt, Systemische Intervention; neuerdings aber „CMN“ = Community Medical Nurse genannt) und sie verweist

auf die Notwendigkeit der Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferinnen. Die Diskussion zeigt auf, dass die Förderung der Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten als Gegenpol zu den Argumenten anderer nichtärztlicher Berufsgruppen eine tragende Rolle einnimmt; dies mit dem Ziel, **die Bestrebungen der Substitution von ärztlichen Leistungen zu verhindern**.

Arzthelfer/innen unterstützen seit vielen Jahren die Ärzte in ihren Aufgaben. Die Übernahme von Tätigkeiten durch die Arzthelfer/in ist keine neue Entwicklung. Delegationsfähige Leistungen wurden bisher in ausgewählten Behandlungs- und Tätigkeitsfällen bei Aufgaben in der Praxis und bei Hausbesuchen an die Mitarbeiter/innen übertragen; dies ist vielerorts gängige Praxis. Die Messlatte von Qualität in der Fortbildung für die Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten ist durch die Ärztinnen und Ärzte festzulegen, die die Verantwortung für die medizinische Versorgung tragen. Es sollte daher im Interesse der Ärzteschaft sein, den Blick nicht nur auf den eigenen Fortbildungsbedarf, sondern auch auf die Kompetenz der Mitarbeiter/

Sucht, Depression, Angst, Burn-out

Zurück ins Leben

Beratung und Information

0800 32 22 32 2

(kostenfrei)

Unsere privaten Akutkrankenhäuser:

Schwarzwald, Weserbergland,
Berlin/Brandenburg

www.oberbergkliniken.de

Sofortaufnahme – auch im akuten Krankheitsstadium.
Hochintensive und individuelle Therapien für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte.

Wir helfen bei der Klärung der Kostenübernahme.


Oberberg

Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

innen im Praxisteam zu richten. Somit können wir als Mediziner gute Argumente zur Definition delegationsfähiger Leistungen vortragen und dieses Vorgehen als Lösungsansatz für die Kolleginnen und Kollegen, die eine Entlastung und Unterstützung im Praxisalltag dringend benötigen, vorstellen – ob als Übernahme der Ermittlung von Standardparametern, zur Statusüberwachung, zur Durchführung von Assessments, in der Patientenschulung oder durch Übernahme bürokratischer Aufgaben u.v.m.

Die Vermittlung von Handlungskompetenzen für Medizinische Fachangestellte ist in Qualifizierungslehrgängen der Landesärztekammer durch entsprechende Curricula festgelegt; die Inhalte werden kritisch und aus ärztlicher Sicht beurteilt. So ist z.B. durch die Festlegung der Handlungskompetenzen im **Curriculum „Ambulante Versorgung älterer Menschen – für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen“** der Tätigkeitsrahmen unter Aufsicht des Arztes beschrieben:

- Die Medizinische Fachangestellte begleitet Patienten und Angehörige in bestimmten Behandlungs- und Versorgungsprozessen kontinuierlich und organisiert die notwendigen Maßnahmen.
- Sie unterstützt den Arzt durch Anwendung von Assessmentverfahren bei der Einschätzung der individuellen Patientensituation, der Statuserhebung und der kontinuierlichen Patientenbeobachtung.
- Sie motiviert ältere Menschen und deren Betreuungspersonen ressourcengerecht zur aktiven Teilhabe (Empowerment).
- Sie unterstützt Patienten und Angehörige bei der Anwendung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen – insbesondere mit Blick auf schleichende Funktionsverluste und deren Folgen (z.B. Sturzrisiko)
- Sie führt Hausbesuche und delegierbare Leistungen bei immobilen bzw. schwerkranken Patienten durch.
- Sie führt das Wundmanagement durch.
- Sie erhebt und beurteilt die häuslichen Umfeldbedingungen; Verbesserungsmöglichkeiten können aufgezeigt werden.

- Sie organisiert und strukturiert den notwendigen internen und externen Informationsfluss und nimmt Koordinierungsaufgaben insbesondere an den Schnittstellen der Versorgung und zu anderen beteiligten Professionen wahr.
- Sie unterstützt Patienten und Angehörige bei der Initiierung und Durchführung von versorgungs- und sozialrechtlichen Anträgen.
- Sie führt begleitende Koordinations-, Organisations- und Qualitätsmanagementmaßnahmen durch.

Ob und inwieweit z.B. ein Hausbesuch durch die Medizinische Fachangestellte durchgeführt werden kann, ist ärztliches Ermessen. Es ist wichtig, die Mitarbeiter/innen im Praxisteam fortzubilden, um die für unseren Versorgungsauftrag relevanten delegierbaren Tätigkeiten im Behandlungs- und Aufgabenrahmen des verantwortlichen Arztes zu belassen (und eben nicht – qua System institutionalisiert – substituiert zu bekommen). Denn nur die/der behandelnde Kollege/in kann entscheiden, ob ein Hausbesuch durch eine qualifizierte Medizinische Fachangestellte erfolgen kann – natürlich auch zur Entlastung der eigenen Ressourcen. Das hierfür erforderliche Wissen wurde in der Berufsausbildung von Medizinischen Fachangestellten bisher noch nicht vermittelt; dies ist jedoch jetzt durch strukturierte Fortbildung zu erwerben. Hierfür hat die an der Entwick-

lung selbst maßgeblich beteiligte Landesärztekammer Hessen das auf Ebene der Bundesärztekammer konsentiert und empfohlene oben genannte Curriculum übernommen. Dieses wurde u.a. mit ärztlichen Vertretern des Deutschen Hausärzterverbandes ausgearbeitet! Es berücksichtigt die Vermittlung von Kenntnissen, die den Arzt in der Praxis unterstützen; beispielsweise in den Bereichen Geriatrisches Basisassessment, Wundmanagement und Komplexität geriatrischer Krankheitsbilder.

Durch das neue Bausteinsystem im Fortbildungsprogramm der Carl-Oelemann-Schule können Sie und Ihre Mitarbeiter/innen entscheiden, ob eine Teilnahme am gesamten Qualifizierungslehrgang stattfinden soll oder ob zunächst vorrangig die Teilnahme nur als „Einzel“-Fortbildung (z.B. Wundmanagement) besucht werden soll.

Die Kompetenzen der Arzthelferinnen/ Medizinischen Fachangestellten spielen in den Diskussionen um die Übernahme von ärztlichen Leistungen und in der Grundsatzentscheidung Delegation oder Substitution eine wichtige Rolle für berufspolitische Entscheidungen!

*Martin Leimbeck
Facharzt für Allgemeinmedizin –
Klinische Geriatrie
Vizepräsident der
Landesärztekammer Hessen*

ANZEIGE



SCHERBARTH & SCHÜTZ
STEUERBERATER VEREIDIGTER BUCHPRÜFER

Tätigkeitsschwerpunkt:
**Steuerliche Betreuung
von Ärzten und Apothekern**

Sozietät Scherbarth & Schütz · Steuerberater und vereidigter Buchprüfer
Viktoriastraße 23 · 65189 Wiesbaden · Tel.: 0611-44789-0 · Fax: 0611-44789-29
Info@Scherbarth-Schuetz.de · www.Scherbarth-Schuetz.de

Sicherer Verordnen

Perflutren

Todesfälle

Nach der Gabe von Perflutren (Luminitry®), einem neuen Ultraschallkontrastmittel zur Anwendung bei „suboptimaler“ Echokardiographie, sind nach einem Bericht der amerikanischen Überwachungsbehörde FDA bisher zehn Todesfälle berichtet worden. Vier Patienten starben während der Gabe oder innerhalb der ersten 30 Minuten, ein Zeitraum, in dem zusätzlich noch 190 schwere unerwünschte Wirkungen auftraten (UAW, u.a. anaphylaktoide Reaktionen, Herzstillstand, Krampfanfälle). Entsprechende Warnhinweise und Kontraindikationen werden in die amerikanische Produktinformation aufgenommen, darunter auch die Forderung nach Ausstattung sowie entsprechenden Erfahrungen mit Wiederbelebungsmaßnahmen.

In der deutschen Fachinformation dieses Diagnostikums (Stand Januar 2007) fehlen deutliche Hinweise auf diese schweren UAW („Nebenwirkungen waren im Allgemeinen von milder bis mittlerer Intensität ... und verschwanden meistens ohne therapeutische Maßnahmen innerhalb von 15 Minuten“), so dass zumindest zusätzliche Warnhinweise auch in Deutschland angezeigt sind.

Quellen: www.fda.gov,
EMA-Informationen zu Luminitry

Albumininfusionen

Erhöhte Sterblichkeit

Nach einem Kommentar hat sich das Ergebnis einer früheren Studie an weiteren 460 Patienten in einer Post-hoc Follow-up-Studie bestätigt: Patienten mit schweren traumatischen Hirnverletzungen profitieren nicht von einer Gabe von Albumin. Es bestand im Vergleich zu einer Kochsalzinfusion ein erhöhtes relatives Risiko von 1,88. Patienten mit mittelschwerem Trauma zeigten keinen signifikanten Unterschied in den Sterberaten.

Quelle: Referiert in Dtsch.med. Wschr 2007; 132: 2185 aus N Engl J Med 2007; 357: 874

Glycyrrhetinsäure

Hypertonie

Eine 60-jährige Patientin hatte eine seit Jahren, auch mit einer Dreierkombination (Betablocker, Diuretikum, Sartan) schwer einstellbare Hypertonie ohne Nachtabenkung, verbunden mit einer Hypokaliämie, die auch nach Weglassen des Diuretikums weiter bestand. Differentialdiagnostisch wurde ein primärer Hyperaldosteronismus ausgeschlossen. Nach dem die Patientin einen täglichen Verzehr von circa 100 g Lakritz eingenommen hatte, normalisierten sich unter Lakritzabstinenz innerhalb von acht Wochen die Blutdruckwerte mit Nachtabenkung sowie die Kaliumwerte, so dass die Therapie der Hypertonie allein mit einem Betablocker ausreichte. Die in Lakritze enthaltene Glycyrrhetinsäure hemmt die Umwandlung von Cortisol in Cortison und führt dadurch zu einer Aktivierung des renalen Mineralokortikoidrezeptors. Die Einnahme großer Mengen Lakritz sollte daher bei schwerer hypokaliämischer Hypertonie differentialdiagnostisch erwogen werden.

Quelle: Dtsch. Med. Wschr. 2007; 132: 2448

Lumiracoxib

Ruhen der Zulassung

Das Ruhen der Zulassung des Cox-II-Hemmers Lumiracoxib (Prestige®) in Australien und danach in Kanada (im Herbst bereits an dieser Stelle berichtet) hat nun auch unsere Zulassungsbehörde veranlasst, das Präparat wegen schwerer Leberschäden mit sofortiger Wirkung aus dem Handel zu nehmen. Das zeitlich variable Auftreten der Lebertoxizität von Lumiracoxib lassen Empfehlungen des Herstellers, bei guter Verträglichkeit die Einnahme bis zur nächsten Untersuchung beim Arzt fortzusetzen, ärztlich nicht begründet erscheinen.

Quelle: AkdÄ Newsletter 2007-115

Neue Therapieempfehlungen

Herzinsuffizienz

Auf dem Therapiesymposium der AkdÄ wurden aktuelle Therapieempfehlungen

zur chronischen Herzinsuffizienz vorgestellt. Neben Prävention, spezifischer Behandlung von Begleiterkrankungen und nicht-medikamentöser Therapie sind Medikamente, insbesondere bei NYHA III und IV oft in Kombination, zur Senkung der Sterblichkeit (S) und der Hospitalisierungsrate (H), zur Hemmung der Progredienz (P) und zur Besserung der Beschwerden, der Lebensqualität etc. (B) Mittel der Wahl. Sie erfordern jedoch aufgrund ihrer hohen Wirksamkeit und spezifischer unerwünschter Wirkungen eine stetige Kontrolle der Patienten und der Therapie.

Digitalis:

S (-), H +, B +, Indikation insbesondere Vorhofflimmern

Diuretika:

S (-), B +, keine Endpunktstudien, aber in der Praxis unverzichtbar

Vasodilanzien:

S (+), H +, P +

ACE-Hemmer:

S +, H +, B +

AT-II-Antagonisten:

S kardiovaskulär +, H +, B +, Gesamtmortalität nicht ausreichend gesenkt

Aldosteron-Antagonisten:

S +, H +, P +, B +, maximale Dosis 12,5 - 25 mg, Epleronon nicht so wirksam wie Spironolacton

Betarezeptorenblocker:

S +, H +, P +, B +

Kalziumantagonisten:

S -, H -, P -, B -, sie haben keinen Stellenwert mehr

Phosphodiesterasehemmer:

Sterblichkeit erhöht, Hospitalisierungsrate erhöht, sie haben keinen Stellenwert mehr

Crataegus:

Nur bei NYHA I - II zugelassen

Coenzym Q (Ubichinon):

keine überzeugenden Studien

Zeichenerklärung: (+) und (-) bedeuten eine nur geringe positive bzw. keine Beeinflussung des jeweiligen Parameters, unterstrichene Gruppen: primär einzusetzen

Quelle: Therapiesymposium der AkdÄ, Köln, 14.11.2007

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 1/2008

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen



Carl-Oelemann-Weg 7 · 61231 Bad Nauheim · Telefon 06032 782-200 · Telefax 06032 782-220

E-Mail-Adresse: akademie@laekh.de · Homepage: www.fbz-hessen.de

ALLGEMEINE HINWEISE

PROGRAMME: Die Akademie muss sich kurzfristige Änderungen vorbehalten. Wir bitten um Verständnis.

ANMELDUNG: Bitte melden Sie sich unbedingt **schriftlich** in der Akademie an. Bei der Vielzahl der Seminare gilt Ihre Anmeldung als angenommen, wenn wir keine Absage z.B. wegen Überbelegung schicken. Beachten Sie bitte jeweils die organisatorischen Angaben, insbesondere zu den Teilnahmevoraussetzungen! **Wenn wir Veranstaltungen kurzfristig absagen müssen, finden Sie die Information darüber auf der Homepage der Kammer. Diejenigen, die sich mit Adresse bei uns angemeldet haben, benachrichtigen wir persönlich.**

TEILNAHMEBEITRAG für Seminare sofern nicht anders angegeben: € 50/halber Tag, € 90/ganzer Tag für Nicht-Mitglieder der Akademie, Akademiemitglieder kostenfrei (inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung). Bitte überweisen Sie den Kostenbeitrag vorher auf das Konto der Akademie der LÄK Hessen Kto. Nr. 36 00 22 55, Sparkasse Oberhessen, BLZ 518 500 79 (bitte Veranstaltung im Betreff bezeichnen).

MITGLIEDSCHAFT: Es besteht die Möglichkeit, am Tagungsbüro die Akademie-Mitgliedschaft zu erwerben. Dann gilt der reduzierte Teilnahmebeitrag.

Ausnahme: Kurse und Veranstaltungen, für die der Teilnahmebeitrag vorher entrichtet werden muss; dann kann die Mitgliedschaft nur mit der Anmeldung beantragt werden, und nur dann gelten die reduzierten Teilnahmebeiträge. Der Jahresbeitrag für die Akademiemitgliedschaft beträgt € 90.

FORTBILDUNGSZERTIFIKAT: Die angegebenen **Punkte P** gelten für den Erwerb des freiwilligen Fortbildungszertifikats der Akademie der LÄK Hessen (150 P in 3 Jahren), sowie für die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungspflicht. Den Antrag stellen Sie bitte an die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Frau Baumann, Fax 06032 782-228.

Das Ausstellen von **Fortbildungszertifikaten** dauert in der Regel 6-8 Wochen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

I. SEMINARE / VERANSTALTUNGEN ZUR PERMANENTEN FORTBILDUNG

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

RHETORIK; ÜBERZEUGUNG UND ARGUMENTATION

10 P

1-Tages-Intensiv-Trainings-Workshop

für Ärzte zur Optimierung von

Rhetorik, Dialektik und Argumentation

Inhalte: Wirkung und Auftritt bei den verschiedensten öffentlichen Anlässen; Überzeugungs-Rede, Rede vor Gremien und Ausschüssen, Interview, Pressekonferenz, etc.; Persönlichkeitsfaktor der Überzeugung; Argumentation, Dialektik und Sympathie; Überzeugungsfaktoren Fachkompetenz, Ausstrahlung, Glaubwürdigkeit, Sprache und rhetorische Wirkung; Psychologische Wirkfaktoren (12 psychische Faktoren der Überzeugung); Umgang mit Störfaktoren, Störern, Zwischenfragen; Verbales Konflikt-Management: Positive Stichwort-Reaktion und Spontan-Rede; Nonverbale Kommunikation und Körpersprache (Erscheinungsbild und Wirkung, Styling); Wie gestaltet man kritische Fragen/Situationen zu positiven Antworten?

Samstag, 08. März 2008, 9 bis 17 Uhr

Leitung: Dr. K. Olbort, Wettenberg

Teilnahmebeitrag: € 360 (Akademiemitgl. € 324)

Minimale Teilnehmerzahl: 8 Personen

Maximale Teilnehmerzahl: 15 Personen

Tagungsort: Bad Nauheim FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft + Anmeldung: bitte *schriftlich* an Frau Dauth, Akademie,

Fax: 06032 782-229

E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

16. BAD NAUHEIMER SYMPOSIUM DER KLINISCHEN HÄMOSTASEOLOGIE

7 P

Kardiologische und angiologische Notfälle – gerinnungshemmende Akuttherapie und Sekundärprävention

Gemeinschaftsveranstaltung der Fachgebiete Angiologie, Kardiologie sowie Pharmakologie

– eine interaktive interdisziplinäre Veranstaltung mit Falldemonstration –

Themen: Pharmakologie von Thrombolytika, Antikoagulanzen und Plättchenhemmern – bewährte und anstehende neue Substanzen; Akutes Koronarsyndrom – Multimedikation für jeden und auf Dauer?; Akute Lungenembolie – wann Lyse, wann Antikoagulation und wie lange?; Vorhofflimmern – akute und langfristige Behandlungsstrategien; Akute internistische Krankheiten – Antikoagulation wann, womit und wie lange?; Überlappungstherapie (Bridging) bei geplanten Interventionen einschließlich Regionalanästhesie; Gerinnungshemmendes Management in Krisensituationen – Organversagen, Sepsis und Heparin-induzierte Thrombozytopenie

Samstag, 08. März 2008, 9 bis 15 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt, Prof. Dr. med. C. Hamm, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 75 (Akademiemitglieder frei)

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Ittner, Akademie, Tel.: 06032 782-223

Fax: -228

E-Mail: christina.ittner@laekh.de

**GUTACHTEN / PSYCHIATRIE
BEGUTACHTUNG PSYCHISCH REAKTIVER TRAUMAFOLGEN IN
AUFENTHALTSRECHTLICHEN VERFAHREN BEI ERWACHSENEN 38 P**

Veranstaltung der LÄKH/Akademie in Zusammenarbeit mit der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen
Samstag/Sonntag 01./02. März 2008 und (s. HÄBI 09/2007)
Samstag/Sonntag 26./27. April 2008

Leitung: Z. Cunovic, Dr. med. B. Wolff, Frankfurt a.M.

Teilnahmebeitrag: € 490 (Akademiemitglieder € 441)

Teilnehmerzahl: max. 30

Tagungsort: Bad Nauheim FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft: Zeljko Cunovic (Tel. 069 71678776)

Dr. med. Barbara Wolff (Tel. 069 78995335)

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau Dauth, Akademie, Fax: 06032 782-229

E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

**6. INTERNATIONALE KASSELER FORTBILDUNG
MEDIZINISCHE DIAGNOSTIK BEI KINDESMISSHANDLUNG 17 P**

Schirmherrin: Silke Lautenschläger, Hessische Sozialministerin
In Kooperation mit: Landesärztekammer Hessen, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendärzte, Kooperationsarbeitskreis sexueller Missbrauch Kassel, Kinderklinik & Kinderschutambulanz des Klinikum Kassel

Themen: Grundlagen, Geschichte, Literatur; Vernachlässigung und emotionale Misshandlung; Forensische und rechtliche Aspekte; Umgang, Intervention und Prävention; Fallbesprechungen

Sexueller Missbrauch: Grundlagen; Anamnese, Untersuchung; Normalbefunde, Befunde und Klassifikation; Sexuell übertragene Erkrankungen; Prophylaxen, Differentialdiagnosen; Intervention

Körperliche Misshandlung, MSpP: Befunde verschiedener Organsysteme; Diagnostik, Dokumentation, Radiologie; Münchhausen Syndrom by Proxy

Freitag, 14. bis Samstag, 15. März 2008

Leitung: Dr. med. B. Hermann, Kassel

Tagungsort: Klinikum Kassel, Hörsaal Mönchebergstr. 48e; Gebäude 48

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGgKV) e.V., Techniker Krankenkasse, Klinikum Kassel

Information und Anmeldung: DGgKV e.V. Geschäftsstelle, Königsweg 9, 24103 Kiel, Tel.: 0431 671284, Fax: 0431 674943 E-Mail: Info@dgkv.de,
Online www.dgkv.de / www.kindesmisshandlung.de

PSYCHOSOMATISCHE GRUNDVERSORGUNG (EBM 35100/35110)

31. Bad Nauheimer Psychotherapietage 2008

Leitung: Prof. h.c. Dr. med. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden, und Mitarbeiter

Theorie und Praxis: Modelle der psychosomatischen Medizin – Das positive Menschenbild unter dem transkulturellen Ansatz – Pathogenese und Salutogenese – Abgrenzung psychosomatischer Störungen von Neurosen und Psychosen. Krankheit und Familiendynamik – Interaktion in Gruppen – Vier Formen der Krankheitsbewältigung (Coping) – Differentialindikation von Psychotherapieverfahren – Neurosenlehre verschiedener psychotherapeutischer Schulen – Erstinterview – 5 Stufen der Therapie – Reflexion der Therapeut-Patient-Beziehung – Balint-Gruppe und Selbsterfahrung – Verbale Intervention. (Spezielle Techniken) – Familientherapie – Paartherapie. Folgende Krankheitsbilder werden u.a. behandelt: Adipositas – Diabetes mellitus – Ängste und Depressionen – Asthma bronchiale – Bandscheibenvorfall – Herzphobie – Hypertonie – Krebs – Multiple Sklerose – Schizophrenie – Sexuelle Funktionsstörungen – Positiver Umgang mit Trennung, Verlust, Tod und Trauer in verschiedenen Kulturen – Suizid (Fallvorstellungen, Fallbesprechungen und Selbsterfahrung).

Block 2: 28.03. – 30.03.2008 (Freitag – Sonntag) p.T. 10 P

Block 3: 13.06. – 15.06.2008 (Freitag – Sonntag)

Block 4: 18.10.2008 (Samstag)

jeweils von 09:15 – 18:30 Uhr

Tagungsort: Wiesbaden, Internationale Akademie für Positive und Transkulturelle Psychotherapie, Langgasse 38-40

Teilnahmebeitrag: € 140 p. Seminartag (Akademiemitglieder € 126 p. Tag)

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau Dauth, Akademie, Tel.: 06032 782-238, Fax: 06032 782-229 E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

14. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

III. 11. – 13.04.2008 (Freitag 16:00 bis Sonntag 13:00) 20 P

- A.** Dermatologische Erkrankungen, gynäkologische Erkrankungen; Verläufe; Balintgruppenarbeit
B. Stressbewältigung; PTSD akut/chronisch. Salutogenetisches Potential II. Haupttherapieverfahren in der Psychotherapie. Indikation und Prognose psychosomatischer Interventionen; Indikationen zur Überweisung.

IV. 06. – 08.06.2008 (Freitag 16:00 bis Sonntag 13:00) 20 P

- A.** Das kranke Kind/der kranke Jugendliche und die Familie
B. Merkmale des Familiengesprächs; Gruppentechniken

V. 08. – 10.08.2008 (Freitag 16:00 bis Sonntag 13:00) 20 P

- A.** Magen-Darm-Erkrankungen; Suchtkrankheit im engeren und weiteren Sinne; Verläufe, Balintgruppenarbeit.
B. Die Psychosomatische Bedeutung von besonderen Entwicklungsabschnitten; damit zusammenhängende Lebensereignisse und Umgang hiermit: Schwangerschaft, Geburt, Schule, Partnerschaft, Trennung, Tod und Sinnkrisen. Spezielle Interventionsformen im Falle von Suchterkrankung.

VI. 21. – 23.11.2008 (Freitag 16:00 bis Sonntag 13:00) 20 P

- A:** Der alte Mensch/der chronisch Kranke/der sterbende Mensch
B: Techniken ärztlicher Begleitung; das salutogenetisch geführte Gespräch

Konferenz Psychosomatische Grundversorgung für Absolventen der Grundveranstaltung 18.10.2008

16. – 18.01.2009 15. Curriculum

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Teilnahmebeitrag: Block (20h) € 300, (Akademiemitglieder € 270)

Auskunft + Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau U. Dauth, Akademie, Tel.: 06032 782-238, Fax: 06032 782-229 E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

CURRICULUM

„GESUNDHEIT & ETHNISCH-KULTURELLE VIELFALT“

16 P

Freitag, 14. bis Samstag, 15. März 2008

Aufbaukurs 1 Osteuropa und Kleinasien (16 UE)

(gefördert durch das Hessische Sozialministerium)

Leitung: Prof. Dr. med. N. Gordjani, Dipl.- Psych. U. Cramer-Düncher,
Dr. med. U. Schreiber-Popović

Teilnahmebeitrag: € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Tagungsort: Bad Nauheim, FBZ der LÄKH Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7,

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau H. Cichon, Akademie, Tel.: 06032 782-209, Fax: -220 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

**4. FACHTAGUNG „PALLIATIVE VERSORGUNG UND
HOSPIZLICHE BEGLEITUNG IN HESSEN“**

Geplante Veranstaltung in Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft Hospize sowie der KASA

Hospizidee in der regionalen Vernetzung

vorgesehener Termin: Mittwoch, 09. April 2008

Tagungsort: Bad Nauheim, FBZ der LÄKH Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Blum, Akademie, Tel: 06032 782-222, Fax: 06032 782-228 E-Mail: marianne.blum@laekh.de

**STRUKT. FACHSPEZIFISCHE FORTBILDUNG
„KINDER- UND JUGENDMEDIZIN“**

Kinderrheumatologie, Fieber unklarer Genese

Samstag, 31. Mai 2008

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. € 45)

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Anmeldung bitte *schriftlich* an Frau K. Baumann, Akademie

Tel.: 06032 782-281, Fax: -228 E-Mail: katja.baumann@laekh.de

weitere Veranstaltungen: **30. August und 29. November 2008**

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse. Dabei wird unter der Gesamt-Moderation von Herrn Prof. Fassbinder und Mitwirkung zahlreicher Referenten das Gesamtgebiet der Inneren Medizin abgehandelt.

Montag, 07. bis Samstag, 12. April 2008

Programmübersicht:

Montag, 7. April 2008

Pneumologie – Endokrinologie/Diabetologie

9 P

Dienstag, 8. April 2008

Gastroenterologie – Kardiologie

9 P

Mittwoch, 9. April 2008

Kardiologie – Internistische Intensivmedizin

9 P

Donnerstag, 10. April 2008

Angiologie – Nephrologie

9 P

Freitag, 11. April 2008

Rheumatologie – Internist. Onkologie/Hämatologie

13 P

Samstag, 12. April 2008

Fallseminar

7 P

Das detaillierte Programm ist ab der 11. KW online auf unserer Homepage www.fbz-hessen.de einzusehen.

Leitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Fulda

Teilnahmebeitrag: € 495 (Akademiestmitgl., Mitglieder des BDI und der DGIM € 445).

Teilnahmebeitrag für den einzelnen Tag: € 150 (Akademiestmitgl., Mitglieder des BDI und der DGIM € 135)

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung bitte schriftlich an Frau A. Zinkl, Akademie, Tel.: 06032 782-227, Fax: -229 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

DAS GESUNDHEITSWESEN IN DEUTSCHLAND, DIE ÄRZTLICHEN KÖRPERSCHAFTEN, WEITER- UND FORTBILDUNG ÄRZTLICHES BERUFSRECHT, SOZIALVERSICHERUNGSRECHT

8 P

Seminar für Ärzte, die ihr Staatsexamen nicht in der Bundesrepublik Deutschland gemacht haben

Themen: Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland; Aufgaben und Organisationsstruktur der Landesärztekammer Hessen; Die Berufsordnung für die Ärzte in Hessen; Ambulante vertragsärztliche Versorgung; Die Verpflichtung zur ärztlichen Fortbildung im Rahmen des GMG (Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz); Angestellte und beamtete Ärzte; Verfahren zur Erteilung der Berufserlaubnis und Approbation; Haftpflicht- und Lebensversicherung; Krankenversicherung; Rundtischgespräch: „Der Arzt in der Bundesrepublik Deutschland – Stellung, Aufgaben, Pflichten und Rechte“

Mittwoch, 14. Mai 2008, 9 c.t. bis 17 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim, Dr. med. M. Popović, Frankfurt

Teilnahmebeitrag: € 110 (Akademiestmitglieder € 99)

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie, Tel.: 06032 782-202, Fax: -229 E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

CHIRURGIE

Chirurgische Erkrankungen des Dick- und Enddarms
Aktuelles in der Diagnostik, operativen und interdisziplinären Therapie

Samstag, 14. Juni 2008

Leitung: Prof. Dr. med. Karl-Heinrich Link, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiestmitglieder € 45)

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim

Anmeldung bitte schriftlich an Frau A. Schad, Akademie

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220 E-Mail: annerose.schad@laekh.de

weitere Termine: **13.09.2008 und 06.12.2008**

(der Termin vom 15. März 2008 wird auf einen späteren Zeitpunkt verlegt)

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse

Samstag/Sonntag 14./15. Juni 2008, jeweils 9 bis 16:30 Uhr

Leitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a.M.

Teilnahmebeitrag: € 260 (Akademiestmitgl. € 234)

Teilnehmerzahl: mind. 25

Tagungsort: Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie, Tel.: 06032 782-203, Fax: -229 E-Mail: renate.hessler@laekh.de

FORTBILDUNG FÜR ASSISTENTEN IN WEITERBILDUNG UND FÜR ÄRZTE DER FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

10 P

Themen: Frühgeburt – Epidemiologie, Mortalität, Morbidität – Differentialdiagnostik der Wachstumsretardierung – Überwachung des Feten durch Dopplersonographie – Gynäkologische Sonographie – Kinder- und Jugendgynäkologie – Kontrazeptive Maßnahmen

Mittwoch, 18. Juni 2008, 9 bis 16 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. W. Künzel, Gießen

Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiestmitglieder € 45)

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Schad, Akademie, Tel.: 06032 782-213, Fax: -220 E-Mail: annerose.schad@laekh.de

weitere Veranstaltungen: **15. Oktober 2008**

1. SOMMERAKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORT- UND WEITERBILDUNG

vorgesehene Fachgebiete:

- psychosomatische Grundversorgung
- Ambulante Schmerztherapie
- Palliativmedizin in der niedergelassenen Praxis
- Ultraschall Refresher Kurs
- Rehabilitationsmedizin
- Lungenfunktionskurs
- Strahlenschutzaktualisierungskurs
- EKG-Refresher-Kurs
- Moderatorentaining
- Pharmakotherapie
- Notfall-Refresher-Kurs
- Kommunikation

Montag, 28. Juli – Freitag, 01. August 2008

Tagungsort: Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Schad, Akademie, Tel.: 06032 782-213, Fax: -220 E-Mail: annerose.schad@laekh.de

ARBEITSMEDIZINISCHE GEHÖRVORSORGE – G 20 – LÄRM ALS BLENDED-LEARNING-VERANSTALTUNG (KOMBINATION AUS E-LEARNING UND PRÄSENZLERNEN)

Einführung in die Telelernphase: 13.09.2008 von 09:00 Uhr bis 10:30 Uhr

Telelernphase: 14.09.2008 – 14.11.2008

Präsenzphase: 15.11.2008 von 13:00 Uhr bis 17:00 Uhr

mit abschließender

Lernerfolgskontrolle: 16.11.2008 von 08:30 Uhr bis 16:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiestmitgl. € 198)

Teilnehmer des Arbeitsmedizin-Kurs A2 (Sept. 2008) sowie B2 (Nov. 2008) haben die Möglichkeit am G 20-Kurs zum halben Teilnahmebeitrag teilzunehmen.

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie, Tel.: 06032 782-283, Fax: -229 E-Mail: luise.stieler@laekh.de

MEDIZIN IN DER LITERATUR

„Krebsstation“ von Solzenicyn

16.04.2008, 18 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 30

Tagungsort: Bad Nauheim, FBZ der LÄKH Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung bitte schriftlich an Frau A. Zinkl, Akademie, Tel.: 06032 782-227, Fax: -229 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

weitere Veranstaltungen: 30.11.2008 – vormittags –

„Der Spieler“ von Dostojewski, Spielcasino Wiesbaden

II. KURSE zur FORT- und WEITERBILDUNG

ZURÜCK IN DEN ARZTBERUF – AKTUELLES AUS DER PRAXIS UND FÜR DIE PRAXIS

Themenkomplexe: Wichtige fachliche Neuerungen in den konservativen und chirurgischen Fächern, Notfalltraining, Geriatrie, Onkologie, Palliativmedizin, Prävention, neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Ultraschall, radiologische Untersuchungsmethoden, Pharmakotherapie), aktuelle gesetzliche Vorgaben und Entwicklungen im Gesundheitswesen, Hospitation in Klinik oder Praxis, Infotag Krankenhaus und Jobbörse

Montag bis Freitag, 11. bis 15. August 2008 und Montag bis Freitag, 18. bis 22. August 2008

Leitung: Dr. med. S. Trittman, Prof. Dr. med. E.-G. Loch

Teilnahmebeitrag: € 1000 (Akademiestud. € 900)

Kinderbetreuung kann in der Nähe organisiert werden.

Tagungsort: Bad Nauheim, FBZ der LÄKH Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7,

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie, Tel.: 06032 782 209, Fax: -220

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

KURS-WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN

Termine 2008

alte Weiterbildungsordnung ab 1999 (letztmalig 2008 !)				neue Weiterbildungsordnung ab 1.11.2005			
			Std./Pkt.				Std./Pkt.
19.04.2008	Block 14	„Betreuungskonzepte für den geriatrischen Patienten“	8 Std.	19.04.2008	Psychosomatische Grundversorgung – Kurs C 2		6 Std.
06./07.06.2008	Block 16	„Psychosomatische Grundversorgung (Teil 1)“	20 Std.	06./07.06.2008	Psychosomatische Grundversorgung – Kurs A		20 Std.
19./20.09.2008	Block 17	„Psychosomatische Grundversorgung (Teil 2)“	20 Std.	19./20.09.2008	Psychosomatische Grundversorgung – Kurs B		16 Std.
15./16.11.2008	Block 18	„Allgemeinärztl. Besonderheiten der Arzneibehandlung“	12 Std.	–			
							50 Std.
					+ Balintgruppe		30 Std.
			= 80 Std.				= 80 Std.

Teilnahmebeitrag: 35 € für den halben Tag (4 Std.), 60 € für den ganzen Tag (8 Std.), 50 € für 6 Std., 95 € für 12 Std., 155 € für 20 Std.

Anmeldeschluss – spätestens 14 Tage vor Seminarbeginn!

Tagungsort: FBZ der LÄKH Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie, Tel.: 06032 782-203, Fax: -229

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Programm siehe Internet: http://www.laekh.de/front_content.php?idart=2747

ARBEITS- UND BETRIEBSMEDIZIN

Weitere Termine:

Aufbaukurs: C1 **Freitag, 07. – Freitag, 14. März 2008** **60 P**

Achtung Terminänderungen!

Grundkurs: A2 **Samstag, 13. – Samstag, 20. Sept. 2008** **60 P**

Aufbaukurs: B2 **Samstag, 08. – Samstag, 15. Nov. 2008** **60 P**

Aufbaukurs: C2 **Samstag, 05. – Samstag, 12. Dez. 2008** **60 P**

Teilnahmebeitrag pro Kursteil: vorauss. € 490 (Akademiestud. € 441) Änderungen vorbehalten!

Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge – G 20 – Lärm als Blended-Learning-Veranstaltung (Kombination aus e-learning und Präsenzlernen)

Einführung in die Telelernphase: **13.09.2008** von 09:00 Uhr bis 10:30 Uhr

Telelernphase: **14.09.2008 – 14.11.2008**

Präsenzphase: **15.11.2008** von 13:00 Uhr bis 17:00 Uhr

mit abschließender Lernerfolgskontrolle **16.11.2008** von 08:30 Uhr bis 16:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiestud. € 198) – Teilnehmer des Arbeitsmedizin-Kurs A2 (Sept. 2008) sowie B2 (Nov. 2008) haben die Möglichkeit am G 20-Kurs zum halben Teilnahmebeitrag teilzunehmen.

Tagungsort: FBZ der LÄKH Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie, Tel. 06032 782-283, Fax: -229

E-Mail: luise.stieler@laekh.de

ERNÄHRUNGSMEDIZIN 2008 (100 Std.)

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)

Der Kurs hat bereits im Februar 2008 begonnen und endet im April 2008.

Interessenten für einen neuen Kurs wenden sich bitte an Frau A. Zinkl, Akademie, Tel.: 06032 782-227, Fax -229

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

HÄMOTHERAPIE

Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie (40 Std.)

13. – 14. Juni 2008 und 20. – 22. Juni 2008

€ 800/Einzeltag € 190

(Akademiestud. € 720/Einzeltag € 171)

40 P

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter (16 Std.)

20./21. Juni 2008

€ 340 (Akademiestud. € 306)

24./25. Oktober 2008

€ 340 (Akademiestud. € 306)

16 P

Tagungsort: FBZ der LÄKH Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Schad, Akademie, Tel.: 06032 782-213, Fax: -220

E-Mail: annerose.schad@laekh.de

04. Oktober 2008, 09:00 – 17:30 Uhr

Leitung: Dr. med. H. Meireis, Wiesbaden

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau Edda Hiltcher, Akademie, Tel.: 06032 782-211, Fax: -229

Programm siehe Internet: http://www.laekh.de/front_content.php?idart=2747

E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

MEDIZINISCHE REHABILITATION (16-Stunden-Kurs nach der neuen Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V))

01. März 2008, 9 – 17 Uhr

€ 180 (Akademiemitgl. € 162)

21 P

31. Mai 2008, 9 – 17 Uhr

€ 180 (Akademiemitgl. € 162)

21 P

Leitung: Prof. Dr. med. T. Wendt, Bad Nauheim

Tagungsort: Rehazentrum der DRV-Bund, Klinik Wetterau, Zanderstraße 30-32, Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie, Tel.: 06032 782-203, Fax: -229

Programm siehe Internet: http://www.laekh.de/front_content.php?idart=2747

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG

Notdienst-Seminar:

30./31. August und 13. September 2008 Bad Nauheim

Notfallmedizinisches Intensivtraining

in der niedergelassenen Praxis:

13. Dezember 2008

Bad Nauheim

Fachkundenachweis Rettungsdienst:

in Planung

Wiesbaden

Leitender Notarzt:

22. – 25. November 2008

Kassel

Wiederholungsseminar „Leitender Notarzt“:

16. August 2008

Wiesbaden

Wiederholungsseminar „Leitender Notarzt“:

25. Oktober 2008

Kassel

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie, Tel. 06032 782-202, Fax: -229

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Bitte melden Sie sich direkt bei der Einrichtung an, bei der Sie den Kurs besuchen möchten.

Termine Baby-Mega-Code-Training:

€ 140 (Akademiemitgl. € 126)

Leitung: G. Kliemann

Tagungsort: Friedberg, Vitracon, Saarstraße 30

Anmeldung und Auskunft: Jochen Korn, Tel.: 06031 687038-0, Fax: -1

E-Mail: jochen.korn@vitracon.de

Termine Mega-Code Training

06. April 2008, 08. Juni 2008, 12. Oktober 2008, 16. November 2008, 14. Dezember 2008

jeweils von 09:00 – 17:00 Uhr

Tagungsort: Bad Nauheim: Bildungseinrichtung der Johanniter, Schwalheimer Str. 84

Anmeldung + Auskunft: René Pistor, Tel.: 06032 9146-31, Fax: 9146-60

E-Mail: rene.pistor@juh-wetterau.de

Termine Mega-Code-Training:

Leitung: Dr. med. Veit Kürschner

Tagungsort: Wiesbaden

Anmeldung und Auskunft: Frau A. Faust, Tel.: 0611 432832

E-Mail: anette.faust@hsk-wiesbaden.de

PALLIATIVMEDIZIN

Modul 1

20. bis 24. Mai 2008

€ 550 (Akademiemitgl. € 495)

Modul 2

06. bis 10. August 2008

€ 550 (Akademiemitgl. € 495)

Modul 3

03. bis 07. November 2008

€ 650 (Akademiemitgl. € 585)

Basiskurs

02. bis 06. Dezember 2008

€ 550 (Akademiemitgl. € 495)

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie, Tel. 06032 782-202, Fax -229

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

PRÜFARZT IN KLINISCHEN STUDIEN (16 Std.)

18 P

Nächster Termin: 30. – 31. Mai 2008

Teilnahmebeitrag: € 280 (Akademiemitgl. € 252)

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim

Auskunft + Anmeldung bitte schriftlich an Frau A. Zinkl, Akademie, Tel.: 06032 782-227, Fax: -229

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

ÄRZTLICHES QUALITÄTSMANAGEMENT

Weitere Termine:

Block II 07.04. – 12.04.2008

€ 1010 (Akademiemitglieder € 909)

48 P

Block III 08.09. – 13.09.2008

€ 1010 (Akademiemitglieder € 909)

48 P

Block IV 10.11. – 15.11.2008

€ 1010 (Akademiemitglieder € 909)

48 P

5 % Frühbucherrabatt bei Buchung aller vier Blöcke bis 14.03.2008

EFQM-Assessorentaining

16. und 17. Mai 2008

€ 550,00 zzgl. Lizenzgebühren € 238 incl. MwSt

32 P

(Akademiemitgl. € 495 zzgl. Lizenzgebühren € 238 incl. MwSt)

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Schäd, Akademie, Tel. 06032 782-213, Fax: -220

E-Mail: annerose.schad@laekh.de

Freitag/Samstag, 12./13. Sept. 2008 und Freitag/Samstag, 24./25. Okt. 2008

€ 440 (Akademiemitgl. € 396)

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a.M.

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie, Tel.: 06032 782-203, Fax: -229

E-Mail: renate.hessler@laekh.deProgramm siehe Internet: http://www.laekh.de/front_content.php?idart=2747**FACHKUNDE IM STRAHLENSCHUTZ FÜR ÄRZTE** gem. RöV**Kenntniskurs**

(Theoretische Unterweisung):

15. März 2008

€ 80 (Akademiemitgl. € 72)

6 P

Grundkurs:Terminänderung: ~~10./11. Mai 2008*~~

31. Mai/01. Juni 2008*

€ 280 (Akademiemitgl. € 252)

22 P

Spezialkurs:

09./10. August 2008*

€ 280 (Akademiemitgl. € 252)

23 P

Aktualisierungskurs gem. RöV

08. November 2008

€ 110 (Akademiemitgl. € 99)

* + 1 Nachmittag nach Wahl in der Folgewoche f. Prakt./Prüfung im Uni-Klinikum Gießen

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie, Tel.: 06032 782-211, Fax: -229

E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de**SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE**

Teil II

17./18.05.2008 Bad Nauheim

€ 220 (Akademiemitgl. € 198)

20 P

Teil III

08./09.11.2008 Kassel

€ 220 (Akademiemitgl. € 198)

20 P

Teil IV

20./21.09.2008 Wiesbaden

€ 220 (Akademiemitgl. € 198)

20 P

Auskunft und Anmeldung bitte schriftlich an Frau A. Zinkl, Akademie, Tel.: 06032 782-227, Fax: -229

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de**SOZIALMEDIZIN (320 Std.)****Grundkurs GK I**

Grundlagen der Sozialmedizin, Grundlagen der Gesundheitsversorgung; Systeme der sozialen Sicherung

16. – 25. April 2008

80 P

Grundkurs GK II

Grundlagen der Rehabilitation, Gesundheitsförderung und Prävention, Leistungsarten, -formen und Zugang zur Rehabilitation

15. – 24. Okt. 2008

80 P

Aufbaukurs AK I

Arbeitsmedizinische Grundbegriffe; Grundlagen der Begutachtung, Rechtsfragen

21. – 30. April 2009

Aufbaukurs AK II

Spezielle sozialmedizinische Begutachtung; Leistungsdiagnostik und Beurteilungskriterien bei ausgewählten Krankheitsgruppen

28. Okt. – 06. Nov. 2009

Teilnahmebeitrag pro Kursteil: € 650 (Akademiemitgl. € 585)

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie, Tel.: 06032 782-287, Fax: -228

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de**SUCHTMEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG (50 STD.)**

In Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz

Die Module sind inhaltlich so konzipiert, dass z.B. Modul I in Hessen Modul I in Rheinland-Pfalz entspricht

Frühjahr 2008 Hessen:

Kursteil 2 Baustein II Alkohol / Nikotin und Wahlthema

18. und 19. April 2008

Kursteil 4 Baustein V – Motivierende Gesprächsführung V

09. und 10. Mai 2008

Auskunft: Frau K. Baumann, Akademie, Tel.: 06032 782-281, Fax: -228

E-Mail: katja.baumann@laekh.deHerbst 2008 Rheinland-Pfalz

Kursteil 1 Baustein I Grundlagen 1 und 2

12. und 13. September 2008

Kursteil 2 Baustein II Alkohol / Nikotin und Wahlthema

18. und 19. Oktober 2008

Kursteil 3 Baustein III (Medikamente) / VI (illegale Drogen)

07. und 08. November 2008

Kursteil 4 Baustein V – Motivierende Gesprächsführung V

21. und 22. November 2008

Auskunft: Frau B. Kröhler, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz, Tel.: 06131 28438-15, -10

E-Mail: kruehler@arztkollege.de

Teilnahmebeitrag pro Wochenende: € 165 (pro Kurs € 660)

ULTRASCHALLKURSE**Abdomen**

Aufbaukurs

12. und 20. April 2008 (Theorie) + 2 x 5 Std. Praktikum

€ 400 (Akademiemitgl. € 360)

40 P

Abschlusskurs

01. November 2008 (Theorie) + 2 x 5 Std. Praktikum

€ 230 (Akademiemitgl. € 207)

29 P

Gefäße

Aufbaukurs (hirnversorg. Gefäße)

19. bis 21. Juni 2008 (Theorie + Praktikum)

€ 350 (Akademiemitgl. € 315)

25 P

Abschlusskurs (hirnversorg. Gefäße)

21. und 22. November 2008 (Theorie + Praktikum)

€ 290 (Akademiemitgl. € 260)

20 P

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost, Tel.: 069 97672-552, Fax: -555

E-Mail: marianne.jost@laekh.de**UMWELTMEDIZIN**

Neue Termine in Planung!

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie, Tel.: 06032 782-287, Fax: -228

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de**VERKEHRSMEDIZINISCHE QUALIFIKATION**

15 P

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)

Freitag, 13. Juni 2008, 13 – 18:15 Uhr und Samstag, 14. Juni 2008, 9 – 18:15 Uhr

€ 200 (Akademiemitgl. € 180)

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

Tagungsort: FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie, Tel.: 06032 782-203, Fax: -229

E-Mail: renate.hessler@laekh.deProgramm siehe Internet: http://www.laekh.de/front_content.php?idart=2747

Carl-Oelemann-Schule

Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen medizinischer Fachberufe

Carl-Oelemann-Weg 5 · 61231 Bad Nauheim · Telefon: 06032 782 – 0

E-Mail-Adresse: verwaltung.cos@laekh.de · Homepage: www.carl-oelemann-schule.de

ALLGEMEINE HINWEISE

ANMELDUNG: bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich.

VERANSTALTUNGSORT: soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, 61231 Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 5, statt.

TEILNAHMEBESCHEINIGUNG: am Ende einer Veranstaltung erhalten die Teilnehmer/innen eine Teilnahmebescheinigung. Nach erfolgreicher Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen/Qualifizierungslehrgängen mit einem Stundenumfang ab 40 Stunden erhalten die Teilnehmer/innen ein Zertifikat. Nach Abschluss eines Qualifizierungslehrgangs, der einen Stundenumfang von mindestens 280 Stunden umfasst, erhalten die Teilnehmer/innen eine Urkunde.

FORTBILDUNGEN FÜR ANGEHÖRIGE MEDIZINISCHER FACHBERUFE

AMBULANTE VERSORGUNG ÄLTERER MENSCHEN

Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung (AVÄ 5)

Inhalte: Informationsmanagement und Koordination durchführen, bei Einweisung und Entlassung mitwirken, Kooperation im Team, mit externen Partnern und Versorgungseinrichtungen gestalten, Dokumentation/Abrechnung/Qualitätsmanagement durchführen

Termin: Mittwoch, 09.04.2008, 15:00 – 18:30 Uhr, (4 Stunden)

Teilnahmebeitrag: 70,00 €

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax: -180

Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei der Qualifizierung „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ anerkannt.

ERNÄHRUNGSMEDIZIN FÜR ARZTHelfER/INNEN/ MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

Ernährung in besonderen Lebensabschnitten (ERM 3)

Inhalte: Grundlagen der gesunden Ernährung (Optimix) erklären, Ernährungsrituale berücksichtigen, alternative Kostformen benennen, Ernährung spezieller Personengruppen berücksichtigen.

Termin: Freitag, 11.04.2008, 10:00 – 17:30 Uhr bis

Samstag, 12.04.2008, 09:00 – 16:30 Uhr (16 Stunden)

Teilnahmebeitrag: 185,00 €

Ansprechpartner: Elvira Keller, Tel.: 06032 782-185, Fax: -180

Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei der Qualifizierung „Ernährungsmedizin“ anerkannt.

Krankheitsbilder und ernährungstherapeutische Maßnahmen (Grundlagen) (ERM 4)

Inhalte: Ernährungsbedingte oder – mitbedingte Erkrankungen beschreiben, Erkrankungen verschiedener Organsysteme beschreiben und bei Maßnahmen mitwirken, Nahrungsmittelunverträglichkeiten beschreiben, psychisch bedingte Ess-Störungen vergleichen.

Termin: Montag, 26.05.2008 ab 10:00 Uhr bis

Mittwoch 28.05.2008, 16:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: 280,00 €

Ansprechpartner: Elvira Keller, Tel.: 06032 782-185, Fax: -180

Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei der Qualifizierung „Ernährungsmedizin“ anerkannt.

Angewandte Ernährungsmedizin (ERM 5)

Inhalte: Essverhalten erfassen und bewerten, Ziele der Verhaltensänderung mit dem Patienten festlegen und Prozess planen. Didaktik und Methodik der

Einzelberatung beherrschen. Didaktik und Methodik der Gruppenschulung beherrschen, Instrumente (z.B. Fragebögen, Ernährungstabellen, Evaluation) einsetzen, Informationsfluss organisieren (z. B. Internet, Flyer), Bedeutung von Bewegung erläutern

Termin: Donnerstag, 29.05.2008, 10:00 Uhr bis

Freitag, 30.05.2008, 16:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: 185,00 €

Ansprechpartner: Elvira Keller, Tel.: 06032 782-185, Fax: -180

Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei der Qualifizierung „Ernährungsmedizin“ anerkannt.

Kooperation und Koordination (ERM 6)

Inhalte: Rolle und Funktion der MFA verstehen und im ernährungstherapeutischen Team kooperieren, Externe Partner koordinieren, Qualitätsmanagement durchführen, Organisation/Dokumentation/Abrechnung durchführen

Termin: Mittwoch, 13.08.2008, 10:00 – 15:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: 95,00 €

Ansprechpartner: Elvira Keller, Tel.: 06032 782-185, Fax: -180

Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei der Qualifizierung „Ernährungsmedizin“ anerkannt.

KLINIKASSISTENZ (120 Stunden)

Inhalte: DRG Kodierung, Grundlagen krankenhausrelevanter Gesetzgebung, Aufbau- und Ablauforganisation im Krankenhaus, Dokumentation und Verwaltung von Patientenakten, EDV, Formular- und Abrechnungswesen, Gesprächsführung, Praktikum

Termin: Interessentenliste

Teilnahmebeitrag: 1190,00 € inkl. Kolloquium

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782-187, Fax: -180

ARZTFACHHelfERIN (400 Stunden)

Die Fortbildung umfasst 400 Unterrichtsstunden und gliedert sich in einen Pflichtteil von 280 Unterrichtsstunden und in einen praxisbezogenen Wahlteil von 120 Unterrichtsstunden.

Inhalte: Arzthelfer/innen-Ausbildung, Betriebswirtschaftliche Praxisführung, Informations- und Kommunikationstechnologien, Kommunikation, Medizinprodukte/Arbeitsschutz/Hygiene/Umwelt, Notfallmedizin, Prävention und Gesundheitsberatung, Praxismanagement/Qualitätsmanagement, Recht

Termin: auf Anfrage

Teilnahmebeitrag für den Pflichtteil: 1480,00 € zzgl. 150,00 € Prüfungsgebühr

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782-187, Fax: -180

PATIENTENBETREUUNG/PRAXISORGANISATION

Beschwerde- und Konfliktmanagement (PAT 3)

Inhalte: Teamarbeit fördern, „Eigenes“ Rollenverständnis im Praxisteam beobachten und analysieren, Beschwerde- und Konfliktmanagement anwenden und analysieren, Lösungsstrategien anwenden

Termin: Freitag, 25.04.2008, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: 95,00 €

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax: -180

Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei den Qualifizierungen „Qualitätsmanagement“, „Palliativmedizin“, „Onkologie“ und Arztfachhelferin anerkannt.

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 10)

Inhalte: Techniken der Kommunikation anwenden, Gesprächsführung insbesondere mit spezifischen Patientengruppen und betreuenden Personen beherrschen, Telefonkommunikation durchführen, Konfliktlösungsstrategien einsetzen, sich mit der Berufsrolle auseinandersetzen.

Termin: Freitag, 18.04.2008 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: 95,00 €

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax: -180

Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei den Qualifizierungen „Ambulante Versorgung älterer Menschen“, „Case Management in der ambulanten Versorgung zur Spezialisierung bei chronischen Erkrankungen“, „Ernährungsmedizin“, „Patientenbegleitung und Koordination“, „Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen“, „Prävention im Kindes- und Jugendalter“, „Qualitätsmanagement“, „Palliativmedizin“, „Onkologie“ und Arztfachhelferin anerkannt.

Moderation (PAT 11)

Inhalte: Präsentationsmedien, Präsentationstechniken, Einführung in die Methodik

Termin: Samstag, 26.04.2008 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: 95,00 €

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax: -180

Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei den Qualifizierungen „Ernährungsmedizin“, „Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen“, „Prävention im Kindes- und Jugendalter“, „Qualitätsmanagement“, und Arztfachhelferin anerkannt.

Wahrnehmung und Motivation (PAT 14)

Inhalte: Modelle der Selbst- und Fremdwahrnehmung verstehen, Motivation und Bedürfnisse einschätzen, Patienten und betreuende Personen zur Mitwirkung motivieren, Besonderheiten spezifischer Patientengruppen berücksichtigen, soziales Umfeld einschätzen

Termin: Samstag, 19.04.2008, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: 95,00 €

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax: -180

Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei den Qualifizierungen „Ambulante Versorgung älterer Menschen“, „Case Management in der ambulanten Versorgung zur Spezialisierung bei chronischen Erkrankungen“, „Ernährungsmedizin“, „Patientenbegleitung und Koordination“, „Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen“, „Prävention im Kindes- und Jugendalter“, „Qualitätsmanagement“, „Palliativmedizin“, „Onkologie“ und Arztfachhelferin anerkannt.

Anwendung von Excel bei Vorratshaltung/

Bestellungen in der Arztpraxis (PAT 2)

Inhalte: Einführung in die Software Excel, Tabellenaufbau/-struktur, Rechenfunktion, Entwicklung einer Tabelle zur Vorratshaltung (IST-/SOLL-Erfassung), Auswertung von Angebotsvergleichen unter Bezug auf die Vorratshaltung

Termin: Interessentenliste (7 Stunden)

Teilnahmebeitrag: 95,00 €

Ansprechpartner: Elvira Keller, Tel. 06032 782-185, Fax: -180

EDV-Workshop (PAT 5)

Die Veranstaltung richtet sich an Teilnehmer/innen, die ihre EDV-Kenntnisse in den Grundlagenkenntnissen auffrischen und ergänzen möchten. Sie ist ausgerichtet auf das Tätigkeitsfeld des/r Arzthelfer/in und Medizinischen Fachangestellten.

Inhalte: Word: Textformatierungen, Anlegen von Tabellen, Internet: Informationen aus dem Internet finden, speichern und nutzen.

Termin: Interessentenliste (5 Stunden)

Teilnahmebeitrag: 70,00 €

Ansprechpartner: Elvira Keller, Tel. 06032 782-185, Fax: -180

Englisch für Gesundheitsberufe (English for health matters) (PAT 8)

Inhalte: Begrüßung und Verabschiedung von Patienten, Aufnahme von Patientendaten, Terminabstimmung, Praxisräume und Funktionsbereiche, Anleitung des Patienten zur Vorbereitung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Termin: Interessentenliste

4x samstags, 10:00 – 14:30 Uhr (insgesamt 20 Stunden)

Teilnahmebeitrag: 280,00 €

Ansprechpartner: Elvira Keller, Tel. 06032 782-185, Fax: -180

PRÜFUNGSVORBEREITUNGSKURSE

Als Vorbereitung auf die Abschlussprüfung zum/r Arzthelfer/-in und Medizinischen Fachangestellten

Abrechnung (PVK 1)

Inhalte: Formularwesen, Vertragliche Abrechnung und Privatliquidation (EBM und GOÄ), Praktische Übungen zur Abschlussprüfung

Termin: Samstag, 12.04.2008, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)

Teilnahmebeitrag: 75,00 €

Ansprechpartner: Elvira Keller, Tel. 06032 782-185, Fax: -180

Verwaltung inkl. Praktische Übungen (PVK 5)

Inhalte: Rechnungswesen, Zahlungsverkehr, Praxisorganisation

Termin: Samstag, 19.04.2008, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)

Teilnahmebeitrag: 75,00 €

Ansprechpartner: Elvira Keller, Tel. 06032 782-185, Fax: -180

PATIENTENBEGLEITUNG UND KOORDINATION

Interaktion mit chronisch kranken Patienten (PBK CMA 1)

Inhalte: Interaktionsmuster kennen, Besonderheiten chronisch Kranker einschätzen, Vereinbarungen, Verbindlichkeiten, Absprachen treffen und kontrollieren, Beziehungsmanagement umsetzen

Termin: Samstag, 19.04.2008, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: 95,00 €

Ansprechpartner: Elvira Keller, Tel. 06032 782-185, Fax: -180

Die Fortbildung wird bei Vorlage der Teilnahmebescheinigung bei der Qualifizierung „Patientenbegleitung und Koordination“ und „Case Management in der ambulanten Versorgung zur Spezialisierung bei chronischen Erkrankungen“ anerkannt.

QUALIFIZIERUNGSLERHANG: PRÄVENTION IM KINDES- UND JUGENDALTER (PRK)

Inhalte: Kommunikation und Gesprächsführung, Wahrnehmung und Motivation, Moderation, Entwicklung und Familie Primäre Prävention in Kindheit und Jugend, Sekundäre Prävention in Kindheit und Jugend, Tertiäre Prävention, Organisation, Koordination und Qualitätsmanagement, Hausarbeit

Für diesen Lehrgang führen wir eine Interessentenliste.

Wir übersenden Ihnen gerne ausführliches Informationsmaterial

Zeit: 84 Stunden

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782-187, Fax: -180

Neue Regelungen zum ‚Infektionsschutz‘ in den „Technischen Regeln für biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ (TRBA 250)

Erich Turcer¹, Roland Kaiser²

Der Ausschuss für biologische Arbeitsstoffe (ABAS) hat in seiner Sitzung am 21./22. November 2007 verschiedene Änderungen in den TRBA 250³ beschlossen, von denen die folgenden auch für ärztlich geleitete Einrichtungen des Gesundheitswesens von besonderer Bedeutung sind:

Im Kapitel „4 Schutzmaßnahmen“ wird in „4.2 Schutzmaßnahmen bei Tätigkeiten der Schutzstufe 2“⁴ ein neuer Abschnitt 4.2.8 eingefügt:

„Werden Patienten mit Verdacht auf eine Erkrankung durch luftübertragbare Erreger der Risikogruppe 2 und höher⁵ behandelt, hat der Arbeitgeber im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung ein betriebsbezogenes Konzept zum Schutz der Beschäftigten vor luftübertragbaren Infektionen festzulegen. Hierfür sind gegebenenfalls folgende Angebote bzw. Maßnahmen zu berücksichtigen:

- Bei impfpräventablen Erregern vorrangig das Angebot der Schutzimpfung (z.B. zur saisonalen Influenza, siehe hierzu Nr. 9.4)
- Bereitstellung eines Mund-Nasen-Schutz-Produktes (MNS), das mindestens die wesentlichen Kriterien einer FFP1-Maske (Filterdurchlass, Gesamtleckage und Atemwiderstand) nach DIN EN 149 erfüllt.“
Hinweis: Nicht alle MNS-Produkte erfüllen diese Kriterien – vgl. dazu Dreßler, S. et al: Zur Frage des geeigneten Atemschutzes vor luftübertragbaren Infektionserregern, Gefahrstoffe – Reinhaltung der Luft 66 (2006) Nr.1/2, S. 12 – 14).

Abschnitt „8 Zusammenarbeit von Arbeitgebern und Fremdfirmen“ wird ergänzt um „8.3 Zahntechnische, orthopädische oder vergleichbare Medizinprodukte (Werkstücke), die kontami-

niert sein können und zur Weiterbearbeitung vorgesehen sind, müssen vor Abgabe vom Abgebenden (z.B. Zahnarztpraxis, Orthopädiepraxis) desinfiziert werden. ...“

In Abschnitt „9 Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen“ wird Nummer „9.4 Impfangebote“ folgender zweiter Absatz hinzugefügt:

„Ist davon auszugehen, dass Beschäftigte in der Untersuchung, Behandlung oder Pflege von Patienten, die an saisonaler Influenza erkrankt sind, tätig werden, ist ihnen die jeweils aktuelle Influenza-Schutzimpfung anzubieten. Dies gilt auch für Tätigkeiten, die zum Betrieb der Einrichtung erforderlich sind, wie z.B. Reinigungsarbeiten, wenn sie mit einer Infektionsgefährdung verbunden sind. Das Angebot kann z.B. im Rahmen der arbeitsmedizinischen Beratung oder der Unterweisung nach Nr. 5.2

¹ Referat III 2 Hessisches Sozialministerium

² Landesärztekammer Hessen

³ Zugänglich z.B. über: www.baua.de

⁴ Zur Schutzstufe 2 gehören Tätigkeiten, bei denen es regelmäßig und in größerem Umfang zu Kontakt mit Körperflüssigkeiten, -ausscheidungen oder -geweben kommen kann, so dass eine Infektion mit Erregern der Risikogruppen 2 und 3 möglich ist. Beispiele: Blutentnahmen, Wundversorgung, Trachealabsaugung und Reinigung dabei benutzter Instrumente.

⁵ Erreger der Risikogruppen 2 und 3 sind solche, die mindestens eine Krankheit beim Menschen hervorrufen und deshalb eine Gefahr für Beschäftigte darstellen können.

⁶ Man wird diese Bestimmung sinngemäß auch auf eine drohende Pandemie durch aviäre Influenzaviren anwenden müssen. Sie wird in diesem Falle jedoch durch den Beschluss 609 des ABAS ergänzt (siehe www.baua.de). Zumindest derzeit gibt es aber in den TRBA noch keine Empfehlung/Verpflichtung des Arbeitgebers Arzt, sich für die Versorgung seines Personales auf eigene Kosten mit antiviralen Medikamenten zu bevorraten. Zu Schutzimpfungen siehe auch: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V vom 21. Juni 2007; geändert am 18. Oktober 2007. Bundesanzeiger 2007; Nr. 9: S. 121 – verfügbar über: www.g-ba.de

⁷ Biostoffverordnung z.B. unter: www.gesetze-im-internet.de

⁸ Vgl. dazu Abschnitt 4.2.4 TRBA 250 – es entfällt zukünftig auch die Möglichkeit, durch Festlegung geeigneter, das Verletzungsrisiko minimierender Arbeitsabläufe, auf die Verwendung ‚sicherer‘ Instrumente/Arbeitssysteme zu verzichten.

erfolgen (siehe auch § 15 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 und § 12 Abs. 2a Biostoffverordnung).^{6,7}

Schließlich hat der ABAS folgende ergänzende Stellungnahme betreffend stichsichere Sammelsysteme (vgl. dazu TRBA 250 4.1.1.4) beschlossen:

„Stichsichere Sammelsysteme werden nach den jetzigen Erkenntnissen auch für sichere Instrumente/Arbeitssysteme⁸ benötigt, weil ...

- zurzeit sowohl sichere als auch nicht sichere Systeme verwendet werden

- bei mechanischer Sicherung die Sicherheitsmechanismen außer Kraft gesetzt werden
- bei einigen sicheren Systemen eine spitze Kanüle in den Sammelbehälter abgeworfen wird.“

Literatur

1. Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe – Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege – TRBA 250 (verfügbar über: www.baua.de)
2. U. Heudorf, H. Herholz, R. Kaiser Hygiene in der Arztpraxis – Teil 1 Grundlagen und Händehygiene Hessisches Ärzteblatt 9/2007, 538 - 543

3. U. Heudorf, H. Herholz, R. Kaiser Hygiene in der Arztpraxis – Teil 2 Flächen-desinfektion und Umgang mit Abfällen Hessisches Ärzteblatt 10/2007, 609 - 611
4. U. Heudorf, H. Herholz, R. Kaiser Hygiene in der Arztpraxis – Teil 3 Instrumentenaufbereitung und Checkliste „Hygiene in der Arztpraxis“ Hessisches Ärzteblatt 11/2007, 659 - 663

Korrespondenzadresse

Erich Turcer

Hessisches Sozialministerium (Ref. III 2)

Dostojewskistraße 4

65187 Wiesbaden

E-Mail: Erich.Turcer@HSM.hessen.de



Keine Chance den Krankenhausinfektionen!

Auftaktveranstaltung „Aktion saubere Hände“ am 11. Dezember 2007

Bei der „Aktion saubere Hände“ handelt es sich um eine nationale Kampagne zur Verbesserung des Händedesinfektionsverhaltens in deutschen Krankenhäusern. Diese wird durch das Aktionsbündnis Patientensicherheit, die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. und das Nationale Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen organisiert und durchgeführt. Die Ak-

tion ist zunächst auf drei Jahre angelegt und wird durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

In Deutschland treten ca. 500.000 Krankenhausinfektionen im Jahr auf, von denen schätzungsweise 20 bis 30 % (100.000-150.000) vermeidbar sind. Als Konsequenz führen Krankenhausinfektionen zu einer erheblichen zusätzlichen gesundheitlichen Belastung der Patien-

tinnen und Patienten und gehen mit einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko einher. Darüber hinaus muss im Durchschnitt mit einer Verlängerung der Krankenhausverweildauer von ca. vier Tagen ausgegangen werden, woraus ca. zwei Millionen zusätzliche Krankenhausverweiltage im Jahr resultieren. Bildlich bedeutet dies, dass ca. sechs Krankenhäuser mit jeweils 1.000 Betten in Deutschland ein Jahr lang nur daran arbeiten, Patienten mit Krankenhausinfektionen zu behandeln.

ANZEIGE



SABRINA ROKUSS
Rechtsanwältin · Fachanwältin für Steuerrecht

Gestalten mit Kompetenz und Erfahrung

Praxisübernahmeverträge
(Teil-) Gemeinschaftspraxis
Überörtliche Gemeinschaftspraxis
Zweigniederlassungen
Praxisgemeinschaft
Anstellungsverträge

069-905599-54 · s.rokuss@mtjz.de · www.praxisverträge.com

MÖLLER THEOBALD JUNG ZENGER
Rechtsanwälte · Wirtschaftsprüfer · Steuerberater

Experten sind sich darüber einig, dass die wichtigste Maßnahme zur Vermeidung der Übertragung von Krankheitserregern die sorgfältige Händedesinfektion ist. In Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass durch die Verbesserung dieser einfachen und zugleich kostengünstigen Maßnahme das Auftreten von Krankenhausinfektionen maßgeblich reduziert werden kann. Die Träger der „Aktion saubere Hände“ gehen davon aus, dass durch eine verbesserte Händedesinfektion mindestens 50.000 Krankenhausinfektionen im Jahr verhindert werden könnten.

Die WHO hat in ihrer aktuellen, weltweiten Kampagne „Clean care is safer care“ die Verbreitung von effektiven Maßnahmen zur Verbesserung der Händedesinfektion als eines von fünf vorrangigen Zielen zur Erhöhung der Patientensicherheit genannt. In verschiedenen Ländern wurden bereits umfangreiche Initiativen zur Verbesserung der Händedesinfektion eingeleitet.

Die Händedesinfektion ist ein typisches Beispiel für eine sogenannte „Effektivitäts-Lücke“: Regeln und Notwendigkeit der Maßnahme sind einerseits bei allen Mitarbeitern grundsätzlich bekannt, andererseits zeigt sich bei einer u.a. enorm hohen Arbeitsdichte eine mangelnde Umsetzung in der täglichen Patientenversorgung. Darüber hinaus wird die Händedesinfektion durch Krankenhausleitungen und Mitarbeiter nicht als ein Qualitätsmarker in der Krankenversorgung wahrgenommen. Folgerichtig haben Untersuchungen auch in Deutschland erhebliche Defizite bei der Händedesinfektion festgestellt: man muss im Durchschnitt davon ausgehen, dass in einigen Institutionen der Patientenkontakt nur in weniger als der Hälfte der Fälle mit ausreichend desinfizierten Händen stattfindet. Das vordringliche Ziel der „**Aktion saubere Hände**“ ist es, im Rahmen der Kampagne eine Steigerung der Händedesinfektionshäufigkeit um 50 % zu erreichen. In der Schweizer Kampagne zur Händedesinfektion konnte innerhalb von vier Monaten eine Steigerung um 26 % verzeichnet werden.

Die Aktion baut auf dem Konzept der sogenannten multimodalen Intervention auf, welches bereits in der WHO Kampagne erfolgreich angewandt wird. Dabei werden Elemente aus der Verhaltensforschung, des kognitiven Lernens und der Werbung integriert. Die Kampagne basiert im Wesentlichen auf folgenden Elementen:

1. Es muss sicher gestellt sein, dass das **Händedesinfektionsmittel unmittelbar für das Personal zugänglich** ist.

2. Wesentlich ist **die regelmäßige und rasche Rückmeldung von Erfolgen**. Im Verlauf der Aktion werden der **Händedesinfektionsmittelverbrauch** und die prozentuale Compliance als Erfolgsparameter bestimmt.
3. Es bedarf klarer und einfach definierter Richtlinien zur Händedesinfektion. Analog zur WHO-Kampagne definiert die Aktion „**Fünf Momente der Händedesinfektion**“, welche alle Situationen, in denen eine Übertragung von Krankheitserregern potentiell möglich ist, einschließen.

Welche Ziele hat die Aktion?

- Verbesserung des Händedesinfektionsverhaltens.
- Optimierung des Arbeitsumfeldes des Krankenhauspersonals v.a. hinsichtlich der Verfügbarkeit von Händedesinfektionsmitteln.
- Verbesserung der Patientenversorgung durch Reduktion von Krankenhausinfektionen.
- Etablierung der Händedesinfektion als einen Parameter für die Qualität in der Patientenversorgung.

Um eine nachhaltige Wirkung der Kampagne zu gewährleisten, muss eine dauerhafte Verhaltensänderung im deutschen Gesundheitswesen fest in den Arbeitsalltag integriert werden, und die Händedesinfektion als einen entscheidenden Qualitätsmarker in der Patientenversorgung etabliert werden. Ziel ist es, im Verlauf der Aktion mindestens 500-1.000 von den ca. 2.000 deutschen Krankenhäusern einzubinden. Dazu wird es in Deutschland erstmals am 22. Oktober 2008 einen **nationalen Aktionstag zur Händedesinfektion** geben, der die Bedeutung der Händedesinfektion im klinischen Alltag deutlich hervorheben wird.

Durch die enge Zusammenarbeit des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. und dem Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit werden

alle Berufsgruppen, d.h. Ärzte, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, medizinische Assistentengruppen und insbesondere auch Krankenhausdirektoren, ökonomische Leiter, Qualitätsmanagementbeauftragte, Angehörige und Patienten angesprochen. Damit ist eine Grundlage für eine Systemveränderung geschaffen, die es in diesem Maßstab in Deutschland noch nicht gegeben hat.

*Nationales Referenzzentrum
für die Surveillance von
nosokomialen Infektionen*

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

*Gesellschaft für Qualitätsmanagement
im Gesundheitswesen e.V.*

Berlin

*Ansprechpartner in Hessen:
Professor Dr. Matthias Schrappe
Universitätsklinikum Frankfurt
Tel. 069 6301-3923*

Ausführliche Informationen über Einführungsseminare, Fortbildungen, Aktionstage, Werbemittel, usw. finden Sie unter:
www.aktion-sauberehaende.de

ANZEIGE

Rechtsanwaltskanzlei
Dr. jur. Dr. med. Philipp Roth

Im Trutz Frankfurt 19 - 21
60322 Frankfurt

Tel.: 069 - 972 668 59

Fax: 069 - 977 845 63

<http://www.dr-philipp-roth.de>

Zur Arzthaftung bei der Behandlung mit nicht zugelassenen Arzneimitteln

Thomas K. Heinz



Der Bundesgerichtshof hat sich in einer Entscheidung vom 27. März 2007 mit der Haftung im Zusammenhang mit der Behandlung mit (noch) nicht zugelassenen Medika-

menten beschäftigt (sog. OFF-LABEL-USE) und hierbei die besonderen Überwachungspflichten des behandelnden Arztes konkretisiert. Nachfolgende Grundsätze dürften nicht nur für Medikamente, die nicht zugelassen sind, sondern auch für Medikamente, die zwar die Zulassung besitzen, aber nicht für die konkrete Indikation zugelassen sind, gelten. Der Entscheidung liegt folgender Sachverhalt zugrunde:

(1) Der Kläger, der seit seiner frühen Kindheit an Epilepsie leidet, nimmt den behandelnden Arzt auf Schadensersatz wegen Behandlungs- und Aufklärungsfehlern im Zusammenhang mit der Verabreichung eines neuen Medikaments

in Anspruch, weil dieses bei ihm zu irreparablen Augenschäden geführt hat.

Nachdem der Kläger 1989 eine ihm vorgeschlagene neurologische Operation zur Reduzierung der Zahl seiner Anfälle abgelehnt hatte, schlug ihm der beklagte Arzt Ende September 1991 vor, neben dem bisher verabreichten Medikament zur Reduzierung der Anfallsneigung ein neues, in den USA entwickeltes Medikament einzunehmen. Dieses war zu diesem Zeitpunkt weder in den USA noch in Deutschland, jedoch in einigen anderen europäischen Staaten als Arzneimittel zugelassen. Durch die Einnahme des neuen Medikaments, dem weder ein Beipackzettel beigelegt, noch auf dessen Verpackung Hersteller oder Inhaltsstoffe vermerkt waren, reduzierte sich die Zahl der epileptischen Anfälle beim Kläger deutlich. Im Dezember 1991 erfolgte die Zulassung des Medikaments in Deutschland. In der Anlage zum Zulassungsbescheid („Wortlaut der für die Verpackungsbeilage vorgesehenen Angaben“) wurde unter anderem darauf hingewiesen, dass Langzeitaus-

wirkungen auf das visuelle System und die Sehfunktion beim Menschen noch nicht untersucht worden seien, weshalb periodische (z.B. monatliche) Kontrollen des Sehvermögens angezeigt seien.

Im April 1992 stellte der Kläger eine Beeinträchtigung seines Sehvermögens fest und begab sich deshalb in die Behandlung eines Augenarztes, der ihn an die Universitätsklinik verwies. Die Universitätsklinik stellte als Diagnose eine „AION“ (anteriore ischämische Opticusneuropathie) und äußerte den Verdacht, dass diese medikamenteninduziert sei. Der Kläger führt seine bleibende Augenschädigung und den damit verbundenen Verlust seines Arbeitsplatzes auf schädliche Nebenwirkungen des ihm verabreichten Medikaments zurück und behauptet, weder vor Beginn der Behandlung über die fehlende Zulassung des Medikaments noch während der Behandlung über dessen Risiken, insbesondere über den Eintritt von Sehstörungen, aufgeklärt worden zu sein. Hätte er von Anfang an gewusst, dass eine Zulassung des Medikaments noch nicht vorgelegen habe, hätte er von einer Einnahme Abstand genommen.

ANZEIGE



Prof. Dr. Niels Korte
Marian Lamprecht

KORTE
RECHTSANWÄLTE

**Absage durch Hochschule oder ZVS?
– Klagen Sie einen Studienplatz ein!**

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei liegt direkt an der Humboldt-Universität.
Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle – wir werden bundesweit für Sie tätig.

Zur Terminvereinbarung in Frankfurt: 069 – 50 50 27 572
oder 24 Stunden kostenfrei: 0800-226 79 226
www.studienplatzklagen.com

Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte

www.anwalt.info
kanzlei@anwalt.info

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen; das Oberlandesgericht die hierauf gerichtete Berufung zurückgewiesen. Der BGH hat das Berufungsurteil aufgehoben und die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückverwiesen.

(2) Der BGH stellt fest, dass allein die Verabreichung des noch nicht in Deutschland zugelassenen Medikaments im September 1971 keinen Behandlungsfehler darstellt. Nach der Rechtssprechung des Senats (BGH VersR 2006, 1073) darf die Anwendung einer neuen Behandlungs-

methode erfolgen, wenn die verantwortliche medizinische Abwägung und ein Vergleich der zu erwartenden Vorteile dieser Methode und ihre abzusehenden und zu vermutenden Nachteile mit der standardgemäßen Behandlung unter Berücksichtigung des Wohls des Patienten die Anwendung der neuen Methode rechtfertigt. Die Tatsache, dass das Medikament nicht nur neu, sondern auch in Deutschland noch nicht zugelassen war, vermag keine abweichende Beurteilung zu rechtfertigen. Die Zulassung eines Medikaments ist lediglich ein Verkehrsfähigkeitsattest und löst eine Vermutung für die Verordnungsfähigkeit in der konkreten Therapie aus. Der individuelle Heilversuch mit einem zulassungspflichtigen, aber noch nicht zugelassenen Medikament wird durch das Arzneimittelgesetz nicht verboten. Seine Zulässigkeit ist deshalb arzthaftungsrechtlich nach allgemeinen Grundsätzen zu beurteilen.

Die Anwendung neuer Behandlungsmethoden bzw. – wie im Streitfall – die Vornahme von Heilversuchen an Patienten mit neuen Medikamenten unterscheidet sich von herkömmlichen, bereits zum medizinischen Standard gehörenden Therapien allerdings und vor allem dadurch, dass in besonderem Maße mit bisher unbekannten Risiken und Nebenwirkungen zu rechnen ist. Deshalb erfordert die verantwortungsvolle medizinische Abwägung einen – im Verhältnis zur standardgemäßen Behandlung – besonders sorgfältigen Vergleich zwischen den zu erwartenden Vorteilen und ihren abzusehenden oder zu vermutenden Nachteilen unter besonderer Berücksichtigung des Patientenwohls (so schon BGH, Urt. v. 13. Juni 2006, Az. VI ZR 323/04). Diese Abwägung ist kein einmaliger Vorgang bei Beginn der Behandlung, sondern muss jeweils erneut vorgenommen werden, sobald neue Erkenntnisse über mögliche Risiken und Nebenwirkungen vorliegen, über die sich der behandelnde Arzt ständig zu informieren hat. Dabei muss er unverzüglich Kontrolluntersuchungen vornehmen, wenn sich Risiken

für den Patienten abzeichnen, die zwar nach Ursache, Art und Umfang noch nicht genau bekannt sind, jedoch bei ihrem Eintreten zu schweren Gesundheitsschäden führen können.

Zu den Sorgfaltspflichten des Arztes bei einem Heilversuch mit einem noch nicht zugelassenen Medikament gehört es, sich nach erfolgter Zulassung über die vom Hersteller bzw. vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte empfohlenen Vorsichtsmaßnahmen zu informieren. Im Streitfall wurde im Zulassungsbescheid, der erst während der Behandlung erging, darauf hingewiesen, dass Langzeitauswirkungen des Medikamentes auf das visuelle System und okulomotorische Leistungen beim Menschen noch nicht untersucht worden seien. Der Senat sah deshalb die Notwendigkeit, dass das Sehvermögen dann in kurzen Abständen – gegebenenfalls monatlich – kontrolliert werden müsse.

(3) Der Senat sieht weiter die Aufklärungspflicht des Arztes verletzt und führt hierzu aus: „Das Berufungsgericht ist zutreffend davon ausgegangen, dass der Arzt, der eine neue und noch nicht allgemein eingeführte Behandlung mit einem neuen, noch nicht zugelassenen Medikament mit ungeklärten Risiken anwenden will, den Patienten nicht nur über die noch fehlende Zulassung sondern auch darüber aufzuklären hat, dass unbekannte Risiken derzeit nicht

auszuschließen sind ... Dies ist erforderlich, um den Patienten in die Lage zu versetzen, für sich sorgfältig abzuwägen, ob er sich nach der herkömmlichen Methode mit bekannten Risiken behandeln lassen möchte, oder nach der neuen Methode unter besonderer Berücksichtigung der in Aussicht gestellten Vorteile und der noch nicht in jeder Hinsicht bekannten Gefahren. Nach dem damaligen Kenntnisstand musste zwar der Kläger noch nicht speziell auf das Risiko einer Augenschädigung hingewiesen werden; es fehlte aber nach den Feststellungen des Berufungsgericht der Hinweis, dass das einzunehmende Medikament noch keine arzneimittelrechtliche Zulassung besaß und deshalb mit unbekannten Risiken zu rechnen war.“

Wie eingangs erwähnt, dürften diese Grundsätze gleichermaßen für die Anwendung von Medikamenten gelten, die zwar die Zulassung besitzen, aber nicht für die konkrete Indikation zugelassen sind.

BGH, Urt. v. 27. März 2007
Az. VI ZR 55/05

Anschrift des Verfassers
*Rechtsanwalt und Fachanwalt
für Medizinrecht*
Dr. Thomas K. Heinz
Cronstettenstraße 66
60322 Frankfurt
www.mmw-law.de

ANZEIGE

BAUMANN & BAUMANN

STEUERBERATER UND RECHTSANWÄLTE

Sylvia Hurst
Fachanwältin für Medizinrecht

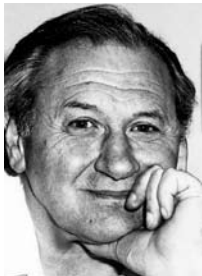
SPEZIALGEBIET
ARZTRECHT

Telefon: 06154 63410 info@baumann-baumann.de
Telefax: 06154 634180 www.bbaumann-baumann.de



„Hessische Verhältnisse“ und andere Perspektiven

Siegmond Kalinski



Die Hessen haben gewählt – und jetzt haben wir sie, die sogenannten „hessischen Verhältnisse“, so wie Mitte der achtziger Jahre schon einmal. Damals hatten sich die Parteien mehrere Monate

lang nicht auf eine neue Regierung einigen können, und so war das alte Börner-Kabinett quasi kommissarisch im Amt geblieben und im hessischen Landtag kam auf Grund der wechselnden Mehrheiten nichts mehr zustande. Es dauerte über ein Jahr, bis Ministerpräsident Holger Börner seine Abneigung gegenüber den Grünen überwand; sie wurden als regierungsfähig anerkannt und Joschka Fischer zum Minister ernannt. Zuerst in Wiesbaden, dann in Berlin.

Jetzt ist die Situation ähnlich. Obwohl sie mehr als 12 Prozent ihrer Wählerstimmen verloren hat, hat die CDU noch mit einem zehntel Prozent die Nase vorn, ist somit stärkste Fraktion im Landtag. Doch selbst zusammen mit ihren treuen Husaren von der FDP fehlt beiden die Mehrheit, eine Regierung zu bilden. Die SPD hält sich für den Wahlsieger, sie weiß die Grünen hinter sich, aber auch bei diesen beiden reicht es nicht zum regieren. Die gelbe FDP will nicht mit der roten SPD, die Grünen nicht mit der schwarzen CDU – und alle wollen nicht mit der tiefroten Linken. Doch wie auch immer man derzeit (bis zur Drucklegung) die Farben kombiniert, alle Varianten ergeben kein akzeptables Bild.

Inzwischen werden Wetten darauf angenommen, dass die SPD kurz vor der konstituierenden Sitzung des Landtags am 4. April zusammen mit den Grünen ein Minderheitskabinett bilden wird, das die Linken wohlwollend tolerieren werden. Damit wird Frau Ypsilanti Hessen zwar regieren können, in der SPD-Zentrale dürften jedoch die Alarmglocken schrillen. Eine solche Zusammenarbeit wäre ein erstes Signal für einen möglichen Zusammenschluss der beiden Linksparteien. Wer sich erinnern mag: Wir haben das schon einmal erlebt. 1946 mit dem

Bruderkuss von Walter Ulbricht und Otto Grotewohl.

Roland Kochs Fehler

Roland Koch hat selbst viel zu den großen Verlusten seiner Partei beigetragen. Und er weiß es. Er war viel zu lange weg und in Berlin, um mit Finanzminister Steinbrück über neuen Steuergesetzen zu brüten. Währenddessen konnte Andrea Ypsilanti alle zwei, drei Wochen neue Schattenminister vorstellen und hatte viel Zeit, ihr genehme Themen zu besetzen, was sie auch genüsslich ausnutzte. Mit Fug und Recht, das sei angemerkt, denn nicht nur die Natur, auch die Politik gestattet keine Leere. So ist der Bonus eines regierenden Ministerpräsidenten aus eigenem Verschulden verloren gegangen. Vom Kronprinzen zum Höfling. Dabei hatte er durchaus Erfolge in seiner Politik vorzuweisen: Wirtschaft, Landwirtschaft, Senkung der Energiepreise für Verbraucher, um nur einige zu nennen. Aber das alles hat er nicht in die Waagschale gelegt.

Das Gesundheitswesen war kein Thema

Auch über das Gesundheitswesen hatte sich keiner der Spitzenkandidaten ausgelassen, kein Wort wurde darüber gesprochen. Dabei ist „Gesundheit“ ein Dauerthema, das alle interessiert, insbesondere die ältere Generation, die inzwischen mehr als die Hälfte der Wähler stellt. Wahrscheinlich waren das die 47 Prozent Wähler, die zu Hause blieben anstatt zur Wahlurne zu gehen – und in diesen 47 Prozent stecken auch die 12 Prozent, die der CDU fehlten. Trotzdem: Das Gesundheitswesen wird uns in Atem halten. Die Hausärzte in Bayern haben mit ihrer starken Demonstration in Nürnberg bewiesen, dass sie einig sind und bereit, sich nicht mehr mit unserem derzeitigen System abzufinden. In Baden-Württemberg werden die Hausärzte die hausärztliche Versorgung der AOK-Versicherten übernehmen – und die KV bleibt außen vor. Das alles wird Auswirkungen haben. Unklar ist nur welche...

Große Hoffnungen hatten die Hausärzte auf den Beschluss der Bundesgesund-

heitsministerkonferenz gesetzt, die, verschreckt durch die Nachricht, dass in wenigen Jahren etwa 15.000 Hausärzte fehlen werden, die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AGOL) beauftragt hat, Pläne zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung auszuarbeiten. Jetzt wurden diese Pläne bekannt – und haben maßlos enttäuscht. Die AGOL rechnet ebenfalls mit der gleichen Anzahl fehlender Hausärzte bis zum Jahr 2020, gleichzeitig mit einem Anstieg des Bedarfs der Primärversorgung um 20-30 Prozent. Wobei man meinen könnte, dass bei einem Fehlbedarf so vieler Hausärzte doch nichts leichter wäre, als nur Arbeitsbedingungen und Salär zu verbessern – und schon wäre das Problem gelöst. Doch denkste!

Die AGOL hat ganz andere Pläne im Käscher

Durch „Schwester AGnES“ sollen Patienten telemedizinisch überwacht und gesteuert werden; man glaubt, die Krankenhauseinweisungen dadurch um 55 (!), die Verweildauer um 60 und die Arztkontakte um 70 Prozent reduzieren zu können. Dabei soll Schwester AGnES noch nicht einmal eine Dauereinrichtung, sondern ein Wesen mit Ablaufdatum sein. Denn ein neues Pflege-Berufsbild ist geplant, die Community-Medicine-Nurse (CMN), in Anlehnung an die Family Health Nurse der WHO. Dieses neue Geschöpf soll der verlängerte Arm des Hausarztes sein und ihn bei Hausbesuchen, Verlaufskontrollen per Telemedizin, bei der Medikamentenanamnese und Prävention entlasten, besser gesagt: ersetzen. Ärztliche Leistungen sollen durch Gemeindeschwestermodelle substituiert werden, verbunden mit dem Ziel einer Lockerung des Arztvorbehalts und der Neudefinition des Heilkundebegriffs. Und das soll die Melodie der ärztlichen Zukunft sein?

Die AGOL beruft sich auf die WHO – wogegen nichts einzuwenden wäre außer der Anmerkung, dass vieles in den Plänen und Richtlinien der WHO für unterentwickelte Länder gedacht ist. Denkt man dabei auch an Deutschland?

Inäschl tschischa bumburum

Klaus Britting

Als das Telefon läutet denke ich gerade über die Kommunikationsgewohnheiten unserer Jugend nach, weil ich dazu eine Glosse schreiben will. Tief in Gedanken versunken nehme ich den Hörer ab. „Guten Tag, hier ist die Eutsch inäschl tschischa bumburum.“ Die Dame verschluckt sämtliche Wörter, weshalb ich nachfrage: „Wer ist da bitte?“ „Deutsch Kapitlanlag Chicha Bumbumpart.“ Hm? Sicher ist heute nicht mein bester Tag für unerwartete Anrufe, aber schließlich weiß man nie, ob man nicht ein vorteilhaftes Angebot versäumt.

Also frage ich: „Könnten Sie vielleicht etwas langsamer und klarer sprechen? Ich will schließlich genauer wissen, mit wem ich rede.“ Pause. „Hallo“, rufe ich in den Hörer. Die Dame unternimmt einen neuen Anlauf: „Hier ist die deutsche Niederlassung der internationalen Kapitalanlagegesellschaft Tschischacher & Pumborum Partners.“ In meiner gewohnt freundlichen Art antworte ich: „Danke, ich habe nichts anzulegen“ und lege auf. Das hätte ich besser nicht tun sollen.

Zwei Minuten später klingelt erneut das Telefon. Natürlich ist das wieder diese Dame. Wenn es nun aber ein Verlag ist, der mir einen Großauftrag geben will? Also nehme ich ab. „Guten Tag, entschuldigen Sie, wenn ich mich noch einmal melde, aber Sie haben mich vorhin nicht ausreden lassen. Sie können deshalb gar nicht wissen, welche unglaublichen Renditen ich Ihnen anzubieten habe.“ Habe ich doch Recht gehabt und erwidere: „Danke, aber das interessiert mich heute überhaupt nicht!“ Auch das hätte ich so nicht formulieren sollen.

„Ich verstehe“, sagt die Dame, „heute sind Sie sicher sehr beschäftigt, wann darf ich denn wieder anrufen? Es lohnt sich wirklich für Sie! Morgen? Ich notiere mir mal, um 10 Uhr, ja?“ Ich schnappe schnell nach Luft und stoße hervor: „Überhaupt nicht, ich habe kein Interes-

se!“ Dann lege ich auf. Gott sei Dank, nun bin ich sie hoffentlich los.

Ob das Läuten des Telefons zwanzig Minuten später Gutes verheißt? Ich lausche: „Schönen guten Tag, Sie sind doch Herr Britting, ja?“ „Ja“, antworte ich, denn wer sollte denn sonst bei mir am Telefon sitzen? „Ich rufe Sie an von der Südwest-nordostdeutschen Klassenlotterie, Sie kennen doch Günther Jauch?“, sagt die Dame. Aha, wieder mal ein Anruf aus dieser Richtung. Diesmal aber bleibe ich ganz ruhig und erwidere: „Nein, wer soll das sein?“

Die Anruferin bekommt einen Schluckanfall. „Oh, ist Ihnen nicht gut?“, frage ich. „Sie kennen Günther Jauch nicht??“, schreit sie in die Leitung. „Nein“, antworte ich trocken. „Das gibt's doch nicht!!! Sie kennen Günther Jauch nicht... Jeder kennt Günther Jauch!!!“ Ich spüre richtig ihr Entsetzen und sage: „Was soll denn mit dem Mann sein?“ „Günther Jauch will Sie zum Millionär machen!“, ruft die Dame jetzt in den Hörer. „Verstehen Sie?“ „Und dafür soll ich erst einmal ein Jahreslos Ihrer Lotterie kaufen, stimmt's?“, erwidere ich. Lange Pause, ich warte. „Na gut, wenn Sie nicht in der Sendung auftreten und Millionär werden wollen“, dann lassen wir es eben. Guten Tag.“ Sie legt auf. Huch, auch die bin ich los. Endlich kann ich mich in die Jugend mit ihren Kommunikationsgewohnheiten vertiefen, da schaut meine Frau in mein Zimmer: „Mutter sagt mir, Sabine hat sie angerufen, weil sie dich nicht erreichen konnte, bei dir ist ständig belegt. Sie ruft gleich noch einmal an.“

Schon klingelt das Telefon, ich greife erfreut zum Hörer. „Skradlwitschinsky von Morgan, Tschelwonesch und Betterwischis. Bekommen Sie bei Ihrer Bank 25 % Zinsen?“ Ich sage mit dunkler Stimme: „Hier Strodawkawiczonsky, Beerdigungsinstitut Leicher & Co. KG. Wann sollten wir kommen?“ Der Anrufer legt entsetzt auf.

Das werde ich jetzt durchziehen. Hoffentlich nehmen mich diese Callcenter dann bald in eine Robinson-Liste auf. Damit ich endlich in Ruhe arbeiten kann.

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting
Treenestraße 71, 24896 Treia
Telefon 04626 189988

Humoristisches

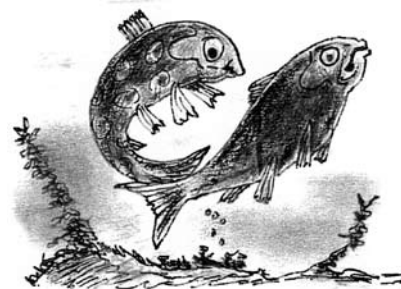
Die Forelle

Käm' aus Forellenteichen
zuweilen Schmerzgestöhn,
hieß' das: die Weibchen laichen
und liegen in den Wehn.

Dann stehn mit frohem Schwänzeln
im bunten Hochzeitskleid
den Rogen zu bekränzeln,
die Männchen schon bereit.

Die einen tun's mit Klagen,
den andern macht es Spaß.
Was soll man dazu sagen?
Ich wüsste auch nicht, was.

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold



Professor Dr. med. Klaus-Rheinhard Genth, Bad Homburg, wurde mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen für sein außerordentliches Engagement für die Ärzteschaft ausgezeichnet.

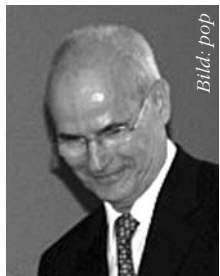


Bild: pop

Die Auszeichnung nahm die Präsidentin der LÄK Hessen, Dr. med. Ursula Stüwe, anlässlich seiner Verabschiedung im Literaturhaus in Frankfurt vor.

Dr. med. Hans-Joachim Landzettell, Darmstadt, Kinder- und Jugendarzt und langjähriger Vorsitzender des BVKJ Hessen, wurde von Bundespräsident Dr. Horst Köhler in seinem Berliner Amtssitz Schloß Bellevue mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse ausgezeichnet. Damit würdigte der Bundespräsident die langjährigen Verdienste, die sich Dr. Landzettell als engagierter Lobbyist für die Kinder nicht nur seiner Heimatstadt



Foto: privat

Darmstadt, sondern auch für viele Kinder in der dritten Welt erworben hat.

Professor Dr. med. Hans-Joachim Oehmke, Gießen, wurde mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen für sein außerordentliches Engagement für die Ärzteschaft ausgezeichnet.



Die Auszeichnung nahm der Vizepräsident der LÄK Hessen, Martin Leimbeck, in einer Promotionsfeier des Fachbereiches in der Universitätsaula in Gießen vor.

Dr. med. Nils Opitz, Worms, wurde am 5. Dezember 2007 mit dem mit 3.000 Euro dotierten Promotionspreis der Landesärztekammer Hessen für seine Dissertation „Charakterisierung von NOSTRIN – ein neuer Interaktionspartner der endothelialen NO-Synthase“ überreicht. Das Präsidium der Landesärztekammer Hessen



Bild: pop

folgte bei der Preisvergabe dem Vorschlag des Fachbereichs Humanmedizin der Universitätsklinik der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main.

Dr. med. Walter Prinz, Bad Soden/Ts., nahm am Wettbewerb der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands teil. Sein Gedicht „Ich glaube gegen manches Wissen“ wurde mit dem Paul-Gerhardt-Preis 2007 prämiert.



Dr. med. Daniela Reitz, Marburg, wurde am 21. Dezember 2007 für ihre Dissertation „Die ethische Beurteilung der Präimplantationsdiagnostik aus der Perspektive der Prinzipienethik (Tom L. Beauchamp/James E. Childress) und der feministischen Ethik (Susan Sherwin)“ mit dem Promotionspreis der Philipps-



Universität Marburg ausgezeichnet. Der Preis, mit dem die herausragenden Leistungen des wissenschaftlichen Nachwuchses hervorgehoben werden sollen, ist mit 500 € dotiert.

Dr. med. Kaweh Schayan-Araghi, Dillenburg, wurde auf der letzten Vorstandssitzung des VSDAR, dem Verband der Spezialkliniken Deutschlands für Augenlaser und Refraktive Chirurgie e.V. in den Vorstand gewählt, zudem wählten ihn die Mitglieder zum neuen Präsidenten.



Bild: pop

Professor Dr. med. Konrad Schwemle, Linden, wurde mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber ausgezeichnet. Die Auszeichnung nahm die Prä-

ANZEIGE

Individuelle Beratung, Begleitung und Coaching
(bis zur Zertifizierungsreife)
QEP, QMI, KTQ, DIN EN ISO 9001: 2000
für Arztpraxen, ambulante und klinische Einrichtungen

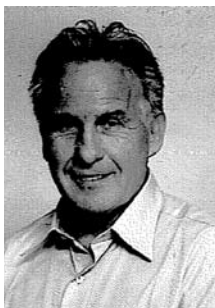
Qualitätsmanagement Organisationsentwicklung



QMGH Markus Greß-Heister M.A.
Organisationsentwicklung * Qualitätsmanagement
Ethik-Beratung
Wissens- und Bildungsmanagement
Telefon 0631 41404635
Telefax 0631 41404637
Mail: info@qmgh.de Web: www.qmgh.de

sidentin der LÄK Hessen, Dr. med. Ursula Stüwe, anlässlich einer Sektionsvorstandssitzung in Bad Nauheim vor.

Professor Dr. med. Helmut Woelk, Wetzlar, wurde mit der Ernst von Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer ausgezeichnet. Die Auszeichnung nahm die Präsidentin der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Ursula Stüwe, anlässlich seiner Verabschiedung für seine herausragenden Leistungen in der ärztlichen Fortbildung vor.



Hünfelder Internist, Allgemeinmediziner und Anthropologe Priv.-Doz. Dr. Dr. Dr. Christoph Raschka (Pressewart) sowie der Weilburger Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Reinhold May angehören, in seinem Amt bestätigt und für drei Jahre wiedergewählt. Zur neuen Kassenprüferin gewählt und bestellt wurde die Eiterfelder Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. Tanja Wüst.



sitätsklinikums Frankfurt, und **Professor Dr. rer. nat. Stefanie Dimmeler** vom Schwerpunkt Molekulare Kardiologie teilen sich den Preis gemeinsam mit **Professor Dr. med. Josef M. Penninger** vom Institute of Molecular Biotechnology in Wien.

Neuer MEDICA e.V.-Vorstand gewählt
Dr. med. Helge Riegel, Leiter Medizinisches Versorgungszentrum, Wiesbaden, wurde als Vizepräsident bestätigt, wechselt aber das Ressort und übernimmt den Finanzbereich von Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch, Wiesbaden, Vorsitzender der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, der aus Altersgründen nicht mehr kandidierte.

Vorstandswahlen im Sportärzteverband Hessen

Bei den gut besuchten Vorstandswahlen der hessischen Sportärzte am Samstag, den 23. März 2007, in der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt wurde der bisherige Vorstand unter der Leitung von Professor Dr. Ludwig Zichner von der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt (Präsident), dem auch der Gießener Internist Professor Dr. Paul E. Nowacki (2.Vorsitzender), der Frankfurter Orthopäde Dr. Ingo Tusk (Schriftführer), der

Frankfurter Herzforscher für medizinische Spitzenforschung ausgezeichnet

Der mit 250.000 Euro dotierte Ernst Jung-Preis für Medizin 2007 der Hamburger Stiftung für Wissenschaft und Forschung geht auch an zwei Forscher des Frankfurter Universitätsklinikums. **Professor Dr. med. Andreas Zeiher**, Direktor der Medizinischen Klinik III, Abteilung für Kardiologie, Molekulare Kardiologie, Angiologie und Hämostasiologie des Univer-



v. l.: Gerd G. Fischer, Dr. Julia Rautenstrauch, Prof. Dr. Winfried Hardinghaus, Prof. Dr. Werner A. Scherbaum, Dr. Helge Riegel, Prof. Dr. Dr. Dr. Adolf Grünert

ANZEIGE

Europastraße 3 · 35394 Gießen
Telefon 06 41. 94 88 350 · Telefax 06 41. 94 88 333

info@hfbp.de · www.hfbp.de

**DR. HAHNE  FRITZ
BECHTLER UND PARTNER**
RECHTS- UND STEUERBERATUNG

Rheinstraße 29 · 60325 Frankfurt am Main
Telefon 0 69. 74 08 76 80 · Telefax 0 69. 79 40 07 77

info@hfbp.de · www.hfbp.de



Dr. iur. Karin Hahne
Fachanwältin für
Medizinrecht



Michael J. Fritz
Fachanwalt für
Medizin-/Steuerrecht



Oliver Bechtler
Fachanwalt für
Medizinrecht



Alexander Bechtler
Rechtsanwalt



Christian Pausch
Rechtsanwalt



Oliver Leubecher
angestellter
Rechtsanwalt

Rechts- und Steuerberatung für Ärzte, z. B.

Praxis(ver)kauf · Ärztliches Werberecht · MVZ · Praxisverträge · Honorarfragen/-regresse · Arzthaftung · Zulassungsfragen · Praxisnetze



Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Walter Schellhorn, Dreieich, am 25. April.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Wir gratulieren den Kolleginnen und Kollegen zu ihrem Geburtstag und wünschen ihnen für das kommende Lebensjahr alles Gute.

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum **10-jährigen Berufsjubiläum**

Freia Bienhaus, tätig bei S. Frank-Scheller, Battenberg

Nadine Leutbecher, tätig bei Dres. med. B. Jörg und H. Erhard, Fulda

und zum **mehr als 10-jährigen Berufsjubiläum**

Daniela Eichler, seit 13 Jahren tätig bei Dr. med. A. Gladisch-Martin, Wiesbaden

Martina Hartmann-Plettow, seit 13 Jahren tätig bei Dr. med. Ch. Scheffer, Kassel

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde diesen Arzthelferinnen die Arzthelferinnen-Brosche in Gold ausgehändigt.

Zum **25-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir der Arzthelferin

Astrid Volk, tätig bei Dr. med. I. Heimann-Sawade, Babenhausen

und zum **mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum**

Hannelore Fischer, seit 50 Jahren tätig bei Dr. med. W. Seipp, jetzt Dr. med. I. Janeck, Darmstadt

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde diesen Arzthelferinnen eine Ehrenurkunde ausgehändigt.



Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Heinz Hugo Appelt, Bad Homburg
* 28.7.1914 † 13.6.2007

Dr. med. Paula Bock, Waldems
* 26.8.1907 † 14.12.2007

Heinrich Bongers, Kassel
* 27.9.1949 † 15.12.2007

Dr. med. Renate Susanne Butler, Gießen
* 10.9.1969 † 10.12.2007

Dr. med. Alfred Ernst Dotzauer, Marburg
* 11.2.1920 † 30.12.2007

Dr. med. Elfriede Gabler-Schraub, Friedberg
* 16.7.1912 † 17.7.2007

Dr. med. Thorsten Manfred Göbel, Freigericht
* 31.12.1971 † 18.12.2007

Dr. med. Walter Hahn, Frankfurt
* 19.2.1922 † 13.12.2007

Medizinaldirektor Dr. med. Heinz Heidfeld, Mainz-Kostheim
* 13.12.1920 † 3.12.2007

Dr. med. Franz Jehn, Fulda
* 3.8.1920 † 4.8.2007

Dr. med. Cezilie Jung, Flieden
* 23.1.1914 † 22.12.2007

Dr. med. Dagmar Linck, Jossgrund
* 2.12.1954 † 30.11.2007

Professor Dr. med. Gustav-Adolf Martini, Hamburg
* 13.7.1916 † 27.12.2007

Wilhelm Matthias Pfeiffer, Siegbach
* 14.2.1945 † 14.1.2008

Dr. med. Hans Hubertus Prawitz, Gelnhausen
* 8.8.1921 † 4.1.2008

Dr. med. Friedrich Prinz, Trebur
* 21.4.1918 † 10.10.2004

Dr. med. Werner Röhre, Fulda
* 2.7.1923 † 28.11.2007

Dr. med. Dr. med. dent. Hans Joachim Scherzer, Marburg
* 19.2.1921 † 12.10.2007

Dr. Med. Karluni-Prag Robert Skala, Frankfurt
* 31.7.1915 † 30.11.2007

Dr. med. Otmar Stein, Frankfurt
* 27.7.1935 † 13.12.2007

Dr. med. Rochus Turmann, Bad Sooden-Allendorf
* 19.6.1924 † 9.12.2007

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/M 111/2005, ausgestellt am 8.9.2005, für Dr. med. Friederika Damm, Ebsdorfergrund,

Arztausweis Nr. HS/W-73/2003, ausgestellt am 23.5.2003, für Dr. med. Myriam Mandelka, Limburg,

Arztausweis Nr. HS/K 5163, ausgestellt am 10.11.1999, für Dr. med. Dirk Martenstein, Bad Emstal,

Arztausweis Nr. HS/M 82/2005, ausgestellt am 21.7.2005, für Dr. med. Katja Maschuw, Marburg,

Arztausweis Nr. HS/F/13296, ausgestellt am 27.1.2006, für Dr. med. Luise Maute, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/D/4292, ausgestellt am 4.2.2004, für Dr. med. Silke Meier, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/13958, ausgestellt am 15.1.2007, für Dr. med. Ursula Pellizzari, Hattersheim,

Arztausweis Nr. HS/D/4267, ausgestellt am 11.12.2003, für Dr. med. Monika Richter, Darmstadt,

Stempel Nummer 40 75 935 (Wochentag) und Stempel Nummer 40 75 928 (Wochenende) Ärztlicher Bereitschaftsdienst Seligenstadt (Monika Ulsamer, Mainhausen).

8. Gersfelder Gesundheitstag

in der Stadthalle Gersfeld
Samstag, 3. Mai 2008, 9:30 bis 18:00 Uhr

Überregionale Publikumsveranstaltung rund um die Naturheilkunde und gesunde natürliche Lebensweise. Medizinisches Vortragsforum, großer Gesundheitsmarkt (ca. 60 Aussteller), naturheilkundliche Gesundheitsprüfungen, Besichtigung des neuen Krebszentrums, sportmedizinische Leistungsdiagnostik, Schnupper- und Sportkurs, Gewinnspiel, Vollwert-Snacks, Kaffee/Kuchen u.v.m. Eintritt zum Gesundheitsmarkt frei. Eintritt in das Vortragsforum 10 Euro.

Veranstalter: Schlosspark-Klinik Gersfeld und Gesellschaft zur Entwicklung und Förderung der Naturheilkunde e.V.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.gersfelder-gesundheitstag.de oder www.schloss-klinik.de.



Aktualisierungspflicht der Fachkunde im Strahlenschutz gem. Röntgenverordnung (RöV)

Eine Neufassung der RöV ist am 1. Juli 2002 in Kraft getreten. Die RöV regelt, unter welchen Voraussetzungen, mit welchen Genehmigungen, Anzeigepflichten und unter welchen Strahlenschutzgesichtspunkten Röntgenstrahlen am Menschen angewendet werden dürfen.

Eine zentrale Rolle spielt hierbei die **Fachkunde im Strahlenschutz**, denn nur der fachkundige Arzt und die fachkundige Ärztin dürfen unter Berücksichtigung einer rechtfertigenden Indikation Röntgenstrahlen am Menschen anwenden. Im Gegensatz zu früheren Versionen wurde in der aktuellen RöV verpflichtend geregelt, dass die Fachkunde im Strahlenschutz **alle fünf Jahre zu aktualisieren ist** (§ 18a RöV).

Die RöV wird ergänzt durch die **Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“**. Auch für diese Richtlinie liegt eine novellierte Fassung vor, die am 1. März 2006 mit Wirkung zum 7. April 2006 in Kraft trat (www.laekh.de > Ärzte > Rund ums Recht > Rechtsquellen > Richtlinie Strahlenschutz/Röntgenverordnung 1. März 2006). In dieser Richtlinie sind die Voraussetzungen zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gem. RöV geregelt. Ergänzt wird die Richtlinie durch eine umfangreiche Anlage, die z.B. als Vorlage für die Ausstellung der Sachkundezeugnisse genutzt werden kann (Anlage 13).

Erstmaliger Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gem. RöV

Der Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gem. RöV basiert auf drei Säulen: der geeigneten Ausbildung, z.B. das Medizinstudium, der erfolgreichen Teilnahme an den Strahlenschutzkursen und dem Sachkundeerwerb.

Bei den Strahlenschutzkursen ist zu beachten, dass gem. RöV die Teilnahme an den erforderlichen **Strahlenschutzkursen nicht länger als fünf Jahre zurückliegen** darf, gerechnet ab dem zuletzt absolvierten Kurs. Strahlenschutzkurse, die vor dem 1. Juli 2002 absolviert wurden, sind nicht mehr gültig und können daher nicht auf den Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gem. RöV angerechnet werden.

Die Rechtsabteilung informiert:

Kein Fahrverbot trotz Feinstaubbelastung bei Kennzeichnung „Arzt-Notfalleinsatz“

Nach der am 8. Dezember 2007 in Kraft getretenen geänderten Kennzeichnungsverordnung sind nunmehr Arztwagen mit entsprechender Kennzeichnung „Arzt-Notfalleinsatz“ (gemäß § 52 der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung) von Fahrverboten im Zusammenhang mit der Feinstaubbelastung ausgenommen.

Bezüglich der Ausgabe der Plaketten wenden Sie sich bitte an das zuständige Ordnungsamt.

Rechtsabteilung

Mit dem **Erwerb der Sachkunde darf frühestens nach Absolvieren des Kenntniskurses** begonnen werden. Der Erwerb der Sachkunde in der Röntgendiagnostik beinhaltet insbesondere das Erlernen der rechtfertigenden Indikation, der technischen Durchführung sowie der Befundung von Röntgenuntersuchungen unter Berücksichtigung der Prämissen des Strahlenschutzes.

Die Sachkunde wird unter der Anleitung, ständigen Aufsicht und Verantwortung eines fachkundigen Arztes vermittelt. Zu beachten ist hierbei die sog. „Gebietsgrenze“, d.h. der fachkundige Arzt darf lediglich die Röntgenuntersuchungen durchführen, die 1) durch seine Fachkunde abgedeckt sind und 2) innerhalb seiner Gebietsgrenze liegen. Der Erwerb der Sachkunde ist durch Zeugnisse nach den in Anlage 13 der oben zitierten Richtlinie nachzuweisen.

Aktualisierung einer bestehenden Fachkunde im Strahlenschutz

Eine wesentliche Neuerung der RöV besteht darin, dass eine einmal erteilte Fachkunde im Strahlenschutz gem. RöV mindestens alle fünf Jahre durch eine erfolgreiche Kursteilnahme bei einem von der zuständigen Stelle anerkannten Kursveranstalter aktualisiert werden muss. **Um die fristgerechte Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gem. Röntgenverordnung muss sich jeder Arzt selbst kümmern.** Die Bescheinigung ist nur auf Anforderung vorzulegen. Es wird keine neue Fachkundebescheinigung ausgestellt.

Sollte diese Frist abgelaufen sein, muss die Fachkunde im Strahlenschutz gem. RöV durch den Besuch entsprechender Spezialkurse, z.B. für Röntgendiagnostiker, neu erworben werden. Nach Absolvierung des/der Spezialkurse/s ist bei der zuständigen Landesärztekammer ein neuer Antrag zu stellen.

Nach Fristablauf ist die Fachkunde erloschen, so dass Ärztinnen und Ärzte bis zur Absolvierung des dann zusätzlich erforderlichen Spezialkurses mit der erneut zu erfolgenden Antragsstellung als nicht fachkundig gelten.

Nähere Informationen zu der genannten Fachkunde können unserer Homepage unter „Ärzte > Ärztliche Weiterbildung > Formulare/Merkblätter“ entnommen werden.

Dr. Susan Trittmacher, Alexandra Doberstein

Die Rechtsabteilung informiert:

Medizinischer Eingriff zur Empfängnisverhütung als umsatzsteuerpflichtige Leistung

Das Finanzgericht Hessen hat in einem Urteil (Az.: 6 K 1378/06) entschieden, dass ärztliche Leistungen zur Empfängnisverhütung (Konkret: Einsetzen von Spiralen) umsatzsteuerpflichtig sind. Die grundsätzliche Befreiung ärztlicher Leistungen von der Umsatzsteuer gelte nur bei medizinischen Eingriffen, die zur Vorbeugung, Diagnose, Behandlung oder Heilung von Krankheiten vorgenommen werden. Dies gehe aus einer europäischen Richtlinie hervor. Die Empfängnisverhütung ist jedoch keine Vorbeugemaßnahme zur Heilung einer Krankheit.

Gynäkologen müssen daher bei Privatpatienten die Umsatzsteuer auf der Rechnung ausweisen. Bei Kassenpatienten sind die Umsätze zu schätzen und die sich daraus errechnende Steuer an das Finanzamt abzuführen.

Die Umsatzsteuerpflicht gilt jedoch nur, wenn der Umsatz aus umsatzsteuerpflichtigen Leistungen im vorangegangenen Jahr nicht mehr als 17.500 Euro betragen hat und im laufenden Jahr nicht über 50.000 Euro liegt (sog. Kleinunternehmerregelung).

Empfehlenswert ist in jedem Fall, sich hinsichtlich der möglichen Umsatzsteuerpflicht mit einem Steuerberater zu besprechen.

Rechtsabteilung

Praktikanten in Arztpraxen

(Schülerbetriebspraktika der allgemeinbildenden Schulen sowie Praktika innerhalb der zweijährigen Berufsfachschule und der Fachoberschule Gesundheit in Arztpraxen)

Ein Informationsblatt für Ärzte

Die Landesärztekammer Hessen hatte sich in der Vergangenheit grundsätzlich gegen die Durchführung von Schülerpraktika in Arztpraxen ausgesprochen. Hinsichtlich der Schwierigkeiten bei der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht, zum Schutze der Intimsphäre des Patienten und wegen der eingeschränkten Beschäftigungsmöglichkeit von Schülerpraktikanten wollten wir den niedergelassenen Ärzten bislang nicht empfehlen, ihre Arztpraxis als Praktikumbetrieb zur Verfügung zu stellen.

Nachdem uns im Zusammenhang mit den Werbeaktionen für den Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte zahlreiche Zuschriften von Ärzten und Schulen erreichen, die ein Schülerbetriebspraktikum in Arztpraxen befürworteten, hat sich das Präsidium entschlossen, seine ablehnende Haltung aufzugeben. Die rechtliche Stellungnahme des Hessischen Sozialministeriums hat uns nachträglich unterstützt. Vom Hessischen Kultusministerium wird die Öffnung von Arztpraxen für Schülerpraktikanten begrüßt. Betriebspraktika leisten immer auch einen Beitrag zu einer gut vorbereiteten und begründeten Berufswahl. Im Folgenden wollen wir einen kurzen Überblick über Praktika für Schüler geben und auf die dabei in einer Arztpraxis zu beachtenden Verordnungen und Vorschriften sowie auf mögliche Probleme hinweisen.

Grundlage für die Durchführung der **Betriebspraktika für Schüler** ist der Erlass des Hessischen Kultusministeriums vom 1. Februar 2005 (www.hessisches-kultusministerium.de). Betriebspraktika sind Unterrichtsveranstaltungen und können von allgemeinbildenden Schulen vom 8. Schuljahr an durchgeführt werden, insbesondere in der Jahrgangsstufe 11 können sie in Zusammenhang mit verschiedenen Fächern/Lernbereichen wie z.B. Arbeitslehre, Sozialkunde durchgeführt werden. Unterrichtsort ist der Betrieb. In seinen technischen, ökonomischen, ökologischen und sozialen Gegebenheiten und Bedingungen vermittelt er dem Schüler Begegnungen und Erfahrungen mit dem Arbeitsprozess. Betriebspraktika dauern i.d.R. zwei bis drei, höchstens vier Wochen.

Die Betriebspraktika begründen weder ein Ausbildungs- noch ein Beschäftigungsverhältnis. Die Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes sind aber entsprechend anzuwenden, weil es einem Berufsausbildungsverhältnis ähnelt. Die Zahlung eines Entgelts an die Schüler ist nicht zulässig.

Alle Schüler sind gemäß SGB VII gegen Arbeitsunfälle versichert. Desgleichen sind die Schüler gegen Ansprüche aus der gesetzlichen Haftpflicht versichert. Im Rahmen der Vorbereitung der Schüler sind diese über mögliche Unfallgefahren zu unterrichten und zu sicherheitsbewusstem Verhalten anzuhalten. Wenn das Praktikum innerhalb der letzten neun Monate vor Aufnahme einer Beschäftigung durchgeführt wird, kann die Untersuchung mit der Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz verbunden werden, sofern der Schüler das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Die in der **zweijährigen Berufsfachschule** erforderlichen Praktika dauern insgesamt 160 Stunden.

In der **zweijährigen Fachoberschule, Fachrichtung Gesundheit** ist während des ersten Ausbildungsjahres pro Woche ein Praktikum zu absolvieren.

Folgende Maßnahmen des Gesundheitsschutzes sind zu beachten:

1. Die Schüler müssen zu Beginn des Praktikums von der Schule und dem Betrieb in für sie verständlicher Weise über die Unfallverhütungsvorschriften (UVV „Gesundheitsdienst“, BGV C 8), einschließlich Hygiene, sowie über die Unfall- und Gesundheitsgefahren, denen sie während des Praktikums ausgesetzt sein können, belehrt werden. Hier trifft auch § 4 der UVV „Gesundheitsdienst“ zu, wonach in bestimmten Fällen ein Antikörperschutz vorhanden sein muss bzw. eine Impfung durchgeführt werden soll.

Es wird dringend empfohlen, bei Schülerpraktikanten den Impf- und Immun-Status gegen verschiedene Infektionskrankheiten zu überprüfen, um zu gewährleisten, dass einerseits vom Praktikanten keine Infektions-

krankheiten auf die Patienten übertragen werden, andererseits aber die Praktikanten durch sie nicht gefährdet sind.

Nachfolgend geben wir Ihnen eine Impfeempfehlung:

Ausreichender Schutz i.S. einer Grundimmunisierung gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Pertussis, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und Hepatitis B. Auch sollte die zweite Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln bereits erfolgt sein, andererseits könnten andere nötigen Auffrischimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Pertussis und Varizellen (sofern nicht bereits an Windpocken erkrankt) bis zum Beginn des Praktikums durchgeführt werden. Besteht kein Hepatitis B-Impfschutz, sollten bis zum Beginn des Praktikums zwei Impfungen durchgeführt worden sein, die dritte Impfung dann sechs Monate später; außerdem sind Impfungen gegen Meningitis C und Influenza zu empfehlen.

Die Vorlage des Impfbuches auf der Grundlage der Empfehlungen der STIKO reicht grundsätzlich aus.

2. Es muss sichergestellt sein, dass der Praktikant keinerlei Infektionsgefahren ausgesetzt werden. Es handelt sich hier um im Gesundheitsdienst absolut unfähigere Personen. Da diese i.d.R. nicht vorsorgeuntersucht (schulärztliche Untersuchung erfolgt nur in Einzelfällen) sind, können auch Praktikanten mit chronischen Erkrankungen (Ekzem, Allergien, Diabetes etc.) in einer Praxis einer Infektion ausgesetzt werden, die schwere gesundheitliche Schäden zur Folge haben können. Hier spielen z.B. Viruserkrankungen wie Hepatitis A und B, Cytomegalie- und Epstein-Barr-Virus-Infektionen, Adeno- und Herpes-Viren eine vorrangige Rolle. Aber auch bakterielle Infektionen dürfen nicht vergessen werden (Tbc, Salmonellen u.a.). Immerhin suchen nicht gesunde Personen, sondern Kranke mit oft ungeklärter Diagnose den Arzt auf.

3. Praktikanten dürfen keinen Umgang mit Blut, Urin, Speichel u.a. Ausscheidungen haben. Ihnen dürfen keine Tätigkeit mit schneidenden und stechenden Gegenständen übertragen werden.

4. Der Betrieb muss gewährleisten, dass alle zum Schutz von Leben, Gesundheit und Sittlichkeit der Praktikanten erforderlichen Maßnahmen getroffen werden. Die Praktikanten dürfen keine Arbeiten verrichten, die ihre körperlichen Kräfte übersteigen oder bei denen sie sittlichen Gefahren ausgesetzt sind oder ihre körperliche oder geistig-seelische Entwicklung gefährdet ist.

Der Einsatz von Praktikanten könnte somit nur bei solchen niedergelassenen Ärzten erfolgen, für die obige Bedingungen nicht zutreffen. Im übrigen ist eine Beschäftigung nur im Bereich des Empfangs, in Bestrahlungsräumen (mit Ausnahme von Kontrollbereichen i.S. der Strahlenschutz- und Röntgenverordnung), Gipszimmern u.ä. und mit administrativen Tätigkeiten möglich.

Darüber hinaus sind Schülerpraktikanten in jedem Fall, insbesondere weil sie im Unterschied zu Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten und Auszubildenden nicht der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen, besonders umfassend und eindringlich über die Verpflichtung zur Verschwiegenheit aufzuklären sowie über die Bedeutung des Patientengeheimnisses zu unterrichten. Der Praktikant muss sich verpflichten, über alles, was er in der Praxis erfährt, für die Zeit des Praktikums und danach, Stillschweigen zu bewahren. Es empfiehlt sich, die Belehrung und die Verpflichtung schriftlich (s. Formblatt Seite 196) zu fixieren.

Der Praktikant in der Arztpraxis sollte im Hinblick auf die Verpflichtungserklärung und wegen der erforderlichen sittlichen und geistigen Reife mindestens 14 Jahre alt sein.

Jeder Arzt sollte im Einzelfall unter Abwägung aller beteiligten Interessen selbst entscheiden, ob er einen Praktikanten in seiner Praxis zur Berufsfindung aufnehmen will.

Landesärztekammer Hessen
Abt. Ausbildungswesen: Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte

Delegierte zum 111. Deutschen Ärztetag vom 20. – 23. Mai 2008 in Ulm

Liste 1	Fachärzte Hessen Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Stadthallendorf Frank-Rüdiger Zimmeck, Limburg Dr. Klaus König, Eschborn Professor Dr. Alexandra Henneberg, Echzell	PD Dr. Elmar Lindhorst, Eppstein Dr. Dr. Hans-Dieter Rudolph, Kassel
Liste 3	Ältere Ärzte Dr. Siegmund Kalinski, Frankfurt Dr. Gabriel Nick, Braunsfels	Liste 7 Demokratische Ärztinnen und Ärzte Professor Dr. Cornelia Krause-Girth, Frankfurt
Liste 5	Marburger Bund Dr. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Frankenberg PD Dr. Andreas Scholz, Gießen Dr. Susanne Johna, Kiedrich Dr. H. Christian Piper, Wiesbaden	Liste 8 Die Hausärzte Dr. Dieter Conrad, Neuental Dr. Günter Haas, Lautertal Dr. Detlev Steininger, Darmstadt
		Liste 9 ÄrztINNEN Hessen Monika Buchalik, Hanau Dr. Sylvia-Gabriele Mieke, Frankfurt

Datenschutz im Betriebspraktikum für Schülerinnen und Schüler

hier: Verpflichtung zur Verschwiegenheit *)

Bezug: Richtlinien für die Zusammenarbeit von Schule und Betrieb im Bereich der allgemeinbildenden Schulen vom 1. Februar 2005 (Amtsblatt des Hessischen Kultusministeriums, 2005)

Die Praktikantin / der Praktikant

(Name, Vorname)

Schülerin / Schüler der

(Name der Schule)

vom bis im Betriebspraktikum bei

(Praktikumbetrieb)

verpflichtet sich hiermit, über alle personenbezogenen Daten, die ihr/ihm im Rahmen des Praktikums bekannt werden, während des Praktikums wie auch danach Verschwiegenheit zu bewahren.

Diese Verpflichtungserklärung wird dem Praktikumbetrieb bei Antritt des Praktikums übergeben. Sie ist in Verbindung mit der Verpflichtung des Betriebes zu sehen, die Kenntnisnahme von personenbezogenen Daten durch Schülerinnen und Schüler während des Betriebspraktikums auf das unvermeidbare Maß zu beschränken.

(Ort, Datum)

(Praktikantin / Praktikant)

(Ges. Vertreterin / Vertreter)

*) Betrifft Praktika in der Polizeiverwaltung, in Banken und Sparkassen, in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen, in denen dem Datenschutz besondere Bedeutung zukommt.

Bücher

Eugen Drewermann: **Heilende Religion – Überwindung der Angst**. Herder Spektrum. 2006.
ISBN 13: 978-3-451-05694-9. Euro 8,90.

Die erfolgreichsten Bestsellerautoren leben zur Zeit auf Kosten der institutionalisierten Kirche und erweitern eine Kluft zwischen Glaube und Wissenschaft. Religion und Glaube werden zu Instrumenten von Allmachtsphantasien korrupter Kirchenältester degradiert. Diese Polarisierung hat Drewermann nicht nötig. Obwohl oder gerade weil er zu den Skeptikern und Zweiflern in der katholischen Gemeinde gehört, bekennt er sich zur heilenden Kraft der Religion. In seinem Buch „Heilende Religion – Überwindung der Angst“ stellt er fest, dass Glaube der Gegenbegriff zur menschlichen Angst ist. Seine zentrale Aussage in seinem Gesamtwerk ist in diesem Buch festgehalten: Religion hat die Absicht und die Kraft der Heilung, da sie die menschliche Angst, in welcher Erscheinungsform auch immer, zu beruhigen vermag. Gegen Misstrauen und Sprachlosigkeit setzt Drewermann das Vertrauen. Die positive Erwartungshaltung ist der erste Schritt aus der Angst. Drewermann verfügt über ein ungewöhnlich umfangreiches Wissen in Theologie, Mythologie, Philosophie und Psychoanalyse. Dabei haben sicherlich seine therapeutischen Fertigkeiten bewirkt, dass der Gelehrte und Fachspezialist der Exegese die Symbole der Religion, auch Laien die Bilder von Heil und Unheil, in ihrer Bedeutung für menschliches Leben und Leiden verständlich machen kann. Das vorliegende Buch fasst die grundlegenden, meist älteren Texte Drewermanns zusammen und stellt somit eine prägnante und verständliche Einführung in seine Grundgedanken dar.

Dr. Susan Trittmacher, Frankfurt

Kammerwahl 2008

Auslegung der Wählerverzeichnisse für die Wahlen zur Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 2008

14. Wahlperiode 2008 – 2013

Der Wahlleiter gibt gemäß § 6 Abs. 3 der Wahlordnung für die Delegiertenversammlung der Ärzte-, Zahnärzte-, Tierärzte- und Apothekerkammern vom 13. Juli 1967 bekannt, dass die Verzeichnisse der in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten Wahlberechtigten in der Zeit vom

26. März bis 23. April 2008

während der amtlichen Dienstzeit an den nachfolgenden Orten ausliegen. Gem. § 6 Abs. 1 Satz 2 ist das Wählerverzeichnis nach den Landkreisen und kreisfreien Städten aufzugliedern. Ein Wahlberechtigter ist jeweils an dem Ort aufgenommen, an dem er seinen privaten Wohnsitz der Landesärztekammer Hessen / Bezirksärztekammer gemeldet hat. Mitglieder der Landesärztekammer Hessen, die nicht in Hessen wohnhaft sind, liegen in einer gesonderten Liste (Anhang) an jedem der genannten Orte aus.

Magistrat der Wissenschaftsstadt Darmstadt
Bürger- und Ordnungsamt Abt. Wahlen
Stadthaus, 1. OG, Zimmer 101
Grafenstraße 30
64283 Darmstadt

Landrat des Landkreises Bergstraße
Haus der Gesundheit
Erdgeschoss – gegenüber Zimmer 21
Kettelerstraße 29
64646 Heppenheim

Magistrat der Stadt Kassel
– Hauptamt – (Rathaus)
Hauptgebäude, 2. Stock, Zi. H 203
Obere Königsstraße 8
34117 Kassel

Magistrat der Stadt Offenbach
Raum E 5 a, Telefonzentrale
Berliner Straße 100
63065 Offenbach am Main

Magistrat der Stadt Wiesbaden
Gesundheitsamt Wiesbaden
3. Stock, Zi. 317
Dotzheimer Straße 38-40
65185 Wiesbaden

Magistrat der Stadt Frankfurt
Bürgeramt (Statistik und Wahlen)
– Geschäftsstelle Wahlen –
III. Stock, Zi. 327 / 326
Zeil 3 (Eingang Lange Straße)
60313 Frankfurt am Main

Landrat des Landkreises
Darmstadt-Dieburg
– Landratsamt –
Zi. 134
Albinstraße 23
64807 Dieburg

Landrat des Landkreises Fulda
– Landratsamt –
Zi. 107
Wörthstraße 15
36037 Fulda

Landrat des Landkreises Gießen
– Kommunal- und Finanzaufsicht – (FD 30)
2. Stock, Zi. 203
Bachweg 9
35398 Gießen

Landrat des Landkreises Groß-Gerau
1. Stock, Zi. 146
Wilhelm-Seipp-Straße 4
64521 Groß-Gerau

Landrat des Landkreises
Hersfeld-Rotenburg
2. Stock, Zi. 219
Friedloser Straße 12
36251 Bad Hersfeld

Landrat des Hochtaunuskreises
– als Behörde der Landesverwaltung –
Geb. 1, 5. Stock, Zi. 509
Ludwig-Erhard-Anlage 1-5
61352 Bad Homburg

Landrat des Lahn-Dill-Kreises
Abt. Aufsichts- und Ordnungsbehörden
1. Stock, Zi. 117
Eduard-Kaiser-Straße 38
35576 Wetzlar

Landrat des Landkreises Kassel
Fachbereich 34.1
Kommunalaufsicht/Wahlen
1. Stock, Zi. 1.03
Karthäuser Straße 5a,
Hofgebäude
34117 Kassel

Landkreis Limburg-Weilburg
Der Landrat
Fachbereich III – Öffentliche Ordnung
II. Stock, Zi. 225
Nebengebäude Grabenstraße 10
65549 Limburg a.d.Lahn

Landrat des Main-Kinzig-Kreises
– Versicherungsamt –
Schlossplatz 3
63450 Hanau

Main-Taunus-Kreis
Der Kreisausschuss
50 AS – Versicherungsamt
Am Kreishaus 1-5
65719 Hofheim

Landrat des Landkreises
Marburg-Biedenkopf
– Kreishaus –
4. Stock, Zi. 404
Im Lichtenholz 60
35043 Marburg

Landrat des Odenwaldkreises
– Versicherungsamt –
1. Stock, Zi. 152 (Altbau)
Michelstädter Straße 12
64711 Erbach/Odenwald

Kreis Offenbach
Gefahrenabwehr- und Gesundheitszentrum
Raum G 03
Gottlieb-Daimler-Straße 10
63128 Dietzenbach

Kreisausschuss des Rheingau-Taunus-Kreises
– Kreishaus – (Info-Theke)
Heimbacher Straße 7
65307 Bad Schwalbach

Kreisausschuss des Schwalm-Eder-Kreises
– Versicherungsamt –
Geb. 1, 1. OG, Zi. 137
Waßmuthshäuser Straße 52
34576 Homberg (Efze)

Landrat des Vogelsbergkreises
– Kommunalaufsicht –
Zimmer B 112, Ebene 1
Goldhelg 20
36341 Lauterbach/Hessen



Landrat des Landkreises
Waldeck-Frankenberg
– Kreishaus / Versicherungsamt –
1. Stock, Zimmer 156
Südring 2
34497 Korbach

Der Kreisausschuss des Werra-Meißner-Kreises
Fachbereich 3 – Versicherungswesen
II. Stock, Zi. 2.14
Bahnhofstraße 15
37269 Eschwege

Der Kreisausschuss des Wetteraukreises
Fachdienst Gesundheit
Leiter des Gesundheitsamtes
1. Stock, Zi. 181/182
Europaplatz
61169 Friedberg/Hessen

Zusätzlich findet eine Auslegung der Wählerverzeichnisse während der Servicezeiten an folgenden Orten statt:

Bezirksärztekammer Darmstadt
Erdgeschoss, Zi. 011
Wilhelminenplatz 7
64283 Darmstadt

Bezirksärztekammer Frankfurt am Main
Erdgeschoss, Zi. 017
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt

Bezirksärztekammer Gießen
Parterre, Zi. Frau Gabriel
Georg-Schlosser-Straße 6 a
35390 Gießen

Bezirksärztekammer Kassel
3. Stock, Zi. 1
Wilhelmshöher Allee 67
34121 Kassel

Bezirksärztekammer Marburg
Haupteingang Erdgeschoss links
Sitzungszimmer der Ärztekammer
Raiffeisenstraße 6
35043 Marburg

Bezirksärztekammer Wiesbaden
3. Stock, Besprechungszimmer
Abraham-Lincoln-Straße 36
65189 Wiesbaden

Landesärztekammer Hessen
Zentrale im Untergeschoss
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt

Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen
Zentrale, Erdgeschoss, Zi. 003
Mittlerer Hasenpfad 25
60598 Frankfurt

Ansprüche auf Aufnahme und Einwendungen gegen die Aufnahme in das Wählerverzeichnis können spätestens bis zum

24. April 2008, 18:00 Uhr

**beim Wahlleiter
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt
schriftlich erhoben werden.**

Frankfurt, den 5. Februar 2008

*Holger Tanzki
Der Wahlleiter*



Richard-Merten-Preis 2008 ausgeschrieben

10.000 Euro für herausragenden Beitrag zum Fortschritt im Gesundheitswesen

Der Richard-Merten-Preis, mit 10.000 Euro einer der höchstdotierten Preise im Gesundheitswesen, wird im Jahr 2008 erneut ausgeschrieben. Die Stiftung zeichnet damit Arbeiten aus, die eine Verbesserung des medizinischen, pharmazeutischen oder pflegerischen Handelns ermöglichen und einen herausragenden Beitrag zum medizinischen, sozialen, sozialpolitischen oder wirtschaftlichen Fortschritt im Gesundheitswesen leisten.

Die Ausschreibung richtet sich an Arbeiten aus dem gesamten Gesundheitswesen (Praxis, Lehre, Forschung, Medizin, Pflegebereich etc.), die sich mit einem der folgenden drei Schwerpunktthemen befassen:

- Innovationen in der Humanmedizin und der Medizininformatik
- Arzneimitteltherapie
- Patienten-Compliance

Für den Preis können sich Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal und sonstige heilberuflich Tätige, Apothekerinnen und Apotheker, Studentinnen und Studenten der Medizin, der Pharmazie oder der Medizininformatik bzw. der Natur-

wissenschaften als Einzelpersonen oder als Gruppe bewerben. Stifter des Preises sind die Softwarehäuser ADG Apotheken Dienstleistungsges.mBh, die DOCexpert-Gruppe und die MCS AG sowie das medizinische Marktforschungsunternehmen medimed GmbH.

Die zur Bewertung vorgelegten Arbeiten dürfen nicht länger als 32 Manuskriptseiten sein und müssen samt Anschreiben, Abstract, Lebenslauf und Foto des Bewerbers sowie der Versicherung, die Arbeit für keine andere Auszeichnung eingereicht zu haben, bis zum 31. Mai 2008 bei der Geschäftsstelle des Kuratoriums Richard-Merten-Preis eingegangen sein.

Der Richard-Merten-Preis 2008 wird in einer öffentlichen Veranstaltung im Herbst des Jahres 2008 verliehen werden. Weitere Informationen sowie den vollständigen Ausschreibungstext erhalten Sie unter **www.richard-merten-preis.de** oder bei der

Geschäftsstelle des Kuratoriums Richard-Merten-Preis
c/o MCS AG
Im Kappelhof 1, 65343 Eltville

Einladung zur 13. Ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 13. Ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Legislaturperiode 2004 – 2008 lade ich Sie für

Sonnabend 15. März 2008, 10:00 Uhr s.t.

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

Tagesordnung

1. Begrüßung
2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
3. Genehmigung des Beschlussprotokolls der 11. Ordentlichen Delegiertenversammlung vom 24. November 2007
4. Bericht der Präsidentin
5. Änderung der Geschäftsordnung der Landesärztekammer Hessen
6. Satzung zur Regelung des privatärztlichen Notfalldienstes in Hessen
7. Änderung der Berufsordnung
8. Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte
9. Änderung der Fortbildungssatzung der LÄKH
10. Änderung von § 6 Abs. 3 Satz 1 der Beitragsordnung der LÄKH
11. Nachwahl
– Vorstand Bezirksärztekammer Darmstadt
12. Versorgungswerk
Änderung von Satzung und Versorgungsordnung
– Angleichung des Rechts der Lebenspartnerschaften an das Recht der Ehe
13. Diskussion: Rationierung im Gesundheitswesen
14. Verschiedenes

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. Ursula Stüwe
Präsidentin

Folgende Vertragsarztsitze werden nach § 103 Abs. 4 SGB V zur Besetzung ausgeschrieben. Die Zulassung des Vertragsarztes/der Vertragsärztin endet und soll durch einen Praxismachfolger fortgeführt werden:

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist -hausärztlich-
Darmstadt	Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Heppenheim	Fachärztin/Facharzt für Chirurgie
Bürrstadt	Fachärztin/Facharzt für Orthopädie

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Groß-Umstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist -hausärztlich-
--------------	---

Planungsbereich Odenwaldkreis

Michelstadt	Fachärztin/Facharzt für Orthopädie
-------------	------------------------------------

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Kelsterbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist -hausärztlich- (Gemeinschaftspraxisanteil)
Groß-Gerau	Fachärztin/Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Rüsselsheim	Fachärztin/Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Darmstadt, Wilhelminenplatz 7, 64283 Darmstadt** zu senden.

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt/M.-Oberrad	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist -hausärztlich- (Gemeinschaftspraxisanteil)
Frankfurt/M.-Bockenheim	HNO-Ärztin/HNO-Arzt
Frankfurt/M.-Westend	Hautärztin/Hautarzt
Frankfurt/M.-Westend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Frankfurt/M.-Niederrad	Urologin/Urologe

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Flörsheim	Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
-----------	---

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Bad Homburg	HNO-Ärztin/HNO-Arzt
-------------	---------------------

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach/M.-Süd-Ost	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist -hausärztlich-
Offenbach/M.-Innenstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist -hausärztlich-

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Landkreis Offenbach Seligenstadt	Orthopädin/Orthopäde Radiologin/Radiologe (Gemeinschaftspraxisanteil)
-------------------------------------	---

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Haunau/M.-Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Birstein	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist - hausärztlich-
Hasselroth-Niedermittlau	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist - hausärztlich-

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Landesstelle, Kaufmännische Geschäftsführung, Niederlassungsberatung/Bedarfsplanung, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Lich	Fachärztin/Facharzt für Orthopädie (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Alsfeld	Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gemeinschaftspraxisanteil)
---------	--

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim	Fachärztin/Facharzt für Augenheilkunde
-------------	---

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Gießen, Eichgärtenallee 6-8, 35394 Gießen** zu senden.

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Kassel	Augenärztin/Augenarzt Urologin/Urologe
------------------	---

Planungsbereich Landkreis Kassel

Hofgeismar	Chirurgin/Chirurg (Gemeinschaftspraxisanteil)
Vellmar	Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Felsberg	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin
----------	---

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Eschwege	Neurologin/Psychiaterin/ Neurologe/Psychiater
----------	--

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Kassel, Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel** zu senden.

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Limburg	Fachärztin/Facharzt für Neurologie
---------	------------------------------------

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Limburg, Adelheidstraße 7, 65549 Limburg** zu senden.

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg	Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin - hausärztlich-
---------	---

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Marburg, Raiffeisenstraße 6, 35043 Marburg** zu senden.

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
Wiesbaden	Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Rüdesheim	Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie
-----------	--

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Straße 36, 65189 Wiesbaden**, zu senden.

Praxisvertretung

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts – Landesstelle – vermittelt für ihre Mitglieder

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

Ärzte, die einen Vertreter benötigen und Ärzte, die selbst eine Vertretung übernehmen möchten, werden gebeten, sich an die

**Kassenärztliche Vereinigung Hessen
– Landesstelle –
Georg-Voigt-Straße 15
60325 Frankfurt/M.
Telefon 069 79502-757**

zu wenden.

Der Arzt, der sich in seiner Praxis vertreten lässt, hat sich nach § 20 Berufsordnung der Ärzte in Hessen zu vergewissern, dass der Vertreter die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung erfüllt.