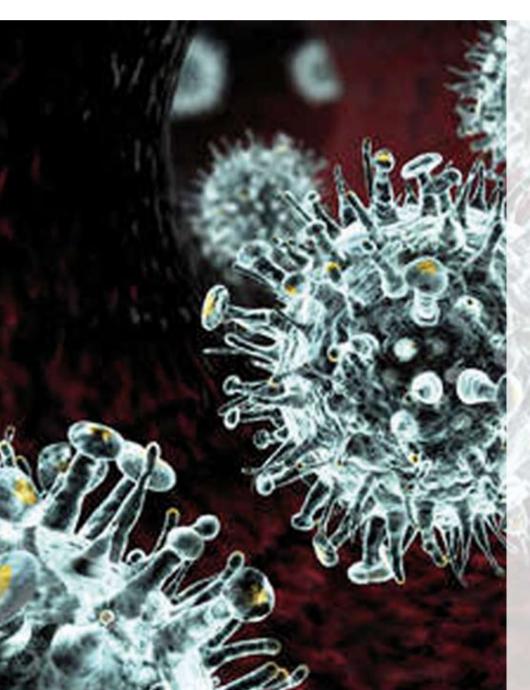
## Hessisches Ärzteblatt

9 | 2009 September 2009 70. Jahrgang

**Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen** Auch im Internet: www.laekh.de



- Die Influenza-Pandemie erreicht Hessen, und das Ausmaß bleibt unerkannt?
- Einführung der Rotavirus-Impfung als Standard-Impfung längst überfällig?
- Ärztemangel, Morbiditätszuwachs und Erodierung des Sicherstellungsauftrages – Antworten auf eine Zukunftsherausforderung
- Neue curriculäre Ausbildung für Transplantationsbeauftragte
- Aktueller Standpunkt zur Selektiven Internen Radiotherapie (SIRT) bei malignen Lebertumoren
- Deutschlands Arbeitnehmer im Stress: Bei zu viel Druck streikt die Seele

### Hessisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R. und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen K.d.ö.R.

### **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

Vertreter des Präsidiums: Frank-Rüdiger Zimmeck

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-Jugenheim Prof. Dr. med. Peter Osswald, Hanau

Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle, Gießen Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt

PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg Dr. med. Walter Schultz-Amling, 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.l-va.de

E-Mail: lk@l-va.de

### Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

### **Anzeigendisposition:**

Livia Kummer

Tel. 0341 710039-92, E-Mail: lk@l-va.de

#### **Druck:**

Druckhaus Dresden GmbH Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

#### **Layout-Design:**

Kathrin Artmann, Heidesheim in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

zzt. ist Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 1.1.2009 gültig.

#### **Bezugspreis / Abonnementspreise:**

Der Bezugspreis im Inland beträgt 104,50 € (12 Ausgaben), im Ausland 104,50 € 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

### 9 2009 • 70. Jahrgang

### Hessisches Ärzteblatt



Editorial	572
Fortbildung Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen	573
Landesärztekammer Hessen Neue curriculäre Ausbildung für Transplantationsbeauftragte "Persönliche Beratung ist wichtig"	574 576
Aktuelles	
Die Influenza-Pandemie erreicht Hessen, und das Ausmaß bleibt unerkannt? Rotaviren – Einführung der Rotavirus-Impfung	577
als Standard-Impfung längst überfällig?	578
Ärztemangel, Morbiditätszuwachs und Erodierung des	
Sicherstellungsauftrages – Antworten auf eine Zukunftsherausforderung"	581
<b>Landesärztekammer Hessen</b> Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) – Primärmaßnahmen im Notfalldienst	-0-
Fortbildung	583
Zertifizierte Fortbildung: Aktueller Standpunkt zur	
Selektiven Internen Radiotherapie (SIRT) bei malignen Lebertumoren	584
Medizinisches Zahlenrätsel	592
Aktuelles	
Deutschlands Arbeitnehmer im Stress: Bei zu viel Druck streikt die Seele	593
Fortbildung Sicherer Verordnen	596
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim	597
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	603
Aktuelles	
Schützen Umweltzonen tatsächlich die Gesundheit unserer Bevölkerung?	604
Arzt- und Kassenarztrecht	
Arzthaftungsrecht: Grober Behandlungsfehler – "Auch Kleinvieh macht Mist"	608
Mit meinen Augen	
Ach, wäre er doch schon vorbei: Der 27. September	609
Satire Sie haben die Wahl!	610
Humoristisches Die Schildkröte	610
Briefe an die Schriftleitung	611
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten	613
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	614
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	619
Bücher 618	, 623

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.

### **Editorial**

### Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,



Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (Bild pop)

die Meldungen überschlagen sich förmlich. Unter dem Namen "Schweinegrippe" hat die Neue Grippe Einzug in die Medien gehalten. Täglich berichten Presse, Rundfunk, Fernsehen und Internet über die rasante, weltweite Ausbreitung des Virus,

über infizierte Urlaubsrückkehrer aus Mallorca oder anderen besonders betroffenen Regionen, über Sicherheitsvorkehrungen an Flughäfen und über geschlossene Kindergärten oder Schulen. In über 130 Ländern\* sind bereits Erkrankungsfälle aufgetreten. Auch in Deutschland steigen die Fallzahlen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat am 11. Juni 2009 die Pandemie-Alarmstufe 6 ausgerufen. Bisher verursacht das Virus zumeist leichter verlaufende Infektionen; Infizierte sind also nach den bisherigen europäischen Erfahrungen dadurch nicht mehr gefährdet als durch die ,normale Grippe'. Wenn sich die neue Grippe allerdings weiter verbreitet und das Virus mutiert, kann jedoch eine spätere zweite Welle mit schwereren Krankheitsverläufen nicht ausgeschlossen werden. Die Impfung ist der wirksamste persönliche Schutz gegen eine Infektion mit Grippeviren. Wird eine ausreichende Durchimpfungsrate der Bevölkerung erreicht, kann sogar die Ausbreitung der Grippe verhindert oder zumindest verzögert werden. Dies schützt auch noch nicht Geimpfte oder Personen, die aufgrund von Kontraindikationen nicht geimpft werden. Wer sich impfen lässt, tut etwas für sich und seine Mitmenschen. Der genaue Zeitpunkt, ab dem erste Chargen eines Impfstoffes gegen A/H1N1-Viren zur Verfügung stehen, kann derzeit noch nicht mitgeteilt werden. Da es sich dabei um eine Neuentwicklung handelt, dürfte der Impfstoff aber möglicherweise nicht sofort in unbegrenzter Menge zur Verfügung stehen.

Was bedeutet diese Entwicklung für uns Ärztinnen und Ärzte? Zunächst sollten wir den umgangssprachlichen Begriff "Schweinegrippe" vermeiden, da er Fehlinterpretationen hervorrufen und bei vielen Patienten zu einer Ablehnung der für Herbst in Aussicht gestellten Impfung führen kann. Zweitens sind verstärkte Hygienemaßnahmen in Klinik und Praxis erforderlich. Alle Influenzaviren sind hoch infektiös: sie werden vor allem durch Tröpfcheninfektion und durch direkten Kontakt z.B. über die Hände übertragen. Deshalb ist häufiges Händewaschen wichtig, wenn auch nicht umfassend wirksam. So kann das Waschen der Hände zwar Viren abspülen, doch diese nicht sicher inaktivieren. Wie die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene in einer Pressemitteilung unterstrichen hat, stellt die Desinfektion der Hände dagegen eine wirkungsvolle Maßnahme zum Abtöten von Viren dar. Im Internet informiert das Robert Koch-Institut unter www.wir-gegen-viren.de über Hygienemaßnahmen zum Schutz vor Viren.

Das Auftreten von A/H1N1 führt erneut vor Augen, wie wichtig Impfungen zur Vorbeugung von Erkrankungen sind. Obwohl Ärzte hier eine Vorbildfunktion haben sollten, haben Umfragen gezeigt, dass viele Kolleginnen und Kollegen nicht gegen Grippe geimpft sind und eine solche Impfung auch nicht für nötig halten. Das gleiche Bild zeigt sich bei dem medizinischen Fachpersonal. Dabei sind beide

Berufsgruppen nicht nur selbst von der "herkömmlichen" Influenza bedroht, sondern geben das Virus im Falle einer Ansteckung an ihre Patienten weiter. Welche Folgen eine Virusgrippe gerade für ältere und/oder chronisch Kranke haben kann, muss an dieser Stelle nicht näher ausgeführt werden. Mein Appell lautet daher: Lassen Sie sich im eigenen Interesse und im Interesse Ihrer Patienten jedes lahr gegen die Influenza impfen! Hierfür steht der Impfstoff jedes Jahr ab ca. Mitte August zur Verfügung. Rufen Sie Ihre Patienten auf, sich ungeachtet der aktuellen Diskussion um A/H1N1 auch dieses Jahr impfen zu lassen.

Auf seiner Homepage www.rki.de hat das Robert Koch-Institut aktuelle Informationen zu der neuen Grippe eingestellt. Unter den Rubriken Ärzte und Patienten informiert auch die Landesärztekammer auf ihrer Homepage www.laekh.de rund um das Thema Impfen. Ein Impf-Portal mit Beratungsangeboten ist zur Zeit in Planung. Außerdem finden Sie unter www.laekh.de ständig aktualisierte Informationen und arztspezifische Hinweise zu A/H1N1.

Die Bundesländer haben insgesamt 50 Millionen Impfdosen zur Abwehr der Neuen Influenza A/H1N1 bestellt. Nach Auskunft des Hessischen Ministers für Arbeit, Gesundheit und Familie, Jürgen Banzer, soll dies ausreichen, um ggf. ab Herbst zunächst ca. 30 % der hessischen Bevölkerung zu impfen, falls dies notwendig werden sollte. Die WHO empfiehlt, zunächst Personengruppen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko, wie Menschen mit chronischen Krankheiten und Schwangere, zu impfen. Darüber hinaus sollen das Gesundheitspersonal, die Polizei und die

<sup>\*</sup> Die Angaben in dem Editorial beziehen sich auf den Zeitpunkt des Verfassens

### **Editorial**

Feuerwehr frühzeitig Impfungen erhalten, weil diese Personen einerseits einer erhöhten Ansteckungsgefahr unterliegen, andererseits auch selbst zu 'Infektionsverbreitern' werden können. Ferner soll grippebedingte Arbeitsunfähigkeit bei diesen für die öffentliche Sicherheit und Ordnung wichtigen Personengruppen vermieden werden. Entsprechende Regelungen finden sich in dem Anfang August veröffentlichten Entwurf einer Verordnung des Bundes über die Leistungspflicht der

gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A/H1N1 (Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung – ISchGKVLV). Über diese bestellte Impfstoffmenge hinaus haben sich die Bundesländer Optionen gesichert, so dass bei Bedarf nachbestellt werden kann. Zusätzlich hat Hessen zur Behandlung bereits vor Wirkung der Impfung Infizierter das Medikament Tamiflu für 20 Prozent der Bevölkerung eingelagert.

Wir werden Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, über die weiteren Entwicklungen im Hessischen Ärzteblatt und auf der Homepage der Landesärztekammer informieren.

Es grüßt Sie herzlich

1. Seullands

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident

**Fortbildung** 

### Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 7: Eiche (Quercus robur L.) Alexander H. Jakob



Eiche

Die sprichwörtlich oft genannte deutsche Eiche gehört sicherlich zu den bekanntesten einheimischen Pflanzen und die nicht selten stattlichen Bäume sind in Hessens Wäldern, aber auch in Siedlungen häufig zu finden. In verschiedenen Überlieferungen, so bei den Germanen, Kelten, Griechen und Römern wurden der Eiche besondere Verehrungen zugesprochen, die sich mit der Christianisierung wandelten, aber noch heute wird ihr eine besondere Symbolik zugeordnet.

Pharmakologisch interessant ist die Eichenrinde (Cortex Quercus) die 10 % Gerbstoffe enthält, die insbesondere adstringierende und virusstatische Wirkungen haben. Dies erklärt die volksmedizinischen Überlieferungen, dass Teezubereitungen

aus der getrockneten jungen Rinde äußerlich bei Halsentzündungen und innerlich bei Durchfallerkrankungen eingesetzt wurden.

Heute noch verbreitet ist die Verwendung von Bädern und Salben mit Auszügen der Eichenrinde, die bei entzündlichen Hauterkrankungen im Genital- und Analbereich eingesetzt werden.

#### **Anschrift des Verfassers**

Dr. med. Alexander H. Jakob Facharzt für Allgemeinmedizin

- Naturheilverfahren –
- Akupunktur Stierstädter Straße 8a 61350 Bad Homburg v.d.H. E-Mail: drjakob@gmx.de

### Landesärztekammer Hessen

## Neue curriculäre Ausbildung für Transplantationsbeauftragte

Erfolgreicher Start des "Curriculum Organspende" von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) Region Mitte und der LÄK Hessen

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) Region Mitte hat gemeinsam mit der Landesärztekammer Hessen die Ausbildung für Transplantationsbeauftragte und für interessiertes Klinikpersonal neu strukturiert. Auf Basis eines seit 2001 erfolgreich durchgeführten Ausbildungskonzeptes wurde zusätzlich eine curriculare Fortbildung "Organspende" eingerichtet.

Ziel dieser Neuerung ist es, die Qualifikation und den Informationsstand der Transplantationsbeauftragten in den hessischen Krankenhäusern weiter zu verbessern. Zwar haben alle Krankenhäuser in Hessen Transplantationsbeauftragte benannt, die Umsetzung des Versorgungsauftrages Organspende ist jedoch noch deutlich verbesserbar. Die Transplantationsbeauftragten nehmen auf den Intensivstationen eine wichtige Schlüsselposition für die Organspende ein. Hier müssen im ersten Schritt mögliche Spender erkannt und an die Koordinierungsstelle gemeldet werden.

Das Seminar ist für Ärztinnen und Ärzte sowie alle weiteren, in diesem Bereich tä-

tigen Berufsgruppen konzipiert. Es kann aber auch als Vorbereitung auf die Funktion des Transplantationsbeauftragten in einer Klinik dienen. Mit der Fortbildung werden die notwendigen Kenntnisse im Zusammenhang mit der Indikationsstellung zur Organspende vermittelt. Es wird aufgezeigt, wie die erfolgreiche Abwicklung des Organspendeablaufs verbessert werden kann und wie es gelingt, die Handlungssicherheit in diesem intensivmedizinisch und emotional anspruchsvollen Feld zu steigern. Informationslücken darüber, wer als Spender in Frage kommt, sollen geschlossen werden. So ist beispielsweise noch nicht allgemein bekannt, dass auch Spender im Alter von deutlich über 65 Jahren oder/ und diversen Begleiterkrankungen durchaus als Spender in Frage kommen. Für die Nieren gibt es für die Empfänger und Spender über 65 Jahre sogar ein spezielles Programm, das sogenannte European Senior Programm (ESP) oder auch old-for-old mit sehr guten Ergebnissen. Weiterhin hat dieses Programm dazu geführt, dass die Wartezeit auf eine Spenderniere gerade bei

Spendern über 65 Jahre stark verkürzt wurde.

Das Curriculum vermittelt in Theorie und Praxis alle relevanten Aspekte zu den Themen Spendererkennung, Hirntod, Hirntoddiagnostik, Allokation, Transplantationsgesetz, Angehörigenbetreuung und Transplantation. Die Referenten werden vom Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, den Transplantationszentren der Region und von der DSO gestellt.

Die Ausbildung besteht aus drei Unterrichtsblöcken:

- 16 Stunden Theorie
- 8 Stunden Kriseninterventionsseminar
- 16 Stunden Praxisteil (fakultativ Teilnahme an einer Organspende oder Besuch der Organisationszentrale der DSO Region Mitte in Mainz).

Der erste Teil der neuen curricularen Ausbildung fand bereits Ende Mai 2009 in der Fortbildungsstätte der Universität Gießen im historischen Schloss Rauischholzhausen statt. 36 Teilnehmer aus den Bereichen der Intensivtherapie und Klinikarbeit nahmen daran teil. Das diese Art der Fortbildung auch über die Grenzen der Region, sogar über die Grenzen Deutschlands Beachtung fand, zeigte sich daran, dass sogar zwei Transplantationsbeauftragte des Krankenhauses Brixen, Italien an dieser Veranstaltung teilnahmen. Neben den medizinischen Vorträgen standen die Gespräche mit Angehörigen von Organspendern und transplantierten Patienten im Vordergrund. Sie gaben eindrucksvoll Einblicke in die Gefühlswelt lebensbedrohlich erkrankter Patienten während der Wartezeit und deren Erlösung nach erfolgreicher

### Landesärztekammer Hessen



Fürs Leben – für Organspende unter diesem Motto lernten die Transplantationsbeauftragten zwei Tage im Schloss Rauischholzhausen und stellten sich in T-Shirts mit diesem Slogan der Aktion "Fürs Leben" auch dem Fotografen.

Transplantation. Auch die Verzweiflung Angehöriger, die ein geliebtes Familienmitglied verloren haben und die daraus erwachsende Hoffnung mit der Spende von Organen, Leben retten zu können, wurde durch die authentischen Berichte für alle Beteiligten besser vorstellbar.

Ein gemeinsamer Abend im Schloss, der die Möglichkeit zum Gedanken- und Informationsaustausch bot und ausgiebig genutzt wurde, rundete die Veranstaltung ab. Am Ende des zweiten Tages konnten Professor Dr. med. W. Bechstein und Dr. med. Thomas Breidenbach ein positives Resümee der ersten Veranstaltung ziehen, welches durch die positiven Rückmeldungen der Teilnehmer bestätigt wurde. Unter dem Titel "Fürs Leben – für Organspende" stellten sich die Teilnehmer noch zum Gruppenfoto vorm Schloss.

Für das nächste Curriculum Organspende sind folgende Termine vorgesehen: 15. /16. Januar 2010 in Mainz und 6./7. Mai 2010 Schloss Rauischholzhausen.

Die gesamte Fortbildung ist von der Landesärztekammer mit 40 Punkten zertifiziert.

Weitere Informationen erhalten Sie über E-Mail: Sabine.moos@dso.de oder Frau Dauth, Fortbildungszentrum der LÄKH, Bad Nauheim.

> Sabine Moos Fachärztin für Innere Medizin und Koordinatorin DSO Region Mitte

### Wir sind montags länger für Sie da!

Ab 1. Oktober: Neue Servicezeiten der Landesärztekammer Hessen

Dienstleistung für unsere Mitglieder wird bei uns groß geschrieben.

Nachdem eine Telefonauswertung ergeben hat, dass uns besonders viele Anrufe am Montagnachmittag erreichen, haben wir die Servicezeiten der Landesärztekammer geändert. Künftig sind wir montags länger für Sie und Ihre Anliegen da.

Ab dem 1. Oktober können Sie uns zu folgenden Zeiten erreichen:

Montag, Donnerstag 8:00-17:00 Uhr Dienstag, Mittwoch 8:00-16:00 Uhr Freitag 8:00-14:00 Uhr

LÄKH

### Landesärztekammer Hessen

### "Persönliche Beratung ist wichtig"

### Positives Echo auf Informationsabend der Bezirksärztekammer Frankfurt für neue Kammermitglieder

Welche Aufgaben hat die Landesärztekammer? Wie unterscheiden sich Fort- und Weiterbildung voneinander? Gibt es juristische Fallstricke bei der ärztlichen Tätigkeit, und was tut die Selbstverwaltung für die Altersversorgung ihrer Mitglieder? Mit exemplarischen Fragen leitete der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Frankfurt, Dr. med. Wolf Andreas Fach, in seiner Einführung zu den Schwerpunkten des ersten Informationsabends für neue Kammermitglieder am 8. Juli in Frankfurt hin: Weiterbildung, Recht und Altersvorsorge. Als Referenten führten Abteilungsleiter und der juristische Geschäftsführer der Kammer in die Themen ein und standen anschließend für Gespräche zur Verfügung.

Nachdem Dr. med. Viktor Karnosky, Leiter der Weiterbildungsabteilung, zunächst die Begriffe Berufsausbildung (Medizinstudium), Weiterbildung (zum Facharzt) und (lebenslange) Fortbildung definiert hatte, wandte er sich Weiterbildung und Weiterbildungsordnung zu. "Jeder von Ihnen sollte sich von Anfang an Gedanken darüber machen, wo die Reise hingeht", forderte Karnosky seine Zuhörer auf, riet jedoch zugleich dazu, sich von der Entscheidung "Niederlassung oder Krankenhaus?" frei zu machen, denn hier verändere sich vieles. Auf die Frage eine Zuhörers antwortete Karnosky, dass Weiterbildung in der Regel im ganzen Bundesgebiet anerkannt werde. Ausnahmen machten es jedoch erforderlich, sich vor einem Wechsel bei der zuständigen Kammer zu erkundigen. Wer sein Studium außerhalb der EU absolviert habe, müsse sich zuerst an das Landesprüfungsamt wenden. Anders bei der Facharztspezialisierung: Hier gelte die Grundregel, dass zusätzlich zu der Weiterbildung (WB) im Nicht-EU-Land ein Jahr WB in Deutschland absolviert werden müsse. Dr. med. Susan Trittmacher, Leiterin der Anerkennungsstelle der Kammer, wies auf

die Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung hin. Diese ist sowohl im ärztlichen Berufsrecht, als auch im Sozialrecht begründet (SGB V). Vertragsärzte haben die Erfüllung ihrer Fortbildungspflicht gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, Fachärzte im Krankenhaus dem Ärztlichen Direktor nachzuweisen. "Die Anerkennung von Fortbildungspunkten erfolgt durch die Landesärztekammern und ist länderübergreifend," unterstrich Trittmacher. In das "Kleine 1 x 1 der Juristerei" führte Dr. iur. Alexander Schmid, Justitiar und

juristischer Geschäftsführer der Kammer, ein. Er erläuterte den Unterschied zwischen Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung, berichtete über die Aufgaben des Geschäftsbereichs Recht (u.a. Beratung von Mitgliedern und Behörden, Beratung der Ärztekammer und ihrer Gremien, Beratung im Bereich der GOÄ) und stellte die Arbeit der Berufsgerichtsabteilung und der Gutachter- und Schlichtungsstelle vor. Schmid ging sowohl auf Berufsrecht als auch auf Haftungsrecht ein und machte auf die im Internet (www.laekh.de) unter der Rubrik "Rund ums Recht" eingestellten Informationen aufmerksam. Abschließend ermunterte Schmid die Zuhörer, sich bei juristischen Fragen an die Rechtsabteilung zu wenden.

Als besonders wichtige Einrichtung bezeichnete Dr. Trittmacher das Versorgungs-

werk der Landesärztekammer, dessen gesetzliche Aufgabe es ist, seinen Mitgliedern und deren Hinterbliebenen Versorgungsleistungen in Form von Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrenten zu gewähren. Als berufsständische Einrichtung stellt es neben der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung der Beamtenversorgung einen eigenständigen Bereich innerhalb der I. Säule (Grundversorgung) der Altersversorgung dar.

Nach den Vorträgen sowie einer kurzen Vorstellung des Online-Portals durch Ralf Münzing von der EDV-Abteilung nutzten die neuen Kammermitglieder die Gelegenheit, sich beraten zu lassen und mit dem Präsidenten und Vizepräsidenten, den beiden Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Frankfurt und den Referenten zu diskutieren. Die Informationsveranstaltung als neues Angebot der Bezirksärztekammer Frankfurt, das künftig auch von den anderen Bezirksärztekammern aufgegriffen werden soll, stieß bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Abends auf ein positives Echo: "Natürlich kann man sich auch über das Internet informieren, aber die persönliche Beratung ist wichtig und lässt sich nicht durch Technik ersetzen. Mir hat die Veranstaltung viel gebracht", lobte eine junge Ärztin am Ende des Abends.

Katja Möhrle

### 15 Jahre Verband Hessischer Vertragspsychotherapeuten – 10 Jahre PsychThG –

### Ein Grund zu feiern!

5. September 2009, 11:00 – ca. 15:00 Uhr Haus am Dom, **Frankfurt am Main** 

Das komplette Veranstaltungsprogramm kann angefordert werden: vhvp-Geschäftsstelle · Gluckstraße 10 · 63452 Hanau · Tel.: 06181 982186 E-Mail: vhvp@bvvp.de

Ergänzt wird die Veranstaltung durch eine kleine Ausstellung sowie einer Jubiläumsschrift.

## Die Influenza-Pandemie erreicht Hessen, und das Ausmaß bleibt unerkannt? Steffen Ge

Steffen Geis<sup>1,2</sup>, Anja M. Hauri<sup>1</sup>, Helmut Uphoff<sup>1</sup>

Auch bei Ihnen mag sich bei der derzeitigen medialen und fachlichen Diskussion um die Pandemie durch die neue Influenza A/H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>v ("Schweinegrippe") das Gefühl eingestellt haben: Einzelfallmeldungen befriedigen unser Bedürfnis nach Zahlen, aber wie man sich die tatsächliche Situation vorstellen muss, bleibt unklar. Eine Meldepflicht leistet zwar – insbesondere in der Anfangsphase einer Pandemie – einen wichtigen Beitrag zur Einschätzung der Lage, hat aber bei Zunahme der Fallzahlen dieser Erkrankung mit unspezifischem klinischem Bild deutliche Begrenzungen. Laborkapazitäten sind nur begrenzt vorhanden, Kosten für Laboruntersuchungen müssen berücksichtigt werden und leichte klinische Verläufe rechtfertigen weitere diagnostische Maßnahmen oftmals nicht. Deswegen wird weltweit zunehmend auch auf andere Datenquellen zurückgegriffen, die den Trend der Neuinfektionen gut abbilden können und somit rasche adäquate Strategieanpassungen (z.B. durch Anpassung der Impfempfehlungen oder der Verwendung von Neuraminidasehemmern) erst ermöglichen.

Diese Datenerhebung erfolgt zumeist durch etablierte Sentinelsysteme der syndromischen Surveillance akuter respiratorischer Erkrankungen, die sich auf klinische Daten aus Krankenhäusern und Arztpraxen stützen. Aber auch eher unkonventionelle Methoden befinden sich in Erprobung: z.B. die Anzahl bestimmter Suchanfragen bei Google (Eysenbach, 2006; Ginsberg et al., 2009) oder die Anzahl von telefonischen Anfragen bei Beratungshotlines (Cooper et al., 2004) im Zeitverlauf. Vielleicht wären auch die Verkaufszahlen von Taschentüchern oder "Hausmitteln aus Omas Hausapotheke" als Verlaufsparameter denkbar?

In Deutschland wird die saisonale Influenzaaktivität seit 1992 durch die Arbeitsgemeinschaft Influenza AGI überwacht (http://influenza.rki.de). Dieser Verbund von ca. 700 ehrenamtlichen Sentinelpraxen. koordiniert vom Deutschen Grünen Kreuz in Marburg und dem Robert Koch-Institut in Berlin, zeichnet wöchentliche Daten zu "akuten respiratorischen Erkrankungen" (ARE) auf und nimmt bei einer Stichprobe dieser Patienten Rachenabstriche zur virologischen Diagnostik am Nationalen Referenzzentrum für Influenza. Aus dem Verhältnis der ARF-Patienten zur Gesamtzahl der behandelten Patienten sowie den Ergebnissen der virologischen Diagnostik lassen sich gute Rückschlüsse auf die Intensität der Grippewelle ziehen (Uphoff et al., 2004). Ein weiteres Standbein der Influenza-Surveillance in Deutschland ist die seit 2001 bestehende gesetzliche Meldepflicht des direkten Virusnachweises der saisonalen Influenza gemäß Infektionsschutzgesetz.

Zur Ergänzung und Stärkung der Arbeit der AGI haben wir gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut ein elektronisches Erfassungssystem für akute respiratorische Erkrankungen (basierend auf Ihrer ICD-10-Kodierung für die KV-Abrechnung) entwickelt, das gleichzeitig den Arbeitsaufwand der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte auf ein Minimum reduziert und dennoch robuste Daten zur Krankheitslast liefert.

Ohne Ihre tägliche Arbeit zu beeinträchtigen, kann dieses Erfassungssystem wichtige Eckdaten aus Ihrer Arztdokumentationssoftware anonymisiert aufzeichnen, indem es eine "elektronische Strichliste" führt, wann immer Sie einen Patienten mit einem akuten Atemwegsinfekt (mit entsprechenden ICD-Codes) behandeln. Diese Patientendaten können in weniger als fünf Minuten einmal wöchentlich per E-Mail via Robert Koch-Institut an das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen zur Auswertung verschickt werden. Die Ergebnisse der Auswertungen werden Ihnen wiederum zeitnah zur Verfügung gestellt.

Nur gemeinsam in einer starken Partnerschaft können der Öffentliche Gesundheitsdienst und primär versorgende Ärztinnen und Ärzte diese wichtigen Daten während der bevorstehenden Pandemie erheben, um zum Wohle der Bevölkerung geeignete Maßnahmen ergreifen zu können. Wir möch-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG), Dillenburg

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE) am Robert Koch-Institut in Berlin

### **Aktuelles**

ten Sie – v.a. Allgemeinmediziner, Pädiater und hausärztlich-tätige Internisten – daher bitten, an dieser syndromischen Surveillance der Influenza teilzunehmen. Bitte nehmen Sie mit uns Kontakt auf, falls Sie Fragen zu diesem Projekt oder der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) haben sollten. Gerne senden wir Ihnen weiteres Informationsmaterial zu.

#### Literatur

Cooper DL, Smith G, Baker M, Chinemana F, Verlander N, Gerard E, et al. National symptom surveillance using calls to a te-

lephone health advice service-United Kingdom, December 2001-February 2003. MMWR Morb.Mortal.Wkly.Rep. 2004;53 (Suppl):179-83.

Eysenbach G. Infodemiology: tracking flurelated searches on the web for syndromic surveillance. AMIA Annu Symp Proc. 2006: 244-8.

Ginsberg J, Mohebbi MH, Patel RS, Brammer L, Smolinski MS, Brilliant L. Detecting influenza epidemics using search engine query data. Nature. 2009 Feb 19;457(7232): 1012-4.

Uphoff H, Buchholz U, Lang A, Haas W,

Stilianakis N. Zur Schätzung der Konsultationsinzidenz akuter respiratorischer Erkrankungen aus Praxisdaten. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2004 Mar;47(3):279-87.

### Korrespondenzadresse

Dr. med. Steffen Geis
Hessisches Landesprüfungs- und
Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
Abteilung I – Gesundheitsschutz
Wolframstraße 33, 35683 Dillenburg
www.hlpug.de
E-Mail: seed.are@hlpug.hessen.de

### Rotaviren

### Einführung der Rotavirus-Impfung als Standard-Impfung längst überfällig? Katharina Müller

### Zusammenfassung

Die rotavirusbedingten Gastroenteritiden gehören zu den häufigsten Erkrankungen im Kleinkindesalter. Die Rotavirus-Infektion ist eine ernste, wegen der Komplikation der Dehydratation bedrohliche Erkrankung und macht sehr häufig eine Krankenhausbehandlung notwendig. Die Mortalität ist in den Ländern mit gutem Zugang zur Gesundheitsversorgung wie in Europa relativ gering. Die Erkrankung stellt jedoch sowohl eine enorme Belastung für das Gesundheitssystem, als auch eine Belastung für die junge Familie dar. Gerade sie wird durch Ausfälle bei der Berufstätigkeit und in ihrer Lebensführung allgemein wegen der Sorge um das kranke Kind deutlich eingeschränkt. Seit 2006 ist eine wirksame Prävention durch Schluckimpfung gegen Rotaviren möglich. Mit der Impfung können die zahlreichen Hospitalisierungen und die erhebliche Morbidität reduziert werden. Daher ist die breite Anwendung dieser Impfstoffe wünschenswert. Die Ständige Impfkommission Deutschlands (STIKO) hält die Impfung junger Säuglinge analog

der Empfehlung der WHO für sinnvoll, hat aber bislang die Impfung noch nicht als Standardimpfung empfohlen. Daher muss die Erstattung der Kosten für die Impfungen gegen Rotaviren bei Säuglingen in jedem Einzelfall von den Eltern beantragt und durch die Krankenkassen geprüft werden. Die Krankenkassen gehen aber immer häufiger dazu über, die Kosten für die Schluckimpfung gegen Rotaviren zu übernehmen.

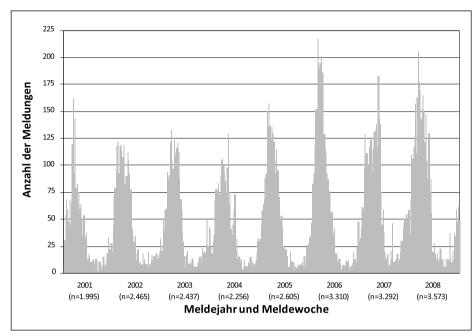
### Hohe Krankheitslast durch Rotavirus-Infektionen

Die aus der Familie der Reoviridae stammenden Rotaviren kommen weltweit vor. Sie verhalten sich äußerst umweltresistent und sind die häufigste Ursache schwerer viraler Durchfallerkrankungen bei Kindern. Am häufigsten erkranken Kinder von sechs Monaten bis zu zwei Jahren. Von den weltweit fünf zirkulierenden Rotavirustypen kommen in Deutschland G 1, G 2, G 3, G 4 und G 9 am häufigsten vor und sind für mehr als 98 % aller Rotaviruserkrankungen bei Kindern < fünf Jahren verantwort-

lich. [1] Während im Erwachsenenalter die Erkrankung milder verläuft und seltener ist, treten die Rotaviren bei Personen über 60 Jahren wieder häufiger auf.

Nach Angaben des Robert Koch-Institutes wurden 2006 67.000 Erkrankungsfälle über die Gesundheitsämter gemeldet. 70 % dieser Erkrankungen betrafen Kinder im Alter bis zu fünf Jahren. Davon mussten ca. 50 % stationär behandelt werden. [2] Studiendaten aus dem deutschen Beitrag der REVEAL-Studie an 500 Kindern mit akuter Gastroenteritis machten gar zwei Drittel aller stationären Behandlungen und ein Viertel aller Arztbesuche für die Durchfallerkrankung verantwortlich. [3]

Die hessische zentrale Meldestelle beim Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt in Dillenburg gab bekannt, dass zwischen 2001 und dem ersten Halbjahr 2006 rund 12.000 Rotavirus-Infektionen von den hessischen Gesundheitsämtern gemeldet wurden. Auch hier waren hauptsächlich Kinder bis zum fünften Le-



Übermittelte Rotaviruserkrankungen nach Meldewochen, Hessen 2001-2008 (Stand: 15. Juli 2009 – Hess. Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen, Dillenburg)

bensjahr betroffen. Für Kinder unter fünf Jahren standen im Zeitraum 2001 bis 2005 68 % aller stationären Aufenthalte für meldepflichtige Erkrankungen im Zusammenhang mit einer Rotavirus-Erkrankung. [4] In den Jahren 2007 und 2008 kam es zu einem weiteren Anstieg der Meldungen von im Mittel pro Jahr 3.400 Rotavirusinfektionen.

### Klinische Symptomatik und Infektionswege

Rotaviren sind hoch ansteckend. Schon kleine Mengen reichen für eine Infektion aus. Sie werden von infizierten Kindern mit dem Stuhl ausgeschieden und fäkal-oral von Kind zu Kind über verschmutzte Hände oder Gegenstände übertragen. Daher ist es hier besonders wichtig, dass Eltern und Betreuer grundlegende Regeln der Hygiene beachten, wie z.B. gründliches Händewaschen nach dem Toilettengang und vor dem Essen. Seltener geht die Ansteckung über kontaminiertes Wasser und Lebensmittel.

Die Inkubationszeit beträgt ein bis drei Tage. Klinisch ist die rotavirusbedingte Enteritis gekennzeichnet durch Fieber, gefolgt von Erbrechen mit akut wässrigen Durchfällen und abdominellen Schmerzen.

In den Monaten Februar bis April tritt die Erkrankung am häufigsten auf.

Die Erkrankung dauert in der Regel zwei bis sechs Tage, die Infektiösität besteht bis zu acht Tagen, je nach Virusausscheidung mit dem Stuhl.

Die Rotavirus-Erkrankung kann insbesondere bei Babys und Kleinkindern schnell in eine lebensbedrohliche Dehydratation führen und bedarf dann häufig intensivmedizinischer Behandlung.

### Schutzimpfung gegen Rotavirenerkrankungen von Säuglingen und Kleinkindern durch Schluckimpfung seit 2006 möglich

Seit 2006 sind in Deutschland zwei Impfstoffe zugelassen, bei deren Anwendung in über 90 % der Fälle schwere Enteritiden verhütet werden können. [5] Dabei handelt es sich bei beiden um Lebendimpfstoffe, die bei Kindern im Alter zwischen zwei und sechs Monaten zugelassen sind. Der eine ist eine pentavalente Reassortantenvakzine (RotaTeq von Sanofi Pasteur MSD) auf der Basis eines bovinen Rotavirusstammes, der andere Impfstoff (Rotarix von Glaxo Smith Kline) ist ein monovalenter Impfstoff und enthält einen attenuierten humanen Rotavirusstamm. [6] Beide

### **Aktuelles**

Impfstoffe wurden in umfangreichen Studien mit mehr als 130.000 Studienteilnehmern [7] und 60.000 Kindern [2] getestet. Beide sind vergleichbar bezüglich ihrer Wirksamkeit, ihrer Sicherheit und Verträglichkeit. Allerdings unterscheiden sie sich durch unterschiedliche Impfstoffschemata (zwei bzw. drei Dosen). Die erste Dosis wird oral ab der sechsten Lebenswoche verabreicht, die letzte Dosis sollte entsprechend dem Impfschema nicht später als mit Vollendung der 24. bzw. der 26. Lebenswoche gegeben werden.

Die neuen in Deutschland zugelassenen Schluckimpfungen gegen Rotaviren können gleichzeitig mit den Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio (IPV), Pertussis, Haemophilus influenza Typ b und Hepatitis B monovalent gegeben oder mit hexavalenten Kombinationsimpfstoffen verabreicht werden. Auch ist die gleichzeitige Gabe mit dem heptavalenten konjugierten Pneumokokken-Impfstoff möglich. [siehe Fachinformation]

Die schützende Wirkung nach Grundimmunisierung besteht mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine Dauer von zwei bis drei lahren.

### Die Bedeutung für Familie, Gesundheitswesen und Gesellschaft

Eine durch Rotaviren verursachte Durchfallerkrankung kann für Eltern und Kind eine sehr belastende, in ihrem Verlauf unkalkulierbare Erkrankung sein, die hohe Anforderungen an die Versorgung und Betreuung darstellt. In schweren Fällen, und dies ist besonders bei Säuglingen im Alter von sechs bis 24 Monaten der Fall, sind nicht selten mehr als 20 Brechdurchfälle innerhalb von 24 Stunden zu beobachten.

Sowohl eine häusliche – als auch eine Krankenhausbehandlung führen dazu, dass die Familien neben der großen Sorge um das Kind beträchtlich durch durchwachte Nächte und Fehlzeiten am Arbeitsplatz belastet

Aber auch Arztpraxen und Kinderkliniken sind in hohem Maße von der Häufigkeit der Einweisungen durch Rotavirurserkrankungen betroffen.

Die CDC (Center of Disease Control and Prevention in Atlanta) vergleichbar mit dem Robert Koch-Institut in Deutschland, teilt in der Saison 2007/2008 nach breiter Anwendung der Rotavirusimpfung einen Rückgang der Rotavirusaktivität um rund 80 % gegenüber den vorangegangen 15 Jahren mit. Eindrucksvoll konnte gezeigt werden, dass in Folge der deutlich verminderten Krankenhauseinweisungen und Arztpraxenbesuchen die Kosten des Gesundheitssystems reduziert werden konnten. [8]

Die aktuellen Daten aus den USA machen deutlich, was eine generelle Empfehlung zur standardmäßigen Impfung mit Rotavirusimpfstoff bewirken kann.

### **Fazit**

Eine Impfung ist die beste und kostengünstigste präventive Maßnahme in der Medizin. Dies gilt auch für die beiden neuen Schluckimpfungen gegen Rotaviren. In welchem Umfang Schutzimpfungen in Anspruch genommen werden, hängt auch davon ab, ob sie von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Seit 2007 haben die Krankenkassen Regelungen über die Schutzimpfungen in ihren Leistungskatalog aufgenommen und übernehmen in der Regel die Kosten der Standardimpfungen, die von der STIKO empfohlen werden. Die Impfung gegen Rotaviren gehört allerdings noch nicht zur Standardimpfung. Dennoch übernehmen gesetzliche Krankenkassen immer häufiger die Kosten für die Rotavirus-Schluckimpfung. Dadurch wird es in den nächsten Jahren einen wesentlichen Rückgang der Hospitalisierungen von Säuglingen und Kleinkindern geben. Dies wiederum wird dazu führen, die hohe Belastung für die ganze

Familie und für das Gesundheitssystem sowie die Gesellschaft zu reduzieren. Die vorhandene Möglichkeit zur Eindämmung von schweren Enteritiden durch die neuen Rotavirus-Schluckimpfstoffe sollten daher als wirkungsvolle Präventionsmaßnahme für alle Kinder > sechs Monate weiter genutzt werden. Gerade die immer frühere Aufnahme von Säuglingen in eine Krippe sollte vor dem Hintergrund der hohen Infektiösität und der leichten Übertragbarkeit des Erregers eine Indikation für eine Rotavirusimpfung vor Aufnahme in eine solche Gemeinschaftseinrichtung sein.

Ein lohnenswerter, längst überfälliger Beitrag hierzu wäre die Einführung der Rotavirusimpfung als Standardimpfung in den allgemeinen Impfkalender für Säuglinge und Kleinkinder.

#### Literatur

- 1. M. A. Rose, W. Greiner, S. Raab-Pless, S. Schmitter, H.-J. Hutt: Rotaviruserkrankung. Präv. Gesundheitf. 2008: 1-7
- 2. RKI: Rotaviren, Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte. www.rki.de: Infektionskrankheiten A - Z, Rotavirus-Infektion
- 3. M. Littmann, C. Hülsse, S. Jow, H. Diehm: Krankheitslast durch akute Rotavirusgastroenteritis bei Kindern > fünf Jahre. Paediat.prax.2007; 70:433-444
- 4. A. M. Hauri, H.-J. Westbrock, G. Bettge-Weller: Rotaviruserkrankungen Situation in Hessen und Einführung neuer Impfstoffe. Hess. Ärztebl. 2006; 8:570-572
- 5. RKI: Mitteilung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut: Fragen und Antworten zur Möglichkeit einer Impfung gegen Rotaviruserkrankungen. Epi. Bull. 2007; 2: 9-11
- 6. Bernstein, DI (2006) und Clark, H. F et al (2006) zitiert in
- 7. RKI: Molekulare Epidemiologie von Rotaviren in Deutschland. Epi. Bull. 2009; 25: 245-247
- 8. Congress Report aktuell Nr. 1191 in Pädiatrie hautnah Nr. 6/2008

### Anschrift der Verfasserin

Dr. med. Katharina Müller Ltd. Medizinaldirektorin Gesundheitsamt Region Kassel Wilhelmshöher Allee 19-21 34117 Kassel

E-Mail: karin.mueller@stadt-kassel.de http://www.qesundheitsamt-kassel.de

# "Ärztemangel, Morbiditätszuwachs und Erodierung des Sicherstellungsauftrages Antworten auf eine Zukunftsherausforderung"

### 14. Gesundheitspolitisches Kolloquium des Fördervereins für ärztliche Fortbildung

### Masterplan gegen Ärztemangel

Ärztemangel – ein Thema, das längst nicht mehr nur Fachkreise beschäftigt, sondern über das fast täglich in Presse, Funk und Fernsehen berichtet wird.

So lud der Förderverein für ärztliche Fortbildung am 14. Juli 2009 zu seinem 14. Gesundheitspolitischen Kolloquium in die Räume der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zum Thema ein. Gäste waren Repräsentanten der KVH, der LÄKH, der Kassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), des Hessischen Apothekerverbandes (HAV) und der Landesapothekerkammer Hessen (LAKH). Staatsminister lürgen Banzer (Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit) referierte zum Thema "Ärztemangel, Morbiditätszuwachs und Erodierung des Sicherstellungsauftrages - Antworten auf eine Zukunftsherausforderung".

Er sei besorgt über den Zustand und um die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens, erklärte der hessische Minister für Arbeit, Familie und Gesundheit in seinen einleitenden Worten. Ärzte seien notwendig und wichtig, betonte er und unterbreitete eine detaillierte Analyse der derzeitigen Situation.

Zunächst verwies der Minister dabei auf die seit vielen Jahren steigende Gesamtzahl von Ärzten. Wenn dennoch von Ärztemangel gesprochen werde, müsse darüber diskutiert werden. Aus seiner Sicht sei für diese Wahrnehmung zum einen der demographische Wandel verantwortlich, der zu immer mehr älteren Patienten führe. Deren Behandlung sei nicht nur teurer, sondern auch im Hinblick auf Beratungsbedarf und Einsatz neuer Behandlungsmethoden deutlich aufwendiger.

Zum anderen sei das Arbeitszeitverhalten der jüngeren Ärzte in Veränderung begriffen; Lebensqualität würde heute anders definiert als noch vor zehn Jahren. Auch die Tatsache, dass der Anteil von Frauen im ärztlichen Beruf weiter ansteige, führe dazu, dass weniger ärztliche Arbeitszeit zur Verfügung stehe, da berufstätige Frauen nach wie vor stärker durch Haushalt und Familie belastet seien als Männer. Etwas, das er im Übrigen bedaure, jedoch trotz seiner ministeriellen Zuständigkeit nicht einfach ändern könne.

Im weiteren Verlaufe wies der Minister konkret auf nicht zu besetzende Kassenarztsitze hin und beschrieb die Probleme der Krankenhäuser bei der Besetzung frei werdender Arztstellen.

"Aber auch definierte Versorgungsbereiche decken sich nicht immer mit dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung", stellte er fest und schilderte ein Beispiel aus dem Hochtaunuskreis, wo trotz formal ausreichender Versorgung dennoch lokale Versorgungslücken bestünden.

Um die ambulante wie stationäre Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und zu verbessern sowie den Arztberuf für junge Menschen wieder attraktiv zu machen, wird die Hessische Landesregierung einen Masterplan erarbeiten. "Dafür sammle ich zur Zeit Informationen" so der Minister, "und dazu soll auch der heutige Abend dienen".

Ganz am Anfang stehe dabei für ihn die Frage, wie sich die Situation der hessischen Ärzte im Vergleich mit den übrigen Bundesländern darstellt. "Ich habe noch keine Meinung dazu, aber ich bin verpflichtet, mir Infos darüber zu beschaffen". Wenn es hessenspezifische Niederlassungshemmnisse gäbe, müssten diese beseitigt werden.

Ausführlich beschäftigte der Minister sich dann mit dem Berufsbild und dem Selbstverständnis der Ärzteschaft, der er deutliche Worte ins Stammbuch schrieb. Ärzte seien zur Zeit keine "Werbeträger" für ihren Beruf. Aus Frustration über unzureichende und ungerechte Vergütung, Überbürokratisierung und administrative Gängelung sei die Begeisterung für den Beruf nicht mehr spürbar. "Der Ärger über die Begleitumstände überwiegt". Ärzte müssten eine stärkere Einigkeit zeigen und geschlossen auftreten und handeln.

Es sei, so der Minister weiter, aber auch ein "systematisch falscher Ansatz der derzeitigen Gesundheitspolitik", das Grundvertrauen in die Ärzteschaft und ihr Handeln zu untergraben. Die Grundpositionen müssten neu reguliert werden. Regelungen und die Kontrolle ihrer Einhaltung seien notwendig, doch die Eskalation von Bürokratie müsse zurückgefahren werden. "Muss es z.B. das Damoklesschwert des Regresses geben?", fragte er und erntete dafür lautstarken Beifall. "Ärzte dürfen nicht ständig die Existenzangst im Nacken haben". Wiederholt sprach der Minister von "Dehnungsfugen", die es im System geben müsse. Ärzteschaft und Kassen stünden hier in zu scharfer Gegnerschaft ohne die notwendige Flexibilität.

Er sei besorgt über die Zukunft des Gesundheitssystems, warne aber auch davor, mit diesem Thema eine Grundangst zu schüren, die die Gesellschaft nicht verkraften könne. "Es muss nicht die 16. Gesundheitsreform sein. Es ist keine große, revolutionäre Reform nötig," sondern mehr gegenseitiges Verständnis und eine "elastischere Gestaltung".

Wichtig sei allerdings auch, dass mehr Geld ins System fließe. "Wer aber soll das

### **Aktuelles**

bezahlen?" fragte der Minister, um gleich darauf Antworten zu geben: Die Leistungsfähigkeit des Staates sei diesbezüglich erschöpft. Die Krankenkassenbeiträge könnten kaum noch erhöht werden. Es bleibe also kein anderer Weg, als den Eigenanteil sozial abgefedert zu erhöhen. Als kostspieliges Beispiel nannte er hier die Inanspruchnahme mehrerer Ärzte im selben Krankheitsfall. "Die Transparenz muss erhöht werden", so Banzer. Beide Seiten müssten wissen, was eine Behandlung gekostet habe. Er bezeichnete es als zentrale Lebenslüge, dass immer noch behauptet würde, mit einem Betrag X sei alles finanzierbar.

Der Minister betonte, dass er keine Alternative zu einer schlagkräftigen KV sähe. Diese müsse aber als solche noch hergestellt werden. "Die Ärzte müssen sich hinter der KV versammeln, sich dort aber auch verstanden fühlen", mahnte der Minister in beide Richtungen. "Ich bin nicht für Verträge außerhalb der KV, aber die KV sollte mehrere Verträge abschließen können".

Dr. med. Ursula Stüwe, Marburger Bund Hessen, verdeutlichte in ihrem Beitrag, dass auch die Ärzte in den Kliniken unter den Folgen der Ökonomisierung stark zu leiden hätten.

Der Minister empfahl eine bundesweite Diskussion darüber, ob die DRGs der richtige Weg seien. Er betonte, dass er die drei Trägerstrukturen für notwendig erachte und jede ihren speziellen Beitrag im System erbringe. Die Sektorengrenzen seien ein Problem – diese "Demarkationslinie" müsse aufgelöst werden. Die aktuelle Entwicklung in den MVZs, in denen zunehmend nur noch angestellte Ärztinnen und Ärzte arbeiteten, bereite ihm Sorge. Die Besonderheit des freien Berufes mit seiner gesellschaftlichen Bedeutung drohe verloren zu gehen.

Dr. med. Michael Popović, Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen, rief dazu auf, nicht stets das Trennende, sondern das Verbindende ins Auge zu fassen. Besorgniserregend seien aus seiner Sicht schon jetzt vorhandene Versorgungsprobleme in der Fläche, wo die Versorgungslogistik nicht mehr stimme.

Zur Frage der Rekrutierung von ärztlichem Nachwuchs verwies er auf Studien der LÄKH, in denen die zentralen Gründe für Berufsunzufriedenheit bei Ärztinnen und Ärzten herausgearbeitet worden seien. Vor allem durch Bürokratie und Leistungsverdichtung fühlten sie sich über die Maßen belastet.

Der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, hob hervor, dass für ihn die zentrale Frage sei, wie man die Jugend wieder für den ärztlichen Beruf begeistern könne. Er bemängelte fehlende Wertschätzung, aber auch fehlende Vorbilder.

Die "Arbeitsgruppe Ärztemangel", die sich aus Mitgliedern der KVH und der LÄKH zusammensetzt, bot dem Ministerium ihre Mitarbeit vor allem in Hinblick auf den Masterplan an. Die AG hat eine Analyse der ärztlichen Versorgungssituation in Hessen mit Lösungsansätzen erstellt, die Hans-Jürgen Brems, kaufmännischer Geschäftsführer der KV Hessen und Leiter der AG dem Minister überreichte. Nina Walter als Vertreterin der LÄKH in der AG, betonte, dass nur KV und Kammer gemeinsam die Daten zur Verfügung hätten, die gebraucht würden, um eine fundierte Ist-Analyse erstellen und perspektivische Handlungsansätze entwickeln zu können.

Abschließend ging Minister Banzer noch kurz auf die Problematik der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) ein, die aus seiner Sicht "massive Konstruktionsfehler" habe: "Das müssen wir hinbekommen", sagte er und äußerte sich skeptisch, ob das System in Gänze zu erhalten sei.

Einleitend war der Minister von Dr. med. Jürgen Bausch, der den Abend moderierte, mit den Worten zitiert worden: "Ich will gar nicht viel vortragen. Meine eigene Meinung kenne ich schon. Ich bin hier, um die Meinung der anderen zu hören." Diesem Anspruch ist er in der Diskussion gerecht geworden.

Nina Walter, LÄKH Hans-Jürgen Brems, KVH

### Neue Influenza A/H1N1 (Schweinegrippe)

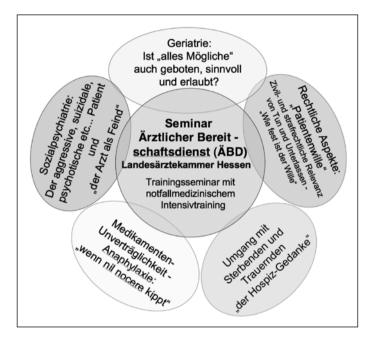
Aus aktuellem Anlass beantwortete Staatsminister Banzer an dem Abend auch Fragen zur geplanten Impfung im Rahmen der Pandemie/Schweinegrippe.

Er berichtete von einer kurz zuvor abgehaltenen Telefonkonferenz der Gesundheitsminister der Länder, auf der beschlossen wurde, Impfstoff für 30 % der deutschen Bevölkerung zu bestellen. Diese Entscheidung hatte schnell getroffen werden müssen, da andere Länder wie z.B. Großbritannien, Impfstoff für die Gesamtbevölkerung geordert haben und mit Engpässen bei Produktion und Lieferung zu rechnen ist. Voraussichtlich wird der Impfstoff Ende September verfügbar sein.

Die Gesundheitsminister der Länder haben verabredet, sich in der Impfstrategie den Empfehlungen des Nationalen Pandemieplanes anzuschließen. Vorrangig sollen die Akteure des Gesundheitswesens geimpft werden, sowie die große Gruppe der chronisch Erkrankten.

Der Minister führte aus, dass bei der Kostenübernahme die Kassen in der Pflicht seien. Hessen plane, die Impfungen über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sowie die niedergelassenen Ärzte durchführen zu lassen. Einzelheiten stehen noch nicht fest, Logistik, Honorierung etc seien noch zu klären.

## Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) – Primärmaßnahmen im Notfalldienst





Mega-Code Übungsstationen

Die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung hat das bisherige "Notdienstseminar" aktualisiert und überarbeitet. Entsprechend der neuen Vorgaben wird dieses zukünftig als "Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) - Primärmaßnahmen im Notfalldienst" angeboten. Insbesondere wurden Teilnehmerwünsche berücksichtigt. U.a. wird das Seminar jetzt komplett an einem Wochenende organisiert. Das erste Mal findet dieses nun vom 2. bis 4. Oktober 2009 (siehe Seite 600) unter der Leitung von Dr. med. Alexander Dorsch und Martin Leimbeck (Vizepräsident der LÄK Hessen) im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim statt.

Insgesamt beinhaltet das Konzept eine engere Verzahnung von praktischen Übungen und theoretischen Inhalten. Aktuelle Themen wie z.B. Palliativmedizin und Patientenverfügung wurden berücksichtigt.

Dieses Seminar richtet sich vor allem an Kolleginnen und Kollegen, die am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen und dort mit notfallmedizinischen Problemen oder mit Grenzsituationen und damit über die tägliche Routine hinaus gehenden Anforderungen konfrontiert werden.

Zentraler Bestandteil des Seminars sind notfallmedizinische Themen wie:

- Differentialdiagnose Thoraxschmerz (v.a. akutes Koronarsydrom)
- kardiopulmonale Reanimation
- Kindernotfälle
- Atemnotsyndrome
- neurologische Notfälle
- Intoxikationen
- akutes Abdomen aus Sicht verschiedener Fachrichtungen
- Schockformen, v.a. Anaphylaxie
- Differentialdiagnose Fieber
- Inhalt eines Notfallkoffers für den Bereitschaftsdienst.

Dabei werden auch umfassende praktische Übungen an Übungsphantomen angeboten zur:

- Basisreanimation Erwachsener, Kinder und Säuglinge
- Luftwegemanagement (Absaugung, Guedeltubus, Fremdkörperentfernung, Larynxtubus etc.) Erwachsener, Kinder und Säuglinge

AED-Anwendung, Sauerstofftherapie etc.

Nach Training dieser Einzelmaßnahmen werden Handlungsabläufe in Kleingruppen und im **Mega-Code-Training** eingeübt.

Weitere Seminarschwerpunkte sind:

- Zivil- und strafrechtliche Relevanz von Tun und Unterlassen
- Ärztliches Handeln in Terminalstadien
- juristische Aspekte (zivil- und strafrechtliche Relevanz von ärztlichem Handeln wie Unterlassen)
- Umgang mit Sterbenden und Trauernden
- Umgang mit aggressiven, suizidalen oder psychotischen Patienten.

Die enge Verzahnung von Theorieanteilen und umfangreichen praktischen Übungen (jeder Teilnehmer hat seine eigene Übungsstation) garantiert einen hohen Trainingsund Lerneffekt nach dem Motto "aus der Praxis für die Praxis".

Dr. med. Alexander Dorsch, Haimhausen Arzt für Anästhesiologie Leitender Notarzt

### Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602009089460000

## Aktueller Standpunkt zur Selektiven Internen Radiotherapie (SIRT) bei malignen Lebertumoren

Thomas J. Vogl\*, Clara Lee\*, Stephan Zangos\*, Jürgen Diener\*\*, Wolf Bechstein\*\*\*, Christian Mönch, Stefan Zeuzem\*\*\*\*, Frank Grünwald\*\*

### **Einleitung**

Die selektive interne Radiotherapie (SIRT), auch Radioembolisation genannt, ist ein seit 2002 in Europa zugelassenes nuklearmedizinisch-radiologisches Therapieverfahren bei fortgeschrittenem Hepatozellulären Karzinom (HCC) und Lebermetastasen beispielsweise des Mamma- oder Kolorektalen Karzinoms.

SIRT wurde bereits in den 60er Jahren [1] entwickelt und konnte seitdem im Zuge des medizinischen und technischen Fortschrittes kontinuierlich weiterentwickelt und verbessert werden. Weltweit konnte die SIRT bislang bei über 8.000 Patienten erfolgreich eingesetzt werden. In Deutschland haben bereits mehr als 600 Patienten eine SIRT erhalten.

Bei diesem relativ jungen Therapieverfahren werden Radionuklide an kleinste Glasoder Kunstharz-Kügelchen (Mikrosphären) gebunden und über einen transfemoralen Zugang direkt in die den Tumor versorgenden hepatischen Gefäße injiziert. Therapieziel ist die höchstmögliche lokale Destruktion des Tumors durch Bestrahlung bei geringer Gesamtstrahlenbelastung für das Organ. Dieses neue palliative Verfahren wird minimal-invasiv in örtlicher Betäubung – entweder ambulant oder mit einem eintägigen stationären Aufenthalt verbunden – durchgeführt. Das Verfahren ähnelt der weltweit bekannten Transarteriellen Chemoembolisation (TACE), bei der Zytostatika in Kombination mit einem Embolisat wie Stärke selektiv in die Gefäße des Tumors eingebracht werden.

Bei relativ guter Verträglichkeit und Symptomlinderung wird zugleich die Lebensqualität des betroffenen Patienten weitgehend erhalten. In manchen Fällen kann sogar durch sog. downstaging eine Resektabilität des Tumors herbeigeführt werden [2]. In diversen Studien konnte eine erhöhte Lebenserwartung durch die SIRT aufgezeigt werden [3,4,5].

Ein interdisziplinäres Expertenteam aus interventioneller Radiologie, Nuklearmedizin, Chirurgie, Hepatologie und Onkologie kooperiert bei dieser generell erstattungsfähigen Behandlung, um dem Patienten ein bestmögliches Ergebnis bieten zu können. Die Indikation zur SIRT und die Therapiestrategie werden individuell für jeden einzelnen Patienten gemeinsam aufgestellt [6].

### Yttrium-90-Mikrosphären

Für die SIRT wird bevorzugt das Radionuklid Yttrium-90 aufgrund seiner geeigneten physikalischen Eigenschaften eingesetzt. Yttrium-90 ist ein reiner Betastrahler und besitzt eine Halbwertszeit von ca. 64 Stunden. Im Gewebe weist die von Yttrium-90 emittierte Strahlung eine mittlere Reichweite von bis zu 3,5 mm auf.

Gegenwärtig sind zwei Produkte, die sich in ihrer Beschaffenheit unterscheiden, kommerziell erhältlich:

Bei dem Produkt Therasphere® (Handelsname; MDS Nordion, Ottawa, Ontario, Kanada) handelt es sich um Glas-Mikrosphären, in die Yttrium-89 eingearbeitet ist. Durch Neutronenbeschuss wird eine Um-

wandlung zu radioaktivem Yttrium-90 erzielt. Bei dem anderen Produkt handelt es sich um SIR-Spheres® (Handelsname; SIR-TEX Medical, Sydney, Australien). An Kunstharzpartikel (Resin) wird oberflächlich das Radionuklid gebunden.

Therasphere weist eine höhere Aktivität pro Partikel auf als SIR-Spheres (2.500 Bg/ Mikrosphäre vs. 50 Bq/Mikrosphäre). Hingegen zeichnen sich SIR-Spheres durch einen größeren Durchmesser aus, wodurch gleichzeitig neben der lokalen Bestrahlung eine selektive Embolisation der Tumorgefäße bewirkt werden kann. Durch diese Form der Radioembolisation wird genau wie bei der transarteriellen Chemoembolisation (TACE) die Gefäßversorgung zum Tumor unterbrochen und somit eine Minderversorgung der Tumorzellen erreicht. Hieraus ergibt sich, dass eine Pfortaderthrombose eine relativ wichtige Kontraindikation für die Verwendung von SIR-Spheres darstellt, da bei Vorliegen einer Pfortaderthrombose die arterielle Durchblutung des gesunden Lebergewebes gesteigert wird und somit nach einer arteriellen Embolisation sowohl die arterielle, als auch die venöse Blutversorgung unterbunden würden.

Im Gegensatz zu Therasphere sind SIR-Spheres sowohl für das Hepatozelluläre Karzinom als auch für kolorektale Metastasen zugelassen und können mit Chemotherapie kombiniert werden.

Die Partikel besitzen eine Größe von 20-60 Mikrometer und sind nicht kapillargängig, wodurch eine dauerhafte Fixierung im Tumorgewebe erreicht wird [7].

<sup>\*</sup> Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Direktor: Prof. Dr. Thomas J. Vogl

<sup>\*\*</sup> Klinik für Nuklearmedizin, Direktor: Prof. Dr. Frank Grünwald

<sup>\*\*\*</sup> Zentrum für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Direktor: Prof. Dr. Wolf Bechstein

<sup>\*\*</sup> Medizinische Klinik I: Gastroenterologie und Hepatologie, Direktor: Prof. Dr. Stefan Zeuzem, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main

### Indikationen und Voraussetzungen für die SIRT

Eine potentielle Indikation zur SIRT besteht, wenn unter klassischen und gängigen Therapiekonzepten wie der Leberresektion, der systemischen Chemotherapie oder lokal ablativen Verfahren (RFA, LITT) ein Fortschreiten der Lebererkrankung festgestellt wird oder diese Therapiemöglichkeiten auf Grund intolerabler Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten abgebrochen werden müssen. In dieser palliativen Situation vermag die SIRT bei verbesserter Lebensqualität dem im Folgenden genannten Patientenkollektiv ein verlängertes Überleben zu ermöglichen:

Das Patientenkollektiv, das von einer SIRT profitieren könnte, setzt sich hauptsächlich aus folgenden, im Tumorstadium weit fortgeschrittenen Erkrankungen zusammen:

- Hepatozelluläres Karzinom (sehr große Herde, → vier bis fünf Herde, Rezidiv)
- · Lebermetastasen:
  - Kolorektales Karzinom,
  - Mamma-Karzinom,
  - Pankreaskarzinom.
  - Cholangiozelluläres Karzinom,
  - Neuroendokrines Karzinom.

Je stärker der Tumor vaskularisiert und perfundiert ist, umso besser können die Partikel durch eine gesteigerte Perfusion kumulieren. Dieser Effekt wird bei den oft arteriell hypervaskularisierten hepatozellulären Karzinomen oder sekundären malignen Lebertumoren ausgenutzt.

Eine höhere Anreicherung der Partikel ist mit einer gezielt höheren lokalen Strahlendosis gleichzusetzen. Wesentliche Voraussetzungen für die SIRT sind folglich eine möglichst arterielle Hypervaskularisierung des Tumors neben einer adäquaten Leberfunktion. Folgerichtig müssen beispielsweise eine weitgehend normale Gerinnung (INR/Quick, aPTT) und ein Bilirubinwert von möglichst unter 2 mg/dl vorausgesetzt werden.

Das Vorliegen eines Aszites oder etwa einer hepatischen Enzephalopathie sind kritisch zu werten, da auch diese Zeichen einer eingeschränkten hepatischen Funktion sind. Als weitere wesentliche Voraussetzungen und Indikationen bzw. Einschlusskriterien neben einer verifizierten Tumordiagnose für die SIRT gelten u.a.:

- Fehlende extrahepatische Metastasierung,
- Patienten mit HCC, die nicht für eine Lebertransplantation gelistet werden können,
- Kein oder zumindest ein korrigierbarer viszeraler Shunt,
- Leber-Lungen-Shunt bedingte Lungendosis unter 30 Gy,
- Lebenserwartung > drei Monate,
- Fehlen gravierender internistischer Begleiterkrankungen.

Von großer Bedeutung ist gleichzeitig der Allgemeinzustand des Patienten. Als geeignet gelten solche, die mindestens einen Karnofsky-Index von 70 bzw. einen ECOG-Score von schlechtestens 0-1 aufweisen können [7,8].

Die Selektion der Patienten, die einer SIRT zugeführt werden, ist ein Vorgang, der eine hohe Expertise und enge Kooperation aller involvierten Ärzte abverlangt, und es sollte für jeden einzelnen Patienten individuell in solch einer Art und Weise entschieden werden, dass jedem von ihnen eine möglichst maßgeschneiderte Behandlung angeboten werden kann.

### Wie und von wem wird die SIRT durchgeführt?

Die SIRT wird durch enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen interventionellen Radiologen und Nuklearmedizinern bewerkstelligt und setzt sich aus der Planungs- und Dosiskalkulationsphase, der Applikationsphase (der eigentlichen Therapie) und der posttherapeutischen Überwachungsphase zusammen:

In der präinterventionellen Phase muss neben der oben erwähnten klinischen und biochemischen Evaluation eine Schnittbildgebung mittels MRT oder CT erfolgen, um die intrahepatische Ausdehnung des Tumors zu bestimmen, extrahepatische Metastasen auszuschließen und um eine Volumetrie der Leber bzw. des Tumors wiederum für die Dosimetrie zu erstellen.

Vor Applikation der Yttrium-90-Mikrosphären selbst (meist ca. ein bis zwei Wochen vorher) ist ferner eine angiografische Diagnostik unerlässlich, um die anatomischen Gefäßverhältnisse zu klären und um eventuell vorhandene Kollateralgefäße zu verschließen. Der Verschluss kollateraler Gefäße, die vom arteriellen Stromgebiet der Leber ausgehen, gelingt mittels (Platin) Coils und wird in gleicher Sitzung durchgeführt, um einen postinterventionellen Abstrom der radioaktiv beladenen Partikel in anderes gesundes Gewebe zu verhindern. Dies würde zu unerwünschten Nebeneffekten wie einer Strahlennekrose führen. Die Coilembolisation hat aufgrund der extrem ausgeprägten arteriellen Gefäßversorgung im gastrointestinalen System geringste Auswirkungen auf die Durchblutung der angeschlossenen Organe. Grundkonsens herrscht darüber, dass bei jedem Patien-

ten zumindest die A. gastroduodenalis verschlossen werden sollte, um einen Reflux zu verhindern.

Im nächsten Schritt werden direkt in die rechte und linke Leberarterie und somit auch in die den Tumor versorgenden Gefäße Technetium-99-markierte Albuminpartikel (99m Tc-MAA) injiziert, um die Leber-Lungenshuntfraktion in der sich anschließenden szintigrafischen Bildgebung zu quantifizieren. Gleichzeitig wird durch die Applikation der den SIRT-Partikel in der Größe sehr nahe kommenden Albuminpartikel (10-100 Mikrometer) in die intrahepatischen Gefäße die SIRT-Behandlung vorweg "simuliert" und gewissermaßen geprobt [9].

Die darauf folgende Szintigrafie zeigt den Behandlern auf, wie und wo genau sich die Albuminpartikel, die biologisch abbaubar sind, in der Leber verteilen und sich unter Umständen – trotz vorangegangenen Coilings – in nicht erwünschten, vor allem extrahepatischen Regionen anreichern.

Zugleich wird, wie oben erwähnt, der hepatopulmonale Shuntanteil, der durch arte-

riovenöse Shuntverbindungen in der Leber sowie im Tumor zustande kommt, errechnet. Dieser wichtige Schritt in der Vorbereitung zur SIRT dient der Verhütung einer Strahlenpneumonitis; als Grenzwert für ein niedriges Risiko gilt ein Shuntanteil von <10 %. Sollte er über diesem Wert liegen, wird enstprechend die Therapieaktivität herunterreguliert.

Die selektiv interne Radiotherapie wird unter angiografischer Kontrolle durchgeführt.

Dazu wird der Patient prämediziert, um Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen vorzubeugen. Des Weiteren sind die Gabe eines Protonenpumpenhemmers zum Magenschutz, Antibiotika zur Entzündungsprophylaxe, ausreichende Hydrierung und die Gabe eines Kortikoids zur Vorbeugung einer möglichen Leberschwellung mit Kapselspannung Voraussetzung für die SIRT. In Lokalanästhesie wird die A. femoralis punktiert, um einen Zugang zu den Gefäßen der Leber zu schaffen. Im Rahmen der Intervention wird erneut die Gefäßanato-

mie dargestellt, um eventuell die in der Zeit zwischen der vorbereitenden (s.o.) und der aktuellen Angiografie entstandenen Kollateralen zu detektieren und gegebenenfalls zu coilen. Nun wird ein Mikrokatheter koaxial über den Makrokatheter in die rechte oder linke Leberarterie vorgeschoben, wobei sich mit Kontrastmittel die Position der Katheterspitze verifizieren lässt. Letztendlich erfolgt die Injektion der Yttrium-90-Mikrosphären entweder gefühlvoll und pulsatil per Hand oder mittels eines speziellen Injektors. Intermittierend kann durchleuchtet werden, um eine Dislokation des Katheters auszuschließen. Ein Reflux der Partikel ist zu vermeiden. Vor dem Entfernen des Katheters sollte dieser gut durchspült werden, um beim Zurückziehen ein Verschleppen der radioaktiv beladenen Partikel zu vermeiden [10,11,12]. Anschließend wird ein Druckverband angelegt und der Patient sollte für vier bis sechs Stunden Bettruhe einhalten. Die stationäre Überwachung des Patienten erfolgt auf einer nuklearmedizinischen Station für einen Tag. Hier erfolgt dann innerhalb von 24 Stunden nach der Intervention eine szintigrafische Bildgebung (Bremsstrahlung), um die Einlagerung und eine mögliche Verschleppung der Partikel zu beurteilen.

Nach einem festgelegten Zeitraum (üblicherweise drei Monate) werden im Rahmen eines follow-up Schnittbilder der Leber erstellt, um die Größenveränderung des Tumors zu beurteilen. Hierbei werden die aktuellen Kriterien nach RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) angewendet. Desweiteren sollte auch der Nekrosegrad des Tumors nach den EASL-Kriterien (European Association for the Study of the Liver) errechnet werden. Die Stoffwechselaktivität und somit die Vitalität des behandelten Tumors kann mittels PET bzw. PET-CT genau bestimmt werden [8].

In einem kontinuierlichen Reevaluierungsprozess durch die behandelnden Ärzte wird weiterhin gemeinsam mit dem Patienten darüber entschieden, wie künftig verfahren werden sollte. Dies ist von hoher Wichtigkeit, insofern es fortdauernd zu prüfen gilt, ob nicht beispielsweise durch downstaging eine Resektabilität herbeigeführt werden konnte.

### Aktuelle Studienergebnisse SIRT beim hepatisch metastasierten Kolorektalen Karzinom und beim Hepatozellulären Karzinom

Jakobs et al. [5] veröffentlichten 2008 eine tabellarische Zusammenstellung mit Ergebnissen der wichtigsten Studien in den vorausgegangenen Jahren zur SIRT u.a. bei Lebermetastasen des Kolorektalen Karzinoms und beim Hepatozellulären Karzinoms. Erwähnt seien im Folgenden die Studien mit den höchsten Fallzahlen: (siehe Tabelle 1) Bei der Studie von Kennedy et al. [4] handelt es sich um eine retrospektive Multi-

centerstudie mit 208 Patienten, bei denen unter First-line-, Second-line- und Third-line-Chemotherapie zu 100 %, 94 % bzw. 87 % ein Progress nachgewiesen werden konnte. Es wird angegeben, dass ungefähr die Hälfte der Patienten mit einer lokal ablativen Therapieoption wie RFA oder LITT vortherapiert wurde. Für 175 Patienten konnte ein dreimonatiges Follow-up inklusive computertomografischer Darstellung der mittels SIRT therapierten Leberherde durchgeführt werden. Hierbei zeigte sich bei 35,5 % der Patienten nach RECIST-Kriterien eine partielle Tumorremission (PR) (s.o.). 10 % waren progredient (PD), 55 % zeigten sich im Verlauf stabil bezüglich der Tumorgröße (Stable Disease).

Dagegen zeigte sich in der PET-Diagnostik in 85 % der Fälle ein metabolisches Ansprechen der behandelten Leberherde. Für Patienten, die auf die SIRT ansprachen, konnte ein medianes Überleben von 10,5 Monaten errechnet werden. Die Patienten,

die weder bildmorphologisch, noch in der PET ein Ansprechen zeigten, wiesen ein medianes Überleben von 4,5 Monaten auf. Sie kamen zu der Schlussfolgerung, dass die SIRT für eine solch multipel vorbehandelte Patientengruppe bei diesen ermutigenden medianen Überlebenszeiten, einer signifikant objektiven Tumoransprechrate sowie akzeptablem Toxitätsprofil eine interessante Therapieoption darstellt, die weiterer Forschung und Studien bedarf (siehe Tabelle 2).

Sangro et al. [16] kamen zu dem Schluss, dass die SIRT einen signifikanten antitumoralen Effekt gegen das Hepatozelluläre Karzinom besitzt und dass diese relativ gut verträgliche Therapie unter Berücksichtigung stringenter Auswahlkriterien selbst bei Vorliegen einer Leberzirrhose zum Einsatz gebracht werden könne.

### Mögliche unerwünschte Wirkungen und Komplikationen

Bei sorgfältiger Einhaltung der oben dargestellten Voraussetzungen, kritischer Prüfung der Indikationen und sorgfältiger Durchführung der Therapie sind sicherlich die gravierendsten Nebenwirkungen diejenigen, die aufgrund eines Abstroms, einer Verschleppung der radioaktiv beladenen Partikel in Gefäße anderer, gesunder Organe wie Lunge, Bauchspeicheldrüse, Darm und Magen entstehen [18,19]. So ist ein gründliches Coiling neben der Szintigrafie mit 99 m Tc-MAA und einer vorsichtigen, kontrollierten Injektion der Mikrosphären eine zwingende Voraussetzung, um vermeidbaren Komplikationen wie Entzündungen, Ulcerationen und Perforationen vorzubeugen und diese zu verhindern [20]. Im Allgemeinen ist die SIRT eine relativ gut verträgliche und komplikationsarme Therapie. Wie bei der transarteriellen Chemoembolisation treten jedoch manchmal schon während der Intervention Nebenwirkungen wie Oberbauchschmerzen, Übel-

Tab. 1 LEBERMETASTASEN DES KOLOREKTALEN KARZINOMS [5]:

Autor / Jahr	Konzept	Fallzahl	Ansprechrate (Bildgebung)	Time to progression (Monate)	Überleben
Gray et al. 2001 [13]	First-line (SIRT+i.a. Chemo- perfusion)	74	RECIST PR=44 %	15,9	1 Jahr 72 % 2 Jahre 39 % 3 Jahre 17 %
Sharma et al. 2007 [14]	First-line Phase 1 (SIRT+ FOLFOX4)	20	RECIST PR=53 %, CR=10 %	12,3	Nicht angegeben
Kennedy et al. 2006 [4]	Fourth-line, in 87 % Salvage (= letzter The- rapieversuch nach Versagen aller anderen Optionen)	208	RECIST PR=35,5 %, SD=55 %, PD=10 %, PET=85 %	Nicht angegeben	10,5 (Responder) 4,5 (Nonresponder)
Jakobs et al. 2007	Fourth-line, in 70 % Salvage	41	RECIST PR=17 %, SD=61 %, PD=10 %	6,0	Median 10,5 Monate

Tab. 2 HEPATOZELLULÄRES KARZINOM [5]:

Autor / Jahr	Konzept	Fallzahl	Ansprechrate (Bildgebung)	Time to progression (Monate)	Überleben
Lau et al. 1998 [15]	First-line	71	Volumen- reduktion 50 % bei 27 % der Patienten	Nicht angegeben	9,4 Monate
Sangro et al. 2006 [16]	First-line	24	RECIST PR=90 %	Bei 43 % neue HCC-Herde	7,0 Monate
Jakobs et al. 2007 [17]	First-line	5	RECIST PR=100 %	Nicht angegeben	Nicht angegeben

keit bis Erbrechen oder Fieber auf. Dies sind beherrschbare Nebenwirkungen und dauern in der Regel nicht länger als ein bis zwei Tage an. Im weiteren Verlauf nach Therapie berichten einige Patienten auch über Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, vermehrtes nächtliches Schwitzen oder reduzierte Belastbarkeit. Wichtig zu beachten ist, dass diese Symptome primär auf die durch die Embolisation iatrogen verursachte Ischämie des embolisierten Gewebes und sekundär auf den Tumorzellzerfall zurückzuführen sind. Da sie meist selbstlimitierend sind, bedürfen sie keiner speziellen Therapie.

Daneben kann speziell nach der Radioembolisation zwischen intra- und extrahepa-

tischen Komplikationen unterschieden werden:

Zu den intrahepatischen Komplikationen zählen der Leberabszess und das strahleninduzierte Leberversagen. Extrahepatisch können sich Komplikationen wie eine Strahlenpneumonitis, -gastritis oder -pankreatitis ergeben [12].

Gastroduodenale Komplikationen treten in weniger als 5 % der Fälle auf und sind gut beherrschbar bzw. selbstlimitierend. Die gefürchtete Strahlenpneumonitis kann durch sorgfältige Beachtung und Berechnung der Leber-Lungenshuntfraktion mit angepasster Therapieaktivität vermieden werden [21].

### Fallbeispiel eines 68-jährigen Patienten mit hepatischer Metastasierung eines Kolorektalen Karzinoms, ED 2001 (Diagnose hepatischer Filiae 11/2007)

Der Patient wurde im Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Universitätsklinik Frankfurt am Main, im November 2007 vorstellig. In einer magnetresonanztomografischen Bildgebung wurden im Rahmen eines Rezidivs nach Hepatektomie multiple Lebermetastasen (insgesamt 10 Filiae) in den Segmenten 7 und 8 bei Z.n. Kolorektalem Karzinom diagnostiziert (Abb. 1). Von 12/07 bis 06/08 wurden mehrmalig transarterielle Chemoembolisationen (Mitomycin, Cisplatin, Irinotecan) durchgeführt, worunter sich die Situation eines de novo Herdes und somit eines Progresses ergab. Da kein pulmonales Filialisieren und auch keine lymphatische Metastasierung festgestellt wurde, konnte der Patient nach Diskussion im interdisziplinären Leberboard nun einer SIRT zugeführt werden.

### Zusammenfassung

Die SIRT stellt zurzeit ein besonders bei fortgeschrittenen malignen Lebertumoren relativ junges, palliatives Therapiekonzept dar nach Ausschöpfung oder Ausschluss klassischer Verfahren wie der Resektion oder der Chemotherapie (sog. Drittlinientherapie). Angeboten wird es in Deutschland an mittlerweile zahlreichen Kliniken und erfordert das interdisziplinäre Zusammenarbeiten zwischen interventionellen Radiologen, Nuklearmedizinern, Hepatologen, Chirurgen und Onkologen, um jederzeit eine bestmögliche Versorgung des betroffenen Tumorpatienten zu gewährleisten.

Es ist eine minimal-invasive, relativ gut verträgliche Therapieform, bei der die Komplikationen durch sorgfältige Vorbereitung in der präinterventionellen Phase relativ klein gehalten und somit durch den Therapeuten beeinflusst werden können. Durch direkte Einbringung der radioaktiv markier-

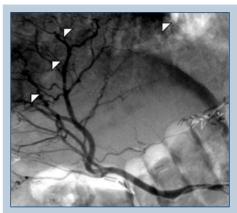


Abb. 1a: Prä-SIRT 8/2008: Digitale Subtraktionsangiografie nach Coilembolisation kleinster Seitäste ins gastroduodenale Stromgebiet. Beachte die Hypervaskularisierung (Pfeilspitzen) der Leberherde.

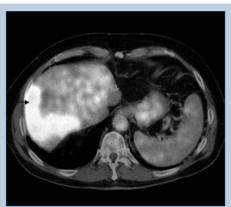


Abb. 1b: Prä-SIRT 8/2008: axiale PET-CT Bilder mit Nachweis bekannter konfluierender Lebermetastasen im rechten Leberlappen (SUV max. 14,8). Beachte die gesteigerte Glucosemetabolisierung der malignen Leberherde (Pfeil).

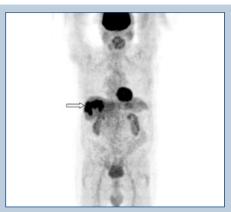


Abb. 1c: coronare FDG-PET des Patienten PRÄ-SIRT, 8/2008. Beachte auch hier den erhöhten Glucose-upatake der Lebermetastasen (Pfeil).



Abb. 1d: Digitale Subtraktionsangiografie der Leber unmittelbar nach Embolisation der A. hepatica, selektiv zu den Segmenten 7,8 und 4. Beachte den Gefäßabbruch (Pfeile).

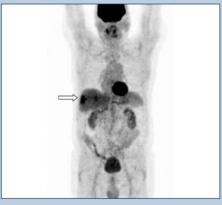


Abb. 1e: coronare FDG-PET des Patienten POST-SIRT 9/2008. Beachte die deutlich verminderte Glucoseaufnahme der Leberherde im rechten Leberlappen (Pfeil).

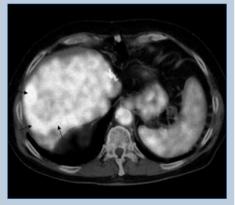


Abb. 1f: Post-SIRT 9/2008: PET-CT Bild der behandelten Leberregion in axialer Schnittführung. Dokumentation einer 30-40%igen Größenregredienz der Lebermetastasen (Pfeile). SUV max. 8,8. Somit nach RECIST-Kriterien Partial Response.

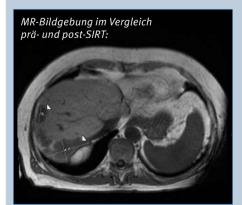


Abb. 1g: Axiale Magnetresonanztomografische Bildgebung der malignen Leberherde PRÄ-SIRT in T1w, 6/2008. Auf dieser Abbildung sind zwei repräsentative Leberläsionen mit den größten Durchmessern zu sehen (Pfeilspitzen).

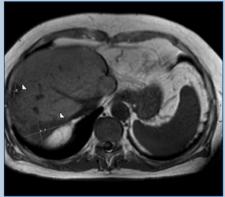


Abb. 1h: Axiale Magnetresonanztomografische Bildgebung der oben gezeigten Leberläsionen POST-SIRT in T1w.

### Abb. 1

Diese Bilder entstanden im Rahmen der Verlaufskontrolle 11/2008, zwei Monate nach SIRT. Beurteilung: keine neu aufgetretenen Herde, nach RECIST Kriterien Partial Response (PR).

Eine Wiedervorstellung (Follow up) des Patienten ist 2/2009 geplant.

ten Mikropartikel in den Tumor wird eine maximal lokale Wirkung bei Schonung des umgebenden gesunden Lebergewebes mit folglich niedriger systemischer Belastung erzielt. Bei verbesserter Lebensqualität kann die Lebenserwartung erhöht werden. Vorzüge dieser Behandlung sind ferner, dass sie in lokaler Betäubung durchgeführt wird und der Patient nur wenige Tage stationär verbleiben muss.

Der genaue Stellenwert der SIRT auch bezüglich der bisher ermutigenden Ergebnisse, die eine signifikante Verlängerung des Überlebens nahelegen [7], wird derzeit in zwei großen, prospektiv-kontrollierten Studien (Phase III) evaluiert: Die FAST-Studie prüft, ob Patienten mit Metastasen bei Kolorektalem Karzinom unter Bevacizumab und Chemotherapie von einer zusätzlichen SIRT profitieren können. Die SIRFLOX-Studie verfolgt einen ähnlichen Ansatz [22].

Der potentiellen Rolle, die die SIRT im onkologischen Gesamtkonzept spielen könnte und ob es sinnvoll sein könnte, sie in vielleicht auch schon einem früheren Tumorstadium zum Einsatz zu bringen, wie in einer Phase-I-Studie aufgezeigt werden konnte [14], muss in der Zukunft intensiv nachgegangen werden.

Fazit: Die SIRT ist eine interessante und möglicherweise viel versprechende Therapieoption für die Behandlung maligner Lebertumore. Es liegen erste ansprechende Ergebnisse vor, doch genau so sind noch viele Frage offen, die der Klärung bedürfen und somit Gegenstand wissenschaftlicher Forschung werden müssten.

### Korrespondenzadresse

Professor Dr. Th. J. Vogl Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt Tel. 069 6301-7277 Den Auswertungsbogen für die CME-Fortbildung der Landesärztekammer Hessen finden Sie auf unserer Homepage www.laekh.de unter der Rubrik "Hessisches Ärzteblatt"

Einsendeschluss ist der 25. September 2009

#### Literatur

- 1. Ariel IM. Treatment of inoperable primary pancreatic and liver cancer hy the intra-arterial administration of radioactive isotopes (Y90 radiatina microspheres). Ann Surg 1965; 267-78
- 2. Kulik LM, Atassi B, van Holsbeeck Let al. Yttrium-90 microspheres (TheraSphere) treatment of unresectable hepatocellular carcinoma: downstaging to resection, RFA and bridge to transplantation. J Surq Oncol. 2006 Dec 1;94(7):572-86.
- 3. Jakobs TF, Hoffmann RT, Poepperl G et al. Mid-term results in otherwise treatment refractory primary or secondary liver confined tumours treated with selective internal radiation therapy (SIRT) using (90)Yttrium resin-microspheres. Eur Radiol. 2007 May;17(5):1320-30. Epub 2006 Dec 6.
- 4. Kennedy AS, Coldwell D, Nutting C et al. Resin 90Y-microsphere brachytherapy for unresectable colorectal liver metastases: modern USA experience. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2006 Jun 1;65(2): 412-25.
- 5. Jakobs TF, Hoffmann RT, Tatsch K et al. Therapy response of liver tumors after selective internal radiation therapy. Radiologe. 2008 Sep;48(9): 839-49
- 6. Khodjibekova M, Szyszko T, Khan S et al. Selective internal radiation therapy with Yttrium-90 for unresectable liver tumours. Rev Recent Clin Trials. 2007 Sep;2(3):212-6
- 7. Hilgard P, Müller S, Hamami M. et al. Selektive interne Radiotherapie (Radioembolisation) und Strahlentherapie beim HCC- Stand und Perspektiven. Z Gastroenterol 2009; 47: 37-54
- 8. Ralf-Thorsten Hoffmann, Maximilian F. Reiser. Selektive Interne Radiotherapie (SIRT)-Grundlagen und klinische Anwendung. UNI-MED Verlag AG, Bremen: 2008
- 9. Hung JC, Redfern MG, Mahoney DW et al. Evaluation of macroaggregated albumin particle sizes for use in pulmonary shunt patient studies. J Am Pharm Assoc (Wash). 2000 Jan-Feb;40(1):46-51 10. Lewandowski RJ, Sato KT, Atassi B et al. Radioembolization with 90Y microspheres: angiographic and technical considerations. Cardiovasc

Intervent Radiol. 2007 Jul-Aug; 30(4):571-92. Epub

2007 May 22

- 11. Kennedy A, Nag S, Salem R Recommendations for radioembolization of hepatic malignancies using yttrium-90 microsphere brachytherapy: a consensus panel report from the radioembolization brachytherapy oncology consortium. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2007 May 1:68(1):13-23
- 12. Salem R, Thurston KG. Radioembolization with 90Yttrium microspheres: a state-of-the-art brachytherapy treatment for primary and secondary liver malignancies. Part 1: Technical and methodologic considerations. J Vasc Interv Radiol. 2006 Aug;17(8):1251-78. Review. Erratum in: J Vasc Interv Radiol. 2006 Oct;17(10):1594.
- 13. Gray B, Van Hazel G, Hope M et al. Randomised trial of SIR-Spheres plus chemotherapy vs. chemotherapy alone for treating patients with liver metastases from primary large bowel cancer. Ann Oncol. 2001 Dec;12(12):1711-20
- 14. Sharma RA, Van Hazel GA, Morgan B et al. Radioembolization of liver metastases from colorectal cancer using yttrium-90 microspheres with concomitant systemic oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin chemotherapy. J Clin Oncol. 2007 Mar 20;25(9):1099-106
- 15. Lau WY, Ho S, Leung TW, Chan M, Ho R, Johnson PJ, Li AK. Selective internal radiation therapy for nonresectable hepatocellular carcinoma with intraarterial infusion of 90yttrium microspheres. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1998 Feb 1;40(3):583-92.
  16. Sangro B, Bilbao JI, Boan J et al. Radioembolization using 90Y-resin microspheres for patients with advanced hepatocellular carcinoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2006 Nov 1;66(3):792-800. Epub 2006 Aug 14.
- 17. Jakobs TF, Hoffmann RT, Dehm K et al. Hepatic yttrium-90 radioembolization of chemotherapy-refractory colorectal cancer liver metastases. J Vasc Interv Radiol. 2008 Aug;19(8):1187-95. Epub 2008 Jun 27
- 18. Ogawa F, Mino-Kenudson M, Shimizu M, Ligato S, Lauwers GY. Gastroduodenitis associated with yttrium 90-microsphere selective internal radiation: an iatrogenic complication in need of recognition. Arch Pathol Lab Med. 2008 Nov;132(11): 1734-8.
- 19. Crowder CD, Grabowski C, Inampudi S, Sielaff T, Sherman CA, Batts KP. Selective Internal Radiation Therapy-induced Extrahepatic Injury: An Emerging Cause of Iatrogenic Organ Damage. Am J Surg Pathol. 2008 Oct 10. [Epub ahead of print]
- 20. Pöpperl G, Helmberger T, Münzing W et al. Selective internal radiation therapy with SIR-Spheres in patients with nonresectable liver tumors. Cancer Biother Radiopharm. 2005 Apr;20(2):200-8
- 21. Murthy R, Nunez R, Szklaruk J et al. Yttrium-90 microsphere therapy for hepatic malignancy: devices, indications, technical considerations, and potential complications. Radiographics. 2005 Oct; 25 Suppl 1:S41-55
- 22. Grübler B. Leberkarzinom: Interne Radioembolisation zerstört Krebszellen. Dtsch Arztebl 2008; 105(11): A-588

### **Multiple Choice-Fragen**

(Nur eine Antwort ist richtig)

- 7 1. Die Abkürzung SIRT steht für
- 1. Selektiv induzierte Radiotherapie
- Strahlen induzierter radiologischer Tumor
- 3. Sehr intensiv rezidivierender Tumor
- 4. Superinterne Radiotherapie
- 5. Selektiv interne Radiotherapie
- 2. SIRT wurde entwickelt in den
- 1. 20ern
- 2. 30ern
- 3. 40ern
- 4. 50ern
- 5. 60ern
- 3. Welches Radionuklid wird für die SIRT bevorzugt verwendet?
- 1. Radium
- 2. Radon
- 3. Yttrium
- 4. Thorium
- 5. Uran
- 4. Welche Antwort stellt keine Kontraindikation für die SIRT dar?
- 1. massiver Aszites
- 2. Lebenserwartung > drei Monate

- 3. hepatische Enzephalopathie
- disseminierte extrahepatische Metastasierung
- 5. Karnofsky-Index < 20
- 5. Welche der genannten Erkrankungen kann mittels SIRT therapiert werden?
- 1. Pankreaskarzinom
- 2. Magenkarzinom
- 3. Osteosarkom
- 4. Hepatozelluläres Karzinom
- 5. medulläres Schilddrüsenkarzinom
- 6. Welche Untersuchung gehört in die präinterventionelle Phase der SIRT?
- 1. EKG
- 2. EEG
- 3. MRT der Leber
- 4. Duplex der extrakraniellen Gefäße
- 5. Röntgen der Nasennebenhöhlen
- 7. Durch wen wird die Therapie durchgeführt?
- 1. Hepatologe
- 2. Chirurg
- 3. Nuklearmediziner und Radiologe

- 4. Dermatologe
- 5. Gefäßchirurg
- 8. Welches Symptom gehört nicht zu den typischen Nebenwirkungen nach einer SIRT?
  - . Kopfschmerzen
- 2. Übelkeit
- 3. Schmerzen im Oberbauch
- 4. Fieber
- 5. Erbrechen
- 9. Nach welchen Kriterien wird das Ansprechen des Tumors bezüglich seiner Größe aktuell bestimmt?
- 1. WHO
- 2. Child-Pugh
- 3. RECIST
- 4. BCLC
- 5. CLIP
- 10. Wie nennt sich die Untersuchung zur posttherapeutischen Kontrolle der eingebrachten Yttrium-90 Partikel?
- 1. MRT
- 2. CT
- 3. Szintigrafie
- 4. Sonografie
- 5. Radio-Immun-Assay

### Medizinisches Zahlenrätsel

Jedem Buchstaben der zehn Suchworte ist eine Zahl von 1-20 zugeordnet.

Eine Form der Strahlenbehandlung, bei der eine	1	2	3	4	5	6	7	5	8	2	3	9	10	8
Strahlenquelle innerhalb des zu bestrahlenden Gebietes im Körper des Patienten platziert wird				'	,		,	,						
Symptome einer Cholestase	10	11	7	8	2	12	13							
Lebergefäß, das nährstoffreiches Blut führt	9	14	15	2	7	3	16	8	2					
Seltene Erkrankung mit Verschluss der abführenden	1	12	16	16	-	4	5	10	3	2	10			
Lebervenen:Syndrom (Eponym)					-									
Erweiterte kapillare Blutgefäße mit fenestriertem Endothel	13	10	17	12	13	15	10	16	8					
in der Leber														
Anheftungsstelle der Leber am Zwerchfell (zwei Worte)	3	2	8	3		17	12	16	3					
Radioaktives Element, das für die Selektive Interne	6	7	7	2	10	12	18							
Radiotherapie verwendet wird														
Bindegewebiger Umbau der Leber	19	10	2	2	5	15	13	8						
Pathologische intraperitoneale Wasseranreicherung bei	3	13	4	10	7	8	13							
Lebererkrankungen														
Komplikation einer Alkoholabhängigkeit	14	8	7	7	20	8	1	8	2					

### Zahlenschlüssel:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

### Lösungswort:

20	8	1	8	2	18	8	7	3	13	7	3	13	8	17

## Deutschlands Arbeitnehmer im Stress: Bei zu viel Druck streikt die Seele

### Krise und Angst um den Job bedrohen psychische Gesundheit Wolfgang Panter

Unser Autor Dr. Wolfgang Panter\*, Präsident des Verband Deutscher Betriebsund Werksärzte, sorgt sich um die psychische Gesundheit von Mitarbeitern in Unternehmen, regt gezielte Präventionsmaßnahmen zugunsten psychischer Stabilität an – und findet, dass individuelle Gesundheitsförderung gerade heute wichtiger denn je sei.

Eine dünne Personaldecke, Arbeiten bis zur Erschöpfung, enormer Leistungsdruck und chronische Überforderung – Belastungen in der Berufswelt wie etwa arbeitsbedingter Stress haben sich angesichts der aktuellen Wirtschaftskrise verschärft. Die mit der Krise verbundenen Umstrukturierungen in Unternehmen, erhöhter Konkurrenzdruck wegen Stellenabbau, längere Arbeitszeiten und permanente Erreichbarkeit – die Anforderungen an den Einzelnen nehmen gewaltig zu. Unmittelbare Auswirkung: Der Stress im und die Angst um den Job bedroht die psychische Gesundheit der Arbeitnehmer.

Als Betriebsärzte werden wir immer häufiger mit den gesundheitlichen Auswirkungen von psychischen Fehlbelastungen konfrontiert und spüren, dass Handlungsbedarf besteht – vor allem im Sinne der Arbeitgeber, da langwierige Erkrankungen den Erfolg des Unternehmens mindern können. Das alles war Anlass genug, dass der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) zusammen mit der IG Metall die Erklärung "Psychische Gesundheit in der Arbeit – eine gemeinsame Herausforderung der Arbeitswelt von morgen"\*\* verfasst hat. Darin warnen wir vor einer

drastischen Zunahme psychischer Erkrankungen von Beschäftigten.

Betriebsärzte kennen gesundheitliche Probleme und die Krankheitsbilder, die am Arbeitsplatz entstehen, aus ihrer Praxis ganz genau und wissen um die Brisanz psychischer Probleme. "Gesunde Mitarbeiter – gesunde Unternehmen" ist keine Phrase, sondern unsere Überzeugung und Ansporn unserer Arbeit.

Es lohnt sich, in betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zu investieren. Das Bewusstsein für Prävention muss aber unbedingt noch steigen - denn nur eine gesunde Belegschaft ist leistungsfähig. Dazu gehört auch ein gesundes Arbeitspensum und sensibilisierte Arbeitgeber. Kranke Mitarbeiter verursachen nicht nur dem Gesundheitssystem hohe Kosten. Die Industrie und Volkswirtschaft verzeichnen jährlich Schäden in Höhe von rund 15 Milliarden Euro, die durch Arbeitsausfall oder eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter aufgrund psychischer Fehlbelastung und ungesundem Stress am Arbeitsplatz bedingt sind.

### Volkskrankheit Stress und psychische Gesundheit – größte Herausforderung in der modernen Arbeitswelt

Von psychischer Gesundheit – dazu zählen Wohlbefinden, Zufriedenheit und Ausgeglichenheit – sind viele Mitarbeiter weit entfernt: In den letzten Jahren ist die Zahl psychischer Erkrankungen wie Depressionen und Burnout stark angestiegen und hat die Ausmaße einer neuen "Volkskrankheit" angenommen. Stress und seine Fol-

gen stellen aktuell die vierthäufigste Krankheitsursache am Arbeitsplatz dar – mit stark zunehmender Tendenz. In der Ursachenstatistik für Erwerbsunfähigkeit stehen



Dr. Wolfgang Panter

psychische Erkrankungen sogar auf Platz Eins, noch vor Muskel- und Skelettsvstemerkrankungen. Die Palette der Erkrankungen durch dauerhafte psychische Fehlbelastungen reicht von chronischer Ermüdung, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Nervosität über Rückenschmerzen und Bluthochdruck oder Erkrankungen im Magen- und Darmbereich sowie Herz-Kreislauf-Beschwerden bis hin zu chronifizierten Symptomen wie etwa depressiven Verstimmungen, Psychosen – ein breites Spektrum an Krankheitsbildern. Sicher ist, dass der Job einer der ganz großen Stressfaktoren ist. Unbehandelt können psychische Krankheiten zu längeren Ausfallzeiten in Unternehmen oder gar zum Ausscheiden aus dem Beruf oder Frühverrentung führen. Natürlich ist ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen Privat- und Arbeitsleben für den Erhalt der psychischen Gesundheit von herausragender Bedeutung, denn neben dem Job führen die gesamtgesellschaftlichen Veränderungen sehr wohl auch zu Stress in der Freizeit. Familiäre Beziehungen sind insgesamt instabiler geworden, und Menschen, die in ihrem Privatleben nicht aufgefangen werden, spü-

<sup>\*</sup> Dr. Wolfgang Panter ist Präsident des Verbands Deutscher Betriebs- und Werksärzte. Als Facharzt für Arbeitsmedizin, Allgemein-, Umwelt- und Sportmedizin ist er leitender Betriebsarzt der Hüttenwerke Krupp Mannesmann GmbH in Duisburg.

<sup>\*\*</sup> Die ausführliche Erklärung "Psychische Gesundheit in der Arbeit – eine gemeinsame Herausforderung der Arbeitswelt von morgen" steht zum Download unter www.vdbw.de bereit.

### **Aktuelles**

ren Anstrengungen im Berufsleben mehr und werden stärker davon beeinflusst. Je schlechter die Arbeitsbedingungen, umso eher streikt die Seele. Daher darf die aktuelle Krise auch auf keinen Fall dazu missbraucht werden, die Gesundheit der Beschäftigten aufs Spiel zu setzen. Ganz im Gegenteil: Arbeiten bis zum Anschlag muss als Motto der Krisenbewältigung jetzt erst recht geächtet werden. Aus diesem Grund sehen wir, der VDBW und die IG Metall, das Unternehmen an sich und jeden einzelnen Arbeitsplatz als potentielles Handlungsfeld an, in dem wir uns gemeinsam und aktiv für die Beschäftigten einsetzen.

### Strukturwandel in der modernen Berufswelt: Arbeit drängt sich in die Freizeit

Der Zwang zu schnellen Entscheidungen, hohe Verantwortung, technische Störungen, Zeitdruck und zwischenmenschliche Probleme stehen heute in vielen Betrieben weit oben auf der Tagesordnung. Es gibt kaum einen Beruf, in dem kein Stress auftreten kann. Die moderne Arbeitswelt, in der ständige Verfügbarkeit gefordert ist, führt dazu, dass sich Berufstätige verausgaben und unter Druck gesetzt werden. Zudem gelingt es Menschen immer seltener, außerhalb der Arbeit abzuschalten. Die Arbeit "frisst" sich häufig in die Freizeit hinein. Sich abends noch in den Firmenrechner einzuloggen, immer am Handy erreichbar zu sein und von überall und jederzeit Nachrichten zu verfolgen, hat zur Folge, dass die Gedanken ständig rund um die Arbeit kreisen. Der Mensch braucht aber Phasen der Regeneration, um zur Ruhe und zu neuen Kräften zu kommen. Ständig unter Strom zu stehen, ist eine Zeit lang auszuhalten – jeder Beschäftigte hat schließlich unterschiedliche Bewältigungsstrategien. Doch dauerhaft wirkt es sich über kurz oder lang negativ auf das



Betriebsärztin berät Mitarbeiter

psychische Gleichgewicht aus. Daher ist bei vielen somatischen Erkrankungen eine wesentliche Mitursache auch in der Psyche zu finden. In den Führungsebenen wird diese Problematik bislang noch nicht ernst genug genommen. Wir stellen fest, dass die arbeitsmedizinische Betreuung der Bevölkerung an vielen Stellen derzeit nicht ausreichend ist und die ernste Gefahr besteht, dass das Niveau des Gesundheitsschutzes vor allem in kleinen und mittleren Betrieben weiter sinkt.

### Prävention – der Schlüssel zur Gesundheit am Arbeitsplatz

Die Abstimmung individueller Vorsorgemaßnahmen für spezielle Arbeitssituationen wird zunehmend zur zentralen Aufgabe des Betriebsarztes. Unser Ziel sind Investitionen in die Gesunderhaltung statt nur in nachträgliche Krankheitsreparatur. Bei steigendem Veränderungsdruck am Arbeitsplatz ist mehr Gesundheitsmanagement denn je erforderlich – und für die gesundheitliche Prävention ist der Betriebsarzt erster Ansprechpartner. Für jeden Mitarbeiter ist es aber auch wichtig, einen seelischen und körperlichen Ausgleich zur Arbeit zu finden. Je nach Persönlichkeitsstruktur: Autogenes Training oder regelmäßige Bewegung und Ausgleichssport stellen eine gute persönliche Vorsorge dar dadurch können bereits viele gesundheitliche Schäden verhindert werden. So fordern wir in unserer Erklärung beispielsweise von den Betrieben umfangreiche Maßnahmen zur Verhütung psychischer Erkrankungen und zum Abbau von Stress. Insbesondere betriebliche Frühwarnsysteme müssen zur Förderung psychischer Gesundheit der Beschäftigten beitragen. Außerdem sind bei psychischen Erkrankungen alle Fachgebiete und Unternehmensgremien gefordert: Führungsetagen, Betriebsärzte sowie Betriebsräte müssen hier unbedingt an einem Strang ziehen. Gerade in der aktuellen Situation sollte an die Betriebe das Signal gehen, dass auch in Krisenzeiten die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen eine hohe Priorität hat. Ein Zusammenspiel zwischen den Betriebsärzten auf der einen Seite und den Hausärzten und Psychotherapeuten auf

### **Aktuelles**

der anderen Seite ist unabdingbar. Nur so können psychische Erkrankungen umfassend und früh erkannt sowie erfolgreich behandelt werden. Zur Früherkennung lassen sich innerhalb eines ganzheitlichen Ansatzes auch arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nutzen. Betriebsärzte brauchen dann ein gut funktionierendes Netzwerk, um Betroffenen rasch helfen zu können.

Als Betriebsärzte sehen wir in diesem Zusammenhang noch ein weiteres Problem, das es zu lösen gilt. Auch wenn die gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber psychischer Erkrankungen im Allgemeinen gestiegen ist, stellen wir dennoch fest, dass es am Arbeitsplatz häufig immer noch ein Tabu ist. Aus Angst um den Job will gerade in Krisenzeiten niemand Schwäche zeigen. In unserer Erklärung fordern wir daher die Enttabuisierung dieses Themas. Zum Wohl der Mitarbeiter und des Unternehmens muss in Betrieben offen über Risikofaktoren und Unternehmenskultur geredet werden können.

### Leitfaden "Psychische Gesundheit"

Der VDBW nimmt sich der Problematik der steigenden Fälle psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz schon seit Längerem an. Bereits im letzten Jahr haben wir den Leitfaden "Psychische Gesundheit im Betrieb" entwickelt. Betriebsärzte und Personalverantwortliche erhalten darin wertvolle Hinweise: Die Publikation greift arbeitsmedizinische Herausforderungen in der modernen, komplexer werdenden Berufswelt auf und gibt Anregungen zum Erhalt der psychischen Gesundheit im Betrieb.

### Was der Betrieb noch für psychische Gesundheit tun kann

Nach unseren Erfahrungen sind die Ursachen für psychische Belastungen oft auch in der Managementetage zu finden. Eine gute Unternehmenskultur mit fairem, transparentem Führungsstil, Anerkennung und Wertschätzung gegenüber den Beschäftigten tragen erheblich zum Wohlbefinden der Mitarbeiter bei. Dazu gehören eine Arbeitsorganisation, die Menschen weder unter- noch überfordert, humane Arbeitszeiten und eine verlässliche Vergütung. Eine Unternehmensführung, die sich ausschließlich an betriebswirtschaftlichen Kennziffern orientiert und Menschen zu Kostenfaktoren degradiert, agiert einseitig und kurzfristig. Ausreichende Handlungsspielräume, ein ausgewogenes Verhältnis von Leistungsanforderung und Kompetenz sowie angemessene soziale Unterstützung das sind zusätzliche Rahmenbedingungen zur Vermeidung und Bewältigung von psychischen Belastungen. Weitere positive Beanspruchungen sind Erfolgserlebnisse, Persönlichkeitsentwicklung, Trainings- und Konditionierungs- sowie Lern- und Übungseffekte. Daher hat ein gesundes Betriebsklima auch unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter.

Als Lichtblick bleibt aber hervorzuheben, dass immer mehr Unternehmen Wert auf betriebliche Gesundheitsförderung legen, um in Zusammenarbeit mit Betriebsärzten jeden einzelnen Mitarbeiter zu stärken, gezielt Arbeitsbelastungen zu verringern und Beschäftigte dabei zu unterstützen, einen angemessenen Arbeits- und Lebensrhythmus zu finden. Denn: Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit!

### **Anschrift des Verfassers**

Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. Berufsverband deutscher Arbeitsmediziner Geschäftsstelle Karlsruhe Friedrich-Eberle-Straße 4 a 76227 Karlsruhe www.vdbw.de

### Sicherer Verordnen

### Metamizol – lebensbedrohliche Reaktionen

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) erinnert daran, dass Metamizol, syn. Novaminsulfon, (Novalgin®, viele Generika), nur zugelassen ist zur Behandlung starker Schmerzen und hohem Fieber, wenn andere Maßnahmen kontraindiziert oder wirkungslos sind. Neben den bekannten zwar seltenen, aber lebensbedrohlichen unerwünschten hämatologischen Wirkungen (wie Agranulozytose) kann insbesondere bei parenteraler Gabe ein nicht allergisch bedingter Blutdruckabfall bis hin zu einem lebensbedrohlichen Schock auftreten. Die AkdÄ berichtet über einen solchen Fall bei einem 64-iährigen Patienten, der fatal endete. Insbesondere bei schwerer KHK oder relevanten Stenosen hirnversorgender Gefäße darf Metamizol nur unter sorgfältiger Überwachung hämodynamischer Parameter eingesetzt werden. Sowohl die AkdÄ als auch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) weisen auf die bekannten Risiken von Metamizol hin und empfehlen unter Beachtung der Indikationen nur eine kurzfristige Anwendung und eine langsame parenterale Applikation (maximal 500 mg/min) unter ärztlicher Überwachung. AkdÄ und BfArM sehen den hohen Anstieg der Verordnungen von Metamizol mit Sorge (von 27 Mio. DDD in 1998 auf 86 Mio. DDD in 2007) und vermuten vermehrte Verordnungen des Analgetikums zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen wegen dessen Verordnungsfähigkeit als rezeptpflichtiges Arzneimittel.

Quellen: www.akdae.de www.aerzteblatt.de/nachrichten/36823

### Deferipron – zerebellare Syndrome

Bei zwei Kindern (7 und 9 Jahre alt), die wegen Eisenüberladung bei Thalassämie den Chelatbildner Deferipron (Ferriprox®) wegen geringer Ansprechrate in hohen Dosierungen über längere Zeit einnahmen, entwickelten sich nach zwei bzw. 16 Monaten zerebellare Syndrome (z.B. Dystonie, Nystagmus, Diplopie, motorische Koordinationsstörungen). Nach Stopp der Therapie verschwanden die Symptome nach

einem Monat bzw. innerhalb eines Jahres. Da der Arzneistoff die Blut-Hirn-Schranke überwinden kann (das Auftreten von Hörund Sehstörungen ist bereits bekannt), diskutieren die Autoren einen direkten toxischen Effekt oder einen Verlust der als enzymatische Kofaktoren notwendigen Metallionen wie Cu, Zn, Al, Ga durch die Chelatbildung.

Auch andere Chelatbildner wie Na-EDTA können in unterschiedlichen Ausmaß zweiwertige Metallionen binden. Ein "alternativer" Einsatz dieser Stoffe z.B. zur Bindung von Kalziumionen bei Arterienverkalkung kann Patienten schädigen. Abgesehen von der medizinisch sinnlosen Indikation.

Aktuell warnt die amerikanische Überwachungsbehörde FDA vor UAW eines anderen Chelatbildners: Deferasirox (Exjade®) verursache Leberversagen (auch fatale!) und Arzneimittelinteraktionen.

Quelle: Brit.med.J. 2009; 338: 653

### Resolutionen des Deutschen Ärztetages 2009 zu Arzneimitteln

Die Delegierten des 112. Deutschen Ärztetages verabschiedeten einige Resolutionen, die Arzneimittelthemen betrafen, so z.B.

- über Versorgungsforschung: Forderungen nach einer Offenlegung von Interessenskonflikten der Autoren (auch bei Vorträgen bei ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen), nach Mitteln der öffentlichen Hand für eine angemessene Forschungstätigkeit, nach Fortbildungsmaßnahmen für die Forschenden, nach ungehindertem Zugriff auf Daten der europäischen Arzneimittelbehörde und etwas optimistisch nach einer Selbstverpflichtung der pharmazeutischen Industrie, ihre Zahlungen an Leistungserbringer nach außen zu kommunizieren.
- über Arzneimitteltherapiesicherheit: Forderungen nach einem verbesserten Zugang zu aktuellen Informationen über Risiken und unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln und nach verstärkter Forschung über die praktische Therapie mit Arzneimitteln, insbesondere bei Kindern.
- über **Doping:** nicht nur im Leistungssport, sondern zunehmend auch im Brei-

tensport werden Dopingmittel bei Wettkämpfen, aber auch zur Verbesserung des Trainingserfolges angewandt. Die Delegierten unterstützen die Ausführungen der zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (siehe Dt. Ärztebl. 2009; 106: A 360 ff) und verweisen auf das Arzneimittelgesetz, das in § 6a Abs. 1 die Anwendung von Arzneimittel zu Dopingzwecken verbietet.

• über **Psychopharmaka:** keine nicht-ärztliche Heilberufsgruppen, sondern nur Ärztinnen und Ärzte haben die Kompetenz, verschreibungspflichtige Psychopharmaka (und andere verschreibungspflichtige Arzneistoffe) zu verordnen und ihren Einsatz in einem Gesamtbehandlungsplan einzubetten.

Es bleibt die Hoffnung, dass diese Resolutionen von der Politik (und von Ärztinnen und Ärzten) aufgenommen und umgesetzt werden

Quelle: Dt. Ärztebl. 2009; 106(22): C 943

### Mycophenolatmofetil – Erythroblastopenie

Die AkdÄ und der Hersteller informieren über das Auftreten einer Ervthroblastopenie (Verlust von Vorläuferzellen der roten Blutkörperchen im Knochenmark, PRCA) nach der Gabe von Mycophenolatmofetil (CellCept®), das als Immunsuppressivum - grundsätzlich in Kombination mit anderen Immunsuppressiva - zur Prophylaxe gegen akute Abstoßungsreaktionen bei allogenen Organtransplantationen (Niere, Herz, Leber) eingesetzt wird. Unspezifische Symptome dieser UAW, für die auch andere Immunsuppressiva verantwortlich sein können, sind Schwäche, Lethargie und bleiche Haut, bei zunehmender Anämie auch Tachykardie und Dyspnoe. In einigen Fällen war die PRCA bei Dosisreduktion oder nach Absetzen des Arzneistoffes rückläufig. Jede Änderung der Therapie erfordert wegen der Gefahr einer Transplantatabstoßung eine sorgfältige Überwachung.

Quellen: www.akdae.de, www.hc-sc.gc.ca

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus: Rheinisches Ärzteblatt 7/2009



### I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

### **Herbstsymposium Osteoporose**

<u>Zielgruppe:</u> Orthopäden und Unfallchirurgen, Allgemeinmediziner, Gynäkologen

<u>Themen:</u> Die neue DVO-Leitlinie Osteoporose: ein update; Gynäkologischer Impact der Osteoporose; Endokrinologische Ursachen; Osteoporose aus nephrologischer Sicht; Der multimorbide geriatrische Patient. Medikamentöse Interaktionen bei Osteoporose; Wirbelsäulenfrakturen im Alter; Besonderheiten bei der Versorgung peripher gelegener Frakturen geriatrischer Patienten; Osteoporoseprophylaxe und Therapie in Deutschland nach Frakturen im Alter.

Samstag, 05. Sep. 2009, 09:00 - 15:30 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. S. Rehart/Prof. Dr. med. R. Hoffmann, Ffm.

**Teilnahmebeitrag:** € 110 (Akademiemitgl. € 99)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

### HIV - Umgang ohne Risiko für Arzt und Patient

Zielgruppe: Ärzte, Lehrer und Pflegepersonal

Die Zertifizierung ist auch für Lehrer beantragt

<u>Themen:</u> Therapie mit Schwangeren; Ansteckungsrisiko für Ärzte und klinisches Personal; Junkies, Hepatitis und Co-Infektionen; Abschlussdiskussion.

Mittwoch, 09. Sep. 2009, ab 16:00 Uhr

Leitung: Dr. med. D. Charrier, Steinbach

Moderation: Dr. med. M. Popović, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

### Fortbildung für Assistenten in Weiterbildung und für Ärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### Infektionen als Ursache der Frühgeburt

Mittwoch, 07. Okt. 2009, 09:00 – 16:00 Uhr

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

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

**Teilnahmebeitrag:** € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

### Update Herzschrittmacher- und Defibrillator-Therapie 2009 – aus der Praxis, für die Praxis –

Einführung in die Funktionen von Herzschrittmachern und Defibrillatoren. Besprechung von Kasuistiken zwecks Behandlung anstehender Alltagsfragen.

Ziel ist, Fragen im Umgang mit Patienten mit Herzschrittmachern und Defibrillatoren zu beantworten und diese Kenntnisse in der täglichen ärztlichen Praxis umsetzen zu können.

Samstag, 19. Sep. 2009, 09:00 – 13:00 Uhr

Leitung: Dr. med. J. Sperzel, Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim

**Teilnahmebeitrag:** € 80 (Akademiemitgl. € 72)

Tagungsort: Bad Nauheim,

7 P

4 P

10 P

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

### Aktuelles aus Nephrologie und Nierentransplantation – Wissen für die Praxis

#### Chronische Niereninsuffizienz - was tun?

In Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH / Zentrum für Innere Medizin – Schwerpunkt Nephrologie

<u>Themen:</u> Früherkennung, Stadieneinteilung, Progressionshemmung, Begleiterkrankungen; Indikationen zur Dialyse, Auswahl des Dialyseverfahren; Lebend-Nierentransplantation als optimale Therapie.

Mittwoch, 16. Sep. 2009, 18:00 - 20:15 Uhr

**Leitung:** PD Dr. med. H.-W. Birk, Gießen Prof. Dr. med. R. Weimer, Gießen

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Klein-Linden, Bürgerhaus

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Tel.: 06032 782-281, Fax: -220, E-Mail: katja.baumann@laekh.de

### **Aktuelle Diabetologie**

Gemeinsame Fortbildungsreihe für Hausärzte der LÄKH in Zusammenarbeit mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD), DMP-zertifiziert.

### Mittwoch, 30. Sep. 2009, 15:30 – 20:00 Uhr

Teil 1: Prävention: Chancen und Umsetzungsmöglichkeiten

Teil 2: Das Metabolische Syndrom und aktuelle therapeutische Strategien

### Mittwoch, 18. Nov. 2009, 15:30 – 20:00 Uhr 5 P

Teil 1: Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie

Teil 2: Insulintherapie für die Praxis **Leitung:** Dr. med. C. Marck, Pohlheim

Teilnahmebeitrag: kostenfrei Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7 **Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de





### Fachgebiet Innere Medizin Gastroenterologisches Fallseminar

In Zusammenarbeit mit der Rhein-Main Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie.

Mittwoch, 07. Okt. 2009, 17:30 – 20:00 Uhr

3 P

Leitung: Prof. Dr. med. S. Zeuzem, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Frankfurt am Main, Universitätsklinikum Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

### Indikation für Blutkomponenten und Gerinnungspräparaten auf Basis der neuen Ouerschnitts-Leitlinien der BÄK

In Zusammenarbeit mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz.

<u>Themen:</u> Therapieleitlinien der BÄK-Entwicklung und Bedeutung; Indikationen für Blutkomponenten; Indikationen für Gerinnungspräparate.

Donnerstag, 19. Nov. 2009, 14:00 Uhr - 18:00 Uhr

5 P

**Leitung:** Prof. Dr. med. V. Kretschmer, Rostock **Teilnahmebeitrag:** € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7 **Auskunft und Anmeldung:** Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

### Winterkongress – Thema Kopfschmerz

Samstag, 14. Nov. 2009, 09:30 - 16:00 Uhr

**Leitung:** Prof. Dr. med. R. W. C. Janzen, Bad Homburg Prof. Dr. med. H. Steinmetz, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

### Palliativmedizin und Physiotherapie

In Kooperation mit dem Dt. Verband für Physiotherapeuten.

Samstag, 14. Nov. 2009, 10:00 - 17:30 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. A. Henneberg / H.-Y. Massuger, Ffm.

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

### Medizin in der Literatur

Essen und Trinken in der Medizin- und der Kultur-Geschichte

Mittwoch, 11. Nov. 2009, 19:00 – 21:00 Uhr Leitung: Prof. Dr. med. D. von Engelhardt, Lübeck Moderation: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Fulda

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Fulda,

Kapelle des Vonderau-Museums, Jesuitenplatz 2 **Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

### Repetitorium Innere Medizin 2009

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

### Montag, 23. - Samstag, 28. Nov. 2009

### Programmübersicht:

Mo.:	Intern. Onkologie/Hämatologie; Pneumologie	9 P
Di.:	Angiologie; Intern. Intensivmedizin	9 P
Mi.:	Gastroenterologie; Kardiologie	9 P
Do.:	Kardiologie; Nephrologie	9 P
Fr.:	Rheumatologie; Endokrinologie/Diabetologie	9 P
Sa.:	Fallseminare	6 P

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

Teilnahmebeitrag insg.: € 495 (Akademiemitgl. und Mitgl. des

BDI und der DGIM € 445)

**Einzelbuchung pro Tag:** € 150 (Akademiemitgl. und Mitgl. des

BDI und der DGIM € 135)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

### Patientenaufklärung – Das Aufklärungsgespräch: Fallstricke und ihre zeitsparende Vermeidung

(s. HÄBl o8/o9)

Samstag, 12. Dez. 2009, 09:00 – 15:30 Uhr 9 P

Leitung: Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg

**Teilnahmebeitrag:** € 90 (Akademiemitglieder kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltscher, Akademie,

Tel.: 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: edda.hiltscher@laekh.de

### Strukturierte fachspezifische Fortbildung "Kinder- und Jugendmedizin"

### Aspekte pädiatrischer Orthopädie und Traumatologie

Samstag, 28. Nov. 2009

**Leitung:** Prof. Dr. med. I. Marzi, Frankfurt a. M. **Teilnahmebeitrag:** € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

#### Arbeits- und Betriebsmedizin

### Aktuelles aus der Arbeitsmedizin

Samstag, 14. Nov. 2009 Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7 **Auskunft und Anmeldung:** Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de



### II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

### Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Stunden)

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V./DÄGfA gemäß Curriculum der BÄK.

### I. Teil Theorie (120 Stunden)

G<sub>1</sub>P-G<sub>3</sub>P Freitag, 11. Sep. - Sonntag, 13. Sep. 2009 Freitag, 02. Okt. - Sonntag, 04. Okt. 2009 G4-G6 Freitag, 13. Nov. - Sonntag, 15. Nov. 2009 G7-G9 Freitag, 04. Dez. - Samstag, 05. Dez. 2009 G10-G11 Samstag, 12. Dez. 2009 G12

### II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen / Fallseminare (80 Stunden)

Samstag, 12. Sep. 2009 G13 Sonntag, 13. Sep. 2009 G14 **Samstag, 03. Okt. 2009** G15 Sonntag, 04. Okt. 2009 G16 Samstag, 14. Nov. 2009 G17 Samstag, 21. Nov. 2009 G18 Leitung: Dr. med. W. Marić-Oehler, Bad Homburg

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de oder Frau A. Bauß, Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V. Tel.: 089 71005-13, Fax: -25, E-Mail: bauss@daegfa.de

### Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

11./12. Sep. 2009 20 Std.

Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verb. Interventionstechniken

Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 17 Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken

Kurs B wird anerkannt

**Teilnahmebeitrag:** 6 Std. € 50, 8 Std. € 60, 20 Std. € 155 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

#### **Arbeits- und Betriebsmedizin** (360 Std.)

Grundkurs A2 Samstag, 12. Sep. – Samstag, 19. Sep. 2009 60 P Aufbaukurs B2 Samstag, 31. Okt. - Samstag, 07. Nov. 2009 60 P Aufbaukurs C2 Samstag, 28. Nov. - Samstag, 05. Dez. 2009 60 P

**Teilnahmebeitrag pro Kursteil:** € 490 (Akademiemitgl. € 441) Leitung: Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz, Dr. med. D. Kobosil

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

**Termine 2010** (s. HÄBl 08/09)

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

**Achtung Terminänderung!** 

Telelernphase: 08. Okt. 2009 - 04. Dez. 2009 insg. 30 P Präsenzphase: 05. - 06. Dez. 2009

mit abschließender Lernerfolgskontrolle

Leitung: Dr. med. D. Kobosil / R. Demare, Bad Nauheim **Teilnahmebeitrag:** € 220 (Akademiemitgl. € 198) Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

### Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter (16 Std.)

Freitag, 20. Nov. - Samstag, 21. Nov. 2009

**Teilnahmebeitrag:** € 340 (Akademiemitgl. € 306) **Durchführung und Auswertung von internen Audits** 

(Beispiel Transfusionsmedizin)

In Zusammenarbeit mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz.

Mittwoch, 09. Sep. 2009, 09:00 - 17:00 Uhr 11 P Freitag, 06. Nov. 2009, 09:00 - 17:00 Uhr 11 P

Referentin: Dr. Dipl.-Psych. Christine Kuch, Köln Leitung: Dr. med. R. Kaiser, N. Walter, Frankfurt a. M. **Teilnahmebeitrag:** € 180 (Akademiemitgl. € 162)

Max. Teilnehmerzahl: 10 Personen Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

### Interkulturelle Kompetenz für Heil- und Gesundheitsberufe

In Kooperation mit der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen

Modul 1: Migration - Integration (16 UE) 05./06. März 2010 Modul 4: West- u. Südasien, inkl. Indien (16 UE) 28./29. Mai 2010 Modul 5: Südostasien u. China (16 UE) 03./04. Sep. 2010

Leitung: Dr. med. U. Schreiber-Popović Dipl.- Psych. U. Cramer-Düncher

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

### **Palliativmedizin**

Fallseminar Modul III 40 P 09. - 13. Nov. 2009 Teilnahmebeitrag: € 700 (Akademiemitgl. € 630) 01. - 05. Dez. 2009 40 P Basiskurs Teilnahmebeitrag: € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Aufbaukurs Modul I 18. - 22. Nov. 2009 40 P

- in Zusammenarbeit mit A. N. R. Lahn-Dill-Kreis e. V.

Tagungsort: Wetzlar, Hospiz- u. Palliativakademie Mittelhessen, Charlotte-Bamberg-Str. 14

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Tel.: 06032 782-202, Fax: -229, E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de



16 P



### Ärztliches Qualitätsmanagement

Termine 2009:

Block III **07. Sep. – 12. Sep. 2009** € 1.100 (Akademiemitgl. € 990) **48 P** Block IV **16. Nov. – 21. Nov. 2009** € 1.100 (Akademiemitgl. € 990) **48 P** Tagungsort: Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7 Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782 -209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Kurse für 2010 in Planung

### **Didaktik**

#### Moderatorentraining

20 P

In Zusammenarbeit mit der Münsterfeld-Akademie.

Seminarziel: Vermittlung kollegialer Moderationstechniken für Qualitätszirkel, inkl. der Vermittlung von entsprechenden Methoden und Techniken.

Freitag o6. – Samstag o7. Nov. 2009 Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda

**Teilnahmebeitrag:** € 280 (Akademiemitgl. € 252)

Tagungsort: Fulda

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie

Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

### **Impfkurs**

#### Samstag, 10. Okt. 2009, 09:00 - 17:30 Uhr

11 P

Themen: Mikrobiologisch-immunologische Impfbasics und kleine Impfstoffkunde; Rechtliche Grundlagen, allgemeine fachliche Regeln, STIKO-Empfehlungen; Schutzimpfungen im Kindes- und Jugendalter; Impfungen versch. Zielgruppen; Impfungen im Arbeitsleben (einschl. Unfallchirurgie); Impfungen im Reiseverkehr; Malariaprophylaxe; Kassenärztliche Abrechnung von Impfungen; Impffördernde Praxisorganisation; Praktische Impf-Übungen; Voru. Nachteile von Impfungen; Neue Entwicklungen; Impfklausur: Anonyme Erfolgskontrolle; Abschlussdiskussion.

Die Teilnehmer werden gebeten, ihren Impfpass zwecks Überprüfung des eigenen Impfstatus mitzubringen. (Impfung auf eigene Verantwortung).

Leitung: Dr. med. H. Meireis, Wiesbaden

**Teilnahmebeitrag:** € 160 (Akademiemitgl. € 144)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltscher, Akademie,

Tel.: 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: edda.hiltscher@laekh.de

### Ernährungsmedizin (100 Std.)

insg. 100 P

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

Teil I 22./23. Jan. 2010 Teil IV 16./17. Apr. 2010
Teil II 19./20. Feb. 2010 Teil V 07./08. Mai 2010

Teil III 19./20. März 2010

Hospitation **09./11. und 12. Juni 2010** 

Klausur am 30. Juni 2010

Leitung: Prof. Dr. med. Michael Krawinkel, Gießen

Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. Jürgen Stein, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 1250 (Akademiemitgl. € 1125)

Tagungsorte: Teil I bis V Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7 Hospitation: Frankfurt a. M. und Gießen

Universitätskliniken

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie.

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

### Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD (siehe Seite 583)

Freitag, 02. Okt. - Sonntag, 04. Okt. 2009

27 P

Leitung: Dr. med. A. Dorsch, Haimhausen

M. Leimbeck, Braunfels

Teilnahmebeitrag: € 400 (Akademiemitgl € 360)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

**WH-Seminar Leitender Notarzt** 

Samstag, 31. Okt. 2009 Kassel

**Seminar Leitender Notarzt** 

Samstag, 21. Nov. - Dienstag, 24. Nov. 2009 Kassel

**Notfallmedizinisches Intensivtraining** 

in der niedergelassenen Praxis

Samstag, 16. Jan. 2010 10 P

Leitung: Dr. med. A. Dorsch, Haimhausen

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

#### Marburger Kompaktkurs

#### "Zusatzbezeichnung Notfallmedizin"

Kursteile A – D gem. den Richtlinien der BÄK (80 Std.) **80 P** In Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Notfallmedizin des Uniklinikums Gießen/Marburg.

Freitag, 02. Okt. - Samstag, 10. Okt. 2009

Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg

Tagungsort: Marburg,

Klinikum Lahnberge, Baldingerstr.

**Teilnahmebeitrag:** € 550 (Akademiemitgl. € 495) **exkl.** Verpflegung

Auskunft und Anmeldung: Zentrum für Notfallmedizin,

Baldingerstraße, 35033 Marburg, Tel.: 06421 586-5980, Fax: -6996,

E-Mail: sek1anae@med.uni-marburg.de

### Medizinische Rehabilitation 16-Stunden-Kurs nach der neuen Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)

Samstag, 12. Sep. 2009, 09:00 – 17:00 Uhr 21 P Samstag, 28. Nov. 2009, 09:00 – 17:00 Uhr 21 P

**Leitung:** Prof. Dr. med. T. Wendt, Bad Nauheim **Teilnahmebeitrag:** € 180 (Akademiemitgl. € 162)

Tagungsort: Bad Nauheim,

Rehazentrum der DRV-Bund, Klinik Wetterau, Zanderstraße 30-32

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

### Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar – Strukturierte curriculäre Fortbildung (32 Std.)

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

32 P

Freitag, 04. Sep. – Samstag, 05. Sep. 2009 und Freitag, 02. Okt. – Samstag, 03. Okt. 2009 Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 432)

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





### Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

#### 15. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

o4. Sep. – o6. Sep. 2009 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr) 20 P 20. Nov. – 22. Nov. 2009 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr) 20 P

A: Der alte Mensch/der chronisch Kranke/der sterbende Mensch

**B:** Techniken ärztlicher Begleitung; das salutogenetisch geführte Gespräch

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

**Teilnahmebeitrag:** Block (20h) € 320 (Akademiemitgl. € 288)

### Konferenz Psychosomatische Grundversorgung für

Absolventen der Grundveranstaltung

Samstag, 31. Okt. 2009, 09:00 - 17:00 Uhr

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

Tagungsort: Frankfurt a. M.,

Hospital zum Heiligen Geist GmbH, Lange Str. 4-6 **Auskunft und Anmeldung:** Frau U. Dauth, Akademie,

Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

### 32. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2009

Theorie und Praxis: (s. HÄBl 02/09)

Block 3: Freitag, 04. Sep. - Sonntag, 06. Sep. 2009

Block 4: Sonntag, 11. Okt. 2009

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

Tagungsort und Anmeldung: Wiesbaden,

Internat. Akademie für Positive und Transkulturelle Psychotherapie,

Kaiser-Friedrich-Residenz, Langgasse 38-40, Tel.: 0611 3411-675 und -674, Fax: 0611 3411-676

### **Psychiatrie / Gutachten**

### Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen

In Kooperation mit der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen (s. HÄBl 08/09)

Samstag/Sonntag, 07./08. November 2009 und Samstag/Sonntag, im Februar 2010 geplant

**Leitung:** Ž. Čunović, Dr. med. B. Wolff, Frankfurt a.M. **Teilnahmebeitrag:** € 500 (Akademiemitglieder € 450)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7 **Auskunft:** Ž. Čunović, Tel.: 069 7167-8776

Dr. med. B. Wolff, Tel.: 069 78995335

Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie,

Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

### Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

AK II Mittwoch, 28. Okt. – Freitag, o6. Nov. 2009 80 P

**Teilnahmebeitrag:** pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Termine 2010:

GK I Mittwoch, 14. Apr. – Freitag, 23. Apr. 2010 80 P GK II Mittwoch, 29. Sep. – Freitag, 08. Okt. 2010 80 P

### Spezielle Schmerztherapie

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

Block C 19./20. Sep. 2009 Wiesbaden

20 P

Schmerzen bei vaskulären Erkrankungen; Schmerzen bei viszeralen Erkrankungen; Tumorschmerz; Schmerzen im Alter; Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen.

Leitung: Dr. med. U. Nickel, Wiesbaden

Block B 31.Okt./o1. Nov. 2009 Kassel

20 P

Neuropathische Schmerzen; Kopfschmerzen

**Leitung:** Prof. Dr. med. M. Tryba / Dr. med. M. Gehling, Kassel **Teilnahmebeitrag pro Teil:** € 240 (Akademiemitgl. € 216) **Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@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.

#### Herbst 2009 Rheinland-Pfalz

Modul I Freitag, 25. Sep. – Samstag, 26. Sep. 2009 in Ffm.

Modul II Freitag, 30. Okt. – Samstag, 31. Okt. 2009 in Landau

Modul III / IV Freitag, 11. Dez. – 12. Dez. 2009 in Lustadt

Modul V Freitag, 18. Dez. – Samstag, 19. Dez. 2009 in Lustadt

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

Auskunft: Frau B. Kröhler, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,

Tel.: 06131 28438-15, Fax: -10, E-Mail: kroehler@arztkolleg.de

## Curriculum "Qualifikation Tabakentwöhnung" als Blended-Learning-Veranstaltung (Kombination aus E-Learning und Präsenzlernen)

Einführungsseminar: 02. Okt. 2009 insg. 20 P

Telelernphase: 02. Okt. - 13. Nov. 2009

Präsenzphase: 14. Nov. 2009 mit abschließender Lernerfolgskontrolle. Leitung: Dr. phil. nat. W. Köhler, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag** inkl. Verpflegung: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Tel: 06032 782-281, Fax: -220, E-Mail: *katja.baumann@laekh.de* 





29 P

25 P

### Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

Spezialkurs Computertomografie	
Samstag, 31. Okt. 2009, vormittags	5 P
Spezialkurs Interventionsradiologie	
Samstag, 31. Okt. 2009, nachmittags	6 P

Die Computertomografie und die Interventionsradiologie sind nicht nur ein wichtiger Bestandteil des Gebietes Radiologie, sondern sie bereichern die diagnostischen Möglichkeiten anderer klinischer Disziplinen, z.B. die HNO, Neurologie, Innere Medizin u.a.m. in der CT sowie z.B. die Kardiologie, Angiologie, Neurologie/Neurochirurgie u.a.m. in der Interventionsradiologie.

Mit dem "Spezialkurs Computertomografie" oder dem "Spezialkurs Interventionsradiologie" können klinisch tätige Ärztinnen u. Ärzte, die nicht die Gebietsweiterbildung "Radiologie" durchlaufen, die Fachkunde CT oder die Fachkunde Interventionsradiologie im Strahlenschutz gem. RöV erwerben, um in ihrem speziellen Bereich die CT oder die Interventionsradiologie einzusetzen.

Voraussetzung für den Erwerb der Fachkunde CT oder den Erwerb der Fachkunde Interventionsradiologie ist die erfolgreiche Teilnahme am Spezialkurs Röntgendiagnostik sowie der Erwerb der entsprechenden Sachkunde.

**Teilnahmebeitrag:** € 100 (Akademiemitgl. € 90) je Kurs

<u>Kenntniskurse</u>	
(theoretische u. praktische Unterweisung auch einzeln bu	ıchbar)
Samstag, 26. Sep. 2009	13 P
<b>Teilnahmebeitrag:</b> € 140 (Akademiemitgl. € 126)	
Theoretische Unterweisung, vormittags	6 P
<b>Teilnahmebeitrag:</b> € 100 (Akademiemitgl. € 90)	
Praktische Unterweisung, nachmittags	7 P
<b>Teilnahmebeitrag:</b> € 50 (Akademiemitgl. € 45)	
Teilnehmerzahl: max. 36	
<u>Aktualisierungskurs</u>	

<u>Aktualisierungskurs</u>	
Samstag, 14. Nov. 2009	9 P
<b>Teilnahmebeitrag:</b> € 120 (Akademiemitgl. € 108)	
Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.	
Tagungsort: Bad Nauheim,	
FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7	

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltscher, Akademie,

Tel.: 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: edda.hiltscher@laekh.de

### Ultraschallkurse

### **Abdomen**

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Dr. med. W. Stelzel

**Abschlusskurs** 

Samstag, 07. Nov. 2009 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 230 (Akademiemitgl. € 207)

Grundkurs 40 P

Samstag, 16. und Sonntag, 24. Jan. 2010 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)

**Aufbaukurs** 40 P

Samstag, 13. und Sonntag, 21. März 2010 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)

**Abschlusskurs** 29 P

Samstag, o6. Nov. 2010 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 250 (Akademiemitgl. € 225)

#### Gefäße

Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. J. Bönhof

Abschlusskurs (periphere Gefäße)

Freitag, 20. - Samstag, 21. Nov. 2009 (Theorie + Praktikum)

€ 290 (Akademiemitgl. € 260)

Interdisziplinärer Grundkurs 29 P

Donnerstag, 11. - Freitag, 12. Feb. 2010 (Theorie)

Samstag, 13. Feb. 2010 (Praktikum)

€ 440 (Akademiemitgl. € 396)

Aufbaukurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße)

Donnerstag, 24. - Freitag, 25. Juni 2010 (Theorie)

Samstag, 26. Juni 2010 (Praktikum)

€ 380 (Akademiemitgl. € 342)

Abschlusskurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) Freitag, 26. - Samstag, 27. Nov. 2010 (Theorie + Praktikum)

€ 320 (Akademiemitgl. € 288)

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost,

Tel.: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: marianne.jost@laekh.de

#### **ALLGEMEINE HINWEISE**

Programme: Bitte haben Sie Verständnis, dass wir uns kurzfristige Änderungen vorbehalten müssen.

Anmeldung: Ihre unterschriebene Anmeldung gilt als verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Wenn wir Veranstaltungen kurzfristig absagen müssen, werden Sie von uns benachrichtigt. Bitte beachten Sie etwaige Teilnahmevoraussetzungen!

Teilnahmebeitrag: gilt inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung (sofern nicht anders angegeben).

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Teilnahmebeiträge für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Für Studenten der Humanmedizin ist die Mitgliedschaft kostenfrei. Während der Zeit der Weiterbildung beträgt der jährliche Beitrag € 45 danach € 90. Weitere Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Tel.: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de.

Übernachtungsmöglichkeit: Teilnehmer von Veranstaltungen unserer Akademie können ein Sonderkontingent für Übernachtungen im Gästehaus in Anspruch nehmen. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an: Mirjana Redzić, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 782-140, Fax: 06032 782-250, E-Mail: mirjana.redzic@laekh.de

Freiwilliges Fortbildungszertifikat der Akademie: Das hessische Mitglied muss mindestens 250 Fortbildungspunkte in 5 Jahren gemäß den in der Akademie gültigen Kriterien erwerben. Der Nachweis wird mit dem 5 Jahre gültigen freiwilligen Fortbildungszertifikat der Akademie und der Blauen Plakette bestätigt.

Die erworbenen Punkte zählen auch als Pflichtpunkte im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes für die Kassenärztliche Vereinigung. Einen formlosen Antrag stellen Sie bitte bei der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Ingrid Krahe, Fax: 06032 782-228, E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass das Ausstellen einige Wochen in Anspruch nehmen kann.





### Patientenbetreuung / Praxisorganisation

#### Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 7)

**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, o6.11.2009, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 95 Moderation (PAT 8)

Inhalte: Präsentationsmedien, Präsentationstechniken, Einführung in die Methodik.

**Termin:** Freitag, 09.10.2009, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

**Teilnahmebeitrag**: € 95

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

### Wahrnehmung und Motivation (PAT 11)

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, 07.11.2009, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

### Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 4)

Inhalte: Kostenträger, Besonderheiten bei der Abrechnung mit den "Sonstigen Kostenträgern", Aufbau und Systematik des EBM, Allgemeine Bestimmungen, wann darf ich welche Ziffer abrechnen, Umgang mit der Praxisgebühr, Besprechung sonstiger aktueller Themen.

#### Termin:

Stufe 1: Samstag, 31.10.2009, 10:00 - 16:30 Uhr

Stufe 2: Samstag, 07.11.2009, 09:30 – 17:30 Uhr (16 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 185

### Privatliquidation - Grundlagen und Übungen am PC (PAT 9)

**Inhalte:** Grundlagen der GOÄ (Bewertungs- und Begründungssystematik bei Höherbewertung, Wegegeld, Analoge Bewertungen, Materialkosten, Rechnungslegung).

**Gebührenverzeichnis** (Begriff des Behandlungsfalles und dessen abrechnungsrelevante Konsequenz, Anwendungsbeispiele zur Rechnungslegung, inhaltliche Interpretation einzelner ausgewählter Leistungslegenden, allgemeine Abrechnungsbestimmungen zu einzelnen Leistungen oder Abschnitten der GOÄ).

Termin: Interessentenliste Teilnahmegebühr: € 95

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

### **Schwerpunkt Medizin**

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

#### Aktualisierungskurs nach § 18a RöV (MED 11)

Der vorliegende Sonderkurs richtet sich an alle Personen, die die Frist bis zum 1. Juni 2007 zur Aktualisierung versäumt haben und damit die Fachkunde oder die Kenntnisse im Strahlenschutz derzeit nicht mehr nachweisen können.

**Termin**: Freitag, 09. 10.2009 ab 9:00 Uhr bis

Samstag, 10. Oktober 2009, 16:15 Uhr (16 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 245

### <u>Aufbereitung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis</u> (MED 10)

### Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte

**Inhalte:** Mikrobiologie und Grundlagen der Epidemiologie, Infektionsprophylaktische Maßnahmen zum Schutz des Patienten und des Personals, Fehlerquellen und Probleme, Handhabung und Aufbereitung von Medizinprodukten, Qualitätsmanagement, rechtliche Aspekte.

### Termine in Bad Nauheim:

27./28.11.2009 bis und 03.12.2009 – 05.12.2009 (30 Stunden)

### **Termine in Kassel:**

o6./o7.11.2009 und 13./14.11.2009 und 21.11.2009 (30 Stunden) Die Veranstaltung findet im Marienkrankenhaus,

Marburger Straße 85 in 34127 Kassel statt. **Teilnahmegebühr:** € 410

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

### Ruhe- und Belastungs-EKG

### für Fortgeschrittene Teil 1 (MED 3)

Inhalte: Erkennung von technischen (Anwendungs-)Fehlern anhand von Herzstromkurven, Grundlagen der Pathologie (Ruhe-EKG), Notfallausstattung und Gerätewartung für den Funktionsbereich Belastungs-EKG, Praktische Durchführung (inkl.Monitoring) und Überblick über die Auswertung eines Belastungs-EKGs.

Termin: Interessentenliste
Teilnahmegebühr: € 95
Ruhe- und Belastungs-EKG
für Fortgeschrittene Teil 2 (MED 4)

Inhalte: Erkennung von technischen (Anwendungs-)Fehlern, Grundlagen der Pathologie (Belastungs-EKG), Grundlagen der Dopplermessung (u.a. Blutdruck), Durchführung und Überblick über die Auswertung eines Langzeit-EKGx und einer Langzeit-Blutdruckmessung, Fehlermöglichkeiten, Gerätewartung.

**Termin:** Interessentenliste **Teilnahmegebühr:** € 95

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

### Ambulante Versorgung älterer Menschen

#### Wundmanagement (AVÄ 4)

Inhalte: Wundarten/-heilung/-Verläufe einschätzen, Wundheilungsstörungen erkennen und Interventionsmaßnahmen durchführen, Wundversorgung durchführen und Verbandtechniken anwenden, Wundprophylaxe einschl. druckreduzierender und -entlastender Maßnahmen durchführen, Wundbehandlung dokumentieren, Hebenund Lagerungstechniken anwenden.

Termin: Freitag, 30.10.2009, 13:30 Uhr bis

Samstag, 31.10.2009, 13:00 Uhr (10 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 150

### 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, 07.10.2009, 15:00 – 18:30 Uhr (4 Stunden)

**Teilnahmebeitrag**: € 70

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





### Schwerpunkt Onkologie und Palliativmedizin

### Allgemeine medizinische Grundlagen in der Onkologie und Palliativmedizin (ONK PAL 1)

**Inhalte:** Begriffe definieren und Entwicklungen kennen, Aufgaben des nichtärztlichen Fachpersonals im Fachbereich benennen, Risikofaktoren und Vorsorgemaßnahmen kennen, Therapieansätze, Prognosen und Fehleinschätzungen kennen, Diagnostik benennen.

**Termin:** Donnerstag, 29.10.2009, 13:30 Uhr bis 18:00 Uhr (5 Stunden) **Teilnahmegebühr:** € 70

### Onkologische und pallitivmedizinische Versorgung und Betreuung von Patienten (ONK PAL 2)

Inhalte: Ernährungsmaßnahmen durchführen, Stoffwechselkontrolle durchführen, Schmerzkontrollen/-therapien kennen und im Rahmen der Delegationsfähigkeit mitwirken.

**Termin:** Freitag, 30.10.2009, 8:30 – 13:00 Uhr (5 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 70

### Hilfestellung und Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter/innen im Bereich der onkologischen und palliativmedizinischen Versorgung (ONK PAL 3)

**Inhalte:** Belastungen und Bewältigungsstrategien, persönliche Wertvorstellungen und Ressourcen, Gefühle von Hilflosigkeit und andere Emotionen bewältigen, Burnout-Faktoren und Prophylaxe, Supervision, Fallkonferenz, Balint in der Durchführung kennen lernen, mit Sterbenden umgehen.

**Termin:** Freitag, 30.10.2009, 13:15 Uhr bis

Samstag, 31.10.2009, 12:00 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 95

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

#### **Betriebsmedizinische Assistenz**

#### G20 Lärm (BET 3)

**Inhalte:** Berufsgenossenschaftliche und staatliche Rechtsvorschriften, berufsgenossenschaftliche Grundsätze anwenden, Abrechnung, Audiometrie in der Gehörvorsorge, Maßnahmen nach der Gehörvorsorgeuntersuchung, Praktische Audiometrieübungen Lärm I und Lärm II.

**Termin:** Freitag, 13.11.2009, 14:00 Uhr bis Samstag 14.11.2009, 13:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 150

### Refresher-Workshop für die "Betriebsmedizinische Assistenz": Aktuelles in der Arbeits- und Betriebsmedizin

Ziel der Veranstaltung ist, die in den letzten zwei Jahren erfolgten Änderungen im Verordnungsbereich und deren Auswirkungen im praxisbezogenen Handlungsfeld vorzustellen.

Termin: Mittwoch, 30.09.2009, 10:00 - 17:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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

### Patientenbegleitung und Koordination (PBK 2)

### Neue Versorgungsformen: Was müssen Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte wissen und können?

Inhalte: Koordinations- und Kooperationsmaßnahmen durchführen, Modelle strukturierter Behandlung/Grundlagen, Entstehung, Grenzen (z.B. DMP) erläutern, integrierte Versorgung beschreiben, Aspekte des Case Managements, soziale Netzwerke berücksichtigen, Dokumentation/Abrechnung durchführen.

**Termin:** 25./26.09.2009 (16 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 185

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

### Prävention im Kindes- und Jugendalter

#### Sekundäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 3)

**Inhalte:** Bedeutung und Chancen von Früherkennungsuntersuchungen erläutern, bei präventiven Maßnahmen mitwirken.

**Termin:** Freitag, 25.09.2009, 13:30 – 16:45 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 70

### Organisation, Koordination und Qualitätsmanagement im Bereich Prävention bei Kindern und Jugendlichen (PRK 4/5)

**Inhalte:** Patienten- und Elternschulungen, Nutzung von Netzwerken, Kinder- und Jugendrechte, Recall-System anwenden, Igel-Leistungen, Wiedereingliederungsmaßnahmen, Rehabilitationsträger, bei Disease-Management-Programmen mitwirken.

**Termin:** Samstag, 26.09.2009, 08:30 – 16:00 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 95

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

### 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: auf Anfrage

Teilnahmegebühr: € 1.190 inkl. Kolloquium

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

### Pilotkurs: Schnupperkurs elearning

Die Teilnahme am Pilotkurs ist kostenfrei, die Teilnehmerzahl begrenzt. Ab 2010 startet die Carl-Oelemann-Schule mit Fortbildungsveranstaltungen die in Kombination aus Präsenzlernphasen und Telelernphasen durchgeführt werden. Zur Einführung in das neue Lernmedium werden Fortbildungen angeboten, die den Teilnehmer/innen die Gelegenheit geben, sich mit dieser neuen Form des Lernens im Überblick vertraut zu machen. Die Anwendungsfreundlichkeit des bisherigen Schnupperkurses wurde in den letzten Wochen weiter verbessert. Daher möchten wir nun gemeinsam mit einer Pilotgruppe in die "neue Lernwelt" starten.

- Sie sind neugierig, wie eLearning funktioniert?
- Sie möchten zukünftig eLearning für Ihre Fortbildung nutzen, um z.B. Reisezeit zu sparen, fühlen sich aber noch nicht darüber informiert, wie ein Veranstaltungsablauf gestaltet sein könnte?
- Sie haben nicht viel PC-Erfahrung und wissen daher nicht, ob Sie es sich zutrauen, an einem eLearning-Kurs teilzunehmen?

Termin: Mittwoch, 25.11.2009 (4 Stunden)

Information: Elvira Keller, Tel: 06032 782-185, Fax -180, Karin Jablotschkin, Tel: 06032 782-184, Fax -180

#### **ALLGEMEINE HINWEISE**

Anmeldung: bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich. Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 782-0, Fax: 782-180, www.carl-oelemann-schule.de Veranstaltungsort: soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, 61231 Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 5, statt.

Übernachtungsmöglichkeit: Mit Eröffnung des Gästehauses der LÄKH können wir nun Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an: Frau Mirjana Redzić, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Tel. 06032 782-140,

Fax: 06032 782-250, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de



## Schützen Umweltzonen tatsächlich die Gesundheit unserer Bevölkerung? Thomas Eikmann, Caroline Herr\*

"Räumlich begrenzte Maßnahmen, wie beispielsweise Umweltzonen, sind grundsätzlich geeignet, die Belastung durch Feinstaub zu reduzieren." Zu diesem Schluss kommen Fachleute aus dem Arbeitsausschuss "Feinstäube" der wissenschaftlichen Organisationen ProcessNet, KRdL und GDCh. Absolut konträr dazu hält der ADAC die Einführung von Umweltzonen für "Wirkungslose Effekthascherei". Während die Mitteilung des ADAC in den Medien breiten Widerhall fand (u.a. SPIEGEL ONLINE: "ADAC hält Umweltzonen für wirkungslos") findet die Mitteilung der Wissenschaftler bisher nur eine geringe Resonanz, überwiegend in den einschlägigen Fachmedien (CHEMIE.DE NEWS-CENTER: "Feinstaub: Wissenschaftler halten Umweltzonen für sinnvoll"). Für den "Normalbürger" steht somit fest (was er schon immer vermutet hat), die mit großem Aufwand eingeführten Umweltzonen sind hinsichtlich ihres Zwecks der Reduzierung des gesundheitsschädlichen Feinstaubs uneffektiv und letztendlich wirkungslos.

### ADAC: Umweltzonen sind wirkungslose Effekthascherei

Der ADAC stützt sich in seiner Einschätzung auf eine Studie, in der in seinem Auftrag die Schadstoffbelastungen vor und nach der Einführung von Umweltzonen in verschiedenen Städten in Deutschland untersucht wurden. Um den Einfluss der Witterung auf die Messergebnisse auszuschließen, wurden die Untersuchungen in benachbarten Städten durchgeführt. Darunter war jeweils eine Stadt, die im Frühjahr 2008 eine Umweltzone eingeführt hatte, während die andere keine Fahrverbote festlegte. Analysiert wurden die Werte von innerstädtischen Messstationen der Städte Berlin und Potsdam sowie Mannheim und Ludwigshafen/Karlsruhe. In Berlin

verzeichneten die Messstationen (2008 im Vergleich zu 2007) uneinheitliche Feinstaub-Konzentrationen; sie lagen in einem Bereich zwischen + 5 % und - 4,7 %. Ähnliche Variationen bei den Messergebnissen wurden auch im benachbarten Potsdam nachgewiesen. Vergleichbare Resultate konnten auch bei den Untersuchungen in den Städten Mannheim sowie Ludwigshafen/Karlsruhe gefunden werden.

Die Schlussfolgerungen des ADAC aus den Ergebnissen dieser Studie sind klar: Die erwartete Verbesserung der Luftqualität durch die Einführung von Umweltzonen im Vergleich zu der Schadstoffbelastung in Städten ohne Fahrverbote ist nachweislich nicht eingetreten. Die Streuung sowohl der Messwerte als auch der Änderungen von Jahr zu Jahr aufgrund der individuellen, kleinräumigen Situation vor Ort sind deutlich höher als die Effekte der Umweltzonen. Eine Verbesserung der Luftqualität durch Umweltzonen liegt im Rahmen der Messgenauigkeit. Angesichts der teilweise massiven Einschränkung der Mobilität von Anwohnern und Handwerksbetrieben durch die Fahrverbote, fordert der ADAC daher weiterhin die Abschaffung der Umweltzonen.

## ProcessNet: Umweltzonen sind eine grundsätzlich geeignete Maßnahme

Die Mitglieder des gemeinsamen Ausschusses von ProcessNet (DECHEMA: Gesellschaft für Chemische Technik und Biotechnologie, KRdL: Kommission Reinhaltung der Luft & GDCh: Gesellschaft Deutscher Chemiker) haben sich in ihrer Stellungnahme mit den Grundlagen der Feinstaubbelastung und ihrer Wirkung befasst und die Sinnhaftigkeit von Umweltzonen unter wissenschaftlichen Aspekten über-

prüft. Zunächst kritisieren die Wissenschaftler, dass die gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen sich allein auf eine Massenobergrenze (PM10 bzw. PM2,5) beziehen, aber die Effekte der stofflichen Zusammensetzung sowie der Partikelgröße, Partikeloberfläche und Partikelteilchenzahl nicht ausreichend berücksichtigen. Dies ist deshalb relevant, weil die Wirkung von Partikeln auch durch ihre Form sowie Morphologie und chemische Natur ihrer Oberfläche bestimmt wird. Wichtig ist z.B. die Anlagerung semi-volatiler organischer Substanzen. Einige dieser Substanzen lösen sich rasch aus dem Partikel, während andere - insbesondere die fettlöslichen ihre Wirkung eher über einen längeren Zeitraum entfalten. Als ein wesentlicher Wirkmechanismus von inhalierten Partikeln wird die Auslösung von entzündlichen Vorgängen in den Atemwegen betrachtet. Toxikologische Untersuchungen sowie direkte Befunde beim Menschen zeigen aber auch Auswirkungen der durch die Partikelbelastung der Lunge hervorgerufenen Effekte auf das Herz-Kreislauf-Svstem. Dabei ist die gesundheitsschädigende Wirkung von Rußpartikeln aus Verbrennungsprozessen (z.B. Abgase von Dieselmotoren) als relevanter einzustufen, als die Wirkung beispielsweise von Bodenpartikeln. Aber auch hier ist wieder zu differenzieren: So enthalten Partikel aus alten Schwerlastmotoren bis zu 50 % organische Anteile, während moderne Pkw-Dieselmotoren nur wenige Prozent dieser Substanzen aufweisen.

Betrachtet man diese Erkenntnisse unter dem Blickpunkt der Wirksamkeit von (Reduktions-)Maßnahmen, so kann davon ausgegangen werden, dass eine Verringerung der Rußpartikel-Emissionen immer zu einer lufthygienischen Verbesserung führt,

<sup>\*</sup> Professor Dr. med. Caroline Herr, Sollner Straße 24b, 81479 München

#### **Aktuelles**

unabhängig davon, ob tatsächlich deutliche Reduktionen in der PM10-Massenkonzentration erzielt werden oder nicht. Andererseits kann nach Ansicht der Ausschussmitglieder nicht ausgeschlossen werden, dass selbst im Falle der Einhaltung von Grenzwerten aufgrund von relativ hohen Konzentrationen stark gesundheitsschädlicher Partikel eine Gesundheitsgefährdung besteht. Die Charakterisierung der Größenverteilung von Partikeln in Verbindung mit deren chemischen Zusammensetzung ist also nach Auffassung der Arbeitsgruppe neben der Messung der Gesamtmasse für weitergehende Forschung zur potentiellen Gesundheitsgefährdung durch Feinstaub unabdingbar. Die Methoden hierfür sind verfügbar, allerdings noch nicht standardmäßig in die einschlägigen Forschungsansätze integriert.

# Sonderstellung des Straßenverkehrs bei der Partikel-Belastung

Bezieht man diese Erkenntnisse auf die konkrete Belastung der Bevölkerung durch die Emission von Feinstäuben aus verschiedenen Quellen im Umweltbereich, so zeichnet sich der (Straßen-)Verkehr durch eine gewisse Sonderstellung im Vergleich zu den anderen Emissionsquellen aus. Neben der Partikel-Emission aus der unvollständigen Verbrennung tragen in seinem Fall auch indirekte Emissionen wie die Aufwirbelung von Straßenstaub und der Reifenabrieb zur Erzeugung von Feinstaub bei, d.h. selbst saubere Motoren sind Quelle von Feinstäuben. Darüber hinaus findet die Freisetzung in unmittelbarer Nähe zum Menschen statt. Die Überschreitung der geltenden Grenzwerte treten (bis auf wenige Ausnahmen) daher in städtischen Bereichen auf, die vor allem durch den Kraftfahrzeugverkehr belastet sind.

Verkehrsbeschränkende Maßnahmen senken – auch bei relevanter zusätzlicher Belastung durch den Ferntransport von Partikeln - lokal akute Expositionen, insbesondere durch kohlenstoffhaltige, emissionsquellnahe und kleine Partikel an stark befahrenen Straßen. Sie reduzieren darüber hinaus die Staubbelastung durch Aufwirbelung und Reifenabrieb. Nach Ansicht der Ausschussmitglieder sollte es zudem durch die Errichtung großflächiger Umweltzonen möglich sein, auch die Partikelbelastung im städtischen Hintergrund zu senken und so die Anzahl der Grenzwertüberschreitungen insgesamt weiter zu reduzieren. Ein weiterer Vorteil der verkehrsbeschränkenden Maßnahmen ist ihre schnelle Wirksamkeit. Ihr Nachteil, der besonders vom ADAC beklagt wird, ist der Eingriff in die individuelle Mobilität, Transport und Versorgung sowie der Aufwand der Kontrolle ihrer Befolgung.

# Neue Studien stützen die Notwendigkeit zur Senkung der verkehrsbezogenen Luftschadstoff-Belastung

Die öffentliche Debatte über die Feinstaub-Problematik und insbesondere über die Sinnhaftigkeit von Umweltzonen wird durch einige neuere Studien weiter angeregt. So greift eine Untersuchung aus München die Umweltzonen-Problematik anhand aktueller Feinstaub-Messungen auf (Cyrys et al., Umweltmed Forsch Prax 14, 127-132, 2009). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen eine Abnahme der Feinstaubbelastung. die insbesondere an den verkehrsnahen Standorten deutlich ist und im Bereich von prognostizierten Veränderungen liegt. Obwohl die Reduktion von PM10 erwartungsgemäß klein ist, gehen die Autoren aber davon aus (wie auch die Experten von ProcessNet), dass sie vor allem die gesundheitsrelevanten Komponenten des Feinstaubes betrifft, die aus der Verbrennung in Kfz-Motoren (speziell Dieselmotoren) stammen.

Eine Literaturstudie vom Health Effects Institute aus den USA (HEI Special Report 17, May 2009) wiederum hat die verkehrsbezogene Luftschadstoff-Belastung hinsichtlich ihres Einflusses auf die Gesundheit der Anwohner von stark befahrenen Straßen in einem umfassenden Report geprüft. Dabei wurde zum einen konstatiert, dass die Exposition der Bevölkerung gegenüber verkehrsrelevanten Luftschadstoffen bis zu einer Entfernung von 300 m bis 500 m besonders hoch ist. Zum anderen wurde festgestellt, dass eine kausale

#### **Aktuelles**

Assoziation zwischen der Belastung durch verkehrsbezogene Luftschadstoffe und der Verschlechterung von Asthma vorhanden ist. Weiterhin gibt es Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der verkehrsbezogenen Luftschadstoff-Belastung und Anfällen von kindlichem Asthma, nichtasthmatischen respiratorischen Symptomen, einer verschlechterten Lungenfunktion sowie der Herz-Kreislauf-Mortalität. Die Ergebnisse insbesondere dieser Studie haben in den USA zu einer heftigen Diskussion in der Öffentlichkeit geführt, ob öffentliche Einrichtungen wie Schulen oder Kindergärten, die im Einflussbereich von stark befahrenen Straßen liegen, durch verkehrslenkende oder Minderungsmaßnahmen nicht besonders zu schützen sind.

# Umweltzonen als Teil von vielen Minderungsmaßnahmen

Da Umweltzonen noch nicht lange existieren, war es bisher auch noch nicht machbar, mögliche positive gesundheitliche Auswirkungen zu untersuchen. Diese sind aber dann zu erwarten, wenn die Umweltzonen ausreichend groß sind und nicht zu viele Ausnahmen hinsichtlich der Fahrerlaubnisse gemacht werden. Eine Quantifizierung der von vielen Fachleuten angenommenen Verminderung von Effekten ist nur in zukünftigen epidemiologischen Studien möglich. Derartige epidemiologische Untersuchungen sollten aber auf jeden Fall von erweiterten und differenzierteren Immissionsmessungen begleitetet werden. die deutlich über die bisher untersuchten Parameter und Standards hinausgehen müssen. So sollten wirkungsbezogene Untersuchungen stärker den Rußgehalt von Partikeln und andere Inhaltsstoffe sowie die Partikelanzahl berücksichtigen. Im Sinne einer nachhaltigen Verbesserung der Luftqualität sind aber weiterhin der flächendeckende Einsatz von Rußpartikelfiltern und weitere Maßnahmen zur Reduzierung der Emissionen aus anderen Quellen wie Heizungen, Öfen und Industrie

sinnvoll. Wenn Umweltzonen als sinnvoller Beitrag zu einem Bündel von verschiedenen Minderungsmaßnahmen an vielen Quellen gesehen wird, kann vielleicht auch eine höhere Akzeptanz der Betroffenen erreicht werden, vielleicht irgendwann auch die vom ADAC.

#### Korrespondenzadresse

Professor Dr. med. Thomas Eikmann
Institut für Hygiene und Umweltmedizin
Justus-Liebig-Universität Gießen
Friedrichstraße 16
35392 Gießen
E-Mail: thomas.eikmann@hygiene.med.uniaiessen.de

Aktualisierter Nachdruck mit freundlicher Genehmigung: Umweltmed Forsch Prax 14 (3) 125-126 (2009) ecomed Medizin, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Landsberg

# Fachtagung der Landeskoordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt

am 2. Dezember 2009

# "Häusliche Gewalt und Gesundheit"

Der Aktionsplan des Landes Hessens zur Bekämpfung der Gewalt im häuslichen Bereich legt einen besonderen Schwerpunkt auf die Gewaltprävention im Gesundheitswesen. Jüngste Ergebnisse der Forschung zu den gesundheitlichen Folgen von Gewalterfahrungen in der Partnerschaft, neuere Entwicklungen der angewandten Praxis zur verbesserten Versorgung und Prävention in Hessen sowie viel versprechende Praxisbeispiele auch aus anderen Bundesländern werden in der ganztägigen Veranstaltung der Landeskoordinierungsstelle gegen häus-

liche Gewalt am 2. Dezember vorgestellt und in Workshops diskutiert. Fortbildungspunkte für Mitglieder der Gesundheitsberufe (Landesärztekammer, -zahnärztekammer und -psychotherapeutenkammer) sind beantragt. Weitere Details zum Tagungsprogramm und Tagungsort (voraussichtlich Frankfurt) werden in Kürze im Veranstaltungskalender der LÄK und in einer der nächsten Ausgaben des Hessischen Ärzteblattes bekannt gemacht.

Nancy Gage-Lindner

## **Arzt- und Kassenarztrecht**

# Arzthaftungsrecht: Grober Behandlungsfehler – "Auch Kleinvieh macht Mist" Thomas K. Heinz



Im Rahmen der haftungsbegründenden Kausalität greifen für den Patienten bekanntlich Beweiserleichterungen ein, wenn ein grober Behandlungsfehler feststeht. Das ist keine Sanktion für

Arztverschulden, sondern ein Ausgleich dafür, dass das Spektrum der für die Schädigung in Betracht kommenden Ursachen gerade durch den Fehler besonders verbreitet bzw. verschoben worden ist. Ein grober Behandlungsfehler, der geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, führt grundsätzlich zu einer Umkehr der objektiven Beweislast für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem Gesundheitsschaden. Dafür reicht aus, dass der grobe Behandlungsfehler geeignet ist, den eingetretenen Schaden zu verursachen; nahe legen oder wahrscheinlich machen muss der Fehler den Schaden hingegen nicht. Deshalb ist eine Verlagerung der Beweislast auf die Behandlungsseite nur ausnahmsweise ausgeschlossen, wenn jeglicher haftungsbegründender Ursachenzusammenhang äußerst unwahrscheinlich ist (vgl. hierzu BGH, GesR 2004, 290).

In einer aktuell veröffentlichten Entscheidung bestätigt das OLG Koblenz (GesR 2008, 537 ff) den vom Bundesgerichtshof

(BGH, MDR 2001, 1115) eingeschlagenen Weg und kommt mittels einer "Gesamtschau" auch dann zu einem groben Behandlungsfehler, wenn nur mehrere "einfache" Behandlungsfehler vorliegen.

In dem entschiedenen Fall beansprucht die Klägerin vom beklagten Zahnarzt ein Schmerzensgeld, weil dieser sie vor der Extraktion eines Weisheitszahnes nicht ordnungsgemäß über den Eingriff aufgeklärt habe, und weil es wegen eines Behandlungsfehlers zu einer irreversiblen Nervenschädigung im Lippenbereich gekommen ist.

Das Landgericht hat einen groben Behandlungsfehler darin gesehen, dass der Beklagte präoperativ kein geeignetes Röntgenbild hergestellt und die risikobehaftete Operation ohne Durchführung einer ordnungsgemäßen Röntgendiagnostik vorgenommen hat. Der Koblenzer Senat lässt es offen, ob schon dieser Fehler, für sich gesehen, als grob einzustufen ist. Dafür spreche jedenfalls, dass eine aus medizinischen Gründen zweifelsfrei gebotene Befunderhebung vorgelegen haben könnte, welche - bei Unterlassen - eine Beweislastumkehr hinsichtlich der Kausalität für den eingetretenen Gesundheitsschaden zu Lasten der Behandlungsseite nach sich ziehen kann (vgl. hierzu BGH, Urt. vom 27. April 2004 – Az. VI ZR 34/03 -).

Ein grober Behandlungsfehler setzt einen Verstoß gegen bewährte elementare Behandlungsregeln, gesicherte grundlegende Erkenntnisse der Medizin, voraus. Es muss um Fehler gehen, die aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich sind, weil sie einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen dürfen. Der grobe Behandlungsfehler erfordert mithin nicht nur einen eindeutigen Verstoß gegen den ärztlichen Standard, sondern ein schlechterdings unverständliches Fehlverhalten. Dabei – so der Senat – kommt es auf das Gesamtgeschehen an. Auch eine Gesamtbetrachtung mehrerer "einfacher" Behandlungsfehler kann dazu führen, dass das ärztliche Vorgehen zusammen gesehen als grob fehlerhaft zu bewerten ist (so schon BGH, MDR 2001, 1115).

So hat im Entscheidungsfalle der Zahnarzt einen Weisheitszahn extrahiert, obwohl seine Röntgenbefunde unzureichend waren. Dies allein sieht das Gericht noch nicht als groben Behandlungsfehler an. Gleichwohl kann dieser einfache Behandlungsfehler im Endergebnis zu einer Beweislastumkehr führen, wenn – wie hier – auch die Nachsorge derart mangelhaft war, dass das ärztliche Vorgehen insgesamt schlechterdings unverständlich erscheint. Dafür bedarf es einer wertenden Gesamtschau aller Maßnahmen des Arztes.

#### **Anschrift des Verfassers**

Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht Dr. Thomas K. Heinz Cronstettenstraße 66, 60322 Frankfurt www.mmw-law.de

# Ach, wäre er doch schon vorbei: Der 27. September Siegmund Kalinski

Ein Thema wird uns den ganzen Monat September lang beherrschen: Die Wahlen. Manche mögen das zwar anders sehen, denn alle Umfragen waren und sind so eindeutig, dass nur wenige glauben, es könne sich in den letzten vier Wochen noch viel ändern. Doch gerade wegen dieser Umfragen ist es durchaus möglich, dass es – entgegen den Prognosen – doch kleine oder größere Überraschungen geben könnte, besonders dann, wenn eine große Anzahl von Wählern den Gang zur Wahlurne scheut in der Meinung, alles sei sowieso schon entschieden.

Tatsächlich ist noch nicht alles klar. Erst die Ergebnisse der Landtagswahlen im Saarland und in Thüringen Ende August werden uns vielleicht schlauer machen; ihre Ergebnisse sind bei Drucklegung allerdings noch nicht bekannt.

# Diesmal ist die Ärzteschaft stark engagiert

Noch nie in der Vergangenheit haben sich die Mediziner in einer Wahlkampagne so engagiert wie diesmal. Mit Demonstrationen, Plakataktionen und anderen Aktivitäten direkt in den Praxen haben sie ihre Unzufriedenheit, oder besser gesagt ihren Unmut, gegenüber der bisherigen Gesundheitspolitik akzentuiert. Bei soviel politischer Aktivität der Ärzteschaft fragt man sich, halb ironisch und halb ernsthaft, warum eigentlich die Aktivisten nicht daran gedacht haben, eine Partei (ähnlich der bayerischen Rebellin Gabriele Pauli) zu gründen – 2000 Unterschriften hätten die Doktores sicherlich in fast jedem Bundesland zusammenbekommen. Und, bürokratieerfahren wie sie inzwischen sind. hätten sie ganz bestimmt nicht vergessen, die Kandidatenliste zu unterzeichnen, wie das Frau Pauli passiert ist.

Doch wie schon üblich bei den Doktores – auch hier sind sie sich wieder nicht ganz einig. Ein Teil, besonders die Gruppierung "Freie Ärzteschaft", ist eher radikal, ein anderer Teil mit einem großen Berufsverband, dem NAV-Virchow-Bund an der Spitze, formuliert seine Forderungen recht konkret, ein weiterer Teil präferiert eine ganz bestimmte Partei – und die Hausärzte nehmen die Gesundheitsministerin vor sämtlichen Angriffen in Schutz…

# Die Urlaubsaffäre der Gesundheitsministerin

Gegner hat Ulla Schmidt wahrlich schon genug, die Affäre um den Diebstahl ihres Dienstwagens in Spanien – ausgerechnet in der heißen Phase des Wahlkampfs kam ihren Gegnern gerade zupass. Hätte sie den Benz besser zuhause in der Garage gelassen! Ulla Schmidts Einlassung, sie habe den Wagen strikt vorschriftsgemäß benutzt, ist halbherzig und hat eine Lawine von Erklärungen anderer Minister nach sich gezogen. Angriff ist in der Regel die beste Verteidigung. Und so startete die Gesundheitsministerin eine neue Attacke gegen die Ärzteschaft und deren Proteste gegen doch "üppigst erhöhte Honorare". Sie sollten besser den Mund halten und nicht weiter protestieren, so Frau Schmidt. Dass bei vielen Ärzten kaum ein "Mehr" angekommen ist, scheint sie nicht zu wissen. Ach wozu die Ärzte doch alles gut sind...

#### Dr. Köhlers Bärendienst

Ausgerechnet zu diesem Zeitpunkt veröffentlichte der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler die neuen Honorarzahlen – und hat damit den Kassenärzten einen Bärendienst erwiesen. Das war nicht nur von der Zeit her politisch falsch, es war auch in der Sache nicht richtig; denn die Zahlen waren nicht valide, sie bezogen sich auf Meldungen nicht aller KVen. Darüber hinaus bezogen sich die Honorarangaben nur auf das erste Quartal 2009, wobei selbst die Pförtner in den KVen wissen, dass die

Zahlen im zweiten und dritten Quartal bedeutend niedriger ausfallen. Viele sehen in dieser Veröffentlichung einen weiteren Beweis des Servilismus der KBV gegenüber der Obrigkeit.



Wie auch immer – der "Stern" sang Dr. Köhler eine Lobeshymne als einem "echten Reformer". Doch gerade in Zeiten des Wahlkampfs ist so etwas ein gefundenes Fressen für die Gegner der Ärzteschaft.

# Die Schweinegrippe breitet sich auch bei uns schnell aus

Wahlen hin, Wahlen her, die Schweinegrippe nimmt darauf keine Rücksicht und breitet sich inzwischen auch bei uns immer mehr aus. Die Urlauber, insbesondere die Rückkehrer aus Spanien, tun das ihre zur Verbreitung der Krankheit. Bis jetzt verläuft sie zwar meist ohne große Komplikationen, aber mit den Viren A/H1N1 ist nicht zu spaßen. Deutschland hat daher auch Impfstoff für einige hundert Millionen Euro bestellt, der nach neuesten Informationen allerdings erst im November zur Verfügung stehen soll. Die Vorbereitungen zu den Massenimpfungen werden, föderalistisch wie wir sind, von jedem Bundesland in eigener Regie organisiert - doch es scheint vernünftiger, dem Vorschlag des Vizepräsidenten der BÄK Frank Montgomery zu folgen und die vorgesehen Massenimpfungen nach den Plänen zur Bekämpfung von Pandemien durchzuführen. Nach Montgomerys Ansicht ist das jetzt eine selten gute Gelegenheit, diese Pläne auf ihre Tauglichkeit hin zu überprüfen, ohne das Risiko, die Bevölkerung zu gefährden. Eine Menge Erfahrung wäre gewonnen, ohne viele Kosten zu bereiten. In Zeiten fehlender Gelder ein nicht unerhebliches zusätzliches Argument.

# Sie haben die Wahl! Klaus Britting

Nirgendwo kann man sich im Augenblick mehr aufhalten, ohne Politiker zu sehen und solche, die es werden wollen. Auf Zeitungen, im Fernsehen, an jeder Straßenecke auf Plakaten, grinsen sie einen mit unverschämt weißen Zähnen öffentlich an. Zwei Gewinner der Wahl gibt es schon: die Zahnärzte und die Friseure. Und wenn man den Briefkasten öffnet, fallen einem völlig unbekannte Menschen gleich in die Hand, mit Versprechungen aus tausend und einer Nacht. Sie haben die Wahl, ob Sie zum Polit-Talk mit Kaffee und Kuchen gehen oder einer abendlichen Diskussion über die soziale Marktwirtschaft bei einem Gläschen Rotwein beiwohnen. Oder verbringen Sie lieber einen geselligen Frühschoppen mit dem Chor der hiesigen Feuerwehr, der der Kandidat wohl angehört?

Dabei lohnt es sich wirklich, alle Angebote sorgfältig zu prüfen. Schließlich weiß man nie, ob man nicht mal Hartz 4 braucht. Frau Schickedanz – das ist die ehemalige Milliardärin und Haupteignerin von Quelle, Karstadt und anderen Läden – hat in einem Interview gejammert, sie habe "alles verloren", lebe jetzt von nur 600 Euro im Monat und müsse beim Discounter einkaufen. Schließlich sei allein der Wert ihrer Arcandor-Aktien von 3 Milliarden Euro auf nur noch 27 Millionen gefallen. Gut, dass sie Gemüse und Kräuter im Garten hat, wie sie sagt. Jeder Rentner wird mit ihr leiden, wenn er dann noch hört, dass die arme Frau trotz ihrer 66 Jahre keine Rente bekommt, weil der Papa zu knausrig war, für sie einzuzahlen. Frau Schickedanz wird sicherlich das Angebot jener Partei prüfen, die Hartz 4 auf 500 Euro im Monat erhöhen will.

A propos Rentner, die haben es gut. Erst hat sich die Kanzlerin persönlich verbürgt, dass es ihnen in Zukunft nicht schlechter gehen wird. Und dann hat die gesamte Regierung noch ein Gesetz gezimmert, das die bestehenden Rentenhöhen garantiert, auch wenn die Finanz- und Wirtschaftskrise in den nächsten Jahren voll durchschlägt. Dummerweise steht im Gesetz nicht drin, woher das Geld kommen soll. Die Druckmaschinenindustrie freut sich jetzt schon auf die neuen Aufträge – für Gelddruckmaschinen. Und die Jugend wird endlich mal so richtig motiviert, zur Wahl zu gehen. Schließlich zahlt sie die Zeche.

Tröstlich zu wissen, dass es eine Partei gibt, die alle und alles retten will. Ihr Kanzlerkandidat, der das Soziale im Blick hat, macht allen Unternehmen Mut. Kaum kündigt sich eine Finanzlücke, ein Auftragsproblem oder gar die drohende Pleite an, fliegt Frank-Walter Superman ein und verbreitet so grenzenlosen Optimismus, dass sich der Betriebsratsvorsitzende anschließend im stillen Örtchen schämt, so pessimistisch gewesen zu sein. Superman wird es schon richten. Mit konziliantem Lächeln ohne hässliche Sorgenfalten rettet er ein Unternehmen nach dem anderen, fliegt zwischendurch schnell in den Irak oder nach Berlin, um dann in Afghanistan zwischen Schutt und Asche siegbringend zu verkünden, dass er Kanzler werden wolle. Mit kleinlichen Diskussionen über Kreditabsicherungen oder Erfolgsaussichten von Unternehmen hält er sich nicht auf. Man hat vielleicht nur einmal die Chance, Kanzler zu werden. Auch wenn sie so hoch ist wie die Wahrscheinlichkeit, dass es Honig regnet. Doch solche Politiker braucht das Land!

Da hat es der Liberalen-Vorsitzende leichter. Er nimmt sich vornehm zurück, ist aber sicherheitshalber gegen alles, was von der Regierung kommt, weil er das schon seit vielen Jahren so hält. Gewiss nicht ganz freiwillig. Jetzt macht er einen Kurs bei einem Logopäden. Um sich auf die

denkbare Regierungsbeteiligung einzustimmen, übt er schon langsam das Ja-Sagen ohne bitteren Gesichtsausdruck. Denn auch das will gelernt sein. Schließlich möchte die Kanzlerin nur Ja-Sager in der Regierung, die dabei immer freundlich lächeln. Schauen Sie doch mal, wie schön ietzt alle strahlen. Sie haben die Wahl!

#### **Anschrift des Verfassers**

Klaus Britting Mölken 41, 24866 Busdorf Telefon 04621 489555

### **Humoristisches**

# Die Schildkröte

Wo immer sie sich befindet, ob am Strande oder im Meer, beharrlich und wohlbegründet kommt sie im Panzer daher

und verzichtet notgedrungen auf eine geschmeidige Haut. Sie ist in die Rüstung gezwungen, weil keiner dem anderen traut

und bleibt so, was nicht verwundert, vom Kopfe bis zum Gesäß gepanzert, in unserem Jahrhundert stets modisch und zeitgemäß.

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold †



# Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten (Hessisches Ärzteblatt 4/2009, S. 237)

#### Stress durch KV und Kammer?

Beachtlich ist die Offenheit, wie der Verfassers über "Arbeitsbelastung und Burnout" der Ärztinnen und Ärzte referiert und die problematische "Rollenwahrnehmung in Kollision mit der Rollenerwartung" im Sinne depressiver und resignierender Kolleginnen und Kollegen schildert. Ein dunkles Bild ärztlicher Zukunft.

Völlig unberücksichtigt blieben allerdings evidentere Erkenntnisse, welche Auswirkungen die Diktionen, Maßregelungen und Gängelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und gleichermaßen der Ärztekammern (u.a. fehlende Transparenz von

Bescheiden) langfristig auf den einzelnen Arzt haben.

Wer hat sich je über die Rigidität dieser Einrichtungen Gedanken gemacht? Wer hat je den Sprachstil von KV und Kammer analysiert? Wer hat je die Unter- und Zwischentöne von raschen Vorverurteilungen dieser "hohen" ärztlichen Vertretungen unter der Prämisse von "befriedigenden und erfolgreichen Lebensarbeitskonzepten" untersucht? Wer hat je die Fälle untersucht, wo KV oder Kammer zu Fehlurteilen und falschen Einschätzungen kamen. Wie geht der Arzt mit der "toxischen" Wirkung von KV und Kammer um? Welche Auswirkung hat das Ausbleiben eines nachhaltig positiven Wandels?

Nicht wenige Ärztinnen und Ärzte sind gerade unter der Arroganz und den Restriktionsmaßnahmen von KV und Kammer psychisch zerbrochen. Wer hat je untersucht wie viel "Änderung der Änderung" von Rahmenbedingungen ein einzelnes ärztliches Berufsleben verkraften kann? Und: Welche Bedeutung haben die kurzen Halbwertzeiten von KV- und Kammer-Erlassen im Prozess des ärztlichen Leistungsvermögens? Und wer will leugnen, dass in diesem Kontext nicht selten die Frage gestellt wird: Quis custodit custodes? Und wer bewacht die Wächter?".

Dr. med. Peter A. Schult, Trebur

#### ■ Kommentar dazu

Kollege Dr. med. Schult spricht wichtige Fragen der Arbeit der Ärztekammer und ihrer Schwesterkörperschaft, der KV Hessen, an. Ich verstehe den Brief als Aufforderung zur Kommunikation.

Die Arbeit der Ärztekammer – und nur für diese kann sich der Autor hier äußern – ist vom Gesetzgeber geregelt. Die Ärztekammer als "Körperschaft des öffentlichen Rechts" ist einerseits Interessen- und Vertretungsorgan der Ärzteschaft, andererseits übt sie die Aufsicht über die Ärzteschaft aus und hat z.B. die Weiterbildungsordnung, die Durchführung der Facharztprüfungen, die Schlichtung von Konflikten zwischen Patienten und Ärzten, aber auch unter Ärzten untereinander ins Aufgabenheft geschrieben bekommen.

Eine Vielzahl von Kollegen, in Hessen weit über 1.500 Ärztinnen und Ärzten, die ehrenamtlich für die Kammer tätig sind, engagieren sich aus der Überzeugung heraus, dass die Selbstverwaltung die Beste aller möglichen Ansätze darstellt, um die Belange der Ärzteschaft adäquat, sachgerecht und mit Augenmaß zu regeln.

Naturgemäß können nicht alle Aspekte der Arbeit jede Ärztin und jeden Arzt zufrieden stellen. Zu divergent sind die Interessen in den vielen Facharztrichtungen und bei den Hausärztinnen und Hausärzten. Nicht immer kann die Landesärztekammer den Servicegedanken gegenüber den Mitgliedern ideal umsetzen.

Die bei der Kammer arbeitenden Ärztinnen und Ärzte, ob hauptberuflich oder ehrenamtlich tätig, wissen recht gut um die überbordende Bürokratie, um die zunehmende Reglementierung des Alltags für die hessischen Ärztinnen und Ärzte. Sie wissen sehr wohl um die Ängste um die wirtschaftliche Zukunft unserer Kollegen. Viele von uns haben nicht nur in ihrem unmittelbaren Arbeitsfeld Kontakt zu den Kolleginnen und Kollegen und nehmen deren Sorgen, und dies ist nicht nur ein Lippenbekenntnis, ernst. Sie geben sich Mühe, eben nicht arrogant und "toxisch" oder unverständlich zu kommunizieren.

Die Frage, wer die Wächter bewacht, ist leicht zu beantworten: Es ist die Demokratie!

Die Wahrnehmung der Möglichkeit, sich ehrenamtlich in der Ärztekammer zu enga-

gieren, zumindest an der Wahl teilzunehmen und in den Gremien mitzuarbeiten, kann ein geeignetes Instrument sein. Zusätzlich wird diese Körperschaft unter der Rechtsaufsicht des zuständigen Ministeriums "bewacht". Kein Beschluss, keine Änderung einer Satzung ist ohne die Zustimmung der entsprechenden staatlichen Organe umsetzbar.

Ich bin davon überzeugt, dass die Grundabsicht das ehrenamtliche Engagement zum Wohle der Kollegen ist und nicht die Sehnsucht nach Unterdrückung und Drangsalierung. Die hessischen Ärztinnen und Ärzte sind eingeladen und aufgefordert, in der demokratischen Selbstverwaltungsinstitution "Kammer" mitzuarbeiten.

Wir alle sind verpflichtet, uns zu bemühen bessere Arbeit zu leisten! Die von allen hessischen Ärzten gezahlten Mitgliedsbeiträge verpflichten zum sparsamen Umgang!

Wir brauchen die kritische und konstruktive Diskussion miteinander!

Dr. med. S. Drexler Stellv. Vorsitzender, Bezirksärztekammer Frankfurt

# Briefe an die Schriftleitung

# Hinterbliebenenrente bei eingetragenen Lebenspartnerschaften in der Landesärztekammer Hessen – Delegiertenversammlung stimmt im November für eine Verfassungsänderung

Die Landesärztekammer Hessen verweigert bisher den Hinterbliebenen ihrer Mitglieder, welche in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft leben, die Hinterbliebenenversorgung.

Dies, obwohl seit Einführung des Lebenspartnerschaftgesetzes (LPartG) vom 16. Februar 2001 sich die Hinterbliebenenversorgung innerhalb der Rentenversicherung auch auf den Lebenspartner erstreckt. Auch gilt seit dem BGA-Urteil vom 14. Januar 2009 die Gleichstellung des eingetragenen Lebenspartners in der betrieblichen Altersvorsorge. Auch berufsständische Versorgungswerke wie die der Ingenieure, der Rechtsanwälte als auch der Psychotherapeuten haben eine Gleichstellung der Hinterbliebenenrente beschlossen.

Das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen verweigert sich leider bisher einer Anpassung dieser Situation.

Dies ist bedauerlich, vor allem, da wir Ärzte und Ärztinnen sich von Berufes wegen in ihrer Aufgabe dem Wohle und der Sorge der Menschen verpflichtet fühlen. Die Gleichstellung in der Hinterbliebenenversorgung für ihre gleichgeschlechtlichen und verpartnerten Mitglieder ist aber von dieser Sorge bisher ausgeklammert worden.

Sämtliche Anträge an die Landesärztekammer Hessen auf Befassung mit dem Thema der Gleichbehandlung wurden bisher mit Nichtbefassung beschieden.

Dies ist nicht akzeptabel. Ungleichbehandlung und Diskriminierung von Mitgliedern der Ärztekammer sollten auch innerhalb der Ärzteschaft keinen Platz haben.

Es ist Zeit, diese bestehende Ungleichbehandlung zu beenden.

Im November wird die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen sich dieses Themas annehmen.

Wir Ärzte und Ärztinnen wollen für unser Recht kämpfen. Und dieses Recht beinhaltet die Gleichstellung eingetragener Lebenspartner in der Hinterbliebenenrente. Andere Versorgungswerke sind bereits diesen Weg gegangen. Es gibt keinen sachlichen Grund, dass die Ländesärztekammer Hessen ihren Mitgliedern weiterhin ihre Rechte verweigert.

Für die Gleichbehandlung aller Mitglieder bedarf es gemeinsamen Handelns. Jeder Arzt, jede Ärztin, jeder Betroffene, und nicht zuletzt die Delegierten der Landesärztekammer Hessen sind aufgerufen, sich für die Belange eines jeden ihrer Mitglieder einzusetzen.

Eine Änderung in der Hinterbliebenenrente bei gleichgeschlechtlichen Partnerschaften zu erreichen ist das Ziel bei der kommenden Delegiertenversammlung. Dazu bedarf es einer Verfassungsänderung. Hierfür die Mitglieder und Delegierten zu erreichen ist unser Ziel.

Die im Frühsommer 2009 ins Leben gerufene Arbeitsgruppe "Hinterbliebenenrente bei eingetragenen Lebenspartnerschaften in der LÄK-Hessen" benötigt hierfür die Unterstützung eines jeden Mitgliedes. Es ist Zeit, berechtigte Ansprüche für jeden Arzt und jede Ärztin in Hessen zu gewährleisten, Diskriminierung und Ungleichbehandlung zu beenden.

Die kommende Delegiertenversammlung der LÄK Hessen bietet hierfür die Möglichkeit.

Informationen und Möglichkeiten der Unterstützung können Sie erfahren bei Dr. Univ.Zag. Z.Prister, Zeil 111, 60313 Frankfurt/Main über praxis@prister.de oder unter 0172-6700678.

Clemens Freudhoefer MBA HCM Arbeitsgruppe "Hinterbliebenenrente bei eingetragenen Lebenspartnerschaften in der LÄK Hessen"

# Kommentar des Versorgungswerkes

Der Vorstand des Versorgungswerkes wird einem Antrag der Delegiertenversammlung vom 28. März 2009 entsprechend erneut einen Antrag auf Gleichstellung der eingetragenen Lebenspartnerschaften in die Delegiertenversammlung am 28. November 2009 zur Abstimmung einbringen. Der Vorstand weist jedoch darauf hin, dass eine Satzungsänderung des Versorgungswerkes nur durch die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer mit einer 2/3 Mehrheit beschlossen werden kann. Die bereits mehrfach vom Vorstand des Versorgungswerkes eingebrachten Anträge zur Gleichstellung eingetragener Lebens-

partnerschaften wurden bislang von der Delegiertenversammlung mit Nichtbefassung beschieden.

Vorstand des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen Dr. med. Brigitte Ende Vorsitzende des Vorstandes

# Nachruf für Dr. med. Bendix Kark

# \* am 8. April 1925

Am 21. Januar 2009 verstarb Dr. Bendix Kark, Internist und Geriater, nach langer schwerer Krankheit im Alter von 83 Jahren. Bendix Kark wurde in Niebüll geboren. Wer ihn gelegentlich "plattdütsch" sprechen hörte, wer seine Schlagfertigkeit kannte, weiß, dass seine nordfriesische Herkunft ihn geprägt hat.

Das Studium der Medizin begann er 1944 in Kiel, wo er 1951 das Staatsexamen ablegte und im gleichen Jahr zum Doktor der Medizin promovierte. Seine ärztliche Tätigkeit nahm Kark zunächst am Allgemeinen Krankenhaus Hamburg auf. Nach kurzer Tätigkeit als Schiffsarzt begann er die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin an der Universitätsklinik in Hamburg-Eppendorf und arbeitete dort bei so bekannten Internisten wie Aschenbrenner, Jores und Gadermann.

Als Professor Habs 1958 einen Ruf als Chefarzt der Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Frankfurt-Höchst erhielt, folgte ihm Kark nach Frankfurt. Hier begann eine Karriere, die weit über die Altersgrenze hinausgehen sollte. Kark blieb dem Krankenhaus Höchst lebenslang aufs Engste verbunden und verbrachte seine letzten Lebensjahre in unmittelbarer Nähe. In diesem Krankenhaus, in seiner Abteilung für Geriatrie, unter der Obhut seines Nachfolgers Dr. Wolfgang Mühlberg, ging auch das Leben von Bendix Kark zu Ende.

1961 erhielt er die Anerkennung zum Facharzt für Innere Medizin. 1963 wurde er zum Oberarzt der Medizinischen Klinik ernannt. Im Zuge der Neuorganisation der Medizinischen Klinik übernahm Kark 1973 die Leitung der Abteilung 4 der Medizinischen Klinik mit den Schwerpunkten Kardiologie, Angiologie und Pulmologie. Sehr früh erkannte Kark, dass die zunehmende Zahl kranker alter Menschen in Praxis und Klinik nicht die Behandlung und Betreuung erhielt, die ihren Bedürfnissen gerecht wurde. Konsequenterweise wandte er sein Interesse und seine

Aktivitäten dem Gebiet der klinischen Geriatrie zu, die zu der Zeit als medizinisches Fachgebiet nicht existierte. Zunächst setzte er geriatrisches Denken und Handeln im Rahmen seiner Klinik durch. Sie war damit die zweite Klinik in Hessen nach Hofgeismar, die geriatrische Medizin zum Schwerpunkt hatte.

Auf seinen vielfachen Auslandsreisen, erhielt Kark die Anregung zur Planung einer Geriatrischen Tagesklinik. Damit setzte er sich an die Spitze einer Entwicklung, die heute aus dem geriatrischen Versorgungssystem nicht mehr wegzudenken ist: Die Geriatrische Krankenhausabteilung besteht aus einer Akutbehandlungsstation und einer Geriatrischen Tagesklinik. Im Ringen mit Kommunalund Landesbehörden musste Kark viel Zähigkeit und Beharrungsvermögen aufbringen, um den Plan einer geriatrischen Tagesklinik in die Realität umzusetzen.

Das Konzept, die geriatrische Tagesklinik an einem Krankenhaus mit allen modernen medizinischen Einrichtungen zu etablieren und so alten Menschen Zugang zu moderner Diagnostik, Therapie und multiprofessioneller Rehabilitation zu ermöglichen, fand damals nicht die Zustimmung aller Geriater. Doch die Entwicklung der letzten Jahrzehnte hat gezeigt, dass das Konzept der Höchster Geriatrischen Tagesklinik zukunftsweisend war und sich national und international durchgesetzt hat. Aufgrund der Höchster Erfahrungen wird die Geriatrische Tagesklinik im Altenplan der Bundesregierung und im Hessischen Geriatrieplan gefördert. Es war sicher ein Höhepunkt im beruflichen Leben von Bendix Kark, als am 1. Februar 1978 die erste Geriatrische Tagesklinik in der Bundesrepublik ihre Arbeit aufnahm.

Seit 1981 fanden in Frankfurt insgesamt 12 Internationale Symposien für Geriatrie statt, die anfangs unter der Leitung von Bendix Kark und Manfred Bergener standen. Später haben Bendix Kark und ich gemeinsam diese Symposien organisiert und geleitet. Bendix Kark wirkte lange Jahre an der Universität des dritten Lebensalters als Lehrender, und auch als stellvertretender Vorsitzender im Vorstand. Mitte der 80er Jahre trieb Bendix Kark die Gründung einer Fach-



gesellschaft voran und wurde Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Über mehrere Wahlperioden wirkte er aktiv im Vorstand der Gesellschaft mit. In Anerkennung der Verdienste um die Geriatrie verlieh der Bundespräsident Bendix Kark das Bundesverdienstkreuz am Bande.

Bendix Kark führte, indem er Impulse gab, indem er Ideen und Projekten seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber offen war und sie bei der Umsetzung unterstützte. Kennzeichnend war weiterhin der unverkrampfte, lockere Ton und die flache Hierarchie, auf die Kark großen Wert legte. Die Tür zu seinem Zimmer war stets für ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter offen. Ich selbst habe 23 Jahre mit Bendix Kark zusammengearbeitet, zunächst als Assistenzarzt, dann als sein Stellvertreter. In dieser Zeit habe ich viel von Bendix Kark gelernt und ich bin ihm dankbar, dass er mich an die Geriatrie herangeführt und für sie begeistert hat. Es bleibt für mich und alle, die mit Bendix Kark zusammengearbeitet haben, die Erinnerung an einen Geriater mit Leib und Seele, der diesem Fachgebiet entscheidende Impulse gab, der seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter inspirierte und förderte, der ein Herz für alte Menschen hatte, der bei seinen alten Patienten äußerst beliebt war, der weit über den Horizont der eigenen Klinik hinaus blicken und handeln konnte und der viel dazu beigetragen hat, dass die Geriatrie heute im Kreis der medizinischen Fachgebiete einen festen und angesehenen Platz hat.

Dr. med. Hansjörg Werner, Oberursel

#### Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

#### Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

#### Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

#### Goldenes Doktorjubiläum

Medizinaldirektorin i.R. Dr. med. Gisela Krokowski, Kassel, am 10. Oktober, Dr. med. Günther Otto Freischütz, Eschwege, am 15. Oktober.

#### Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

#### Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Herbert Lippmann, Frankfurt, am 10. Oktober.

#### Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

#### Bezirksärztekammer Wiesbaden

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.

# Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Annemarie Arnold, Wiesbaden \* 10.6.1915 † 19.6.2009

Dr. med. Georg Arnold, Offenbach \* 13.8.1920 | † 28.6.2009

Dr. med. Harald Bechtler, Gießen \* 29.7.1939 † 8.6.2009

Dr. med. Ferdinand Beck, Frankfurt

\* 2.3.1920 | † 20.5.2009

Dr. med. Claus Böhm, Seeheim-Jugenheim \* 7.5.1928 † 18.7.2009

> Dr. med. Karl Hans Emde, Hanau \* 24.7.1924 † 4.5.2009

Dr. med. Gordon von der Heydt, Dreieich \* 28.1.1962 † 28.5.2009

Dr. med. Guenter Jahn, Wiesbaden \* 1.3.1922 † 12.6.2009

Dr. med. Christel Kappen, Wiesbaden \* 29.9.1920 † 10.6.2009

Dr. med. Johanna Lahr, Frankfurt \* 25.5.1911 † 10.5.2009

Dr. med. Leo Michel, Frankfurt \* 4.6.1924 † 3.7.2009

Dr. med. Ruth Meinzinger, Darmstadt
\* 27.9.1920 † 19.6.2009

Professor Dr. med. Alfred Pannike, Dreieich \* 7.11.1933 † 29.4.2009

Dr. med. Klaus Dieter Rauch, Schmitten \* 9.1.1935 | † 25.3.2007

> Dr. med. Heinz Raue, Frankfurt \* 27.8.1915 † 17.6.2009

Dr. med. Renate Tornow, Gießen \* 24.12.1956 † 5.7.2009

Dr. med. Franz Ullmann, Büdingen \* 4.10.1921 † 26.4.2009

Dr. med. Herbert Wulff, Bad Wildungen \* 25.10.1919 † 9.9.2008

# **Richtige Antworten**

Zu der Fragebogenaktion "Aktueller Stand der Dündarmendoskopie" in der Juli-Ausgabe 2009, Seite 454

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

#### **Verlust von Arztausweisen**

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS-W-1144/08, ausgestellt am 1.10.2008, für Dr. med. dent. Steffen Abelar, Hünstetten,

Arztausweis Nr. HS-F-13592, ausgestellt am 21.6.2006, für Jennifer Krasel, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-F-13365, ausgestellt am 24.2.2006, für Dr. med. Lydia Royen, Schwalbach,

Arztausweis (ohne weitere Angaben) für Christian Weichbrodt, Frankfurt.

Arztausweis Nr. HS-F-11780, ausgestellt am 19.12.2003, für Dr. med. Bernhard Winter, Frankfurt,

Stempel Nummer 397588000, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Darmstadt (Dr. med. Josef Schlosser, Weinsheim),

Stempel Nummer 4076980, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Vordertaunus (Dr. med. Daulat Yaprianto, Eppstein),

Stempel Nummer 4575462, Kinder-/Jugendärztlicher Bereitschaftsdienst Wiesbaden (Dr. med. Christof Stork, Wiesbaden).

# Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum 10-jährigen Berufsjubiläum

Sybille Ambrosio, tätig bei Dipl.-Med. H. Nippraschk, Frankfurt Susanna Arndt, tätig bei Dr. med. H. Miles, Dr. med. S. Urban, Dr. med. K. Jüngerkes, Dr. med. T. Flöter, Frankfurt

und zum mehr als 10-jährigen Berufsjubiläum

Margret Wagner-Belz, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. M. Köhler, Marburg Kerstin Haberkorn, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. G. Langhoff, Jossgrund In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde diesen Arzthelferinnen die Arzthelferinnen-Brosche in Gold ausgehändigt.

Zum **25-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir den Arzthelferinnen

Sabine Huber, tätig bei Dr. med. A. Sachs, Dr. med. J. Fischer, Dr. med. M. Dehos, Darmstadt

Viola Jung, tätig bei Dr. med. J. Hohneck, Groß-Gerau

zum mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum

Sigrid Speer, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. T. A. Seidl, Offenbach a.M.

und zum mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum

Barbara Schließmann, seit 42 Jahren tätig bei

Dr. med. M. Parakenings, vormals Dr. med. F. R. Stabenow, Mühlheim

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

Wir gratulieren der Helferin zum 25-jährigen Berufsjubiläum

Angelika Lukas, tätig bei Dr. med. H. Kremer, Dr. med. K.-H. Schreiber, Dr. med. G. van Edig, Rodgau/Jügesheim

In Anerkennung Ihrer treuen Dienste wurde dieser Helferin eine Urkunde ausgehändigt.

# Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte/ Arzthelfer/innen 2010/2011

Zwischenprüfung 2010: Mittwoch, den 3. März 2010

Abschlussprüfungen

Sommerprüfung 2010:

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, den 5. Mai 2010

Praktische Prüfung und

Ergänzende mündliche Prüfung: 1. Juni bis 17. Juli 2010

Winterprüfung 2010/2011:

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, den 12. Januar 2011

Praktische Prüfung und

Ergänzende mündliche Prüfung: 7. Februar bis 19. März 2011

Landesärztekammer Hessen Abteilung Ausbildungswesen:

Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen

### **Eignungstest**

Mit diesem Test wollen wir Sie bei der Auswahl geeigneter Bewerber/ innen für den neu geordneten Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r unterstützen!

Die relativ hohe Anzahl von vorzeitigen Vertragsabbrüchen, die zunehmend in arbeitsgerichtliche Streitigkeiten münden, wird erfahrungsgemäß durch mangelhafte Auswahl verursacht! Die Landesärztekammer Hessen stellt deshalb jeder/jedem hessischen Ärztin/Arzt einen Eignungstest zur Verfügung, der sie/ihn bei der Bewerberauswahl unterstützen soll. Der Eignungstest soll dazu anregen, sich intensiv mit der Person der/des Bewerberin/Bewerbers und ihren/seinen Fähigkeiten zu beschäftigen. Der Eignungstest gliedert sich in folgende Teile:

- 1. Fragebogen zur Einleitung eines Bewerbungsgesprächs
- 2. Auswahlkriterien für die Einstellung einer/eines Auszubildenden
- 3. Testaufgaben
- 4. Lösungen

Der Eignungstest ist **kostenfrei** – und ausschließlich für hessische Ärztinnen und Ärzte – über die Landesärztekammer Hessen erhältlich. Er kann telefonisch unter der Nummer 069 97672-154/155 oder per E-Mail: arzthelferinnenabteilung@laekh.de angefordert werden.

Wir würden uns freuen, wenn Sie unser Angebot annehmen würden.

Bitte beachten Sie, dass sich die Auswahlmöglichkeiten verschlechtern, wenn die Auswahl zu spät erfolgt. Wählen Sie deshalb Ihre/n Auszubildende/n – wie in anderen Wirtschaftsbereichen auch – frühzeitig aus, spätestens im Herbst des Vorjahres!

Landesärztekammer Hessen Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen

### Anmeldung der Auszubildenden

zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen im Winter 2010 vom 13. Januar 2010 bis zum 19. März 2010

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen im Winter 2010 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

#### 1. Oktober bis zum 8. Oktober 2009

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars.

Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

- 1. der Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) mit Beurteilungsprotokoll
- 2. der Fragebogen über die Tätigkeit der Auszubildenden,
- 3. ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
- bei vorzeitiger Abschlussprüfung zusätzlich: die notwendige Notenbescheinigung der Berufsschule.

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Winterprüfung 2010 nicht garantiert werden kann.

Zur Abschlussprüfung im Winter 2010 sind anzumelden:

- Auszubildende, deren Ausbildungszeit nicht später als am 19. Mai 2010 endet,
- 2. Auszubildende, die die **Abschlussprüfung vorzeitig** abzulegen beabsichtigen (i.d.R. ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
- 3. **Wiederholer/innen,** die in einem vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
- 4. sog. Externe, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des Arzthelferin/Arzthelfers tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

Die **vorzeitige Zulassung** setzt voraus, dass die Leistungen der Auszubildenden während der Ausbildungszeit

- in den Lerngebieten des berufsbezogenen Unterrichts der Berufsschule im Durchschnitt mit besser als 2,5 (Ausbildungsbeginn vor dem 1. August 2007) bzw. mindestens 2,0 (Ausbildungsbeginn ab 1. August 2007),
- von dem Ausbildenden im Durchschnitt mit mindestens "gut" beurteilt werden und
- (nur für Ausbildungsbeginn ab 1. August 2007) die Leistungen in der Zwischenprüfung im Durchschnitt der fünf Prüfungsbereiche mindestens befriedigende Ergebnisse erbracht haben.

Landesärztekammer Hessen Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen

# Das Versorgungswerk informiert:

# Versorgungsausgleich: Das neue Recht

Zum o1.09.2009 tritt das Gesetz zur Struktur des Versorgungsausgleichs (VAStrRefG) in Kraft, dessen wichtigster Bestandteil das Versorgungsausgleichsgesetz (VersAusglG) ist. Mit dem Versorgungsausgleich werden die in den gemeinsamen Ehejahren erworbenen Versorgungsanrechte bei einer Scheidung hälftig geteilt. Das Familiengericht legt fest, wer Anrechte aus dem jeweiligen Versorgungssystem abgeben muss (ausgleichspflichtige Person) und wer diese erhält (ausgleichsberechtigte Person). Ansprüche aus dem Versorgungsausgleich ergeben sich in der Regel erst später – im Rentenalter. Ziel der Reform ist es, den Versorgungsausgleich gegenüber dem gegenwärtigen Rechtszustand zu vereinfachen und ein gerechteres Teilungsergebnis zu ermitteln.

#### Kernstück der Reform: Die interne Teilung

Bislang wird im Rahmen einer Gesamtbilanzierung zum Eheende ausgerechnet, welche Gesamtaltersversorgung jedem Ehegatten zustünde, wenn man nur die in der Ehezeit (Zeit vom Beginn des Monats, in dem die Ehe geschlossen wurde, bis zum Ende des Monats vor Zustellung des Scheidungsantrages) erworbenen Anrechte berücksichtigt (sogenannter hypothetischer Versorgungsfall). Diese Versorgungen werden verglichen und – ähnlich wie beim Zugewinnausgleich – hat dann der Ehegatte mit der geringeren Versorgung einen Anspruch gegen den geschiedenen Ehepartner auf Übertragung oder Begründung von ggf. unterschiedlichen Versorgungsanrechten (im Regelfall in der Gesetzlichen Rentenversicherung). Dieses Gesetz basiert auf Bewertungen und Prognosen und ist deswegen sehr störanfällig.

In Zukunft wird jedes Anrecht der Ehegatten auf eine Versorgung grundsätzlich intern, d.h. im Versorgungssystem des jeweils ausgleichspflichtigen Gatten, geteilt werden. Regelausgleichsform ist also die Realteilung aller Anrechte. Es verschwindet deswegen die Stellung als generell Ausgleichspflichtiger bzw.-berechtigter. Vielmehr ist diese Rolle auf jedes einzelne Versorgungsanrecht zu beziehen; es kommt also zu einem "Hin-und-Her-Ausgleich" mit der Folge, dass künftig die ehemaligen Eheleute unterschiedliche Versorgungen bei unterschiedlichen Versorgungsträgern haben werden. Im Wege der neuen, internen Teilung entfallen die mit der Umrechnung nach der sogenannten Barwertverordnung verbundenen Verzerrungen im Wertvergleich und damit ein wichtiger Kritikpunkt an dem bisherigen Versorgungsausgleich.

#### Ausschluss bei kurzer Ehedauer

Bei einer Ehezeit von bis zu 3 Jahren (einschließlich des Trennungsjahres) findet ein Versorgungsausgleich nur noch auf Antrag eines Ehegatten statt.

#### Ausschluss bei Geringfügigkeit

Haben die Ehegatten fast gleich hohe Rechte erworben oder ist der Wert eines auszugleichenden Anrechts gering, findet kein Versorgungsausgleich statt. Das Gericht kann den Versorgungsausgleich dennoch durchführen, wenn dies, z.B. zur Erfüllung einer bestimmten Wartezeit, zweckmäßig ist.

#### Kein "Rentnerprivileg" mehr

Ist eine Entscheidung des Familiengerichts über den Versorgungsausgleich erst nach dem Beginn einer Rente wirksam geworden, wurde die Rente bisher erst dann gemindert, wenn der geschiedene Ehegatte ebenfalls Rente erhielt. Künftig soll sich der Versorgungsausgleich bei beiden Ehegatten unabhängig davon auswirken, ob der andere Ehegatte bereits eine Rente erhält. Deshalb entfällt das "Rentnerprivileg". Der Versorgungsausgleich ist bei Rentnern von dem Monat an zu berücksichtigen, zu dessen Beginn die Entscheidung

des Familiengerichts wirksam geworden ist. Übergangsvorschriften regeln, dass das "Rentnerprivileg" für ausgleichspflichtige Rentner bestehen bleibt, wenn das Scheidungsverfahren vor dem 01.09.2009 eingeleitet wurde.

#### Anpassungsregelungen

Die Rente wird nicht oder nur teilweise aus einem durchgeführten Versorgungsausgleich gemindert, wenn bestimmte Härtegründe vorliegen. Die bisherigen Regelungen zur Vermeidung von Härten im Versorgungsausgleich (VAHRG) werden jetzt als Anpassungsregelungen wegen Tod und Unterhalt bezeichnet. Neu ist die Anpassung wegen Invalidität sowie bei vorzeitigem Altersrentenbezug als Folge des Hin-und-Her-Ausgleichs.

#### Parteivereinbarungen

Beide Ehegatten können wie bisher Vereinbarungen über den Versorgungsausgleich treffen. Hierfür erhalten Sie größere Spielräume, Vereinbarungen auszuhandeln und so ihre vermögensrechtlichen Angelegenheiten nach ihren individuellen Bedürfnissen zu regeln.

#### Übergangsregelungen

Das bisherige Recht ist nur noch bei den Scheidungsverfahren anzuwenden, die vor dem 01.09.2009 eingeleitet wurden. Wird ein ausgesetzter, abgetrennter oder ruhender Versorgungsausgleich ab dem 01.09.2009 wieder aufgenommen gilt bereits das neue Recht. Spätestens ab dem 01.09.2010 gilt das neue Recht für alle Versorgungsausgleichssachen, die in erster Instanz noch nicht entschieden sind. Damit soll gewährleistet werden, dass alle Versorgungsausgleichssachen innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten der Reform auf das neue Teilungssystem umgestellt werden.

#### Umsetzung im Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen

Der ausgleichsberechtigte berufsfremde Ehegatte erhält bei der internen Teilung einen eigenen Anspruch auf eine Versorgung im Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen, ohne dabei Mitglied zu werden. Ihm wird die Hälfte der auf die Ehezeit entfallenden Anwartschaft des ausgleichspflichtigen Ehegatten zugeteilt. Ein Ausbau des im Versorgungsausgleich erworbenen Anrechts ist für die ausgleichsberechtigte berufsfremde Person nicht möglich.

Sind beide Ehegatten Mitglieder im Versorgungswerk oder anwartschaftsberechtigte (ausgeschiedene) Mitglieder, findet eine Verrechnung der auszugleichenden Anrechte statt.

Für den Personenkreis der berufsfremden ausgleichsberechtigten Ehegatten wurde von der gesetzlichen Möglichkeit Gebrauch gemacht, den Anspruch des ausgleichsberechtigten Ehegatten auf die Altersversorgung zu beschränken. Der Ausschluss des Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenschutzes wird mit einem Aufschlag auf die Altersrente kompensiert. Sind beide Ehegatten Mitglieder im Versorgungswerk oder anwartschaftsberechtigte (ausgeschiedene) Mitglieder, erfolgt keine Beschränkung des Anspruchs nur auf die Altersrente. Wie bisher sind Ausgleichszahlungen zum Erhalt der ungekürzten Anwartschaften des ausgleichsverpflichteten Mitglieds möglich.

Die Delegiertenversammlung hatte in ihrer Sitzung am 28.03.2009 die satzungsrechtlichen Modalitäten für die Umsetzung des VersAusglG geschaffen. Die IT-technische Umsetzung wurde im Jahr 2008 begonnen und wird bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zum 01.09.2009 vollständig realisiert sein.

Für Rückfragen: Gunnar Stahn, Mitgliederbetreuung, Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen, Tel: 069 97964-135

#### Symposium:

#### **Vom Medizinstudium zum Facharzt**

Freitag, 11. Dezember 2009, 9:00 - 18:00 Uhr

#### Schwerpunkte:

- · Arbeitsmarkt Krankenhaus
- Medizinstudium und Berufsperspektiven junger Ärztinnen und Ärzte
- Leistungsverdichtung und arbeitsmedizinische Probleme bei Krankenhausärztinnen und -ärzten

Die Veranstaltung richtet sich u.a. an Medizinstudent/innen, Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung sowie an leitende Ärztinnen/Ärzte und Personalverantwortliche in Krankenhäusern.

Zugesagt haben bereits zahlreiche namhafte Referenten bundesweit.

Die Zertifizierung der Veranstaltung ist beantragt.

#### Information

www.laekh.de oder Annerose Schad, Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt a.M., Tel. 069 97672-195, Fax 069 97672-224,

E-Mail: annerose.schad@laekh.de

# Die Rechtsabteilung informiert:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte hat in seinem jährlich erscheinenden Tätigkeitsbericht u.a. auch die Frage der Datenübermittlung zwischen Kliniken und Medizinischen Versorgungszentren beleuchtet. Die wesentliche Aussage lautet dabei wie folgt:

"Bei der Kommunikation zwischen einer Klinik und einem Medizinischen Versorgungszentrum muss beachtet werden, dass es sich um zwei zu unterscheidende Daten verarbeitende Stellen handelt, die Übermittlung von personenbezogenen Patientendaten auf die jeweils erforderlichen Daten zu beschränken ist und die Einwilligung der Patientinnen und Patienten vorliegen muss. Stichprobenhafte Überprüfungen haben ergeben, dass diese Vorgaben nicht immer eingehalten werden "

Die entsprechende Passage und weitere Informationen finden Sie unter:

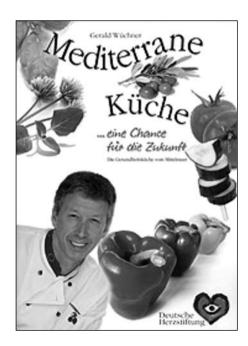
www.laekh.de/Ärzte/Rund ums Recht/Aktuelles/Datenübermittlungen zwischen Kliniken und Medizinischen Versorgungszentren

LÄKH

### Bücher

# Kochbuch der Deutschen Herzstiftung jetzt wieder lieferbar!

# Wie lässt sich das Risiko für Herzerkrankungen mit der Ernährung verringern?



Viele Herz-Kreislauf-Erkrankungen lassen sich erwiesenermaßen mit der Ernährung verhindern. Dass eine solche Ernährung keinesfalls mit Verzicht auf Lebensfreude gleichzusetzen ist, beweist allen voran die mediterrane Küche mit ihren vielen leckeren Gerichten.

Um diese besondere Kochkunst möglichst vielen Menschen zugänglich zu machen, gibt die Deutsche Herzstiftung das Kochund Ernährungsbuch "Mediterrane Küche – eine Chance für die Zukunft" heraus. Das Buch liegt jetzt in vollständig überarbeiteter Auflage vor und kann für 20 Euro zzgl. 3,80 Euro Versand bestellt werden. Das Buch ist mit seiner schönen Bebilderung auch ein idealer Geschenktipp – sowohl für Kochprofis, die ihrer Gesundheit Gutes tun wollen, als auch für Menschen, die bislang nur selten den Kochlöffel geschwungen haben.

#### Das Kochbuch im Überblick

 Über 100 Rezepte aus der traditionellen Mittelmeerküche

- Alle Gerichte jetzt mit genauen Angaben zur Zubereitungszeit als einfache Entscheidungshilfe bei der täglichen Rezeptauswahl
- Ausführliche Erläuterungen zu den medizinischen Hintergründen der gesundheitsfördernden Mittelmeerküche
- Optisch ansprechende Aufmachung (Kochbuch als ideale Geschenkidee)
- Viele praktische Tipps (worauf beim Kauf von Olivenöl achten, richtiger Umgang mit frischen Kräutern, korrekte Zubereitung von Gemüse u.v.m.)
- Inklusive einem Vorwort von Professor Dr. med. Hans-Jürgen Becker, Vorsitzender der Deutschen Herzstiftung

Das Kochbuch kann gegen Rechnung bestellt werden bei: Deutsche Herzstiftung e.V., Vogtstraße 50, 60322 Frankfurt, Tel. 069 955128-0, www.herzstiftung.de

# Öffentliche Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen:

Vergabe eines Versorgungsauftrages an eine(n) zweite(n) Programmverantwortliche(n) Vertragsärztin oder Vertragsarzt für die Screening-Einheit 1 in Hessen im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch **Mammographie-Screening** 

gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien – KFU-R) vom 15. November 2008 und der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge (BMV-Ä/EKV) vom 1. Januar 2009.

Für die Ausschreibung ist der jeweils aktuelle Stand der KFU-R, der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) maßgebend.

#### Präambel

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat zum 1. Januar 2004 in dem Abschnitt B Nr. 4 der KFU-R ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening eingeführt. Die weitere Ausgestaltung wurde in der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV festgelegt.

Ziel des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening ist die deutliche Senkung der Brustkrebssterblichkeit in der anspruchsberechtigten Bevölkerungsgruppe (Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres). Gleichzeitig sollen die Belastungen, die mit einem Mammographie-Screening verbunden sein können, minimiert werden.

Das Programm ist in regionale Versorgungsprogramme gegliedert, das für Hessen die Grenzen des Bundeslandes Hessen und damit das Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) umfasst. Ein regionales Versorgungsprogramm ist wiederum in regionale Screening-Einheiten untergliedert, für die sog. Programmverantwortliche Ärzte Versorgungsaufträge erhalten können.

Gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV kann ein Versorgungsauftrag auch von zwei Programmverantwortlichen Ärzten, die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, übernommen werden.

Der Versorgungsauftrag für die Screening-Einheit 1 wurde erstmals 2005 an die Programmverantwortlichen Ärzte Dr. med. Anne Brunier und Dr. med. Armin Dick vergeben.

Für die Screening-Einheit 1 wird zum 1. Januar 2010 ein/e Nachfolger/in für die Programmverantwortliche Ärztin Dr. Anne Brunier gesucht. Die Berufsausübungsgemeinschaft wird zwischen dem/der Bewerber/in und dem bisherigen Programmverantwortlichen Arzt Dr. Armin Dick geschlossen.

#### 1. Verfahren der Ausschreibung

Die KV Hessen führt für die Nachfolge von Dr. Anne Brunier ein öffentliches Ausschreibungsverfahren für den Versorgungsauftrag der Screening-Einheit 1 durch

Das Verfahren verläuft zweistufig (§ 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV):

- Bei Erfüllung der Voraussetzungen für eine Bewerbung nach § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erhält der Bewerber Ausschreibungsunterlagen zugesandt, die er bis 2. November 2009, 12:00 Uhr, bei der KV Hessen in Wiesbaden einreicht.
- 2. Gem. § 4 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Verbänden der hessischen Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Bewerbungen eine Genehmigung (unter Auflagen) zur Übernahme des Versorgungsauftrages erteilen.

Ein Konzept zur Organisation des Versorgungsauftrages nach § 4 Abs. 2 b) i.V.m. § 5 Abs. 2 b) und c) Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist entbehrlich, sofern die Voraussetzungen an die Verfügbarkeit und Qualifikation der im Rahmen des

Versorgungsauftrages kooperierenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte in der jeweiligen Screening-Einheit sowie die sachlichen Voraussetzungen zur Praxisausstattung und apparativer Ausstattung bereits durch die in der jeweiligen Screening-Einheit tätigen Programmverantwortlichen Ärzte erfüllt und nachgewiesen wurden. Der Bewerber muss detaillierte Angaben zu den persönlichen Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 2 a) Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV machen.

Im Fall der Nachfolge eines/r Programmverantwortlichen Arztes/Ärztin ist Entscheidungsgrundlage die persönliche Qualifikation der Bewerber und deren zeitliche Verfügbarkeit zur Erfüllung des Versorgungsauftrages. Bei mehreren gleich geeigneten Bewerbern, die einen Versorgungsauftrag übernehmen wollen, ist ausschlaggebend, ob und wie sich der Bewerber in den schon vorhandenen Versorgungsauftrag mit dem jetzigen Programmverantwortlichen in einer Berufsausübungsgemeinschaft einbinden lässt. Die Genehmigung für die Übernahme des Versorgungsauftrages durch den Programmverantwortlichen Arzt wird dem ausgewählten Bewerber durch die KV Hessen und im Einvernehmen mit den hessischen Krankenkassen erteilt.

#### 2. Versorgungsauftrag/Screening-Einheiten

Für die folgende Screening-Einheit wird der Versorgungsauftrag ausgeschrieben:

#### Screening-Einheit 1

Landkreis Bergstraße Odenwaldkreis Landkreis Darmstadt-Dieburg Darmstadt Stadt Landkreis Groß-Gerau

Programmverantwortlicher Arzt: PD Dr. Armin Dick.

Die Einteilung aller Screening-Einheiten in Hessen wurde bereits im September-Heft 2004 des Hessischen Ärzteblattes veröffentlicht.

Die Screening-Einheit umfasst vier Mammographie-Einheiten in analoger Technik, in denen die Mammographien durchgeführt werden, sowie eine oder mehrere Einheiten zur Abklärungsdiagnostik.

#### 3. Inhalt des Versorgungsauftrages

Der Versorgungsauftrag umfasst die notwendige ärztliche Behandlung und Betreuung der Frauen einschließlich Aufklärung und Information sowie die übergreifende Versorgungsorganisation und -steuerung. Er ist umfassend und vollständig zu erfüllen.

Einzelheiten des Versorgungsauftrages ergeben sich aus Abschnitt B Nr. 4 i der KFU-R bzw. § 3 Absatz 3 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV (die folgenden §-Angaben beziehen sich auf die Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV):

- Kooperation mit der Zentralen Stelle, der Kooperationsgemeinschaft und dem Referenzzentrum (§ 7)
- 2. Überprüfung des Anspruchs der Frau auf Teilnahme am Früherkennungsprogramm vor Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 8)
- 3. Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 9)
- Organisation und Durchführung der Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 10)
- 5. Durchführung der Konsensuskonferenz (§ 11)

- 6. Durchführung der Abklärungsdiagnostik (§ 12)
- 7. Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen (§ 13)
- 8. Ergänzende ärztliche Aufklärung (§ 14)
- Organisation und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 15).

#### 4. Ablauf der Versorgungsschritte

Zu Inhalt und Ablauf der einzelnen Versorgungsschritte ist aus Sicht des Programmverantwortlichen Arztes folgendes festzuhalten:

Über die Zentrale Stelle erhalten die anspruchsberechtigten Frauen einen Termin in einer bestimmten Mammographie-Einheit. Grundsätzlich soll die in der Einladung genannte Mammographie-Einheit aufgesucht werden. Abweichungen hiervon sind nur in Abstimmung mit der Zentralen Stelle möglich. In der Mammographie-Einheit ist zunächst zu klären, ob die Frau das Merkblatt zum Früherkennungsprogramm (siehe Anlage IV der KFU-R) über die Zentrale Stelle erhalten hat und ob aufgrund des standardisierten Fragebogens zur Anamnese (Anlage V der KFU-R) ein Leistungsanspruch der Frau besteht. Auf Verlangen wird die Frau zusätzlich über Strahlen- und Datenschutz im Rahmen des Screening-Programms informiert. Die Mammographie-Aufnahme wird unter verantwortlicher Leitung des programmverantwortlichen Arztes von einer radiologischen Fachkraft erstellt. Der Programmverantwortliche Arzt organisiert die Doppelbefundung der Aufnahmen gem. § 10 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, führt die Ergebnisse der Doppelbefundung zusammen und leitet ggf. eine zusätzliche Befundung im Rahmen der Konsensuskonferenz nach § 11 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein. Diese Konsensuskonferenzen sollen in der Regel mindestens einmal pro Woche zusammen mit den beiden Ärzten, die die Doppelbefundung vorgenommen haben, stattfinden. Frauen mit weiterhin auffälligen Befunden werden zur Abklärungsdiagnostik nach § 12 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV eingeladen. Der Programmverantwortliche Arzt ist verpflichtet, in der Regel mindestens einmal in der Woche eine Sprechstunde zur Abklärungsdiagnostik durchzuführen. Falls erforderlich veranlasst der Programmverantwortliche Arzt die Durchführung einer MRT-Untersuchung, eine Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle sowie ggf. die histopathologische Untersuchung der durch Biopsie gewonnenen Präparate. Bleibt der Verdacht auf eine maligne Erkrankung der Brust bestehen, ruft der Programmverantwortliche Arzt in der Regel mindestens einmal in der Woche eine prä- und eine postoperative Fallkonferenz nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein. Teilnehmer sind u.a. auch der künftige Operateur sowie die mit ihm zusammen tätigen Radiologen und Pathologen und eine radiologische Fachkraft.

Die Qualitätssicherung bezieht sich auf die gesamte Versorgungskette des Programms und betrifft die fachliche Qualifikation aller beteiligten Ärzte und radiologischen Fachkräfte, die organisatorischen und technischen Aspekte sowie die Evaluierung des gesamten Programms. Zu den Aufgaben der Programmverantwortlichen Ärzte im Bereich der Qualitätssicherung gehören u.a.:

- Pflicht zur Übermittlung der Daten (§ 7 i.V. mit Anhang 9 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV) und zwar im Rahmen des Einladungswesens, der ärztlichen Untersuchung, der Qualitätssicherung (diagnostische Bildqualität, Beurteilung der Fallsammlung, Selbstüberprüfung) und der Evaluation.
- Dokumentation gem. Anlage VI der KFU-R (Erstellung und Befundung der Mammographie-Aufnahmen und Teilschritte der Abklärungsdiagnostik)
- Dokumentation der Konferenzen (gem. Anhang 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/ EKV)
- Nachweise der fachlichen Befähigung gem. Abschnitt E der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, soweit von den programmverantwortlichen Ärzten selbst gegenüber der KV Hessen vorzulegen. (Kooperierende Ärzte müssen den Nachweis selbst führen.)

- Nachweise der Voraussetzungen der technischen Qualitätssicherung gem. Abschnitt H der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV
- Teilnahme an den Verfahren zur Selbstüberprüfung gem. § 15 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV.

#### 5. Kooperation

Die Leistungen des Versorgungsauftrages können nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse nur in Kooperation mit anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten erbracht werden. Hierzu zählen:

- Befundende Ärzte mit einer Genehmigung nach § 25 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die eine konsiliarische Befundung der Mammographie-Aufnahmen vornehmen und ggf. an den gemeinsamen Konsensuskonferenzen teilnehmen.
- Ärzte nach § 27 Abs. 3 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die auf Veranlassung des Programmverantwortlichen Arztes im Rahmen der Abklärungsdiagnostik die Biopsie(n) unter Röntgenkontrolle durchführen.
- Pathologen nach § 28 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die die Beurteilung der histopathologischen Präparate im Rahmen der Abklärungsdiagnostik durchführen.

Der Programmverantwortliche Arzt sollte auch mit angestellten Krankenhausärzten kooperieren, die nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV an den prä- und postoperativen multidisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen und eine Ermächtigung zur Erbringung von Leistungen zur Teilnahme an den multidisziplinären Fallkonferenzen erhalten können, wenn die Voraussetzungen nach § 29 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erfüllt und nachgewiesen sind.

#### 6. Radiologische Fachkräfte

Der Programmverantwortliche Arzt kann radiologische Fachkräfte nur dann im Screening-Programm einsetzen, wenn sie die Voraussetzungen des § 24 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV erfüllen.

#### 7. Abrechnung/Vergütung

Gem. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV müssen die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die dem Versorgungsauftrag jeweils zugeordnet sind (EBM-Nrn. 01750, 01752, 01753, 01754), von den Programmverantwortlichen Ärzten erfüllt und die Leistungen bei entsprechender Indikationsstellung persönlich durchgeführt werden. Davon ausgenommen sind Leistungen, die nach diesem Vertrag von den Programmverantwortlichen Ärzten veranlasst werden können bzw. müssen.

Der Programmverantwortliche Arzt kann die Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (§ 18) sowie die Durchführung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle (§ 19) und muss die Durchführung von histopathologischen Untersuchungen (§ 20) an andere am Screening-Programm teilnehmende Ärzte, denen eine entsprechende Genehmigung (§ 16 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) erteilt worden ist, übertragen.

Die Screening-Mammographieaufnahmen werden durch eine radiologische Fachkraft unter verantwortlicher Leitung eines Programmverantwortlichen Arztes erstellt (§ 9 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV). Der Programmverantwortliche Arzt muss jederzeit erreichbar und ggf. in angemessener Zeit vor Ort sein.

Der Programmverantwortliche Arzt kann an der Doppelbefundung teilnehmen. In diesem Fall übernimmt sein Partner in der Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV den Versorgungsauftrag (§ 10 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV).

#### Abrechnung

Die Programmverantwortlichen Ärzte sowie andere Ärzte, die Leistungen im Rahmen des Screenings erbringen, rechnen die Screening-Leistungen je-

weils über ihre lebenslange Arztnummer (LANR) sowie eine eigene Betriebsstättennummer (BSNR) mit der KV Hessen ab.

#### **Punktwert**

Die Höhe des Punktwertes richtet sich nach den jeweils gültigen Bestimmungen des EBM sowie dem jeweils gültigen Honorarvertrag der KV Hessen. Die Programmverantwortlichen Ärzte haben durch die Bereitstellung entsprechender Kapazitäten dafür zu sorgen, dass alle Frauen der Zielgruppe innerhalb des Zwei-Jahres-Zyklus mindestens einmal eingeladen werden können.

Die Vergütung der EBM-Ziffern 01750 bis 01759 erfolgt extrabudgetär. Die Vergütung mindert sich um 10 Prozent zur Finanzierung der sog. Overhead-Kosten im Rahmen der KFU-R (u.a. für die Kooperationsgemeinschaft und die Referenzzentren).

Auf die abgerechneten Leistungen werden die satzungsgemäßen Umlagen und Verwaltungskosten der KV Hessen erhoben.

#### 8. Bewerber

Um einen Versorgungsauftrag bewerben können sich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte für Diagnostische Radiologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Für die Übernahme des Versorgungsauftrages kann sich eine Ärztin/ein Arzt bewerben, die mit dem jetzigen Programmverantwortlichen in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sein wird.

Dabei ist zu beachten, dass die Ärztin/der Arzt die Voraussetzungen für die Übernahme des Versorgungsauftrages als Programmverantwortliche/r Arzt/Ärztin zu erfüllen hat und dafür eine Genehmigung benötigt.

**Hinweis:** Für die Berufsausübungsgemeinschaft ist die jeweils aktuelle Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen sowie die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte maßgeblich.

#### 9. Bewerbungsvoraussetzungen

Wenn Sie sich als Programmverantwortlicher Arzt um den Versorgungsauftrag in der Screening-Einheit 1 als Nachfolger für Dr. Anne Brunier bewerben wollen, so erhalten Sie von uns die Bewerbungsunterlagen, wenn Sie die folgenden Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV erfüllen und **bis zum 1. Oktober 2009** gegenüber der KV Hessen vollständig nachweisen:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung ,Diagnostische Radiologie' oder ,Frauenheilkunde und Geburtshilfe'
- Die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach § 18a Abs. 1 und 2 Röntgenverordnung
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der 'kurativen' Mammographie gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik der Mamma gemäß der Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V.

Sollten Sie diese Voraussetzungen bereits gegenüber der KV Hessen nachgewiesen haben, so ist ein erneuter Nachweis nicht erforderlich. Die Bewerbungsunterlagen werden Ihnen dennoch nur auf Ihren Antrag hin zugeschickt.

#### 10. Genehmigungsverfahren

#### 10.1 Bewerbung und Konzept

Sie haben bis zum **2. November 2009, 12:00 Uhr,** Zeit, Ihre Bewerbungsunterlagen für die Screening-Einheit 1 bei der KV Hessen einzureichen.

Ihre Bewerbungsunterlagen müssen nach § 5 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV detaillierte Angaben zu Ihren persönlichen Voraussetzungen enthalten, insbesondere:

- Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm gemäß Anhang 2 Nr. 1
- Ggf. Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms
- Ggf. bereits vorliegende Nachweise gem. § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV.

#### 10.2 Genehmigung unter Auflagen

Nach Prüfung der eingereichten Bewerbungsunterlagen kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden in Hessen eine Genehmigung zur Durchführung des Versorgungsauftrages erteilen, die mit Auflagen verbunden sein wird. Diese Auflagen sind innerhalb von neun Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages zu erfüllen und nachzuweisen. Werden die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV nicht innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages erfüllt und nachgewiesen, wird die Genehmigung widerrufen. Beruht das Nichterfüllen der Voraussetzungen auf Gründen, die der Genehmigungsinhaber nicht selber zu vertreten hat, verlängert sich die Frist zur Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen auf Antrag um einen weiteren Monat.

Zu den Auflagen zählen gem. § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV:

- 1) Zulassung gemäß § 25 RöV zur Durchführung der Röntgenuntersuchungen
- Fachliche Befähigung zur Erstellung und Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (§ 24 Abs. 1 und 2)
- 3) Fachliche Befähigung zur Ultraschalldiagnostik (§ 26 Abs. 1)
- 4) Fachliche Befähigung zur Biopsie unter Ultraschallkontrolle (§ 27 Abs. 1)
- Teilnahme an dem Fortbildungskurs für Programmverantwortliche Ärzte gemäß Anhang 2 Nr. 2. Dieser Kurs muss zusammen mit den vorgeschriebenen Kursen nach Ziffern 2 bis 4 innerhalb von sechs Monaten vor Aufnahme der Tätigkeit in dem Referenzzentrum nach Ziffer 8 absolviert sein.
- 6) Tätigkeit über mindestens 160 Stunden an 20 Arbeitstagen in einem Referenzzentrum (§ 6 Abs. 2). Die Tätigkeit kann in zwei Blöcke aufgeteilt werden und muss insbesondere umfassen:
  - Teilnahme an den Konsensuskonferenzen
  - Teilnahme an den Sprechstunden zur Abklärungsdiagnostik
  - Teilnahme an den multidisziplinären Fallkonferenzen
  - Selbstständige Beurteilung der Screening-Mammographieaufnahmen von mindestens 3.000 Frauen unter Anleitung durch den Leiter eines Referenzzentrums.

Zusätzlich wird der Programmverantwortliche Arzt in den ersten drei Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit durch den Leiter des Referenzzentrums spezifisch betreut (§ 5 Abs. 5 i der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV).

Die Genehmigung für die Übernahme eines Versorgungsauftrages wird unbefristet erteilt.

#### 11. Bewerbungsfristen und Anschrift

Diese Ausschreibung erfolgt im September-Heft des Hessischen Ärzteblattes. Interessierte Ärzte haben bis **1. Oktober 2009** die Möglichkeit, Bewerbungsunterlagen anzufordern. Vollständige Bewerbungen incl. des Konzeptes müssen schriftlich in einem geschlossenen Umschlag bis zum **2. November 2009, 12:00 Uhr,** bei der

Kassenärztlichen Vereinigung Hessen Projektstelle Mammographie-Screening Stichwort: Ausschreibung MSP Abraham-Lincoln-Straße 36, 65189 Wiesbaden

eingereicht werden. Nach diesem Zeitpunkt können keine Bewerbungen

mehr angenommen werden.

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt Kinder- und Jugendlichen-Psycho-

therapeutin/Kinder- und Jugendlichen-

Psychotherapeut

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Heppenheim Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Münster Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist – hausärztlich –

(mit angestelltem Arzt)

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Rüsselsheim Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist – hausärztlich –

Riedstadt Internistin/Internist – fachärztlich –

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 am Main-Sachsenhausen Frauenärztin/Frauenarzt

Frankfurt am Main Internistin/Internist – fachärztlich –

 $Frankfurt\ am\ Main-Bornheim \\ Internistin/Internist-fach \"{arztlich}-$ 

(MVZ-Anteil)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Kronberg Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Main-Taunus-Kreis Orthopädin/Orthopäde

(Hälftiger Versorgungsauftrag, überörtlicher Berufsausübungs-

gemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau Psychologische Psychotherapeutin/

Psychologischer Psychotherapeut

**Planungsbereich Landkreis Offenbach** 

Landkreis Offenbach Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

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 Wetteraukreis

Bad Nauheim Augenärztin/Augenarzt

Bad Nauheim Psychologische Psychotherapeutin/

Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

Steffenberg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

 $Internistin/Internist-haus\"{a}rztlich-$ 

(Gemeinschaftspraxisanteil)

Biedenkopf Frauenärztin/Frauenarzt

(Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Landkreis Gießen

Pohlheim Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist – hausärztlich –

(Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Sinn Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist - hausärztlich -

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Kirtorf Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)

Alsfeld Anästhesistin/Anästhesist

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 Landkreis Fulda

Fulda

Kassel

Fulda Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist – hausärztlich – Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist – hausärztlich – Fulda Internistin/Internist – fachärztlich –

(Hälftiger Versorgungsauftrag, Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Internistin/Internist – hausärztlich –

oder Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

(Hälftiger Versorgungsauftrag)

#### Planungsbereich Landkreis Kassel

Söhrewald Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist – hausärztlich –

Vellmar Augenärztin/Augenarzt

Fuldabrück Psychologische Psychotherapeutin/

Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Korbach Ärztin für Psychotherapeutische Medizin/

Arzt für Psychotherapeutische Medizin

Bad Wildungen Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

(Hälftiger Versorgungsauftrag)

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

Weilburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist - hausärztlich -

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 Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist – hausärztlich –

(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Marburg Psychologische Psychotherapeutin/

Psychologischer Psychotherapeut

Wetter Chirurgin/Chirurg

(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Cölbe Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist – hausärztlich –

Marburg Psychologische Psychotherapeutin/

Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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 Rheingau-Taunus-Kreis

Bad Schwalbach Psychologische Psychotherapeutin/

Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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.

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.

#### Bücher

Caris-Petra Heidel (Hrsg.): "Der Einfluss des Zionismus auf Medizin und Gesundheitswesen". Band 8: Medizin und Judentum. Mabuse-Verlag Frankfurt am Main. 2006. ISBN-13: 978-3-938304-02-0. Euro 26,75.

Der Zionismus war eine soziale und politische Bewegung mit dem Ziel der Errichtung eines jüdischen Staates in Palästina. Er entstand als Reaktion auf zunehmenden Nationalismus und Antisemitismus in Mittel- und Osteuropa im 19. Jahrhundert. Die Einflüsse zionistischer Bewegung und

seiner theoretisch-politischen und sozialen Konzeptionen führten zu überraschenden Konsequenzen auch auf die Medizin. Einflüsse auf das Gesundheitswesen mitteleuropäischer Staaten, aber auch in Palästina werden in dem Buch nachgewiesen. In mehreren Beiträgen namhafter Autoren werden einzelne ärztliche Persönlichkeiten geschildert und die Einwanderungsbewegung nach Palästina. Der lesenswerte Band schildert die wissenschaftlichen Beiträge jüdischer Mediziner in ihren Ländern. Der Zionismus als eine Spielart von National-

bewegungen war von großem Einfluss auf das Wirken vieler jüdischer Ärzte in den Ländern, in denen sie lebten. Überraschende Fragestellungen wie Einflüsse des Zionismus in der Zahnheilkunde oder auf das Apothekerwesen werden angesprochen, aber auch die Vertreibung jüdischer Ärzte polnischer Herkunft im Jahre 1968 nach einer Welle des Antisemitismus in Polen. Interessierten sei der Band zur Lektüre empfohlen.

Dr. med. S. Drexler