

# Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen  
Auch im Internet: [www.laekh.de](http://www.laekh.de)

2 | 2010

Februar 2010  
71. Jahrgang

## Neue Barcode-Etiketten für die Fortbildung

Erweiterung der Barcode-Etiketten in der Fortbildung –  
Einführung des 2D Barcodes

### Beispiele:

#### Bisher



#### Neu



- 3. Hessischer Heilberufetag
- Bessere Arbeitsbedingungen gegen Ärztemangel und Frustration  
Symposium der LÄK Hessen
- 40 Jahre Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim
- Neue Barcode-Etiketten für die Fortbildung
- Die S3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK)

**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.  
Fon: 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-Gerhard 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 Löschnhorn, Seeheim-Jugenheim  
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Hanau  
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Gießen  
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt  
PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg  
Dr. med. Walter Schultz-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.  
Fon: 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-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig  
Fon: 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  
Fon: 0341 710039-92  
E-Mail: lk@l-va.de

**Druck:**

Messedruck Leipzig GmbH  
An der Hebamärchte 6, 04316 Leipzig

**Layout-Design:**

Kathrin Artmann, Heidesheim  
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2010 vom 1.1.2010 gültig.

**Bezugspreis / Abonnementspreise:**

Der Bezugspreis im Inland beträgt 115,00 € (12 Ausgaben), im Ausland 115,00 € zzgl. Versand. Kündigung des Bezugs 2 Monate vor Ablauf des Abonnements. Für die Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

# Hessisches Ärzteblatt



2 | 2010 • 71. Jahrgang

<b>Editorial</b>	72
<b>Fortbildung</b>	
Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen, Teil 10: Birke	73
<b>3. Hessischer Heilberufetag</b>	74
<b>Landesärztekammer Hessen stellt ihre Gremien vor</b>	
Krankenhausausschuss der LÄKH	75
<b>Landesärztekammer Hessen</b>	
Bessere Arbeitsbedingungen gegen Ärztemangel und Frustration	76
40 Jahre Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung – und kein bisschen leise	80
Neue Barcode-Etiketten für die Fortbildung	83
<b>Fortbildung</b>	
Burnout bei Ärzten – Risiken eines Berufes im Wandel der Zeit	84
<b>Aktuelles</b>	
Die S3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK)	85
<b>Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim</b>	93
<b>Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim</b>	99
<b>Fortbildung</b>	
Metakarpal-TBC als seltene Ursache einer Weichteilulceration an der Hand	103
<b>Aktuelles</b>	
Die Müllbergkinder von Manila	106
<b>Fortbildung</b> Sicherer Verordnen	107
<b>Arzt- und Kassenarztrecht</b>	
Arzthaftungsrecht: Sachverständigenablehnung wegen Befangenheit	108
<b>Mit meinen Augen</b>	
In Deutschland noch Ruhe an der Gesundheitsfront – in der EU bewegt sich etwas	109
<b>Von hessischen Ärztinnen und Ärzten</b>	110
<b>Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen</b>	111
<b>Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen</b>	114

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

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach  
(Bild pop)

kaum hat das Jahr begonnen und wir haben unsere Wünsche für einen guten Verlauf der vor uns liegenden Monate ausgetauscht, entsteht schon das Februarheft des Hessischen Ärzteblattes. Dadurch kommt der Eindruck auf, schon weit ins Jahr vorge-

rückt zu sein. Gerade das aber möchte ich zum Anlass eines Ausblicks nehmen.

Die Ärztekammer ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts in der alle berufstätigen Ärztinnen und Ärzte im Bundesland Hessen Mitglieder sind und sein müssen. Aus dem Berufsleben Ausgeschiedene oder nicht ärztlich Tätige können der Kammer als freiwillige Mitglieder angehören. Manch junge, frisch approbierte Kolleginnen und Kollegen verwundert es, dass eine Meldepflicht besteht. Oftmals ist ihnen im zurückliegenden Studium wenig über die Kammer bekannt geworden.

Im vergangenen Jahr hat die Bezirksärztekammer Frankfurt erstmals und erfolgreich Begrüßungsveranstaltungen für neue Mitglieder, frisch approbierte wie auch zugezogene, veranstaltet. In diesem Jahr findet diese Reihe ihre Fortsetzung. So werden wir beim Erscheinen dieses Heftes auf eine am 20. Januar 2010 in Gießen erfolgte Veranstaltung zurückblicken können. Die übrigen Bezirksärztekammern folgen.

In der überwiegend positiven Resonanz auf die ersten Veranstaltungen erfuhren wir, dass Informationen über Mitgliedschaft, Altersversorgung, über für Ärzte notwendige Versicherungen (neutrale Auskünfte), Weiterbildung, Fortbildung, Berufsordnung notwendig sind und dankbar aufgenommen werden.

Nach dem Examen und der Approbation haben viele schon genaue Vorstellungen davon, welche Fachrichtung sie anstreben. Für andere kristallisiert sich das erst im Laufe der Weiterbildungszeit heraus. Ich möchte als Präsident, dass die Ärztekammer in Zu-

kunft gerade den jungen Ärztinnen und Ärzten noch intensiver beratend zur Seite steht. Es ist wichtig, dass sie sich bei ihrer Kammer über die Möglichkeit der Weiterbildung in hessischen Krankenhäusern und bei niedergelassenen Ärzten informieren können und dies auch tun!

Hier gibt es ohne Zweifel noch Erweiterungs- und Verbesserungsbedarf in unserem Servicespektrum. Dazu werden in Zukunft hoffentlich auch Ergebnisse einer bundesweiten Evaluation der Weiterbildung beitragen, die allerdings bedauerlicherweise im letzten Jahr eine zu geringe Resonanz erfahren hat. Die gezielte Förderung der Weiterbildung ist uns zur Unterstützung des ärztlichen Nachwuchses sehr wichtig. Dabei müssen auch neue Möglichkeiten und Wege beschrritten werden, die es unseren jungen Kolleginnen und Kollegen ermöglichen, Berufsbeginn und private Entwicklung wie z.B. gerade auch die Familiengründung zu vereinen. Erschwernisse und Hürden müssen abgebaut werden. Unter anderem muss kurzfristig die Möglichkeit einer effektiven Kinderbetreuung verbessert oder geschaffen werden. Dies war u.a. auch ein wichtiger Beratungsgegenstand unseres Symposiums am 11. Dezember 2009 in Bad Nauheim (vgl. dazu ausführlichen Bericht in diesem Heft S. 76-79) und wir werden in dieser Frage demnächst auch noch die Träger hessischer Krankenhäuser direkt ansprechen.

Die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V verlangte erstmalig ab 1. Juli 2009 von allen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten einen entsprechenden Nachweis. Für die meisten Betroffenen verlief dies problemlos. Der Organisations- und Arbeitsaufwand war eine große Herausforderung für unsere Mitarbeiter in der Anerkennungsstelle. Dass die Abläufe bis zur endgültigen Bestätigung der erforderlichen Punktzahl für manche Ärztin und manchen Arzt frustrierend waren, bekamen unsere Mitarbeiter oftmals zu spüren. Doch die Anstrengung und die gute kooperative Mitarbeit haben sich gelohnt. Am Ende ist das Ergebnis ein Erfolg. Nur zwei Prozent der Vertragsärztinnen

und Vertragsärzte haben keine Meldung ausreichender Punkte abgegeben.

Um für die Zukunft das Verfahren für alle zu vereinfachen, Verzögerungen und Verärgerung zu vermeiden, wird die Landesärztekammer umgehend von allen Mitgliedern, die bisher noch keine Einwilligung zur Übermittlung ihres Fortbildungspunkttestandes an die KVH erteilt haben und zukünftig von allen die sich neu anmelden, eine Einverständniserklärung für einen solchen Datentransfer erbitten. Natürlich kann diese jederzeit widerrufen werden.

Die Integration von Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland ist der Landesärztekammer ein wichtiges Anliegen. Eine Grundbedingung als Ärztin oder Arzt hier tätig zu sein ist die für den ärztlichen Umgang mit Patienten ausreichende Beherrschung der Landessprache. Bei der Überprüfung und Gewährleistung dieser Voraussetzung sehen wir derzeit Handlungs- und Verbesserungsbedarf. Das Hessische Landesprüfungsamt für Heilberufe und zuständige Fachabteilungen des HMAFG teilen grundsätzlich diese Einschätzung. U.a. muss auch über die Schaffung geeigneter neuer praxisnaher Trainingsangebote nachgedacht werden.

Wohltuend ist, dass trotz der belastenden, kritischen Zeiten, die auch an uns Ärzten nicht vorübergehen, die Ausbildungsbereitschaft ungebrochen ist. Mit 1.019 neuen Ausbildungsverträgen in 2009 haben Sie den Stand der Vorjahre gehalten. Dafür sagen wir im Namen der Kammer allen ausbildenden Ärztinnen und Ärzten unseren Dank. An dieser Stelle sei auch auf das reichhaltige Fortbildungsangebot der COS für Medizinische Fachangestellte hingewiesen.

So hoffe ich, dass sich auch in den folgenden Monaten die Zukunft erfolgreich gestalten lässt.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach  
Präsident

# Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

## Teil 10: Birke (*Betula pendula* ROTH) *Alexander H. Jakob*



Birke (*Betula pendula*)

Die Birke findet sich in Hessen als Straßenbaum, aber auch häufig eingestreut in Wäldern. Diese Laubbäume erreichen oft ein stattliches Alter und sind aufgrund ihrer charakteristischen Rinde und äußere

ren Gestalt leicht zu erkennen, auch wenn auch hier vielfältige Unterarten zu unterscheiden sind.

Bereits im Mittelalter wurden der Birke besondere Kräfte und Fähigkeiten zugeschrieben, was sich bis heute in Volksbräuchen zeigt, bei der die Birkenzweige im Mai oder zum Pfingstfest als Schmuck eingesetzt werden.

Die Blätter (*Betulae folium*) enthalten unter anderem Flavonoide, Saponine, sowie Gerbstoffe und zeichnen sich durch ihre diuretische Wirkung aus.

Dementsprechend liegt der phytotherapeutische Einsatz der Birkenblätter in der diuretischen Therapie bei entzündlichen und bakteriellen unkomplizierten Harnwegserkrankungen. Der Einsatz erfolgt in Form von Teezubereitungen, aber auch in Fertigarzneimitteln, die zum Beispiel in Kombinationspräparaten zusätzlich Gold-

rutenkraut und Orthosiphonblätter enthalten.

Ferner erfolgt der Einsatz in Form „blutreinigender Tees“ zur unterstützenden Therapie rheumatischer Erkrankungen. Haarwässer werden ebenfalls aus Birkenblättern gewonnen, wobei hier auch der Saft von Stämmen und Ästen verwendet wird.

Medizinhistorisch ist der dermatologische Einsatz von Birkenteer bekannt, wobei hier aufgrund einer möglichen Kanzerogenität der allgemeine Einsatz nicht mehr empfohlen wird.

### **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*

## Wilhelm P. Winterstein-Preis 2010 der Deutschen Herzstiftung e.V.

Die Deutsche Herzstiftung vergibt im Jahr 2010 ein weiteres Mal den Wilhelm P. Winterstein-Preis, dotiert mit 10.000 Euro. Ausgezeichnet wird eine wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bevorzugt aus einem patientennahen Forschungsgebiet. Die Arbeit darf einen Gesamtumfang von 25 Seiten nicht überschreiten und in dieser Form noch nicht veröffentlicht worden sein. Ihr ist eine Zusammenfassung in deutscher Sprache voranzustellen. Teilnahmeberechtigt sind Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland.

Die Bewerbungsunterlagen mit tabellarischem Lebenslauf sind in zweifacher Ausfertigung und zusätzlich in einer anonymisierten Fassung als pdf- oder Word-Datei auf einem Datenträger bis spätestens 22. Februar 2010 (Poststempel) zu senden an:

Deutsche Herzstiftung e.V., Vogtstraße 50, 60322 Frankfurt am Main.

Alternativ kann die Bewerbung auch online erfolgen unter [www.herzstiftung.de/winterstein\\_bewerben\\_online.php](http://www.herzstiftung.de/winterstein_bewerben_online.php). Sind Co-Autoren an der Arbeit beteiligt, ist deren Einverständniserklärung zur Bewerbung sowie die Darstellung des jeweiligen Arbeitsanteils beizufügen.

Die Preisverleihung erfolgt im Rahmen der Mitgliederversammlung der Deutschen Herzstiftung im Juni 2010 in Frankfurt am Main. Weitere Informationen sind zu erhalten von Christine Koch Telefon 069 955128-128 oder der Homepage der Deutschen Herzstiftung unter [www.herzstiftung.de](http://www.herzstiftung.de) zu entnehmen.

# 3. Hessischer Heilberufetag



## Heilen braucht Vertrauen und Verantwortung

Für ein geschütztes Verhältnis  
zwischen Patient und Therapeut

**17. März 2010 | 15:00 Uhr**

**Wiesbadener Casino-Gesellschaft**

Friedrichstraße 22 | 65185 Wiesbaden

Grußwort:

**Jürgen Banzer**

Hessischer Minister für Arbeit, Familie und Gesundheit

Referenten:

**Gerhart Baum**

Bundesminister a. D.

**Volker Bouffier**

Hessischer Minister des Innern und für Sport

**Wir laden Sie herzlich ein:  
Diskutieren Sie mit!**

**Eintritt frei!**

Veranstalter:

Landesärztekammer Hessen • Kassenärztliche Vereinigung Hessen • Landeszahnärztekammer Hessen  
Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen • Landesapothekerkammer Hessen • Landeskammer für  
Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hessen  
Landestierärztekammer Hessen

Weitere Informationen: Pressestelle der Landesärztekammer Hessen, Katja Möhrle, Tel.: 069 97672-188

# Krankenhausausschuss der LÄKH

Der Krankenhausausschuss wird vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen jeweils für eine Legislaturperiode berufen. Er setzt sich zusammen aus leitenden Klinikärzten, Verwaltungsdirektoren/Geschäftsführern von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen/en und Mitgliedern des Präsidiums. Sofern erforderlich werden themenbezogen weitere Experten beige-laden. Bei der Auswahl der Mitglieder wird u.a. geachtet auf die Vertretung verschiedener medizinischer Fachgebiete und auch die Abbildung der verschiedenen Versorgungsstufen und Trägerschaften der Krankenhäuser.

Der Krankenhausausschuss berät als Expertengremium das Präsidium und auch die Vertreter der Landesärztekammer im ‚Landeskrankenhausausschuss‘ des HMAFG (Dres. Johna und Kaiser) und im ‚Ausschuss und der Ständigen Konferenz Krankenhäuser der Bundesärztekammer (Dres. Kaiser und Zürner) z.B. zu Fragen der Krankenhausplanung, der ärztlichen Berufsausübung im Krankenhaus, den Rahmenbedingungen ärztlicher Weiterbildung, der Qualität in der stationären Versorgung, hinsichtlich Stellungnahmen im Rahmen die Krankenhäuser betreffender Gesetzgebungsverfahren etc.

In der konstituierenden Sitzung des Krankenhausausschusses am 1. Dezember 2008 wurden als **Vorsitzender Professor Dr. Thomas Schmitz-Rixen** und als **stellvertretende Vorsitzende Dr. Susanne Johna** gewählt.

Im Jahr 2009 hat sich der Krankenhausausschuss hauptsächlich mit der anstehenden Novellierung des Hessischen Kran-

## Dem Krankenhausausschuss gehören derzeit an:

Name Fachgebiet/Status	Ort
Michael Andor (Allgemeinmedizin – Vertragsarzt)	niedergelassen in Groß-Gerau Mitglied des Präsidiums
Dr. Hans-Joachim Conrad (Kaufmännischer Direktor)	Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt
Dr. Ingmar Hornke (Anaesthesie – Krankenhausarzt)	Leiter des Palliativteams am Klinikum der Stadt Hanau
Rainer Ibing (Medizincontroller)	Klinikum Fulda
Dr. Susanne Johna (Innere Medizin – Krankenhausärztin)	Neurologisches Rehabilitationszentrum Wiesbaden
Martin Ködding (Geschäftsführer)	Klinikum Bad Hersfeld
Dr. Siegfried Möller (Dermatologie – Vertragsarzt)	niedergelassen in Wiesbaden
Professor Dr. Thomas Schmitz-Rixen (Chirurgie und Gefäßchirurgie – ltd. Krankenhausarzt)	Leiter der Abt. für Gefäß- und Endovascularchirurgie am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt
PD Dr. Lothar Schrod (Pädiatrie – ltd. Krankenhausarzt)	Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin an den Städt. Kliniken, Frankfurt-Höchst
PD Dr. Carolin Tonus (Chirurgie und Viszeralchirurgie, ltd. Krankenhausärztin)	Chefärztin der Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie am Herz-Jesu-Krankenhaus, Fulda
Professor Dr. Wolfgang H. G. Weidner (Urologie – ltd. Krankenhausarzt)	Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen
Dr. Peter Zürner (Innere Medizin und Psychotherapeutische Medizin – Krankenhausarzt)	Sonnenberg-Klinik Bad Sooden-Allendorf Mitglied des Präsidiums

kenhausgesetzes befasst – die Vorlage eines Gesetzentwurfes des Ministeriums wird Anfang 2010 erwartet. Weitere Themen waren z.B. die Einführung der Bachelor-Masterstudiengänge, die Neuregelung des Krankenhaus-Einsatzplanes, die Aktivitäten einer Arbeitsgruppe „Verbes-

serung der Pflegesituation im Krankenhaus“ beim HMAFG und die ‚Zuweiserrämien‘ von Krankenhäusern an einweisende Ärzte.

*Olaf Bender  
Miriam Mißler*

# Bessere Arbeitsbedingungen gegen Ärztemangel und Frustration

## Symposium der Landesärztekammer für Medizinstudierende und angehende Ärztinnen und Ärzte stößt auf großes Interesse

Der durchschnittliche hessische Medizinstudent ist weiblich, schließt das Studium nach der Regelstudienzeit von zwölf Semestern ab und strebt eine berufliche Zukunft im Krankenhaus an: Dies ergab eine von der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) in Zusammenarbeit mit dem Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen im September 2009 unter den rund 600 Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums an hessischen Universitäten durchgeführte Befragung, aus der ausgewählte Ergebnisse jetzt erstmals auf dem Symposium „Vom Medizinstudium zum Facharzt“ am 11. Dezember 2009 im Fortbildungszentrum der Kammer in Bad Nauheim vorgestellt wurden.

Die Tagung mit Vorträgen, Diskussionen und Ausstellungsständen stieß auf großes Interesse: 120 Teilnehmer – 80 Medizinstudenten und 40 Ärzte – informierten sich auf der ganztägigen Veranstaltung, die von dem Präsidenten der Landesärztekammer, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, und der Staatssekretärin im Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, Petra Müller-Klepper, eröffnet wurde, über Berufsperspektiven, den aktuellen Forschungsstand zur Zukunftsplanung angehender Ärztinnen und Ärzte sowie Arbeitsbedingungen und -möglichkeiten im Krankenhaus. „Dem amtierenden Präsidium der Landesärztekammer sind die Förderung qualifizierten ärztlichen Nachwuchses und die besonderen Probleme der ersten Jahre des ärztlichen Berufes, zu denen neben Fragen der Weiterbildung auch die konkreten Arbeitsbedingungen angestellter Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis gehören, ein besonderes An-



Staatssekretärin Petra Müller-Klepper

liegen,“ erklärte von Knoblauch in seinem Grußwort.

### Befragung von Medizinstudierenden

Rund 50 Prozent der befragten Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums beteiligten sich an der von Dr. med. Roland Kaiser (LÄKH) vorgestellten Untersuchung der Landesärztekammer. Die rasche Entwicklung der Medizin zum Frauenberuf bestätigte sich erneut: 63 Prozent der Antwortenden waren Frauen; das Durchschnittsalter betrug 28,3 Jahre. Die Frage, ob sie das Studium nochmals wählen würden, beantworteten 51 Prozent der Befragten mit „sicher ja“, und weitere 37 Prozent mit „eher ja“. 53 Prozent gaben an, direkt nach dem Studium eine Stelle antreten zu wollen.

Angesichts des drohenden Nachwuchsmangels im Arztberuf stimmen die Zielstrebigkeit dokumentierenden Resultate der hessischen Befragung zuversichtlicher als eine im Jahr 2008 abgeschlossene Befragung der Ruhr-Universität, die zunächst unter Medizinstudentinnen und -studenten in Bochum und anschließend bundesweit

durchgeführt worden war. Laut der Untersuchung, die Dr. med. Dorothea Osenberg (Ruhr-Universität) in Bad Nauheim erläuterte, erwarteten 93 Prozent der Teilnehmer deutliche Einflüsse des Gesundheitssystems auf die eigene Lebens- und Berufsplanung. Rund 70 Prozent konnten sich zumindest vorstellen, deswegen ins Ausland abzuwandern. Allerdings ergab auch die Bochumer Studie, dass 61 Prozent der Befragten sich wieder für ein Medizinstudium einschreiben würden.

Die in den letzten Jahren wiederholt beschriebene Flucht von Ärztinnen und Ärzten aus dem ärztlichen Beruf und ins Ausland dürfte ihre Ursache also weniger im Studium als in negativen Erfahrungen und Enttäuschungen in den ersten Berufsjahren – der Zeit der Facharztweiterbildung – haben. Mit dem 2009 gestarteten Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ will daher die Bundesärztekammer zusammen mit 16 Landesärztekammern – darunter Hessen – die Stärken und Schwächen des ärztlichen Weiterbildungssystems ausloten. Dr. med. Viktor Karnosky (LÄKH) berichtete auf der Tagung, dass erste Ergebnisse der Evaluation, die derzeit von der ETH Zürich erarbeitet werden, im März nächsten Jahres mitgeteilt werden sollen.

Stellvertretend für eine der Zielgruppen des Symposiums nahm die Frankfurter Studentin Tanja Laub an einer Podiumsdiskussion der Veranstaltung teil. Die dreißigjährige Mutter einer sieben Jahre alten Tochter legte im Herbst 2009 ihr 2. Medizinisches Examen in Frankfurt ab und möchte, wie viele ihrer Kommilitoninnen und Kommilitonen, später als Krankenhausärztin tätig sein: „In einem großen Team mit vielen Patienten arbeiten – und



Staatssekretärin Müller-Klepper, Dr. von Knoblauch zu Hatzbach



Udo Rein, Marburger Bund, Prof. Schmitz-Rixen, Uni Frankfurt

dabei einen Zeitrahmen für wissenschaftliches Arbeiten zur Verfügung haben,“ so formulierte sie ihre Berufsvorstellungen. Dass die derzeitigen Arbeitsbedingungen im Krankenhaus keineswegs rosig sind, erfuhr Laub während ihres Praktischen Jahres. Als unerträglich bezeichnete sie vor allem die überbordende Verwaltungsarbeit, die Ärztinnen und Ärzten Zeit für die Patientenversorgung nehme. Dieser Missstand und die Erzählungen von Assistenzärzten über negative Erfahrungen während ihrer Tätigkeit würden viele junge Ärztinnen und Ärzte darüber nachdenken lassen, ins Ausland zu gehen – trotz der guten Berufsaussichten hierzulande. Abschließend appellierte Laub an die Verantwortlichen, für bessere Rahmenbedingungen während des Praktischen Jahres und der Weiterbildungszeit zu sorgen.

Auch von anderen Medizinstudierenden und Ärztinnen und Ärzten im Publikum wurden in Diskussionsbeiträgen eine praxisbezogenere Lehre und eine strukturiertere Weiterbildung gefordert. In der Anfangszeit solle Assistenzärzten ein Mentor zur Seite stehen. Dr. med. Susanne Johna, Marburger Bund, rief dazu auf, die Arbeitsverträge vor dem Unterzeichnen u.a. daraufhin zu prüfen, ob eine Weiterbildungsermächtigung des Weiterbildungers be-

stehe oder nicht. Im Zweifel sollte die Assistenzärztin oder der Assistenzarzt Kontakt mit der Landesärztekammer aufnehmen und nachfragen. Auch müssten die Weiterbildungsassistenten fordern, dass die Weiterbildung mit Inhalt gefüllt werde.

### Ärzte als Mangelware – Folgen für den Arbeitsmarkt

Dass Ärztinnen und Ärzte Mangelware sind, machte eine von der mainmedico GmbH durchgeführte Analyse des Stellenmarktes im Deutschen Ärzteblatt deutlich: „Es war noch nie so einfach, nach abgeschlossener Weiterbildung eine Facharztstelle zu bekommen,“ unterstrich Dr. Wolfgang Martin von mainmedico in Bad Nauheim. Auch wenn der Nachfrageboom nach Fachärzten inzwischen etwas abflaute, sei die Bewerberdecke in allen Fachgebieten zu dünn. Ein Trend lasse sich in allen Versorgungsbereichen beobachten: Die starke Veränderung des ärztlichen Berufsbildes vom Einzelkämpfer hin zum Teamplayer. Das Arbeiten in vernetzten Strukturen und multiprofessionellen Teams setze sich immer mehr durch.

Wie in allen Bundesländern herrsche auch in Hessen ein Mangel an qualifizierten Assistenz- und Fachärzten in niedergelassener Praxis und im Krankenhaus, berichte-

te Rainer Greunke, Geschäftsführender Direktor der Hessischen Krankenhausgesellschaft. In den hessischen Krankenhäusern seien in den Jahren 2004 bis 2008 die stationären Fallzahlen um 3,5 Prozent gestiegen. Obwohl im gleichen Zeitraum die Zahl des Ärztlichen Personals um ca. 8 Prozent gestiegen sei, beklagten 93 Prozent der befragten Krankenhäuser Probleme bei der Besetzung von Stellen im Ärztlichen Dienst. Fast 7,5 Prozent der Arztstellen seien nicht besetzt. Greunke führte dies u.a. auf die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes und den zunehmenden Anteil von Ärztinnen zurück. Zur Bewältigung des Problems schlug er interne Maßnahmen in den Krankenhäusern (z.B. Flexibilisierung der Arbeitszeiten) und externe Unterstützung wie Erhöhung der Studienkapazitäten, Entbürokratisierung und finanzielle Anreize vor. Udo Rein, Geschäftsführer des Marburger Bundes, Landesverband Hessen, legte dar, dass es der Ärztegewerkschaft Marburger Bund gelungen sei, die Einkommensverhältnisse von Krankenhausärzten in den meisten kommunalen Krankenhäusern, einigen Kliniken in privater Trägerschaft und an den hessischen Universitätskliniken durch den Abschluss von Tarifverträgen zu verbessern. Mit Blick auf die Diskussion der angeblich



Podium: (v.l.n.r.) Ch. Diefenbach, Dr. R. Kaiser, Dr. D. Osenberg, T. Laub, K. Möhrle

hohen Gehälter in der Öffentlichkeit ergänzte Dr. med. Susanne Johna, dass sich deren Höhe – auf die tatsächlich geleisteten Stunden umgelegt – relativiere.

### Medizin – ein Frauenfach

Die Notwendigkeit, ärztliche Arbeitsbedingungen zu ändern, belegen auch die Längsschnittuntersuchungen zu Karriereverläufen bei Ärztinnen und Ärzten, die Professor Dr. Andrea E. Abele-Brehm von der Universität Erlangen-Nürnberg auf dem Symposium vorstellte. Dass Medizin inzwischen ein Frauenfach sei, liege an den im Durchschnitt besseren Abiturnoten junger Frauen, aber auch daran, dass der Arztberuf finanziell und von den Arbeitsbedingungen her nicht mehr so attraktiv sei wie früher, sagte Abele-Brehm. Die Untersuchungsbefunde zeigten, dass Ärztinnen mehr Abstriche im Privatleben machten, dennoch häufiger erwerbslos oder Teilzeit beschäftigt seien als ihre

männlichen Kollegen und vor allem das Berufsfeld Klinik als problematisch erleben. In Zukunft könne, so Abele-Brehm, ein gravierender Ärztemangel drohen, wenn nicht die Arbeitsbedingungen – insbesondere für Ärztinnen – attraktiver würden. Dazu gehörten u.a. flexible Arbeitszeitprogramme und betriebsnahe Kinderbetreuung.

### Forderung nach Entlastung und attraktiveren Arbeitsbedingungen

„Der Beruf ist einfach Spitze! Das müssen Sie mitnehmen!“, ermutigte Dr. Willi Oberlander vom Institut für Freie Berufe Nürnberg (IFB) seine Zuhörer. Verglichen mit Politikern genossen Ärzte eine 13-fach höhere Anerkennung in der Bevölkerung. Nach einer stichprobenartigen, schriftlichen Befragung des IFB von rund 9.300 Ärztinnen und Ärzten in sechs Bundesländern seien die Niedergelassenen zu gut

zwei Dritteln zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer Arbeit. Krankenhausärztinnen und -ärzte hätten sich allerdings nur zu 44 Prozent zufrieden gezeigt und mit 45 Prozent den höchsten Anteil an von Burnout Betroffenen aufgewiesen. Von 38,3 Prozent der befragten Krankenhausärztinnen und -ärzten sei die Vereinbarkeit von Beruf und Familie als „eher schlecht“ bezeichnet worden.

Durch die Arbeitsverdichtung und Zunahme von Verwaltungstätigkeiten bewege sich der Schwerpunkt ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus immer mehr von der Patientenversorgung weg, kritisierte Dr. med. Susanne Johna. Der einzelne Arzt habe immer weniger Zeit für Patienten, Untersuchungen und Operationen. Auch werde der finanzielle Druck der Kliniken an ihn weitergegeben, so dass er in seinen Therapieentscheidungen nicht mehr frei sei. Zur Erfassung ärztlicher Fehlleistungen würden mehr und mehr Systeme entwickelt, die es ermöglichen, anonym Fehler zu melden. Damit habe die Offenheit zugenommen. Zugleich hätten Ärztinnen und Ärzte – bedingt durch die Leistungsverdichtung – Sorge, dass die Zahl der Fehler steigen könnte. Die zunehmende Frustration über Missstände führe dazu, dass viele junge Kollegen ins Ausland gingen. Nur durch massive Entlastung, z.B. von administrativen Tätigkeiten, könne der Arbeitsverdichtung und dem jetzt schon bestehenden Ärztemangel begegnet werden, so Johna.

Eine Forderung, die die von Dr. Bernhard Braun, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, dargestellte sozialwissenschaftliche Längsschnittstudie (Hessen 2004-2007 in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer) bestätigte. Sie ergab, dass Ärztinnen und Ärzte sich zunehmend durch Arbeitsverdichtung, administrative Aufgaben, Personalmangel, Zeitdruck, Zunahme des Einflusses des Chef-



Blick ins Publikum

arztes sowie abwägende Entscheidungen zwischen medizinischen und ökonomischen Notwendigkeiten belastet fühlen. Die durchschnittlich real geleistete Wochenarbeitszeit betrage ca. 50 Stunden plus ca. 16 Stunden Bereitschaftsdienst. Ein direkter Zusammenhang zwischen der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) im Jahr 2003 und der Erhöhung der Arbeitsbelastung im Krankenhaus konnte in der Studie indes nicht nachgewiesen werden.

Die Ergebnisse der vom Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin durchgeführten Befragungen zu den Themen Mobbing und Beeinflussung des Privatlebens durch den Beruf, die Professor Dr. Monika A. Rieger vom Universitätsklinikum Tübingen in Bad Nauheim vorstellte, verdeutlichten, dass Ärzte im Vergleich mit anderen Berufsgruppen (Lehrer, Pfarrer, Sozialarbeiter, Erzieher etc.) den höchsten Konfliktlevel zwischen Arbeit und Familie bzw. Privatleben aufweisen. Dabei fühlten sich Krankenhausärztinnen und -ärzte stärker belastet als Hausärzte und zeigten eine geringere Arbeitszufriedenheit als diese. Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Situation seien nicht allein Schichtdienstmodelle oder Gehaltsangebote, sagte Rieger: „Notwendig sind vielmehr weitreichende Ansätze der Organisationsentwicklung.“

## Schulterschluss

In seinem Vortrag „Ärztinnen und Ärzte braucht das Land“ forderte Dipl. Volkswirt Stephan Achner, Klinikverbund Hessen GmbH, zur Verbesserung der Situation den Schulterschluss zwischen Klinikärzten und niedergelassenen Freiberuflern gegenüber Gesundheitspolitik und Krankenkassen, die Förderung der ärztlichen Weiterbildung in Verbundstrukturen und klinikübergreifende ambulant/stationäre



*Symposiumsteilnehmer im Gespräch*

medizinische Ausgabenwahrnehmung („Cluster“).

## Modellversuch in Frankfurt

Die auch in den Diskussionsrunden des Symposiums immer wieder geäußerte Forderung nach attraktiveren und familienfreundlicheren Arbeitsbedingungen hat an der Goethe-Universität Frankfurt schon im Vorfeld des Berufslebens zu einem besonde-

ren Angebot für Medizinstudenten geführt: dem im Herbst 2009 eingeführten Modellversuch Teilzeitstudium Medizin. Damit soll, so erklärte Dr. Winand Dittrich, Studienberater am Fachbereich Medizin, die Vereinbarkeit von Familie und Medizinstudium unterstützt werden.

*Katja Möhrle  
(Fotos: Beate Völker)*

## 40 Jahre Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung – und kein bisschen leise



Seminar- und Akademiegebäude in Bad Nauheim

**„Die Qualität des ärztlichen Handelns hängt vor allem von einer ausgewogenen Fort- und Weiterbildung des einzelnen Arztes/der einzelnen Ärztin ab. Nur ein hoher Aus- und Fortbildungsstand sichert eine gute und kosteneffiziente medizinische Versorgung. Fortbildung soll Freude machen.“ Dies war die Meinung der Gründerväter der Akademie.**

Bereits 1956 wurde ein zentraler Ausschuss „Fortbildung“ in der Landesärztekammer Hessen eingesetzt. 1963 wurde in der Delegiertenversammlung über eine Fortbildungspflicht diskutiert. Außerdem wurde vorgeschlagen, als ständige Einrichtung zentral im hessischen Staatsbad Nauheim einmal im Jahr eine Fortbildung anzubieten. 1964 wurde der Beschluss für den Bau einer zentralen Fortbildungseinrichtung der Kammer gefasst.

1970 war es dann soweit. Am 21. Februar wurde durch Beschluss der Delegiertenversammlung die Akademie für Ärztliche Fortbildung gegründet. Ziel der Akademie sollte entsprechend der Aufgabe der Landesärztekammer Hessen sein, die berufliche Fortbildung der Kammerangehörigen zu fördern, Richtlinien für den erforderlichen Umfang der Fortbildung für alle Arzt-

gruppen zu erarbeiten und Fortbildungsveranstaltungen insbesondere Seminare durchzuführen. Die freiwillige Mitgliedschaft mit der Verpflichtung zur Fortbildung in einem bestimmten Umfang und die Kennzeichnung durch Plakette und Urkunden,

wurden ebenfalls als Besonderheit der Akademie festgelegt.

Damals wurden folgende Eckpunkte definiert:

- Die Aufgabe der Akademie ist die freiwillige permanente Fortbildung für Ärzte aller Fachrichtungen. Die Fortbildung erstreckt sich sowohl auf die Vermittlung von theoretischem Wissen als auch von praktischen Kenntnissen.
- Die Akademie ist eine Einrichtung der hessischen Landesärztekammer, die sehr bewusst mit weitgehender Selbstständigkeit ausgestattet wurde. So besitzt sie einen eigenen Vorstand und Sektionsvorstände, eine eigene Satzung, einen eigenen Etat, eigene Räumlichkeiten.
- Die Akademie wird allein durch die Ärzteschaft getragen.
- Hessische Ärzte können ihr als Mitglied beitreten und verpflichten sich dadurch zur Fortbildung in bestimmtem Umfang, für die sie als Nachweis eine Urkunde und die blaue Plakette als äußeres Zeichen erhalten.

Am 11. April 1970 wurde der Beschluss zum Kauf eines Grundstücks in Bad Nauheim für den Bau eines Seminargebäudes gefasst. Im Oktober war bereits Baubeginn.

Am 17. April 1971 wurde der erste Vorstand mit Dr. Hermann Kerger als Vorsitzenden

gewählt und die ersten Sektionsmitglieder berufen. Die Akademie war bundesweit die erste dieser Art. Es wurden entsprechende Sektionen gebildet, die fachbezogene oder interdisziplinär aktuelle medizinische Fragen, aber auch Innovationen diskutieren. Am 17. Oktober 1971 war die konstituierende Vollversammlung der Akademie mit den Sektionen der einzelnen Fachgebiete. Die ersten Veranstaltungen fanden im Jahr 1972 im eigenen Fortbildungszentrum in Bad Nauheim statt. Bereits Ende 1973 konnte die Akademie 1.650 Mitglieder verzeichnen, derzeit sind es 6.500 Mitglieder.

Im Herbst 1975 wurde eine Medizinisch-wissenschaftliche Abteilung in der Akademie eingerichtet. Damit war es möglich, dass die Akademie selbst Fortbildungsveranstaltungen gestalten und begleiten kann. Schriftliches Begleitmaterial und Veröffentlichungen konnten angefertigt werden.

1977 wurde aufgrund des erweiterten Angebots der Name in Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung erweitert. Im gleichen Jahr wurde zum ersten Mal „Fortbildung für Fortbilder“ angeboten. 1978 erfolgte die Gründung der „Arbeitsgemeinschaft der Akademien“ in Bad Nauheim als loser Zusammenschluss bei einer Zusammenkunft von Vertretern der Akademien für ärztliche Fortbildung und von Fortbildungsbeauftragten der Ärztekammern ohne Akademien. Es erfolgen bis heute regelmäßige Treffen einmal jährlich auf Einladung einer beteiligten Ärztekammer. In diesem Forum werden didaktische Kriterien und Empfehlungen für vorbildliche Fortbildung erarbeitet.

1998/1999 wurde das Akademiegebäude renoviert und technisch auf den neuesten Stand gebracht. Im November 1998 wurde die erste TED-Evaluation einer Akademie-Veranstaltung durchgeführt.

Seit Ende 1998 wurden Fortbildungsmaßnahmen nach einem hier entwickelten, nachvollziehbaren Standard zertifiziert. Dieser bildet u.a. die Grundlage für die heute existente bundesweit einheitliche Bewertung ärztlicher Fortbildung.

2001 erfolgte die Fusion der Akademie für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin e.V. mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer.

Mit der Eröffnung des Neubaus des Seminargebäudes am 31. August 2002 wurden Voraussetzungen für weiteres zukunftsorientiertes Handeln geschaffen. Der Akademie stehen moderne Schulungsräume mit einer hochwertigen technischen Ausstattung zur Verfügung.

**Heute** erfüllt die Akademie die Aufgabe der Landesärztekammer aus dem Heilberufegesetz §5 Abs. (1), 2. Satz: „Die Aufgaben der Kammern sind insbesondere die berufliche Fortbildung der Kammerangehörigen zu fördern, besonders durch Durchführung und Zertifizierung von Fortbildungsmaßnahmen für Kammerangehörige, ...“

Die Akademie bietet Fortbildungsveranstaltungen 1. gemäß SGB V §95 d (1) und 2. gemäß §2 (1) der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses an.

Im SGB V §95d (1) heißt es: „Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnis notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.“

In der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses für Fachärzte im Kran-



Blaue Plakette der Akademie

kenhaus heißt es im §2 (1): „Im Krankenhaus tätige Fachärzte müssen innerhalb von fünf Jahren an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen, die nach Anerkennung entsprechend dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammern mit insgesamt 250 Fortbildungspunkten bewertet wurden. Von den 250 Fortbildungspunkten müssen mindestens 150 Punkte durch fachspezifische Fortbildung erworben worden sein. Unter fachspezifischer Fortbildung sind Fortbildungsinhalte zu verstehen, die dem Erhalt und der Weiterentwicklung der fachärztlichen Kompetenz dienen.“

Die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung bietet nach wie vor qualitativ hochwertig und gleichzeitig produktneutral und industrieunabhängig an. Dieses Angebot hat sich in 40 Jahren qua-

litativ wie quantitativ weiterentwickelt. Die Veranstaltungsformen haben sich von der Prävalenz großer Veranstaltungen in Richtung kleiner Gruppen mit Workshops – ergänzt um Erkenntnisse der modernen Didaktik – entwickelt. Veranstaltungen werden zudem dezentral hessenweit angeboten.

Über Themen und Programme berät heute der Vorstand und der **50 Fachleute aller medizinischer Disziplinen umfassende Sachverständigenrat**.

An dieser Stelle möchten wir uns bei den Vorsitzenden der Akademie bedanken. Diese waren von

1971 – 1985

Dr. med. Hermann Kerger

1985 – 1989

Professor Dr. med. Horst Joachim Rheindorf

1989 – 1997

Professor Dr. med. Felix Anschütz

seit Januar 1998

Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch.

Mit über 2.000 Referenten stehen Experten aus allen Fachgebieten zur Verfügung. Mit train-the-trainer-Angeboten werden Referenten die Möglichkeiten angeboten,



blauer Hörsaal

sich bezüglich didaktischer Methoden weiter zu entwickeln. Dies kommt letztendlich der Qualität der Fortbildungsveranstaltungen zu gute.

Auch hat die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern das Angebot erweitert. Kooperationspartner sind u.a. das Zentrum für Notfallmedizin des Uniklinikums Gießen/Marburg), die Abteilung Pneumologie/Allergologie der Universität Frankfurt, die Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz, die Ärztekammer Westfalen-Lippe, die KV Hessen, die LPPKJP Hessen, der Verband der Physiotherapeuten.

Organisatorisch ist die Akademie heute eine Einheit. Die medizinisch-wissenschaftliche Abteilung ist im Rahmen einer Reorganisation in eine einheitliche Struktur innerhalb der Akademie aufgegangen. Die Entwicklung von Fortbildungsveranstaltungen findet im engen Dialog zwischen Kursleitern, Vorstand der Akademie und der Geschäftsführung statt. Das Anfertigen von Tagungsunterlagen ist mittlerweile Standard.

17 Mitarbeiterinnen tragen ganz wesentlich zum Erfolg „Ihrer“ Akademie bei. Diese agieren in Form der unmittelbaren Veranstaltungs- und Mitgliederbetreuung als Dienstleister für Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Ohne das hohe Engagement aller Beteiligter könnte die hohe Qualität der in der Akademie angebotenen Fortbildung nicht erbracht werden und trägt wesentlich dazu bei, dass die Akademie nach wie vor eine Vorreiterrolle im Bundesgebiet inne hat.

### Wie geht es nun in Zukunft weiter?

Der Fortbildungsmarkt hat sich in den letzten Jahren erheblich verändert. So müssen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und demnächst auch Fachärzte den gesetzlich vorgeschriebenen Nachweis von Fortbildungen erbringen. Hinzu kommt der zunehmende ökonomische Druck bei zunehmend geringer zur Verfügung stehenden Zeitbudgets. GKV-seitige Leistungsgütungen hängen z.T. vom Besuch der von der GKV vorgegebenen Veranstaltungen ab. Auch drängen zahlreiche privatwirtschaftliche Mitbewerber auf diesen Markt. Hinzu kommen veränderte Lernbedingungen z.B. durch den Einsatz von neuen Medien.

Die **Kernkompetenzen der Akademie** wurden deshalb analysiert. Diese bestehen aus

1. der professionellen Organisation von ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen unter Mitwirkung des Vorstands und des Sachverständigenrats,
2. einer hohen Innovationskraft wie u.a. das Repetitorium „Innere Medizin“ mit der hieraus resultierenden professionellen Entwicklung von Fortbildungsveranstaltungen,
3. der Verfügbarkeit eines hochqualifizierten Referentenpools,
4. einem hohen Qualitätsstandard mit etablierter eigener Marke, dem freiwilligen Fortbildungszertifikat – das einen höheren Qualitätsstandard der absolvierten Fortbildung als der gesetzlich vorgeschriebene dokumentiert – und einem eigenen Markenzeichen („Blaue Plakette“),

5. der Industrieunabhängigkeit und Produktneutralität von Veranstaltungen und
6. einer eigenen Akademiemitgliedschaft (kostenfrei für Medizinstudierende, der hälftige Jahresbeitrag für Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung, kompletter Jahresbeitrag für Fachärztinnen/-ärzte und Niedergelassene)

Diese Kernkompetenzen sollen oder werden bereits weiterentwickelt.

Das **Alleinstellungsmerkmal der Akademie** nämlich die „Organisation von ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen Konzeption und Organisation von industrieunabhängigen, produktneutralen und interdisziplinären Fortbildungsveranstaltungen auf hohem Qualitätsniveau“ wird weiter ausgebaut. Hierzu finden themenspezifische Befragung von vorher definierten Zielgruppen zwecks Entwicklung neuer Produkte bzw. Neuausrichtung bestehender Produkte statt.

Die Akademie muss zukünftig als Bildungsanbieter wettbewerbsfähig bleiben. So wird das bestehende Angebot kontinuierlich mit dem Ziel überarbeitet, Teilnehmern zu einem möglichst guten Preis-/Leistungsverhältnis Fortbildung anbieten zu können. Neue Lernformen wie z.B. blended learning werden zunehmend zum Einsatz kommen. Durch hausinterne Umstrukturierungen erreichte Kostenvorteile werden direkt an Teilnehmer weitergegeben. So gewappnet ist die Akademie für die Herausforderungen auch in Zukunft gut vorbereitet.

*Professor. Dr. med. Ernst-Gerhard Loch  
Vorsitzender des Vorstands der Akademie*

*Sigrid Blehle  
Geschäftsführerin der Akademie*

# Neue Barcode-Etiketten für die Fortbildung

## Erweiterung der Barcode-Etiketten in der Fortbildung – Einführung des 2D Barcodes – Aussendung von neuen Etiketten Anfang Februar 2010

Seit 2005 können sich Ärztinnen und Ärzte in Deutschland mit einem Fortbildungsbarcode und einer Unterschrift in Fortbildungslisten eintragen. Getreu dem Motto „Aller Anfang ist schwer“ hatten anfangs eher wenige Mitglieder der Ärztekammern den damals neuen Barcode mit der einheitlichen Fortbildungsnummer EFN benutzt – mittlerweile wissen die meisten jedoch, dass sich dieses „Identifizieren“ lohnt, da es dadurch möglich wurde, dem richtigen HANS SCHMIDT, den es in jeder Ärztekammer mehrfach gibt, die entsprechenden Punkte zukommen zu lassen, da es jede EFN in Deutschland genau nur einmal gibt. Diese Punkte kann besagter Hans Schmidt später in seinem Fortbildungspunktekonto wieder finden und dies ganz ohne weiteres Papier – eine Fortbildungsbescheinigung ist nur noch für den steuerlichen Nachweis notwendig.

Zahlen: Wurden zu diesem Verfahren 2008 noch ca. 150.000 Veranstaltungen mit etwa drei Millionen Teilnehmern gemeldet, so haben sich die Zahlen in 2009 mehr als verdoppelt! Dies zur Ausgangslage.

Nun soll der Barcode auf dem Etikett im Barcode erweitert werden. Auslöser dafür sind die Erfahrungen mit den Strichbarcodes aus den letzten vier Jahren. Zum Einen ist das Erfassen der vielen Teilnehmerlisten, die von den Veranstaltern an die Kammern zurückgesendet werden personalintensiv, zum Anderen gehen die Inhalte der Barcodes beim Faxen der Teilnehmerlisten verloren oder die Barcodes sind durch das Tragen in den Geldbörsen der Mitglieder ebenfalls unbrauchbar.

Basierend auf einer Idee aus Hessen, haben die Ärztekammern beschlossen, dass es ab 2010 möglich ist, die Barcodes auf den Etiketten zu erweitern. Die Erweiterung ist weiter unten in einem Muster dargestellt und enthält zusätzlich zu dem Strichcode einen so genannten 2D Barcode (DataMatrix Code), wie er mittlerweile auch von der Deutschen Post oder bei der Deutschen Bahn eingesetzt wird.

Wichtig hierbei ist, dass sich an der **bisherigen Handhabung nichts ändert** – es ist, wie erwähnt, lediglich eine Erweiterung. Veranstalter, die bisher die Strichbarcodes der Teilnehmer selbst mit Scannern erfasst haben, können dies auch selbstverständlich weiterhin tun. Der 2D Barcode ist zunächst für eine vereinfachte Verarbeitung in den Ärztekammern gedacht und kann diese erheblich beschleunigen. Da dieser Barcode fast „unkaputtbar“ ist, wird es nun auch möglich sein, die Teilnehmerlisten in die Kammern zu faxen

### Beispiele:

#### Bisher



**nicht mehr verwenden!**

#### Neu



**ab sofort verwenden!**

ohne dass, wie bisher, die Informationen verloren gehen. Auch die Veranstaltungsnummer, die bisher auf der Teilnehmerliste als Strichcode dargestellt ist, wird erweitert werden.

Die Landesärztekammer Hessen wird als eine der ersten im Bundesgebiet neue Etiketten verschicken. Die alten Etiketten, die bei den Mitgliedern noch vorhanden sind müssen von diesen vernichtet werden und sollten daher nicht mehr verwendet werden!

Neben dem Austauschen der Fortbildungsetiketten sollten die hessischen Mitglieder auch im eigenen Interesse beim Besuch einer Fortbildung auf folgende Dinge achten:

- Bei jeder Fortbildung ein Etikett mit der eigenen EFN verwenden und auf der Teilnehmerliste unterschreiben.
- Nur auf Teilnehmerlisten unterschreiben, auf denen die aktuellen Veranstaltungsdaten stehen und die eine Veranstaltungsnummer VNR enthalten.
- Die Meldung des Veranstalters an der Teilnahme im eigenen Fortbildungspunktekonto überprüfen, denn nur nach Weitergabe der Listen durch den Veranstalter können die Punkte auch im jeweiligen Konto aufgeführt werden.

Sofern Sie noch Fragen zu dem Vorgehen haben, so stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen der Anerkennungsstelle der Landesärztekammer Hessen gerne zur Verfügung.

*Dipl. Ing. Thomas Friedl  
Leiter IT und Organisationsentwicklung*

## Burnout bei Ärzten – Risiken eines Berufs im Wandel der Zeit

Zum Vormerken: Die Fortbildung zum Thema Burnout bei Ärzten findet dieses Jahr am **Samstag, dem 6. Februar**, von 9:30 bis 15:30 Uhr (siehe Seite 93) im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, Bad Nauheim, statt.

Die bisherigen Veranstaltungen zum Thema Burnout bei Ärzten sind auf reges Interesse gestoßen und haben die Brisanz des

Problems bestätigt. Auf dem Programm stehen auch dieses Jahr relevante Themen für Ärzte jeglicher Fachrichtung. Professor Dr. Christian Reimer spricht über Burnout und das Sucht- und Suizidrisiko bei Ärzten. Dr. Axel Schüler-Schneider, Leiter der Veranstaltung, erläutert, warum Arztsein ein schöner, aber gefährlicher Beruf ist. Und Dr. Rainer Diehl wird Sie darüber informieren, welche medizinischen und berufsför-

dernden REHA-Maßnahmen es ggf. gibt. Die letzten anderthalb Stunden der Veranstaltung sind wiederum dafür vorgesehen, sich unter Supervision der Referenten über eigene Erfahrungen, Fragen und Probleme auszutauschen. Sich mit dem Thema zu befassen ist ein erster Schritt, um sich selbst zu schützen.

*Dr. Monika Vogt*

### Suchanfrage

#### Marburger Arzt als Lebensretter im Urlaub auf Kos/Griechenland am 14. August 2009

Meine Hamburger Mandantin hat mich – auch im Namen ihrer minderjährigen Tochter Joelina (\*16.11.2004) – beauftragt, in einer zivilrechtlichen Schadensersatzangelegenheit wegen eines Unfalls für sie tätig zu werden, der sich am 14. August 2009 im Schwimmbekken der **Hotelanlage „Gaia Royal Village“, Mastichari, Kos, Griechenland**, ereignete. Entsprechende Vollmacht wird anwaltlich versichert.

Bei diesem Vorfall wäre ihre Tochter beinahe ertrunken. Nur Reanimierungsversuche eines ebenfalls dort als Gast wohnen-

den Arztes aus Marburg retteten ihr Leben. **Wer ist dieser Lebensretter?** Da meine Mandantin weder Namen noch Heimatadresse des Arztes weiß, dieser im Falle einer drohenden gerichtlichen Auseinandersetzung mit dem Reiseveranstalter, jedoch dringend **als Zeuge gesucht** wird, bitte ich um **Kontaktaufnahme**.

*Michael Lübeck, Rechtsanwalt,  
Hamburg, Fon: 040 844920*

### Ärztewoche Thüringen 2010

16. – 17. April 2010, Weimar

Themen: Plenarveranstaltung „Der tägliche Notfall – eine interdisziplinäre Herausforderung“, 17. April 2010 Kurse (u.a. Reanimation, Gefäßultraschall, Palliativmedizin, Balint, Reisemedizin, Datenschutz, Existenzgründung und Praxisabgabe) Veranstaltungen für Pflege- und Praxispersonal, Treffen einzelner Berufsverbände, Industrieausstellung.

Veranstalter: Landesärztekammer Thüringen  
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Verband der Leitenden Krankenhausärzte  
Thüringen

Tagungspräsident: Professor Dr. med. Stein, Jena

Das komplette Programm kann angefordert werden: Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen, Postfach 10 07 40, 07707 Jena, Tel. 03641 614-142, E-Mail: kopp.akademie@laek-thueringen.de, www-aerztewoche-thueringen.de

# Die S<sub>3</sub>-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK)

Peter Huppert, Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Farzin Adili, Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie

Rupert Bauersachs, Klinik für Innere Medizin IV/Max-Ratschow-Klinik für Angiologie  
Gefäß-Zentrum Darmstadt

## Zusammenfassung

Der Beitrag stellt die wesentlichsten Aspekte der im März 2009 fertiggestellten neuen interdisziplinären S<sub>3</sub>-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) vor. Diese betreffen Definition und Epidemiologie der PAVK, die Diagnostik mittels klinisch-angiologischer und apparativer angiologischer Methoden sowie bildgebender Verfahren, die Therapie mittels konservativer, interventioneller und chirurgischer Methoden sowie die Nachsorge der Patienten. Die Kernaussagen der Leitlinien geben Empfehlungen, deren Grad (A, B oder o) von der wissenschaftlichen Evidenz, d.h. von den Ergebnissen klinisch-wissenschaftlicher Studien und anderer Literaturberichte abgeleitet wurde.

## 1. Vorbemerkungen

Im Jahr 2001 wurden letztmalig S<sub>2</sub>-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der PAVK von der Deutschen Gesellschaft für Angiologie/Gefäßmedizin (DGA) veröffentlicht [1]. Im Dezember 2004 wurde die DGA von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) federführend mit der Aktualisierung der Empfehlungen und Erstellung einer S<sub>3</sub>-Leitlinie beauftragt. In einem mehrstufigen und mehrjährigen Verfahren unter Einbindung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie, der Deutschen Röntgengesellschaft sowie 19 weiterer medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften wurde die S<sub>3</sub>-Leitlinie erarbeitet, die jetzt als Vollversion publiziert [2] und online [<http://www.awmf.de>] vorliegt. Leitlinien sind Stellungnahmen und Empfehlungen von Fachgesellschaften. Sie er-

Tabelle 1: Evidenzstärke, Evidenzklassen und Empfehlungsgrade nach [42]

Evidenzstärke	Evidenzklasse	Empfehlung	Empfehlungsgrad
hoch	1	starke Empfehlung	A („soll“)
mäßig	2	Empfehlung	B („sollte“)
schwach	3,4 und 5	Empfehlung offen	o („kann“)

setzen selbstverständlich nicht die ärztliche Evaluierung des individuellen Patienten und die Anpassung von Diagnostik und Therapie an die jeweilige spezifische Situation. Die Leitlinien sollen den aktuellen Wissensstand sowie daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen in komprimierter Form vermitteln. Nach strukturierter Analyse der Literatur wurden Kernaussagen formuliert und diesen entsprechend der wissenschaftlichen Studienlage Evidenzklassen (1 bis 5) und korrespondierende Empfehlungsgrade (A, B und o) zugeordnet (Tabelle 1). Wenn zu Kernfragen keine Evidenz vorlag, wurden Konsensusempfehlungen erarbeitet und angegeben. **Im folgenden Text sind die wichtigsten Kernaussagen, deren Evidenzklassen und Empfehlungsgrade hervorgehoben.**

## 2. Definition und Epidemiologie der PAVK

Die PAVK bezeichnet eine Einschränkung der arteriellen Extremitätendurchblutung. In etwa 95 % der Fälle liegen der chronischen PAVK arteriosklerotische Veränderungen zugrunde. Die Gesamtprävalenz der PAVK liegt bei 3-10 %. Ab einem Alter von 70 Jahren steigt die Prävalenz auf 15-20 % [3,4]. Das Verhältnis von asymptomatischer zu symptomatischer Erkrankung beträgt altersunabhängig etwa 4:1. Die chronische PAVK wird klinisch in das Stadium der Claudicatio Intermittens (CI)

mit belastungsabhängigen Schmerzen und in das Stadium der kritischen Ischämie mit Ruheschmerz und Ulzera unterteilt. Im Stadium der kritischen Ischämie besteht eine signifikant erhöhte Mortalität vornehmlich bedingt durch Myokardinfarkt und Schlaganfall sowie ein hohes Risiko einer Majoramputation der betroffenen Extremität. Bei Vorliegen einer manifesten PAVK ist das Risiko eines Myokardinfarktes vierfach erhöht und das eines Schlaganfalles zwei- bis dreifach (Kreuzrisiko der Arteriosklerose) [2,5]. Dabei zeigen Patienten mit PAVK eine höhere Sterblichkeit (2,4 %/Jahr) als bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit (1,8 %/Jahr) [6]. Die Fünf-Jahres-Mortalität von Patienten mit asymptomatischer PAVK beträgt 19 % und bei symptomatischer PAVK 24 % [7]. Bei Patienten mit kritischer Ischämie betrug die Ein-Jahres-Mortalität in der BASIL-Studie 20 % [8].

**Die Bedeutung der PAVK wird von Ärzten und Patienten unterschätzt. (A,2)** Insbesondere findet das kardiovaskuläre Mortalitätsrisiko von Patienten mit PAVK keine ausreichende Beachtung. **Patienten mit PAVK sind hinsichtlich ihrer Risikofaktoren und Begleiterkrankungen unterbehandelt. (A,1)**

Sie haben zwar ein ähnliches Profil von Risikofaktoren wie Patienten mit koronarer Herzkrankheit, es wird aber nur jeder

zweite Patient mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt, wohingegen dies bei zwei von drei Patienten mit koronarer Herzkrankheit der Fall ist [2].

### 3. Diagnostik der PAVK

#### Klinisch-angiologische Diagnostik

Am Beginn der Untersuchung stehen Inspektion, seitenvergleichende Palpation, Auskultation der Extremitätenarterien sowie der Ratschow-Test (A,2). Die Pulsuntersuchung der unteren Extremitäten ist zwar hilfreich, im Falle fehlender Pulse würde die Häufigkeit der PAVK aber überschätzt. Der Hautstatus wird nach Integrität, Turgor, Schweißbildung und Temperatur beurteilt und ergänzt durch die Begutachtung von Muskelatrophie und Deformität der Extremität. Insbesondere beim Diabetiker lassen sich so Anhalte für eine Differenzierung zwischen primär ischämischen und neuropathischen Läsionen gewinnen.

#### Knöchel-Arm-Index (ABI)

Die Bestimmung des ABI mittels nicht-invasiver Messung des Dopplerverschlussdruckes ist ein geeigneter Test zum Nachweis der PAVK (A, 1). Für die Diagnose einer PAVK ist der ABI-Wert mit dem niedrigsten Knöchelarteriendruck maßgeblich. (A,2) Ein ABI-Wert in Ruhe unter 0,9 gilt als beweisend für das Vorliegen einer PAVK. (A,2)

Der höchste Knöchelarteriendruck ist Maß der hämodynamischen Relevanz der Veränderungen. Bei Werten von 0,75-0,9 liegt eine leichte PAVK vor, bei Werten von 0,5-0,75 eine mittelschwere PAVK und bei Werten unter 0,5 eine kritische Ischämie. Bei gut kollateralisierten proximalen Verschlüssen kann der ABI in Ruhe normal sein; eine Abnahme um mehr als 20 % nach Belastung gilt bei Patienten mit CI als beweisend für eine PAVK.

#### Spezielle apparative angiologische Diagnostik

Oszillographie, Lichtreflexrheographie, Zehndruckmessung und transcutane Sauerstoffdruckmessung kommen nicht regelmäßig zum Einsatz, können aber unter speziellen Fragestellungen ergänzend sinnvoll sein. Für das Vorliegen einer kritischen Ischämie sprechen ein Großzehndruck und ein transcutaner Sauerstoffpartialdruck jeweils unter 30 mm Hg.

#### Bildgebende Diagnostik

Die farb-kodierte Duplexsonographie (FKDS) ist die diagnostische Methode der ersten Wahl zur Abklärung der Aorta und ihrer Äste, sowie der Becken- und Beinarterien. Ihre Aussagekraft ist von der Expertise des Untersuchers, den Geräteeigenschaften und den individuellen Gegebenheiten des Patienten abhängig. (A,1)

Flächendeckende Verfügbarkeit, Nichtinvasivität und die Potenz zur differentialdiagnostischen Abgrenzung arteriosklerotischer Veränderungen von anderen Ursachen der PAVK wie Vaskulitiden, aneurysmatischen Verschlüssen, muskulären Kompressionssyndromen und der cystischen Adventitiadegeneration sind Stärken des Verfahrens; untersucher- und patientenabhängige Ergebnisqualität sowie aufwändige Dokumentation der Befunde sind Limitationen. Im Falle guter Beurteilbarkeit und zweifelsfreier Befunde ist die FKDS als bildgebendes Verfahren ausreichend vor konservativer Therapie und vor einer Angiographie in Interventionsbereitschaft. Ist die FKDS nicht verfügbar oder sind die Befunde nicht eindeutig, sind zusätzliche bildgebende Verfahren notwendig (kontrastangehobene MR-Angiographie, CT-Angiographie und arterielle digitale Subtraktionsangiographie) (Konsensusempfehlung). Bei nicht eindeutigen Befunden sowie vor operativen Maßnahmen ist ein untersucherunabhängiges bildgebendes

Verfahren obligat, hierbei ist der kontrastangehobenen MR-Angiographie (MRA), falls verfügbar, der Vorzug zu geben. (A,2) Vorteile der MRA sind geringe Patientenbelastung, hohe Genauigkeit der Befunde bei guter Expertise des Untersuchers und die übersichtliche Dokumentation. Ein besonderer Vorteil der CT-Angiographie ist bei vergleichbarer Genauigkeit der Befunde wie in der MRA die Beurteilbarkeit von Stentlumina. Die intraarterielle digitale Subtraktionsangiographie (DSA) gilt hinsichtlich der Genauigkeit und Übersichtlichkeit unverändert als Goldstandard der bildgebenden Diagnostik bei Patienten mit PAVK. Im Begleittext der Leitlinien werden methodische Grundzüge und diagnostische Genauigkeit der MRA, CTA und DSA orientierend erläutert und die Risiken jodhaltiger und gadoliniumhaltiger Kontrastmittel sowie deren Prophylaxe dargestellt. Nachklinischer, angiologischer und sonographischer Untersuchung eines Patienten mit PAVK sollte die weiterführende bildgebende Diagnostik symptomorientiert, therapiegerichtet, dem individuellen Zustand des Patienten angepasst und wirtschaftlich sein. Die Indikation zu jedweder weiterführenden angiographischen Diagnostik sollte interdisziplinär gestellt werden. (Konsensusempfehlung)

### 4. Therapie der PAVK

#### Grundprinzipien der Therapie

Die Therapie der PAVK hat zwei grundsätzliche Ziele: die Behandlung vaskulärer Risikofaktoren und Begleiterkrankungen insbesondere koronarer und zerebrovaskulärer Gefäßerkrankungen sowie die Verbesserung des peripheren Blutflusses bei symptomatischen Patienten. Die Behandlungsziele sind daher stadienabhängig; im Stadium I nach Fontaine ist die Reduktion und ggf. Behandlung von Risikofaktoren der Arteriosklerose das Ziel, im Stadium II kommt die Verbesserung der

Gehstrecke und Mobilität hinzu, bei kritischer Ischämie stehen Schmerzfreiheit und Extremitätenerhalt sowie die Wiedererlangung der Gehfähigkeit im Vordergrund. Arterielle Revaskularisationen bei PAVK sind symptomatische Therapien, insofern, als sie das Grundproblem der progressiven Arteriosklerose nicht beheben.

**Gefäßchirurgische und endovaskuläre (= interventionelle) arterielle Rekonstruktionen bei PAVK sollten das Ergebnis einer vernünftigen interdisziplinären, stadiengerechten Abwägung zwischen Aufwand, Risiko und Ergebnis sein. (Konsensusempfehlung)**

Der Wunsch des Patienten und dessen Gesamtsituation sollten angemessen berücksichtigt werden. Wenn die CI das entscheidende Symptom einer eingeschränkten Mobilität ist, verbessert die chirurgische oder interventionelle Revaskularisation nicht nur die Lebensqualität wesentlich; sie trägt durch Wiederherstellung körperlicher Aktivität auch entscheidend zur Senkung des Risikos für kardiovaskuläre Erkrankungen bei. Bei einer symptomatischen PAVK soll zuerst die am weitesten proximal gelegene Läsion therapiert werden und zwar mit dem kleinstmöglichen Aufwand.

**Endovaskulärer Behandlung soll der Vorzug gegeben werden, wenn kurzfristig und langfristig die gleiche symptomatische Verbesserung erzielt werden kann wie mit einem gefäßchirurgischen Eingriff. (A, 1)**

Gefäßchirurgische Patienten werden zunehmend multimorbid, wodurch höhere perioperative Morbidität und Mortalität verursacht werden [9]. Diabetiker mit kritischer Extremitätenischämie haben häufig einen Mehretagenprozess mit Veränderungen der Unterschenkelarterien bei Erhalt pedaler Arterien. Indikationsstellung

und Verfahrenswahl zur Revaskularisation unterscheiden sich nicht von Patienten mit PAVK ohne Diabetes mellitus.

Bei Patienten mit CI ist die Indikation zur Revaskularisation enger zu fassen als bei Patienten mit kritischer Ischämie. Die Ergebnisse gefäßchirurgischer und interventioneller Revaskularisationen bei CI unterscheiden sich langfristig nicht von denen der konservativen Therapie mit strukturiertem Gehtraining. Daher dienen Revaskularisationen bei CI der Verbesserung der Lebensqualität und Mobilität. Dagegen zielen Revaskularisationen bei kritischer Ischämie in erster Linie auf Extremitätenerhalt, Schmerzfreiheit und Abheilen von Ulzera. Zwischen Offenheitsrate und Extremitätenerhalt besteht eine Differenz, die so genannte „Patency-Limb-Salvage Gap“. Die Offenheitsraten nach Gefäßinterventionen und -operationen liegen niedriger als die Rate für den Extremitätenerhalt. Vor dem Hintergrund einer geringeren Belastung für die oftmals multimorbiden Patienten bei kurzfristig gleichen klinischen Ergebnissen wird daher bei kritischer Ischämie der interventionellen Therapie zunehmend der Vorzug vor gefäßchirurgischen Behandlungen gegeben [8].

**Ein multidisziplinärer Behandlungsansatz ist bei kritischer Extremitätenischämie zur Kontrolle der Schmerzen, der kardiovaskulären Risikofaktoren und der Komorbidität sinnvoll. (A,2)**

### Konservative und medikamentöse Therapie

Im Vordergrund der konservativen Therapie steht die Minimierung kardiovaskulärer Risikofaktoren. **Nikotinstopp ist dringend erforderlich (A,1); bei Fehlernährung und Bewegungsmangel wird eine Lebensstiländerung empfohlen (Konsensusempfehlung); LDL-Cholesterin soll unter 100 mg/dl (A,1), der Langzeitblutzuckerwert (HbA1c) unter 7 % (A,1) und der Blutdruck unter 140/90 mm Hg (Diabetiker unter 130/80 mm Hg) liegen. (A,1) Zur Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse ist ein Thrombozytenfunktionshemmer (ASS, Clopidogrel) bei Patienten mit symptomatischer und asymptomatischer PAVK indiziert. (A,1)**

Bei Patienten mit CI ist Gehtraining eine erfolgversprechende Methode, sofern die Begleitumstände dies zulassen.

**Strukturiertes Gehtraining unter Aufsicht und unter regelmäßiger Anleitung soll allen Patienten mit CI und PAVK als Be-**

standteil der Basisbehandlung angeboten werden. **(A,1) Gefäßtraining soll mindestens dreimal wöchentlich in Übungseinheiten von 30-60 min über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten erfolgen. (A,2) Strukturiertes Gehtraining unter regelmäßiger Anleitung ist wirksamer als unstrukturiertes Gehtraining. (A,1)**

Vasoaktive Substanzen kommen bei Patienten mit CI nur selten zum Einsatz. **Wenn die Lebensqualität der Patienten durch die CI erheblich eingeschränkt ist, Gehtraining nicht oder unzureichend möglich ist und revaskularisierende Maßnahmen nach individuellem Abwägen nicht indiziert sind, sind Cilostazol oder Naftidrofuryl Medikamente der Wahl. (A,1)**

Bei Patienten mit kritischer Ischämie sind abhängig vom Stadium Schmerzbehandlung sowie schnellstmöglich eine lokale Wundbehandlung, Therapie von Infektionen, Verbesserung der Perfusion und Druckentlastung erforderlich.

**Als einzige geeignete medikamentöse Behandlungsmethode bei Patienten mit kritischer Extremitätenischämie, die nicht für eine Revaskularisation geeignet sind, kommen parenteral applizierbare Prostanoiden zum Einsatz. (A,1) Patienten mit kritischer Ischämie und Infektion benötigen eine systemische antibiotische Therapie. (A,2)**

### Interventionelle Therapie

Bei der Indikationsstellung zur interventionellen Therapie sind klinisches Stadium der PAVK, Lokalisation, Ausprägung und Morphologie der Gefäßläsionen, Begleiterkrankungen sowie der individuelle Therapiewunsch des Patienten zu berücksichtigen. Da konservative, interventionelle und gefäßchirurgische Therapieoptionen mit unterschiedlichen Belastungen, Risiken und Langzeitresultaten verbunden sind, ist es bedeutsam, dass die Patienten

nach ausführlicher Aufklärung in die Entscheidung zur Wahl des Behandlungsverfahrens einbezogen werden.

Grundsätzlich wird nahe gelegt, die 2007 in TASC II [10] dargestellte Klassifikation arterieller Läsionen in Typ A bis D und die daraus abgeleiteten Empfehlungen für Indikationsstellungen zu interventionellen und operativen Verfahren zu beachten. Diese Klassifikation reflektiert den abgestuften Schwierigkeitsgrad der Interventionen und ist auch im Hinblick auf die wissenschaftliche Vergleichbarkeit prospektiver und retrospektiver Analysen und für die Datenerfassung in Registern hilfreich. Zwischenzeitlich ist es aber zu einer Weiterentwicklung und Verbesserung speziell interventioneller Verfahren gekommen, so dass diese auch in vielen Fällen höhergradiger Läsionen der Typen C und D erfolgreich einsetzbar sind. Interventionelle Therapien zeichnen sich neben einer hohen technischen Erfolgsrate durch eine geringe Patientenbelastung und niedrige Komplikationsraten aus. Daher besteht generell ein Trend zur Bevorzugung interventioneller Verfahren als Therapie der ersten Wahl. Dies findet auch in diesen Leitlinien seinen Ausdruck.

**Die interventionelle Therapie sollte einer operativen Therapie vorgezogen werden, wenn sie in Relation zu den klinischen Stadien und Lokalisationen und in Abhängigkeit von der Ausdehnung der Läsionen als Methode der Wahl (TASC A) oder als bevorzugte Methode (TASC B) aufgeführt ist. (Konsensusempfehlung)**

Ein Versuch der interventionellen Therapie ist auch dann gerechtfertigt, wenn bei Läsionen des Typs TASC II C (D) die chirurgische Therapie die bevorzugte Methode (die Methode der Wahl) ist, aber besondere Umstände vorliegen, aus denen sich ein erhöhtes Risiko der operativen

Behandlung oder eine deutlich verminderte Aussicht auf deren Erfolg ergibt und auch dann, wenn Patienten nach eingehender Aufklärung den Versuch einer interventionellen Behandlung wünschen.

Die Evidenz ist für interventionelle Behandlungen von Patienten mit PAVK insgesamt nicht umfangreich. Daher wird dringend empfohlen, die Eingriffe und deren Ergebnisse im Sinne der Qualitätssicherung in einer geeigneten Weise, z.B. in Registern fortlaufend und vollständig zu dokumentieren.

**Methodik und Ergebnisse der interventionellen Behandlung bei PAVK sollen mit Methoden der Qualitätskontrolle dokumentiert und evaluiert werden. (Konsensusempfehlung)**

**Voraussetzungen für erfolgreiche interventionelle Behandlungen sind die Kenntnis aller etablierten und modernen Behandlungsverfahren sowie die Verfügbarkeit der hierzu notwendigen Instrumente und Materialien in ausreichender Variabilität. (Konsensusempfehlung)**

### Interventionelle Therapie in Abhängigkeit vom klinischen Stadium Interventionelle Therapie bei Patienten im Stadium der Claudicatio intermittens

In diesem Stadium sind revaskularisierende Behandlungen und konservative Therapien mit Gehtraining grundsätzlich möglich. Allerdings sind der konservativen Therapie mitunter Grenzen gesetzt. Nicht alle Patienten können ein strukturiertes Gehtraining aufnehmen oder dieses kann im Ergebnis unzureichend sein. Nach erfolgloser konservativer und medikamentöser Therapie können interventionelle Therapien erwogen werden, da für diese ein positiver Effekt auf Lebensqualität und Gehleistung zumindest mittelfristig belegt ist. Interventionelle oder chirurgische revaskularisierende Eingriffe sollten

erst bei Patienten mit starken Beschwerden, hohem Leidensdruck, bei beruflicher Notwendigkeit einer verbesserten Gehleistung oder bei ausdrücklichem Wunsch des Patienten zum Einsatz kommen. Insbesondere bei Patienten mit proximalen Gefäßläsionen, wie kurzstreckigen Stenosen oder Verschlüssen der Becken- oder der Femoralarterien ist eine konservative Therapie oft unzureichend und die interventionelle Rekanalisation ist die Behandlung der Wahl. Bei Läsionen der Femoralisgabel sollte dagegen primär eine gefäßchirurgische Therapie Anwendung finden. **Bei Patienten, bei denen ein Gehtraining unmöglich, wenig erfolgversprechend oder nicht erfolgreich ist, kann bei geeigneter Gefäßläsion eine interventionelle Behandlung zur Verbesserung der Lebensqualität angeboten werden. (Konsensusempfehlung)**

**Die interventionelle Therapie ist nicht indiziert als prophylaktische Behandlung im Stadium I der PAVK nach Fontaine. (Konsensusempfehlung)**

#### Interventionelle Therapie bei Patienten im Stadium der kritischen Ischämie

Geringe Invasivität und niedrige Komplikationsraten favorisieren interventionelle Behandlungen bei Patienten mit kritischer Ischämie und kardiovaskulären Komorbiditäten sowie erhöhtem operativem Risiko. Ziel der interventionellen Therapie ist die Wiederherstellung eines freien Einstromes in die Extremität sowie einer unbehinderten infrainguinalen Perfusion bis pedal über mindestens eines der cruralen Hauptgefäße, bevorzugt eine der tibialen Arterien. Interventionelle Therapien zeichnen sich bei Patienten mit kritischer Ischämie durch hohe kurzfristige technische und klinische Erfolgsraten von bis zu 95 % aus [11-13]. Es ist bekannt, dass demgegenüber langfristig geringere Offenheitsraten von nur 42-55 % nach fünf Jahren resultieren

[14]. Dies ist aber in klinischer und prognostischer Hinsicht von untergeordneter Bedeutung. Patienten mit kritischer Ischämie sind kardiovaskuläre Hochrisikopatienten mit hoher Mortalitätsrate; das primäre Behandlungsziel revaskularisierender Maßnahmen ist daher das amputationsfreie Überleben. Nach interventioneller Therapie ist die langfristige Rate des Extremitätenerhaltes mit 91 % nach drei Jahren [14] deutlich höher als die entsprechende Offenheitsrate; die Rate des amputationsfreien Überlebens nach drei Jahren ist mit 60 % ebenfalls hoch [8].

Bei Patienten mit kritischer Ischämie sind die kurzfristigen klinischen Ergebnisse der operativen und der interventionellen Therapie gleichwertig [8]. Operative Behandlungen sind mit höherer Morbidität und höheren Kosten verbunden; interventionelle Behandlungen ziehen dagegen häufiger Folgebehandlungen nach sich, zumeist wieder interventioneller Art. Unter Berücksichtigung dieser Vor- und Nachteile sind interventionelle Behandlungen wenn möglich im ersten Schritt zu bevorzugen.

Bei Patienten mit Diabetes mellitus ergeben sich – abgesehen von erhöhten Kon-

trastmittelrisiken – keine Einschränkungen für die Indikationsstellung zur interventionellen Behandlung. Beim diabetischen Fuß mit relevanter Ischämiekomponente ist die Wiederherstellung eines unbehinderten tibialen Zuflusses sogar von besonderer Bedeutung [15, 16].

**Bei Patienten mit kritischer Ischämie ist eine schnelle und ausreichende Revaskularisation unabhängig von den eingesetzten Behandlungstechniken oberstes Ziel. (Konsensusempfehlung)**

**Bei Mehretagenläsionen hat die Beseitigung von Einstromhindernissen Priorität gegenüber der Behandlung nachgeschalteter Läsionen. (Konsensusempfehlung)**

#### Therapeutische Verfahrenswahl in Abhängigkeit von der Angiomorphologie

##### Aortoiliakale Läsionen

Die folgenden Empfehlungen orientieren sich an der TASC II-Klassifikation der Gefäßveränderungen (Tabelle 2). Die interventionelle Therapie ist für Läsionen Typ A die Behandlungsart der Wahl und für Läsionen Typ B die bevorzugte Behandlungsart. Bei Läsionen Typ C sind interventionelle Behandlungen möglich und besonders bei Patienten mit erhöhtem

Tabelle 2: Klassifikation aorto/iliacaler Läsionen nach TASC II [10]; AIC= A. iliaca communis, AIE= A. iliaca externa, AII= A. iliaca interna, AFC= A. femoralis communis

Typ A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• unilaterale oder bilaterale Stenosen der AIC</li> <li>• unilaterale oder bilaterale kurzstreckige (&lt;3 cm) Stenosen der AIE</li> </ul>
Typ B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kurzstreckige Stenosen der infrarenalen Aorta</li> <li>• unilaterale Okklusion der AIC</li> <li>• einzelne oder multiple Stenosen der AIE mit Gesamtlänge von 3-10 cm, die nicht die AFC einbeziehen</li> <li>• unilaterale Okklusion der AIE, die nicht den Abgang der AII oder der AFC einbezieht</li> </ul>
Typ C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bilaterale Okklusion der AIC</li> <li>• bilaterale Stenose der AIE von 3-10 cm Länge, die nicht die AFC einbezieht</li> <li>• unilaterale Stenose der AIE, die die AFC einbezieht</li> <li>• unilaterale Okklusion der AIE, die den Abgang der AII oder der AFC einbezieht</li> <li>• stark kalzifizierte unilaterale Okklusion der AIE mit oder ohne Beteiligung des Abganges der AII und/oder der AFC</li> </ul>
Typ D	<ul style="list-style-type: none"> <li>• infrarenaler Aortenverschluss</li> <li>• diffuse therapiepflichtige Erkrankung, die die Aorta und die Beckenarterien beidseits einbezieht</li> <li>• diffuse multiple unilaterale Stenosen, die AIC, AIE und AFC einbeziehen</li> <li>• unilaterale Okklusion der AIC und der AIE</li> <li>• bilaterale Okklusion der AIE</li> <li>• iliacale Stenosen bei Patienten mit therapiepflichtigem Aneurysma der abdominalen Aorta, welches nicht für die endovaskuläre Behandlung geeignet ist oder andere Läsionen, die eine aortale oder iliacale offene Operation erfordern</li> </ul>

operativem Risiko zu bevorzugen. Von den Läsionen Typ D sind insbesondere jene mit Einbezug der A. femoralis communis, langstreckige Aortenverschlüsse, diffuse langstreckige bilaterale Beckenarterienläsionen sowie Kombinationen iliaca-aler Verschlüsse und aortaler Aneurysmen bevorzugt chirurgisch zu behandeln. Abweichend von den TASC II-Empfehlungen sind interventionelle Behandlungen aber auch möglich bei Typ D-Läsionen mit unilateralen Okklusionen von A. iliaca communis und A. iliaca externa sowie bei bilateralen Okklusionen der A. iliaca externa. Verschlusslängen über 3 cm und Einbezug des Abganges der A. iliaca interna, die nach den TASC II-Empfehlungen als Limitationen der interventionellen Behandlung eingestuft wurden, sind nach Analyse der aktuellen Datenlage für den technischen und klinischen Erfolg der

interventionellen Behandlung unerheblich. Die Fünf-Jahres-Offenheitsraten iliaca-ler Läsionen nach Stent-PTA betragen 82 % und nach aorto-(bi)-femoralem Bypass 85 % [10]. Die Entscheidung zur operativen oder interventionellen Therapie ist im Einzelfall unter Berücksichtigung des Alters, der Komorbiditäten, des daraus resultierenden operativen Risikos für den Patienten sowie der verfügbaren interventionellen wie chirurgischen Expertise abzuwägen.

#### Femoropopliteale Läsionen

Die folgenden Empfehlungen orientieren sich wiederum an der TASC II-Klassifikation der Gefäßveränderungen (Tabelle 3). Die interventionelle Therapie ist Therapie der Wahl bei Läsionen Typ A und B. Bei Läsionen Typ C ist die interventionelle Therapie auch möglich; bei wiederholter

Reokklusion nach Intervention sollte soweit möglich die Indikation zur Bypasschirurgie gestellt werden. Abweichend von den TACS II-Empfehlungen werden Kalzifikationen zwar als technisch erschwere Bedingung eingeordnet, sie verändern jedoch nicht die Indikationsgrenzen. Die Weiterentwicklung interventioneller Instrumente und Behandlungstechniken hat dazu beigetragen, dass auch längerstreckige Läsionen vom Typ C behandelbar sind [17-19]. Die primäre und sekundäre technische und frühe klinische Erfolgsrate liegt bei femoropoplitealen Dilatationen über 95 % [20]. Die Offenheitsrate nach einem Jahr beträgt bei dilatierten Stenosen 77 % und rekanalisierten Verschlüssen 65%; nach drei Jahren sind etwa 50 % und nach fünf Jahren noch 40-50 % der interventionellen Rekonstruktionen offen [10,20].

Bei Läsionen Typ D ist häufig die Bypasschirurgie primär einzusetzen. Bei kompletter Okklusion der A. poplitea und der proximalen Unterschenkelarterien ist prinzipiell ein gefäßchirurgisches Vorgehen zu bevorzugen. Die interventionelle Therapie ist eine mögliche Alternative, sofern eine kritische Ischämie vorliegt und Kontraindikationen gegenüber einer Operation oder ein hohes Operationsrisiko bestehen. Für die Therapiewahl gelten im Einzelfall die gleichen Abwägungen, wie oben zum aortoiliacalen Gefäßsegment angegeben

#### Infrapopliteale Läsionen

Im TASC II-Dokument findet sich keine zu den anderen Gefäßetagen vergleichbare Klassifikation der Läsionen, so dass auch keine differenzierten Empfehlungen zur therapeutischen Verfahrenswahl angegeben wurden. Die kontinuierliche Verbesserung der Kathetertechniken hat zu einer hohen Erfolgsrate von Rekanalisationen der Unterschenkelarterien auch bei längerstreckigen Verschlüssen (>10 cm) im

Tabelle 3: Klassifikation femoropoplitealer Läsionen nach TASC II [10]; AFC= A. femoralis communis, AFS= A. femoralis superficialis

Typ A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• singuläre Stenose von max. 10 cm Länge</li> <li>• singuläre Okklusion von max. 5 cm Länge</li> </ul>
Typ B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• multiple Stenosen oder Okklusionen von je max. 5 cm Länge</li> <li>• singuläre Stenose oder Okklusion von max. 15 cm Länge, die nicht die infragenikuläre A. poplitea einbezieht</li> <li>• singuläre oder multiple Läsionen bei verschlossenen proximalen Unterschenkelarterien zur Verbesserung des Einstromes in einen distalen Bypass (distal origin bypass)</li> <li>• stark kalzifizierte Okklusionen von max. 5 cm Länge</li> <li>• singuläre Stenose der A. poplitea</li> </ul>
Typ C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiple Stenosen oder Okklusionen mit Gesamtlänge von max. 15 cm mit oder ohne starke Verkalkungen</li> <li>• Restenosen oder Reokklusionen, die nach zwei endovaskulären Behandlungen einer erneuten Therapie bedürfen</li> </ul>
Typ D	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chronische komplette Okklusionen der AFC oder AFS von &gt;20 cm Länge, die die A. poplitea einbeziehen</li> <li>• Chronische komplette Okklusionen der A. poplitea und der proximalen Gefäße der Trifurkation</li> </ul>

Stadium der kritischen Ischämie geführt [21-23]. Kurzstreckige Läsionen (<2 cm) sind hervorragend interventionell behandelbar, Läsionen bis 10 cm Länge lassen sich ebenfalls gut rekanalisieren. Läsionen > 10 cm Länge und komplexe Verschlüsse unter Einbeziehung der Trifurcation sind schwieriger interventionell behandelbar. Aber auch hier hat die Weiterentwicklung retrograder Rekanalisationstechniken zur Verbesserung technischer und klinischer Erfolgsraten beigetragen.

### Stellenwert der Stentangioplastie

An den Beckenarterien ist die Stentimplantation hinsichtlich der Restenoserate wesentlich unkritischer als an femoropoplitealen und cruralen Gefäßen.

**Eine zusätzliche Stentimplantation nach PTA ist im Bereich der Beckenarterien indiziert, wenn das Ergebnis der PTA suboptimal ist oder verfehlt wurde (persistierende Reststenose >50 %, Recoiling, flusslimitierende Dissektion). (A,1)**

**Eine primäre Stentimplantation ist als**

**initiale Therapie für die Beckenarterien bei Stenosen und Okklusionen der A. iliaca communis zu empfehlen. (A,1)**  
**Eine primäre Stentimplantation ist effektiv bei Stenosen und Okklusionen der A. iliaca externa. (A,2)**

Eine zusätzliche Stent-PTA ist von Nutzen in der **A. femoralis superficialis** und im proximalen Poplitea-Segment bei unzureichendem angiomorphologischem Ergebnis (Reststenose >50 %, flusslimitierende Dissektion nach prolongierter Dilatation) [19,25,26].

Es gibt weiterhin zunehmend Evidenz, dass bei langstreckigen (>8 cm) femoropoplitealen (Poplitea-Segment 1) Verschlüssen mittels primärer Implantation selbstexpandierender Nitinolstents bessere angiomorphologische und klinische Ergebnisse erzielt werden [19,24]. Bei Notwendigkeit langstreckiger Stentversorgungen ist die Implantation eines langen Stents der mehrerer überlappend platzierter Stents vorzuziehen.

Die Implantation von Stents in **gelenküberschreitende Bewegungs-Segmente** der Arterien ist problematisch und mit einem hohen Verschlussrisiko behaftet [27]. Dies betrifft die A. femoralis communis und das erste und zweite Segment der A. poplitea. Die distale Poplitealarterie ist kein Bewegungssegment. Stentfrakturen sind in Bewegungssegmenten klinisch häufig [28]. Die Bedeutung der Stentfrakturen ist noch nicht abschließend geklärt; sie sollen zu einer erhöhten Verschlussrate führen [29]. Eine weitere wichtige Limitation ist die Beachtung von Gefäßsegmenten, die zur Bypassanastomosierung verwendet werden. Wenn diese Gefäße primär unverschlossen sind, sollte auch hier kein Stent implantiert werden, sofern bypasschirurgische Therapieoptionen offen gehalten werden sollen. Dies betrifft wiederum die A. femoralis communis, das (stenosefreie) erste und dritte Segment der A. poplitea, stenosefreie Segmente der Unterschenkelarterien, die A. dorsalis pedis sowie die Tarsal- und Plantararterien.

Bei der Rekanalisation **cruraler** Arterien werden mittels alleiniger Ballonangioplastie gute technische und klinische Ergebnisse erzielt, wie oben im Abschnitt zur kritischen Ischämie dargestellt [14,15,22]. Stentimplantationen gewinnen zunehmend Bedeutung, um unzureichende PTA-Ergebnisse (Reststenose, flusslimitierende Dissektion) zu korrigieren (sog. „bail-out Stenting“) und die notwendige Revaskularisation bei kritischer Ischämie zu erzwingen. Es empfiehlt sich in diesen Situationen vor Beginn der Intervention im interdisziplinären Dialog Indikation und Möglichkeiten der operativen Bypassversorgung zu prüfen. Bestehen Optionen zur Bypassversorgung, dürfen die entsprechenden Anschluss-Segmente der Arterien nicht mit Stents überbrückt werden; sind dagegen keine gefäßchirurg-

gischen Optionen vorhanden, hat die erfolgreiche Revaskularisation, wenn notwendig auch mittels Stentimplantation Vorrang. Der Stellenwert der Stentimplantation in Unterschenkelarterien ist bislang noch unzureichend geklärt.

### Neue rekanalisierende Verfahren

Die Bedeutung neuer Atherektomie-Systeme, weiterentwickelter Laserablatoren, medikamenten-beschichteter Ballons und Stents, sowie von Stentsgrafts und der endovaskulären Brachytherapie und Cryotherapie für die Erzielung langfristiger Behandlungserfolge bei Patienten mit PAVK ist derzeit offen. Für eine Empfehlung zum generellen Einsatz sind umfangreichere und längerfristige Studien erforderlich.

### Chirurgische Therapie

Bei Patienten mit **Claudicatio intermittens** (CI) sollen arterielle Rekonstruktionen ein vernünftiger, stadiengerechter Kompromiss zwischen Aufwand, Risiko, Ergebnis und Nachhaltigkeit sein.

**Rekonstruktive Verfahren bei Claudicatio sollten erst bei Patienten mit starken Beschwerden, hohem Leidensdruck, individueller Notwendigkeit einer langen Gehstrecke, oder bei ausdrücklicher Präferenz des Patienten zum Einsatz kommen. (Konsensusempfehlung)**

Bei Verschlüssen oder Stenosen in der Beckenetape, die nicht interventionell behandelbar sind, bei Femoralisgabelläsionen und Profundaabgangsstenosen mit gleichzeitigem Verschluss der A. femoralis superficialis ist kein ausreichender Erfolg eines strukturierten Gehtrainings zu erwarten. Bei niedrigem oder mittlerem individuellem Operationsrisiko sollte bei diesen Patienten ein gefäßrekonstruktiver Eingriff vorgenommen werden, um Gehtraining zu ermöglichen.

Primäre Ziele der Revaskularisation bei Patienten mit **kritischer Ischämie** sind die Vermeidung von Majoramputationen, die Abheilung von Fußläsionen oder Amputationswunden, die Wiederherstellung der Gehfähigkeit sowie die Reintegration des

Patienten in sein häusliches Umfeld. In der bislang einzigen großen prospektiv randomisierten Studie zum Vergleich zwischen interventioneller und operativer Therapie (BASIL-Studie [8]) ergab sich nach sechs Monaten kein Unterschied hinsichtlich des amputationsfreien Überlebens; nach einem Jahr waren die klinischen Ergebnisse ebenfalls vergleichbar, die kumulativen Behandlungskosten waren für initial operierte Patienten aber höher. Im Langzeitverlauf profitierten die Patienten mehr von operativen Verfahren. Je gravierender die Lebenserwartung infolge von Komorbidität eingeschränkt ist, umso eher sind interventionelle Therapien zu bevorzugen. Bei Patienten mit und ohne Diabetes mellitus unterscheiden sich die chirurgischen Therapieoptionen nicht voneinander.

**Vor einer Amputation bei PAVK sollten alle Möglichkeiten der Revaskularisation genutzt werden. Bei der Entscheidung zur Amputation und bei der Wahl der Amputationsebene sollten die Aussichten für die Heilung, Rehabilitation und die Wiederherstellung der Lebensqualität berücksichtigt werden. (B,3)**

**Aortoiliacale Läsionen** mit infrarenalem Aortenverschluss und bilateralen iliacaen diffusen Stenosen und Okklusionen vom Typ D der TASC II-Klassifikation sind eine Indikation für aorto-bifemorale Y-Prothesen. Bei einseitigen Prozessen kommen unilaterale aorto-/iliaco-femorale Bypasses oder bei Patienten mit erhöhtem Operationsrisiko femoro-femorale („cross-over“)-Bypasses in Betracht. Y-Bypasses haben eine Zehn-Jahres-Offenheitsrate von 70-80 % und cross-over-Bypasses eine Fünf-Jahres-Offenheitsrate von 70 % [10,30]. Für isolierte Verschlussprozesse der Fe-

## I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

### Strukturierte Kinder- und Jugendmedizin

#### **Vaskulitis und Thromboseneigung im Kindesalter**

**Samstag, 20. Feb. 2010**

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau M. Turano, Akademie,

Fon: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)

**Weiterer Termin 2010: 24. Apr.**

### 7. Kasseler Gesundheitstage

In Kooperation mit der Akademie der Landesärztekammer Hessen

**Freitag, 19. – Samstag, 20. März 2010**

**Programmübersicht:**

**Freitag, 19. März 2010, 10:00 – 18:30 Uhr**

**Gesellschaftssaal:** Warum leben Frauen länger?; Fit & gesund durch Ernährung & Bewegung; Was kann auf Reisen passieren? Wer kann was & wo tun?; Von der Ente zum Schwan?; Was tun, wenn rasche Hilfe geboten ist?; Darmkrebs ist tödlich – Darmkrebs ist vermeidbar durch gesunde Ernährung, körperliche Bewegung und Vorsorge-Spiegelungen.

**Rosensaal:** Fortbildungsseminar für Medizinische Fachangestellte, Assistenz- & Pflegeberufe; SAPV – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung: Indikation, Verordnung und Kooperation; Wenn das Immunsystem kippt.

**Aschrottsaal:** Zappelphilipp & Co (ADHS); Alter und Demenz

**Konferenzsaal:** Asthma und COPD; Bluthochdruck (Hypertonie)

**Bankettsaal Süd:** Wenn der Darm meutert; Wenn die Hexe schießt.

**Samstag 20. März, 10:00 Uhr – 17:00 Uhr**

**Gesellschaftssaal:** Gesundheit am Arbeitsplatz; Ärztemangel – Was tun?; Sicherstellung flächendeckender & bedarfsgerechter Krankenversorgung.

**Rosensaal:** Krebsmedizin I: Neue medizinische Erkenntnisse; Krebsmedizin II: Mit der Krebskrankheit leben; Apallisches Syndrom – Hirntod – Scheintod – Tod: Die Konzepte und Diskussionen

**Aschrottsaal:** DMP-Seminar Diabetes Typ II; Wenn der Schmerz chronisch wird; Die Borderlinestörung erkennen und behandeln.

**Bankettsaal Süd:** Gesunde Kinder; Wirbelsäule und große Gelenke; Wenn neues Leben entsteht.

**Konferenzsaal:** Neues zur Diagnostik und Therapie der Depression.

**Leitung:** Prof. Dr. med. H. Melchior, Kassel

**Teilnahmebeitrag:** kostenfrei

**Tagungsort:** Kassel,

Kongress Palais Kassel – Stadthalle, Friedrich-Ebert-Straße 152

**Information und Anmeldung:** Regionalmanagement Nordhessen GmbH, Ständeplatz 13, 34117 Kassel, Fon: 0561 97062-20,

Online: [www.regionnordhessen.de](http://www.regionnordhessen.de)

### „FIND ID“ – Kompetenznetzwerk Angeborene Immundefekte

Eine Zusammenarbeit des Kompetenznetzwerks Angeborene Immundefekte und der Akademie der LÄKH.

**Primäre Immundefekte im Kindes- und Erwachsenenalter** 4 P

**Samstag, 20. Feb. 2010, 14:00 – 17:00 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. V. Wahn, Berlin

**Teilnahmebeitrag:** kostenfrei

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau H. Brinkmann, FIND ID,

Fon: 06104 6698-11, Fax: -19, E-Mail: [hd@ballcom.de](mailto:hd@ballcom.de)

### Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie

**Burnout bei Ärzten – Betroffen sein und offen für Hilfe** 7 P

**Themen:** (s. HÄBL. 01/10)

*Siehe Seite 84*

**Samstag, 06. Feb. 2010, 09:30 – 15:30 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. Schüler-Schneider, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 75 (Akademiemitgl. kostenfrei)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: -220,

E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

### 8. Internationale Kasseler Fortbildung Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung

In Kooperation mit: Akademie der Landesärztekammer Hessen, AG Kinderschutz in der Medizin, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendärzte, Kooperationsarbeitskreis sexueller Missbrauch Kassel, Kinderklinik & Kinderschutzambulanz des Klinikum Kassel.

**Freitag, 05. – Samstag, 06. März 2010**

17 P

**Leitung:** Dr. med. B. Hermann, Kassel

**Tagungsort:** Kassel,

Hörsaal Klinikum, Mönchebergstr. 48e, Gebäude 48

**Information und Anmeldung:** DGfPI e.V. Geschäftsstelle,

Mendelssohnstr. 17, 40233 Düsseldorf, Fon: 0211 87514-024,

Fax: 0211 87514-025, E-Mail: [Info@dgfpi.de](mailto:Info@dgfpi.de),

Online: [www.dgfpi.de](http://www.dgfpi.de) [www.kindesmisshandlung.de](http://www.kindesmisshandlung.de)

### 18. Bad Nauheimer Symposium der Klinischen Hämostaseologie

**Krebskrankheit und Blutgerinnung** 7 P

Gemeinschaftsveranstaltung der Fachgebiete Innere Medizin und Klinische Pharmakologie – eine interaktive interdisziplinäre Veranstaltung mit Falldemonstrationen.

**Samstag, 13. März 2010, 09:00 s.t. – 15:00 Uhr**

**Programmübersicht:**

**Vormittagssitzung:** „Krebskrankheit und Thrombose“

Mechanismen der Thrombusbildung bei Tumorerkrankungen; D-Dimere – hilfreich zur Beurteilung der Krankheitsaktivität?; Pharmakologische Interaktionen von Antikoagulanzen und Thrombozytenfunktionshemmer; Therapie der Thrombose mit Antikoagulanzen.

**Nachmittagssitzung:** „Krebskrankheit und andere Risiken“

Thrombozytose – Differentialdiagnose und Konsequenzen; Hämatologische Komplikationen bei Tumorerkrankungen; Onkologische Notfallsituationen.

**Leitung:** Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Frankfurt a. M.

Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt a. M.

Prof. Dr. med. E. Jäger, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 75 (Akademiemitgl. kostenfrei)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau C. Ittner, Akademie,

Fon: 06032 782-223, Fax: -228, E-Mail: [christina.ittner@laekh.de](mailto:christina.ittner@laekh.de)



## ÖGW & Hygiene und Umwelt

### Flughafenbetrieb und gesunde Anwohner – geht das zusammen?

**Samstag, 13. März 2010, 10:00 – 15:00 Uhr**

**Themen:** Auswirkungen von Fluglärm auf die Gesundheit von Erwachsenen – Studienlage; Keine ruhige Nacht – Nachtfluglärm und Auswirkungen auf den Schlaf; Belastung, Belästigung und Sensibilität: Was macht der Fluglärm in der Rhein-Main-Region?; Was ist zu tun? Der Frankfurter Lärmindex als ein Lösungsweg.

**Leitung:** PD Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt  
Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen

**Teilnahmebeitrag:** € 50 (Akademiestmitgl. kostenfrei)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau C. Cordes, Akademie,

Fon: 06032 782-287, Fax: -220, E-Mail: [claudia.cordes@laekh.de](mailto:claudia.cordes@laekh.de)

## 5. Fachtagung „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen“

Veranstaltung in Zusammenarbeit mit LAG Hospize, HAGE und Arbeitsbereich KASA.

**Qualifizierung – Ziel: Wie kann eine gemeinsame, fachübergreifende Fortbildung aussehen?**

7 P

**Themen:** (s. HÄBl 01/10)

**Mittwoch, 21. Apr. 2010, 10:30 – 17:30 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim

**Teilnahmebeitrag:** € 15 inkl. Getränke und Mittagsimbiss

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau J. Schad, Akademie,

Fon: 06032 782-222, Fax: -228, E-Mail: [juliane.schad@laekh.de](mailto:juliane.schad@laekh.de)

## Repetitorium Allgemeinmedizin

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

16 P

**Samstag, 19. – Sonntag, 20. Juni 2010, jeweils 09:00 – 16:30 Uhr**

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

**Teilnahmebeitrag:** € 260 (Akademiestmitgl. € 234)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

## 22. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

(s. HÄBl. 1/2010)

55 P

**Montag, 22. – Freitag, 26. März 2010, jeweils 08:30 – 17:30 Uhr**

**Leitung:** PD Dr. Dr. med. T. O. Hirche, Wiesbaden  
Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 550 (Akademiestmitgl. € 495)

**Tagungsort:** Frankfurt a. M., Universitätsklinikum Seminarraum der Pneumologie, Haus 15 B, 4. Stock

**Auskunft und Anmeldung:** Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: -220,

E-Mail: [veronika.wolfinger@laekh.de](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)

## Aktuelle Diabetologie

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

**Mittwoch, 24. März 2010, 15:00 – 20:00 Uhr**

6 P

Teil 5: Herz, Blutdruck und Gefäße / Teil 6: Auge, Niere, Fuß

**Leitung:** Dr. med. M. B. Braun, Schlüchtern (Teil 5)  
Dr. med. M. Eckhard, Gießen (Teil 6)

**Teilnahmebeitrag:** kostenfrei

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

**Weitere Termine 2010: 30. Juni, 29. Sep., 01. Dez.**

## HIV – Update 2010 –

### Was ich schon immer über HIV wissen wollte

**Mittwoch, 19. Mai 2010, 16:00 – 20:00 Uhr**

**Teilnahmebeitrag:** € 50 (Akademiestmitgl. kostenfrei)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau C. Cordes, Akademie,

Fon: 06032 782-287, Fax: -220, E-Mail: [claudia.cordes@laekh.de](mailto:claudia.cordes@laekh.de)

## Repetitorium Innere Medizin 2010

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

insg. 51 P

**Montag, 19. – Samstag, 24. Apr. 2010**

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

**Teilnahmebeitrag insg.:** € 495 (Akademiestmitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 445)

**Einzelbuchung pro Tag:** € 150 (Akademiestmitgl. 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,

Fon: 06032 782-227, Fax: -229 E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

## Interventionen an Becken- und Beingefäßen (Simulatortraining)

**Themen:** Grundl. Techniken und Material für Katheterinterventionen; Becken-Bein PTA und Stenting: Studien und Ergebnisse; Techniken der Sondierung von Nierenarterien und supraaortalen Ästen; Intraoperative PTA und Stenting: Tipps und Tricks; Übungen am Simulator: Becken, Nieren, Carotis.

**Mittwoch, 03. März 2010, 08:30 – 17:30 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. T. Umscheid, Bad Nauheim

**Teilnahmebeitrag:** € 220 (Akademiestmitgl. € 198)

**max. Teilnehmerzahl:** 6

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau M. Turano, Akademie,

Fon: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)

**Weitere Termine 2010: 25. Aug., 06. Okt.**



## II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

### Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Stunden)

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

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

<b>Freitag, 26. Feb. – Sonntag, 28. Feb. 2010</b>	<b>B1-B3</b>
<b>Freitag, 26. März – Sonntag, 28. März 2010</b>	<b>C1-C3</b>
<b>Freitag, 30. Apr. – Sonntag, 02. Mai 2010</b>	<b>D1-D3</b>
<b>Freitag, 14. Mai – Sonntag, 16. Mai 2010</b>	<b>E1-E3</b>
<b>Freitag, 18. Juni – Sonntag, 20. Juni 2010</b>	<b>A1-A3</b>
<b>Freitag, 10. Sep. – Sonntag, 12. Sep. 2010</b>	<b>B1-B3</b>
<b>Freitag, 01. Okt. – Sonntag, 03. Okt. 2010</b>	<b>C1-C3</b>
<b>Freitag, 05. Nov. – Sonntag, 07. Nov. 2010</b>	<b>D1-D3</b>
<b>Freitag, 04. Dez. – Samstag, 05. Dez. 2010</b>	<b>E1-E2</b>
<b>und Samstag, 11. Dez. 2010</b>	

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

<b>Samstag, 06. März – Sonntag, 07. März 2010</b>	<b>G15-G16</b>
<b>Samstag, 15. Mai – Sonntag, 16. Mai 2010</b>	<b>G15-G16</b>
<b>Samstag, 11. Sep. – Sonntag, 12. Sep. 2010</b>	<b>G17-G18</b>
<b>Samstag, 06. Nov. – Sonntag, 07. Nov. 2010</b>	<b>G19-G20</b>

**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,

Fon: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)

oder Frau A. Bauß, Deutsche Ärztesellschaft für Akupunktur e.V.

Fon: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: [bauss@daegfa.de](mailto:bauss@daegfa.de)

### Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden  
Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Kurs C1 **06. Feb. 2010** **8 Std.** **8 P**

Psychosomatische Grundversorgung unter speziellen Gesichtspunkten der Allgemeinmedizin – verbale Interventionstechniken

Kurs C2 **24. Apr. 2010** **6 Std.** **6 P**

Psychosomatische Grundversorgung unter Berücksichtigung der spezifischen Probleme des alten Menschen – verbale Interventionstechniken

Kurs A **11./12. Juni 2010** **20 Std.** **20 P**

Psychosomatische Grundversorgung – Theorie

Kurs B **10./11. Sep. 2010** **20 Std.** **20 P**

Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken  
+ Balintgruppe (extern zu besuchen) **30 Std.**

#### Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 16 Kurs A wird anerkannt

Psychosomatische Grundversorgung – Theorie

Block 17 Kurs B wird anerkannt

Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken

**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,

Fon: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

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

Aufbaukurs B1 **Samstag, 27. Feb. – Samstag, 06. März 2010**

Aufbaukurs C1 **Samstag, 17. Apr. – Samstag, 24. Apr. 2010**

Grundkurs A2 **Samstag, 11. Sep. – Samstag, 18. Sep. 2010**

Aufbaukurs B2 **Samstag, 30. Okt. – Samstag, 06. Nov. 2010**

Aufbaukurs C2 **Samstag, 27. Nov. – Samstag, 04. Dez. 2010**

**Leitung:** Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz / Dr. med. D. Kobosil

**Teilnahmebeitrag pro Kursteil:** € 490 (Akademiemitgl. € 441)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau L. Stieler, Akademie,

Fon: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: [luise.stieler@laekh.de](mailto:luise.stieler@laekh.de)

### Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul I: **Freitag, 26. – Samstag, 27. März 2010** **12 P**

Modul II: **Freitag, 28. – Samstag, 29. Mai 2010** **12 P**

Modul III: **Freitag, 02. – Samstag, 03. Juli 2010** **16 P**

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

**Teilnahmebeitrag:** € 500, (Akademiemitgl. € 450)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau L. Stieler, Akademie,

Fon: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: [luise.stieler@laekh.de](mailto:luise.stieler@laekh.de)

### Didaktik

#### Moderatorentaining **20 P**

In Zusammenarbeit mit der Münsterfeld-Akademie.

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

**Freitag, 12. März – Samstag, 13. März 2010, Bad Nauheim**

**Freitag, 30. Apr. – Samstag, 01. Mai 2010, Fulda**

**Freitag, 01. Okt. – Samstag, 02. Okt. 2010, Bad Nauheim**

**Freitag, 12. Nov. – Samstag, 13. Nov. 2010, Fulda**

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

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

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

**Bad Nauheim:** Prof. Dr. rer. nat. H. Haid, Konstanz

#### Rhetorik **17 P**

Effektives Kommunizieren im ärztlichen Umfeld (s. HÄBl. 12/09)

**Freitag, 12. Feb. 2010, 16:00 – 20:00 Uhr**

**Samstag, 13. Feb. 2010, 09:00 – 17:00 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. Dr. sc. hum. Kai Witzel

**Teilnahmebeitrag:** € 360 (Akademiemitgl. € 324)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: -220,

E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)





### Ernährungsmedizin (100 Std.)

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer) **insg. 100 P**

Teil I **Freitag, 19. – Samstag, 20. März 2010**

Teil II **Freitag, 16. – Samstag, 17. Apr. 2010**

Teil III **Freitag, 07. – Samstag, 08. Mai 2010**

Teil IV **Freitag, 28. – Samstag, 29. Mai 2010**

Teil V **Freitag, 25. – Samstag, 26. Juni 2010**

Hospitation Mittwoch, 30. Juni/Freitag, 02. u. Samstag, 03. Juli o. nach Absprache

Klausur nach Absprache, 2. Augsthälfte

**Leitung:** Prof. Dr. med. Michael Krawinkel, Gießen  
Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. Jürgen Stein, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 1.250 (Akademiemitgl. € 1.125)

**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,

Fon: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

### Hämotherapie

**Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie** **40 P**

In Kooperation mit der Akademie für ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz.

**Freitag, 07. Mai – Samstag, 08. Mai 2010 und**

**Freitag, 11. Juni – Sonntag, 13. Juni 2010**

**Teilnahmebeitrag:** pro Tag € 150 (Akademiemitgl. € 135)

inkl. Verpflegung

**Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter** **16 P**

**Freitag, 11. Juni – Samstag, 12. Juni 2010 (16 Std.)**

**Teilnahmebeitrag:** € 340 (Akademiemitgl. € 306)

**Leitung:** Prof. Dr. med. V. Kretschmer, Rostock  
Dr. med. R. Kaiser, Frankfurt a. M.

**Tagungsort: Bad Nauheim,**

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: -220, E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto: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,

Fon: 06032 782-209, Fax: -220, E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)

### Prüfartz in klinischen Studien

**Freitag, 28. – Samstag, 29. Mai 2010**

**Leitung:** Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 440 (Akademiemitgl. € 396)

**Tagungsort: Bad Nauheim**

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

### Notfallmedizinische Fortbildung

**Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD** **27 P**

**Freitag, 05. – Sonntag, 07. März 2010**

**Freitag, 08. – Sonntag, 10. Okt. 2010**

**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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: -220,

E-Mail: [veronika.wolfinger@laekh.de](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)

**Marburger Kompaktkurs**

**„Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“:** **80 P**

Kursteile A–D gem. den Richtlinien der BÄK (80 Std.)

In Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Notfallmedizin des Uniklinikums Gießen/Marburg und dem DRK Rettungsdienst Mittelhessen.

**Freitag, 12. März – Samstag, 20. März 2010**

**Leitung:** Dr. med. C. Kill, Marburg

**Tagungsort: Marburg,** Universitätsklinikum Gießen – Marburg, Hörsaalgebäude 3, Conradstr.

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

**Auskunft und Anmeldung:** DRK Rettungsdienst Mittelhessen,

Bildungszentrum: Frau E. Geßner, Postfach 1720, 35007 Marburg,

Fon: 06421 950-220, Fax: -225, E-Mail: [info@bz-marburg.de](mailto:info@bz-marburg.de)

### Curriculum Organspende

(insg. 40 Std.)

Für Transplantationsbeauftragte und andere interessierte Ärzte/innen im Krankenhaus sowie Leitende Pflegekräfte.

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) und der Kommission „Transplantation und Organspende“ der Landesärztekammer Hessen.

**Donnerstag, 06. – Freitag, 07. Mai 2010 (16 Std.)**

Die DSO unterstützt die Organisation des praktischen Teils.

**Tagungsort:** Schloss Rauschholzhausen,

Ferdinand-von-Stumm-Str., Ebsdorfergrund-Rauschholzhausen

**Termine für das Kriseninterventionsseminar (8 Std.):**

**30. Juni 2010 / 25. Aug. 2010**

**Tagungsort: Bad Nauheim,**

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

**Leitung:** Prof. Dr. med. Bechstein, Frankfurt am Main

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: -220,

E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

### Sozialmedizin

(insg. 320 Std.)

GK I **Mittwoch, 14. Apr. – Freitag, 23. Apr. 2010** **80 P**

GK II **Mittwoch, 29. Sep. – Freitag, 08. Okt. 2010** **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,

Fon: 06032 782-287, Fax: -220, E-Mail: [claudia.cordes@laekh.de](mailto:claudia.cordes@laekh.de)



**Palliativmedizin**

Fallseminar Modul III	<b>15. – 19. März 2010</b> € 700 (Akademiemitgl. € 630)	<b>40 P</b>
Aufbaukurs Modul I	<b>11. – 15. Mai 2010</b> € 600 (Akademiemitgl. € 540)	<b>40 P</b>
Aufbaukurs Modul II	<b>23. – 27. Juni 2010</b> € 600 (Akademiemitgl. € 540)	<b>40 P</b>
Fallseminar Modul III	<b>08. – 12. Nov. 2010</b> € 700 (Akademiemitgl. € 630)	<b>40 P</b>
Basiskurs	<b>30. Nov. – 04. Dez. 2010</b> € 600 (Akademiemitgl. € 540)	<b>40 P</b>

**Tagungsort: Bad Nauheim,**

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

Aufbaukurs Modul II	<b>21. – 25. Apr. 2010</b> € 600 (Akademiemitgl. € 540)	<b>40 P</b>
---------------------	--	-------------

**Tagungsort: Solms-Oberbiel, Kloster Altenberg**

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau V. Wolfinger, Akademie,  
Fon: 06032 782-202, Fax: -220,  
E-Mail: [veronika.wolfiger@laekh.de](mailto:veronika.wolfiger@laekh.de)

**Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)**
**16. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung**

(s. HÄBL. 1/2010)

**II. 19. Feb. – 21. Feb. 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)**

**A.** Atemwegserkrankungen; chronische Schmerzerkrankungen; Verläufe; Balintgruppenarbeit.

**B.** Bewegung und Symbol der Arzt-Patient-Beziehung; Chronifizierungspotential und salutogenetisches Potential. Dokumentationsanleitung entsprechend dem Bewegenden Seminar; Seelische Entwicklung II; Symptomentwicklung aus psychosomatischer Sicht und die Bedeutungen des Symbols.

**III. 16. Apr. – 18. Apr. 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)**
**IV. 28. Mai – 30. Mai 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)**
**V. 27. Aug. – 29. Aug. 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)**
**VI. 19. Nov. – 21. Nov. 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)**

**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)

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: -220,

 E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)
**33. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2010**
**Theorie und Praxis:** (s. HÄBL. 1/2010)

**Block 1: Freitag, 05. – Sonntag, 07. Feb. 2010**
**Block 2: Freitag, 09. – Sonntag, 11. Apr. 2010**
**Block 3: Freitag, 23. – Sonntag, 25. Juli 2010**
**Block 4: Sonntag, 11. Sep. 2010**

jeweils von 09:15 bis 19:00 Uhr

**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

Fon: 0611 3411-675 und -674, Fax: 0611 3411-676

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

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

**32 P**
**Freitag, 03. Sep. – Samstag, 04. Sep. 2010 und  
Freitag, 01. Okt. – Samstag, 02. 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](mailto:renate.hessler@laekh.de)
**Ärztliches Qualitätsmanagement**

Dieser Kurs wird gem. dem Curriculum der BÄK in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung angeboten.

Er umfasst insgesamt 200 Fortbildungsstunden und erfüllt die Voraussetzungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gem. der Weiterbildungsordnung der LÄKH. Der Kurs besteht aus drei Präsenzphasen und Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative/Heimarbeit zu bearbeiten ist.

Telearnphase: voraussichtlich ab Mitte Juli 2010

 Block I **Montag, 19. Apr. – Freitag, 23. Apr. 2010**

 Block II **Freitag, 28. Mai – Sonntag, 30. Mai 2010 und**
**Freitag, 17. Sep. – Sonntag, 19. Sep. 2010**

 Block III **Montag, 08. Nov. – Freitag, 12. Nov. 2010**
**Leitung:** Dr. med. H. Herholz / Dr. med. R. Kaiser, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** auf Anfrage

**Tagungsort: Bad Nauheim,**

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau H. Cichon, Akademie,

 Fon: 06032 782-209, Fax: -220, E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)
**Spezielle Schmerztherapie**

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

**Block A 06./07. März 2010 in Bad Nauheim** **20 P**

Grundwissen über Pathogenese, Diagnostik und Therapie; Psychische Störungen mit Leitsymptom Schmerz und psychosomatische Wechselwirkungen bei chronischen Schmerzzuständen.

**Leitung:** Dr. med. K. Böhme, Kassel

**Block D 08./09. Mai 2010 in Bad Nauheim** **20 P**

Muskuloskeletale Schmerzen; Rückenschmerz; Schulter-Nackenschmerz; Muskelschmerz, weit verbreitete Schmerzen (engl. Syn.: widespread pain), Fibromyalgie; Gelenkerkrankungen.

**Leitung:** Prof. Dr. med. P. M. Osswald, Frankfurt a. M.

**Block C 11./12. Sep. 2010 in 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 06./07. Nov. 2010 in 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,

 Fon: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)


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

**Samstag, 20. März 2010, 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, Fon: 06032 782-203, Fax: -228, E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

### Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

**Kenntniskurs (theoretische u. praktische Unterweisung)**  
**Sonntag, 21. Feb. 2010**  
 theoret. Unterw. ab 09:00 Uhr; prakt. Unterw. ab 13:15 Uhr  
 (Die Teilnehmerzahl ist auf 36 begrenzt. Auch einzeln buchbar!)  
**Teilnahmebeitrag:** € 140 (Akademiemitgl. € 126)  
**Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde gem RöV**  
**Samstag, 10. Apr. 2010, 9:00 bis 16:15 Uhr**  
**Teilnahmebeitrag:** € 120 (Akademiemitgl. € 108)  
**Spezialkurs Computertomografie**  
**Samstag, 11. Sep. 2010, vormittags**  
**Spezialkurs Interventionsradiologie**  
**Samstag, 11. Sep. 2010, nachmittags**  
**Teilnahmebeitrag:** € 100 (Akademiemitgl. € 90)  
**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. Hiltcher, Akademie, Fon: 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: [edda.hiltcher@laekh.de](mailto:edda.hiltcher@laekh.de)  
**Weitere Termine in Planung!**

### Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)

In Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz.  
 Die Module sind inhaltlich so konzipiert, dass z. B. Modul I in Hessen Modul I in Rheinland-Pfalz entspricht.  
**Frühjahr 2010 Hessen**  
 Modul I: **Freitag, 12. Feb. – Samstag, 13. Feb. 2010** **10 P**  
 Modul II: **Freitag, 26. Feb. – Samstag, 27. Feb. 2010** **14 P**  
 Modul III/IV: **Freitag, 12. März – Samstag, 13. März 2010** **12 P**  
 Modul V: **Freitag, 16. Apr. – Samstag, 17. Apr. 2010** **14 P**  
**Teilnahmebeitrag pro Wochenende:** € 165 (pro Kurs € 660)  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau K. Baumann, Akademie, Fon: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: [katja.baumann@laekh.de](mailto:katja.baumann@laekh.de)  
**Herbst 2010 Rheinland-Pfalz**  
**Auskunft:** Frau B. Kröhler, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz, Fon: 06131 28438-15, Fax: -10, E-Mail: [kroehler@arztkolleg.de](mailto:kroehler@arztkolleg.de)

### Verkehrsmedizinische Qualifikation

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)  
**Freitag, 25. Juni – Samstag, 26. Juni 2010** **16 P**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.  
**Teilnahmebeitrag:** € 250 (Akademiemitgl. € 225)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7,  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau R. Heßler Akademie, Fon: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

### Ultraschallkurse

**Abdomen**  
**Leitung:** Dr. med. J. Bönhof, Prof. Dr. med. C. Dietrich, Dr. med. H. Sattler, Dr. med. W. Stelzel  
**Aufbaukurs** **40 P**  
**Samstag, 13. und Sonntag, 21. März 2010 (Theorie)**  
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)  
 € 440 (Akademiemitgl. € 396)  
**Abschlusskurs** **29 P**  
**Samstag, 06. Nov. 2010 (Theorie)**  
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)  
 € 250 (Akademiemitgl. € 225)  
**Gefäße**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. J. Bönhof  
**Interdisziplinärer Grundkurs** **29 P**  
**Donnerstag, 11. – Freitag, 12. Feb. 2010 (Theorie)**  
**Samstag, 13. Feb. 2010 (Praktikum)**  
 € 440 (Akademiemitgl. € 396)  
**Aufbaukurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße)** **25 P**  
**Donnerstag, 24. – Freitag, 25. Juni 2010 (Theorie)**  
**Samstag, 26. Juni 2010 (Praktikum)**  
 € 380 (Akademiemitgl. € 342)  
**Abschlusskurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße)** **20 P**  
**Freitag, 26. – Samstag, 27. Nov. 2010 (Theorie + Praktikum)**  
 € 320 (Akademiemitgl. € 288)  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau M. Jost, Fon: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: [marianne.jost@laekh.de](mailto: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, Fon: 06032 782-204, E-Mail: [cornelia.thriene@laekh.de](mailto: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 Redžić, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-230, Fax: 06032 782-250, E-Mail: [mirjana.redzic@laekh.de](mailto: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](mailto:ingrid.krahe@laekh.de)  
 Wir bitten um Ihr Verständnis, dass das Ausstellen einige Wochen in Anspruch nehmen kann.





## Prüfungsvorbereitungskurse

### **Betriebsorganisation – Verwaltung (PVK 6)**

**Inhalte:** Rechnungswesen, Zahlungsverkehr, Praxisorganisation  
**Termin:** Samstag, 20.02.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)  
**Teilnahmegebühr:** € 75

### **Wirtschaft und Sozialkunde (PVK 7)**

**Inhalte:** Arbeitsrecht, Vertragsrecht, Steuern  
**Termin:** Samstag, 27.02.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)  
**Teilnahmegebühr:** € 75

### **Medizinische Fachkunde (PVK 4)**

**Inhalte:** Herz-Kreislaufsystem, Ernährung/Verdauung, Urogenitalsystem, Atemsystem  
**Termine:** Samstag, 06.03.2010 und 13.03.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (14 Stunden)  
**Teilnahmegebühr:** € 125

### **Abrechnung: EBM (PVK 1)**

**Inhalte:** Formularwesen, vertragliche Abrechnung EBM, praktische Übungen  
**Termin:** Samstag, 20.03.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)  
**Teilnahmegebühr:** € 75

### **Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 5)**

**Inhalte:** Laborkunde, EKG, Praktische Übungen  
**Termin:** Samstag, 27.03.2010, 09:30 – 17:30 Uhr  
**Teilnahmegebühr:** € 75

### **Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ (PVK 2)**

**Inhalte:** Kernelemente der GOÄ, Abrechnung von Arbeitsunfällen nach der UV-GOÄ, praktische Übungen und Beispiele  
**Termin:** Samstag, 17.04.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)  
**Teilnahmegebühr:** € 75

**Information:** Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132

## Patientenbetreuung / Praxisorganisation

### **Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)**

**Inhalte:** Modelle der Selbst- und Fremdwahrnehmung verstehen, Patienten und betreuende Personen zur Mitwirkung motivieren, Besonderheiten spezifischer Patientengruppen berücksichtigen, soziales Umfeld einschätzen.  
**Termin:** Samstag, 06.03.2010, 10:00 – 17:30 Uhr  
**Teilnahmegebühr:** € 95

### **Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)**

**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, Vermeidung von Abrechnungsfehlern, Regelleistungsvolumen, Besprechung sonstiger aktueller Themen, DMP.  
**Termin:** Stufe 1: Samstag, 27.02.2010, 10:00 – 16:30 Uhr  
Stufe 2: Samstag, 06.03.2010, 09:30 – 17:30 Uhr (16 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 185

**Information:** Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132

## Schwerpunkt Onkologie und Palliativmedizin

### **Therapiemaßnahmen in der Onkologie (ONK 1)**

**Inhalte:** Tumorzellenentwicklung und Tumorbiologie, Behandlungsmethoden, Umgang mit Zytostatika, Notfallsituationen, Maßnahmen der Stammzelltransplantation, Maßnahmen der Transfusion von Blut und Blutkomponenten, unkonventionelle Behandlungsmethoden, Systematik maligner Tumore und hämatologische Systemerkrankungen, Komplikationen  
**Termin:** Donnerstag, 18.03.2010, 13:30 Uhr bis  
Samstag, 20.03.2010, 14:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 185

### **Dokumentation von Patientenakten, Studienteilnahme und Recht (ONK 2)**

**Inhalte:** Therapiekontrolle im eigenen Aufgabenbereich doku-

mentieren, klinische Forschung kennen, rechtliche Grundlagen beachten

**Termin:** Donnerstag, 22.04.2010, 09:00 – 15:30 Uhr  
**Teilnahmegebühr:** € 95

### **Therapeutische und pflegerische Grundlagen schwerstkranker Patienten (ONK 3)**

**Inhalte:** Ausgewählte Pflegetechniken anwenden, Nebenwirkungen einschätzen und supportive Maßnahmen durchführen  
**Termin:** Freitag/Samstag, 23./24.04.2009 (15 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 185

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

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

**Termin:** Freitag, 05.03.2010, 08:30 – 13:00 Uhr (5 Stunden)  
**Teilnahmegebühr:** € 70

### **Hilfestellung und Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter/innen im Bereich der onkologischen und palliativen 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, 05.03.2010, 13:15 Uhr bis  
Samstag, 06.03.2010, 12:00 Uhr (8 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 95

**Information:** Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

## Patientenbegleitung und Koordination

### **Patientenbetreuung und Koordination chronisch kranker Patienten (PBK 1)**

**Inhalte:** Interaktionsmuster kennen, Besonderheiten chronisch Kranker einschätzen, Vereinbarungen, Verbindlichkeiten, Absprachen treffen und kontrollieren, Beziehungsmanagement umsetzen.  
**Termin:** Donnerstag, 11.03.2010, 10:00 – 17:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 95

### **Patientenbegleitung – Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen (PBK 2)**

**Inhalte:** Koordinations- und Kooperationsmaßnahmen, DMP, Integrierte Versorgung, Mitwirkung im Case Management, Soziale Netzwerke für Patienten und deren Angehörige, Dokumentation/Abrechnung durchführen

**Termin:** Fr/Sa, 12./13.03.2010, (16 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 185

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

## Schwerpunkt Medizin

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

#### **Aktualisierungskurs nach § 18a RöV (MED 2)**

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:** 26.02.2010 ab 09:00 Uhr  
bis Samstag, 27.02.2010, 16:15 Uhr (16 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 245

### **Impfungen (MED 12)**

**Inhalte:** Impfkalender der STIKO /Indikationsimpfung  
Impfmüdigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplicationen  
Impfschäden, Impfmanagement,  
Praktische Übungen:

- Vorbereitung einer Injektion
- i.c., s.c. Injektionen am Phantom





Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

**Termin:** Mittwoch, 24.02.2010, 09:00 – 16:15 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 95

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

### Schwerpunkt: Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV

#### Aufbereitung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis (SAC) 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.

**Termin:** Freitag, 16.04.2010 bis Samstag, 17.04.2010 und  
Donnerstag, 22.04.2010 bis Samstag, 24.04.2010

**Teilnahmegebühr:** € 410

**Information:** Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132

### Strahlenschutz gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 RöV (90 Stunden)

**Inhalte theoretischer Teil:** Anatomie und Röntgenanatomie, Röntgenaufnahme-technik, Spezieller Strahlenschutz, Dokumentationspflichten, Rechtsvorschriften, Richtlinien und Empfehlungen

**Inhalte praktischer Teil:** Praktische Übungen zur Einstellung und Belichtung von Röntgenaufnahmen, Praktische Übungen zur Qualitätssicherung, Demonstrationen

**Termin:** ab 16.04.2010

**Teilnahmegebühr:** € 780 zuzügl. € 55 Prüfungsgebühr

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

### Ambulante Versorgung älterer Menschen

#### Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen (AVÄ1)

**Inhalte:** Altersmedizinische Grundlagen kennen, demenzielles Syndrom beschreiben, Diabetes mit Folgekrankheiten erläutern, Krankheiten mit erhöhtem Sturzrisiko beschreiben, Dekubitusrisiko einschätzen, Schwerstkranken und Palliativpatienten begleiten.

**Termin:** Freitag, 19.03.2010, 11:15 – 16:45 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 95

#### Geriatrisches Basisassessment (AVÄ 2)

**Inhalte:** Verfahren zur Funktions- und Fähigkeitseinschätzung handhaben, Verfahren zur Beurteilung der Sturzgefahr anwenden, Verfahren zur Beurteilung der Hirnleistung anwenden, Verfahren zur Beurteilung von Nutrition und Kontinenz anwenden.

**Termin:** Samstag, 20.03.2010, 09:30 – 15:00 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 95

#### Hausbesuche und Versorgungsplanung (AVÄ 3)

**Inhalte:** Rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen von Hausbesuchen beachten, häusliche Rahmenbedingungen einschätzen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen, Hausbesuchstasche kontrollieren, Hausbesuchsprotokoll führen, Versorgungs- und sozialrechtliche Anträge begleiten.

**Termin in Bad Nauheim:** Mittwoch, 17.03.2010, 13:30 – 16:45 Uhr

**Termin in Kassel:** Mittwoch, 19.05.2010, 13:30 – 16:45 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 70

#### 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, Hebel- und Lagerungstechniken anwenden.

**Termin:** Donnerstag, 18.03., 09:30 Uhr bis

Freitag, 19.03.2010, 11:00 Uhr (10 Std)

**Teilnahmegebühr:** € 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, 17.03.2010, 09:30 – 12:45 Uhr (4 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 70

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

### Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen

#### Primäre Prävention (PR1)

**Inhalte:** Bedeutung und Chancen von Vorsorgemaßnahmen erläutern, bei Maßnahmen der primären Prävention mitwirken, bei Maßnahmen der Verhaltensprävention mitwirken, Verhältnisprävention erläutern, bei Maßnahmen der Suchtprävention mitwirken, bei Schutzimpfungen mitwirken, bei der Reisemedizinischen Prophylaxe mitwirken.

**Termin:** Montag, 22.02.2010, 13:00 Uhr bis

Donnerstag, 25.02.2010, 13:00 Uhr (26 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 350

#### Sekundäre (PR2)

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

**Termin:** Freitag, 26.02.2010, 09:00 – 16:15 Uhr (8 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 95

#### Tertiäre Prävention, Organisation, Kooperation und Qualitätsmanagement bei Präventionsleistungen (PR3 4)

**Inhalte:** Recall-System anwenden, Kooperation mit externen Partnern gestalten, Qualitätsmanagement durchführen, IGeL-Leistungen erläutern, Organisation/Dokumentation/Abrechnung durchführen, Wiedereingliederungsmaßnahmen beschreiben, Rehabilitierungsträger benennen, bei Disease-Management-Programmen mitwirken.

**Termin:** Samstag, 27.02.2010, 08:30 – 14:00 Uhr (6 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 95

**Information:** Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

### Betriebsmedizinische Assistenz

#### Allgemeine Grundlagen der Betriebsmedizin (BET 1)

**Inhalte:** System der sozialen Absicherung, Gesetzliche Grundlagen, Gefahrstoffe, Belastungen am Arbeitsplatz, Rehabilitation aus betriebsärztlicher Sicht, EDV im betriebsärztlichen Dienst

**Termin:** Mittwoch, 17.03.2010 bis Samstag, 20.03.2010

**Teilnahmegebühr:** € 350

**Ansprechpartner:** Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

### Bekanntgabe von Prüfungsterminen

**Prüfungstermine Arztfachhelfer:** Die Abschlussprüfung der Fortbildung Arztfachhelferin findet am 19./20.02.2010 statt.

#### 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, Fon: 06032 782-0, Fax: 06032 782-180 Homepage: 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 Redzic, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-140, Fax: 06032 782-250, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de



**Fortsetzung von Seite 92**

**moralisgabel** ist die Thrombendarteriekтомie mit Patcherweiterungsplastik die Standardbehandlung.

**Verschlussprozesse der Femoralisgabel sollten primär gefäßchirurgisch behandelt werden. (B,4)**

Die Erweiterungsplastik der **A. profunda femoris** bei Abgangsstenose ist vorteilhaft zur Verbesserung des Ausstroms bei aorto-iliacaler Rekonstruktion; bei Patienten mit kritischer Ischämie und gleichzeitigem Verschluss der **A. femoralis superficialis** ist sie meist nicht ausreichend und sollte mit einem distalen Bypass kombiniert werden.

**Femoro-popliteale Bypasses** sollten möglichst aus körpereigener Vene bestehen. Häufige Ursachen des Bypass-Verschlusses sind die Nichtverwendung von Venen und ein schlechter peripherer Ausstrom. Die sekundäre Fünf-Jahres-Offenheitsrate femoro-poplitealer Venenbypässe beträgt bei Patienten mit Claudicatio intermittens 70-80 % und bei Patienten mit kritischer Ischämie 60-70 %. Ursache der Differenz ist hauptsächlich der reduzierte periphere Ausstrom bei kritischer Ischämie. Bei Verwendung von Kunststoffbypasses sind die Ergebnisse tendenziell schlechter als bei Venenbypasses, aber sehr heterogen: im Falle der Anastomosierung des ersten Poplitealsegmentes wurden Fünf-Jahres-Offenheitsraten von 39-75 % (75 % bei CI und 47 % bei kritischer Ischämie) angegeben und im Falle der Anastomosierung des dritten Poplitealsegmentes von 30-65 % [10,31-33].

**Verschlussprozesse der femoropoplitealen Arterien TASC II Typ A sollten endovaskulär, Typ B vorwiegend endovaskulär, Typ C vorwiegend gefäßchirurgisch und Typ D im Regelfall gefäßchirurgisch be-**

**handelt werden. Dabei sollten die Komorbiditäten und Wünsche des Patienten sowie die Qualität der interventionellen und gefäßchirurgischen Versorgung berücksichtigt werden. (B,3)**

**Bei der Anlage von femoro-poplitealen Bypasses soll, wenn immer möglich, primär körpereigene Vene als Bypassmaterial verwendet werden. Dies gilt sowohl bei Claudicatio als auch bei kritischer Ischämie. (A,2)**

Längerstreckige Verschlüsse der Unterschenkelarterien können auch durch Überbrückung mittels Venenbypasses therapiert werden, wobei die proximale Anastomose auch die **A. poplitea** betreffen kann („distal origin-Bypass“). Die distalen Anastomosen sollten auf die für die Fußversorgung am aussichtsreichsten erscheinende Arterie angelegt werden. Die Fünf-Jahres-Offenheitsrate solcher Venenbypasses liegt bei über 60 %, die Beinerhaltung bei ca. 80 % [10,34]. Bei langstreckigen Kombinationsverschlüssen der Ober- und Unterschenkelarterien sind femoro-crurale oder femoro-pedale Bypasses gegenüber interventionellen Rekanalisationen zu bevorzugen.

**Die Spenderarterie für einen Bypass am Bein sollte so distal wie möglich liegen, und dabei einen uneingeschränkten arteriellen Einstrom ermöglichen. Als Empfängerarterie sollte die am besten erhaltene und für die Fußversorgung als optimal erachtete Arterie gewählt werden. (B,4)**

Die **akute Ischämie** wird nach Rutherford in die Stadien I (nicht akut vital bedroht), II (vital gefährdet) und III (irreversibel geschädigt) unterteilt [10]. Im Stadium III muss oft primär amputiert werden. Im Stadium I und II sind interventionelle (Thrombaspiration, lokale Thrombolyse) und operative Revaskularisation gleich-

wertig möglich [35-37]. Bei Verschlüssen der distalen iliacaalen Strombahn und der Femoralisgabel sind operative Maßnahmen zu bevorzugen.

Der Ischämiegrad diktiert bei der akuten Extremitätenischämie das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen. Bei inkompletter Ischämie sollte zuvor eine Angiographie durchgeführt werden. Bei kompletter Ischämie muss sofort interventionell behandelt oder operiert werden. **Alle Patienten, bei denen eine kritische Ischämie besteht, sollen schnellstmöglich in eine stationäre Einrichtung mit ausreichender Expertise in allen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Revaskularisation eingewiesen werden. (Konsensusempfehlung)**

**Die lokale Katheterthrombolyse und Thrombektomie sollte bei Patienten mit einer akuten Extremitätenischämie innerhalb der ersten 14 Tage erwogen werden. (B,2)**

## 5. Nachsorge

Es werden Empfehlungen zur peri- und postinterventionellen sowie peri- und postoperativen medikamentösen Begleittherapie, zur Sekundärprophylaxe von kardio-

vaskulären Risikofaktoren, zur Rehabilitationsbehandlung einschließlich des Gehtrainings und zu regelmäßigen Nachsorgeuntersuchungen gegeben.

Das wesentliche Ziel der peri- und postinterventionellen medikamentösen Begleittherapie muss die verbesserte Offenheitsrate sein, die sowohl durch Verhinderung von frühen oder späten postinterventionellen arteriellen Thrombosen als auch durch Vermeidung von Restenosen erreicht werden kann.

Für alle Patienten mit PAVK ist unabhängig von einer interventionellen Therapie eine **thrombozyten-funktionshemmende Therapie** zur Sekundärprophylaxe und zur Minderung kardio- und cerebrovaskulärer Morbidität und Mortalität erforderlich. Zur Nachsorge sind Dosierungen der Acetylsalicylsäure (ASS) von 50-300 mg effektiv. Kombinationstherapien von ASS mit Thienopyridinen (Ticlopidin, Clopidogrel) werden im klinischen Alltag und in Anlehnung an kardiologische Nachsorgeregeln häufig nach Stentangioplastie eingesetzt, insbesondere dann, wenn die femoropopliteale oder die crurale arterielle Strombahn betroffen sind. Allerdings wurden diese Kombinationen bisher nicht in randomi-

sierten, kontrollierten Studien auf ihre Effektivität und Sicherheit überprüft. Es bleibt ebenfalls unklar, welche „loading dose“ des Clopidogrel (300 mg versus 600 mg) vor geplanter peripherer Stentangioplastie gegeben werden soll, da es hierzu, wie im übrigen auch zur Zeitdauer der Nachbehandlung mit Clopidogrel ebenfalls keine Studien gibt.

**Alle Patienten sollen prä-, peri- und postinterventionell ASS (75-300 mg) erhalten. Die Behandlung soll langfristig fortgesetzt werden, wenn keine Kontraindikationen bestehen. (A,1)**

**In Anlehnung an die Datenlage bei Stentimplantation im Bereich der Koronarien kann bei Stentimplantation im Bereich der femoropoplitealen Arterien und insbesondere im Bereich schmalkalibriger Unterschenkelarterien mit hohem Okklusionsrisiko vorübergehend die kombinierte Gabe von ASS und Clopidogrel erwogen werden. (Konsensusempfehlung)** Die Gabe von unfraktioniertem Heparin ist Standard zu Beginn und während der Intervention; Ziel ist die Aktivierte Clotting Time (ACT) auf 200-250 s zu verlängern. Nach peripherer Intervention ist der Nut-

zen einer längerfristigen Anwendung von Heparin nicht belegt. Orale **Antikoagulantien** sind keine Alternative zur thrombozyten-funktionshemmenden Therapie nach peripherer PTA. In entsprechenden Studien waren die Offenheitsraten nach PTA niedriger und Blutungskomplikationen häufiger, wenn Patienten statt mit Thrombozyten-Funktionshemmern mit oralen Antikoagulantien nachbehandelt wurden [38,39-41].

**Nach PTA der femoropoplitealen oder tibialen Strombahn sollen orale Antikoagulantien nicht eingesetzt werden. (A,1)**

#### **Korrespondenzadresse**

*Professor Dr. med. Peter Huppert  
Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie  
Klinikum Darmstadt GmbH  
Gefäß-Zentrum Darmstadt  
Grafenstraße, 64283 Darmstadt  
Fon: 06151 107-6750, Fax: 06151 107-6849  
E-Mail: huppert@klinikum-darmstadt.de*

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

# Die S3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK)

(Hessisches Ärzteblatt 2/2010, Seite 85)

## Literatur

- 1) Diehm C, Heidrich H, Schulte K, Spengel FA, Theiss W, Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Gesellschaft für Gefäßmedizin. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der arteriellen Verschlusskrankheit der Beinarterien. VASA 2001;30 (Suppl.57):1-20
- 2) Lawall H, Diehm C, Pittrow (Hrsg.) Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Gesellschaft für Gefäßmedizin. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK). VASA 2009;38 (Suppl.75):1-72
- 3) Criqui MH, Fronek A, Barrett-Connor E, Klauber MR, Gabriel S et al. The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population. Circulation 1985;71:510-5
- 4) Diehm C, Schuster A, Allenberg H, Darius H, Haberl R et al. High prevalence of peripheral arterial disease and comorbidity in 6,880 primary care patients: cross sectional study. Atherosclerosis 2004;172:95-105
- 5) Kannel WB Risk factors for atherosclerotic cardiovascular outcomes in different arterial territories. J Cardiovasc Risk 1994;1:333-9
- 6) Steg PG, Bhatt DL, Wilson PW, D'Agostino R Sr, Ohman EM et al. One-year cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis. JAMA 2007;297:1197-206
- 7) Diehm C, Allenberg J-R, Haberl R, Darius H, Mahn M et al. High all-cause mortality in patients with peripheral arterial disease in primary care: Five-year results of the getABI study [abstract 3701]. Circulation 2007;116:II\_841-b
- 8) Adam DJ, Beard JD, Cleveland T, Bell J, Bradbury AW et al. Bypass versus angioplasty in severe ischaemia of the leg (BASIL): multicentre, randomised controlled trial. Lancet 2005;366:1925-34
- 9) Conte MS, Belkin M, Upchurch GR, Mannick JA, Whittmore AD et al. Impact of increasing comorbidity on infrainguinal reconstruction: a 20-year perspective. Ann Surg 2001;233:445-52
- 10) Norgren L, Hiatt W, Dormandy J, Nehler M, Harris K et al. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). Eur J Vasc Endovasc Surg 2007;33 (Suppl. 1):S1-S75
- 11) Tefera G, Turnipseed W, Tanke T Limb salvage angioplasty in poor surgical candidates. Vasc Endovascular Surg 2003;37:99-104
- 12) Lofberg AM, Karacagil S, Ljungman C, Westman B, Bostrom A Percutaneous transluminal angioplasty of the femoropopliteal arteries in limbs with chronic critical lower limb ischemia. J Vasc Surg 2001;34:114-21
- 13) Faglia E, Mantero M, Caminiti M, Caravaggi C, De Giglio R et al. Extensive use of peripheral angioplasty, particularly infrapopliteal, in the treatment of ischaemic diabetic foot ulcers: clinical results of a multicentric study of 221 consecutive diabetic subjects. J Intern Med 2002;252:225-32
- 14) Dorros G, Jaff MR, Dorros AM, Mthiak LM, He T Tibioperoneal (outflow lesion) angioplasty can be used as primary treatment in 235 patients with critical limb ischemia: five-year follow-up. Circulation 2001;104:2057-62
- 15) Faglia E, Dalla Paola L, Clerici G, Clerissi J, Graziani L Peripheral angioplasty as the first-choice revascularization procedure in diabetic patients with critical limb ischemia: prospective study of 993 consecutive patients hospitalized and followed between 1999 and 2003. Eur J Vasc Endovasc Surg 2005;29:620-7
- 16) Sigala F, Georgopoulos S, Langer S, Baunach C, Papalambros et al. Outcome of infrainguinal revascularization for critical limb ischemia in diabetics with end stage renal disease. VASA 2006;35:15-20
- 17) Nasr MK, McCarthy RJ, Hardman J, Chalmers A, Horrocks M The increasing role of percutaneous transluminal angioplasty in the primary management of critical limb ischaemia. Eur J Vasc Endovasc Surg 2002;23:398-403
- 18) Wagner HJ Current status of endovascular therapy in the femoropopliteal vascular segment in chronic peripheral arterial occlusive disease. VASA 2002;31:153-61
- 19) Schillinger M, Sabeti S, Loewe C, Dick P, Amighi J Balloon angioplasty versus implantation of nitinol stents in the superficial femoral artery. N Engl J Med 2006;354:1879-88
- 20) Muradin GS, Bosch JL, Stijnen T, Hunink MG Balloon dilatation and stent implantation for treatment of femoropopliteal arterial disease: meta-analysis. Radiology 2001;221:137-45
- 21) Kudo T, Chandra FA, Kwun WH, Haas BT, Ahn SS Changing pattern of surgical revascularization for critical limb ischemia over 12 years: endovascular vs. open bypass surgery. J Vasc Surg 2006;44:304-13
- 22) Soder HK, Manninen H, Jaakkola P, Matsi PJ, Rasanen HT Prospective trial of infrapopliteal artery balloon angioplasty for critical limb ischemia: angiographic and clinical results. J Vasc Interv Radiol 2000;11:1021-31
- 23) Balmer H, Mahler F, Do DD, Triller J, Baumgartner I Balloon angioplasty in chronic critical limb ischemia: factors affecting clinical and angiographic outcome. J Endovasc Ther 2002;9:403-10
- 24) Lugmayr HF, Holzer H, Kastner M, Riedelsberger H, Auterith A Treatment of complex arteriosclerotic lesions with nitinol stents in the superficial femoral and popliteal arteries: a midterm follow-up. Radiology 2002;222:37-43
- 25) Jahnke T, Voshage G, Mueller-Huelsbeck S, Grimm J, Heller M Endovascular placement of self-expanding nitinol coil stents for the treatment of femoropopliteal obstructive disease. J Vasc Interv Radiol 2002;13:257-66
- 26) Duda S, Heller S, Wiesinger B, Tepe G Modifizierte Stents für interventionelle Therapie der PAVK. VASA 2004; Suppl. 64:55-9
- 27) Arena FJ Arterial kink and damage in normal segments of the superficial femoral and popliteal arteries abutting nitinol stents – a common cause of late occlusion and restenosis? A single-center experience. J Invasive Cardiol 2005;17:482-6
- 28) Babalik E, Gulbaran M, Gurmen T, Ozturk S Fracture of popliteal artery stents. Circ J 2003; 67:643-5
- 29) Scheinert D, Scheinert S, Sax J, Piorkowski C, Braunlich S Prevalence and clinical impact of stent fractures after femoropopliteal stenting. J Am Coll Cardiol 2005;45:312-5
- 30) de Vries SO, Hunink MG, Results of aortic bifurcation grafts for aortoiliac occlusive disease: a meta-analysis. J Vasc Surg 1997;26: 558-69
- 31) Hunink MG, Wong JB, Donaldson MC Meyerovitz MF, Harrington DP Patency results of percutaneous and surgical revascularization for femoropopliteal artery disease. Med Decis Making 1994;14:71-81
- 32) Gentile AT, Lee RW, Moneta GL, Taylor LM, Edwards JM Results of bypass to the popliteal and tibial arteries with alternative sources of autogenous vein. J Vasc Surg 1996;23:272-9
- 33) Albers M, Battistella VM, Romiti M, Rodrigues AA, Pereira CA Meta-analysis of polytetrafluoroethylene bypass grafts to infrapopliteal arteries. J Vasc Surg 2003;37:1263-9
- 34) Albers M, Romiti M, Brochado-Neto FC, De Luccia N, Pereira CA Meta-analysis of popliteal-to-distal vein bypass grafts for critical ischemia. J Vasc Surg 2006;43:498-503
- 35) Results of a prospective randomized trial evaluating surgery versus thrombolysis for ischemia of the lower extremity. The STILE trial. Ann Surg 1994;220:251-66
- 36) Ouriel K, Shortell CK, DeWeese JA, Green RM, Francis CW A comparison of thrombolytic therapy with operative revascularization in the initial treatment of acute peripheral arterial ischemia. J Vasc Surg 1994;19:1021-30
- 37) Ouriel K, Veith FJ, Sasahara AA A comparison of recombinant urokinase with vascular surgery as initial treatment for acute arterial occlusion of the legs. Thrombolysis or Peripheral Arterial Surgery (TOPAS) Investigators. N Engl J Med 1998;338:1105-11
- 38) Sobel M, Verhaeghe R Antithrombotic therapy for peripheral artery occlusive disease: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 2008;133(Suppl.):S815-43
- 39) Do DD, Mahler F Low-dose aspirin combined with dipyridamole versus anticoagulants after femoropopliteal percutaneous transluminal angioplasty. Radiology 1994;193:567-71
- 40) Pilger E, Lammer J, Bertuch H, Strak G, Decrinis M Nd:YAG laser with sapphire tip combined with balloon angioplasty in peripheral arterial occlusions. Long-term results. Circulation 1991;83:141-7
- 41) Schneider E, Mahler F, Do DD Zur Rezidivprophylaxe nach perkutaner transluminaler Angioplastie (PTA): Antikoagulation versus Ticlopidin. VASA 1987;16 (Suppl.):355-6
- 42) Kopp I, Lelgemann M, Ollenschlaeger G EbM und Leitlinien. In Kunz R et al. (Hrsg.): Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. 2. Auflage 2007, Deutscher Ärzteverlag, Köln

# Metakarpal-TBC als seltene Ursache einer Weichteil-ulceration an der Hand – Defektrekonstruktion durch freien osteokartilaginären Metatarsaletransfer

Atas H, Ruggaber M, Menke H

## Zusammenfassung

Die Knochentuberkulose stellt eine seltene Erkrankung im handchirurgischen Alltag dar, gewinnt aber aufgrund der weltweit ansteigenden Inzidenz der TBC zunehmend an Bedeutung. Destruktionen des Hand-skelettes bedürfen einer frühen Erkennung und adäquaten Behandlung. Therapieziel ist das Ausheilen der Erkrankung mit einem guten funktionellen Ergebnis der betroffenen Hand. Am Beispiel einer aktuellen Falldarstellung, mit einem ossären Metakarpaldefekt nach Tuberkulose, werden das klinische Bild, Diagnostik, Therapie der Knochen-TBC und eine Rekonstruktionsmöglichkeit dargestellt.

Bei einer 23-jährigen indischen Patientin wurde im Rahmen der Abklärung einer unklaren Knochendestruktion mit tumoröser Wucherung und Exulzeration im Bereich des MC III-Köpfchens eine ossäre Tuberkulose diagnostiziert und effektiv durch eine medikamentös-chirurgische Kombinationstherapie behandelt. Die Defektrekonstruktion fand durch einen freien osteokartilaginären Metatarsale-III-Transfer mit anschließender Plattenosteosynthese statt.

Insbesondere bei exulcerierten, nicht abheilenden Hautveränderungen, direkt über Knochenvorsprüngen, sollte neben malignen Tumoren auch an eine Knochen-TBC gedacht werden. Als Verdachtsmomente können ein niedriger Sozialstatus des Patienten oder Reisen in Länder mit hoher Krankheitsprävalenz dienen.

Meist ist die operative Behandlung zur Wiederherstellung einer guten Handfunktion erforderlich. Dabei ist aus einer Fülle chirurgischer Möglichkeiten die günstigste Form der Rekonstruktion auszuwählen.

Das entsprechende therapeutische Vorgehen sollte in Absprache mit den infektiologischen Kollegen erfolgen.

## Einleitung

Die Tuberkulose ist eine Infektion, die durch *Mycobacterium tuberculosis*, selten durch das *Mycobacterium bovis*, ausgelöst wird. Die Knochentuberkulose macht bis zu 1,6 % der extrapulmonalen Formen aus [(2)RKI-Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2007]. Die weltweit zunehmende Prävalenz der Tuberkulose betrifft vor allem immunsupprimierte und immuninkompetente Patienten. Seit 1985 nimmt die Tuberkulose in den Industrieländern deutlich zu [1.(Meier JL, Beekmann SE. *Mycobacterial and fungal infections of bone and joints. Curr Opin Rheumatol* 1995;7:329-36.)]. Die Zunahme der Tuberkulose-Häufigkeit wird vor allem auf eine Immunkompromittierung von HIV-Infizierten zurückgeführt. Da bei reaktivierten Tuberkulosen ein multifokaler, skeletaler Befall vorliegen kann, ergibt sich eine

Tabelle 1: Prinzipien der Behandlung der Tuberkulose

- Medikamentöse Kombinationsbehandlung zur Eliminierung der Mykobakterien und Prävention der Resistenzentwicklung
- Chirurgische Sanierung

Tabelle 2: DD Knochentuberkulose. Die Abgrenzung zur Osteomyelitis ist im Einzelfall schwierig

- Knochentumoren
- Chronisch infektiöser Prozess
- Idiopathische Knochenzyste
- Sarkoidose

breite und schwierige Differentialdiagnose. Anhand eines Fallbeispiels soll die ossäre Manifestation der Tuberkulose sowie die Schwierigkeiten der Diagnostik als auch die chirurgische Sanierung unter Berücksichtigung der anschließenden Defektrekonstruktion diskutiert werden.

## Fallbeschreibung

Die Zuweisung einer 23-jährigen indischen Patientin, erfolgte zur Abklärung einer unklaren chronischen Ulceration im Bereich des Mittelfingergrundgelenkes der rechten Hand, welche seit März 2007 bestand. Die Patientin lebte zum Zeitpunkt der Vorstellung seit 14 Monaten in Deutschland, und hatte zuvor in ihrem Heimatland gelebt. Eine erstmalige Exzision der Hautveränderung fand in Indien statt. Die Familienanamnese war unauffällig. Aus der Eigenanamnese waren keine weiteren Vorerkrankungen bekannt. Im Labor fand sich lediglich eine Eisenmangelanämie. Nach Konsultation wurde anschließend eine konventionelle Röntgenkontrolle bei V.a. eine unklare Raumforderung im Bereich des MHK-III-Köpfchens durchgeführt (Abb. 1, 2). Hierbei fand sich ein zystenartiger, tumoröser, osteomyelitischer Prozess, der die Knochenkonturen im Bereich des Mittelhandköpfchens III aufgetrieben und durchbrochen hatte. Dieses wurde durch eine CT-Untersuchung der Mittelhand bestätigt. Klinisch bestanden keine weiteren Beschwerden im Sinne einer B-Symptomatik. Zur weiteren Abklärung und Diagnosestellung der unklaren ulcerierenden tumorösen Raumforderung wurde eine operative Tumorexzision geplant. Intraoperativ zeigte sich eine höckerartige Auftreibung. Nach weiterer Eröffnung



Abb. 1 und 2: Präoperatives Röntgen der Hand in zwei Ebenen: Im Bereich des Metakarpal-III-Köpfchens finden sich große Osteolysen mit Überschreitung der Metakarpalkontur. Medial unscharfe Konturierung, sonst glatt begrenzte knöcherne Strukturen mit Verkürzung des MHK.

konnte ein sulziger nekrotischer Tumor mit kreideartiger Masse festgestellt werden. Der granulomatöse Tumor wurde mit den ulcerierten Weichteilen komplett reseziert. Die weiteren knöchernen Strukturen waren völlig unauffällig. Lediglich im Bereich der Raumforderung zeigte sich eine lokale Gewebedestruktion. Nach Einlage einer PMMA-Antibiotikakette zur antibakteriellen Therapie erfolgte der Wundverschluss. Schon bei der intraoperativen Untersuchung einer Gewebeprobe wurde die Verdachtsdiagnose eines ossären TBC gestellt und die vorgeschriebenen Isolationsmaßnahmen vorbereitet.

In der endgültigen histologischen Aufarbeitung wurde dieser Verdacht kurze Zeit später bestätigt.

Differentialdiagnostisch kamen weiterhin ein chronischer infektiöser Prozess, Malignome oder weitere granulomatöse Erkrankungen in Frage. Nach histologischer Diagnosestellung einer Knochentuberkulose wurde die Patientin zur weiteren Abklärung internistisch vorgestellt. Vor dem medikamentösen Behandlungsbeginn musste die Patientin vollständig nach Zeichen einer pulmonalen und extrapulmonalen Tuberkulose untersucht werden. Konventionell radiologisch zeigte das Röntgenbild der Lunge keine Infiltrationen oder Raumforderungen im Sinne eines Primärherdes. Lediglich im linken Oberlappen fand sich ein konfluierendes Infiltrat vorwiegend apikal, so dass sich der Verdacht einer Tuberkulose erhärtet hat. Nach Sicherung der Diagnose erfolgte eine Kombinationschemotherapie mit Isoniazid, Rifampicin und Pyrazinamid. Klinik und Histopathologie waren zusammen für die Diagnose einer Knochentuberkulose ausreichend, so dass der Therapiebeginn nicht vom Ergebnis der Kultur abhängig gemacht werden muss-



Abb. 6 und 7: Deutlich ist die Knochenfusion zwischen Metacarpale III und Metatarsale nach Einheilungszeit von einem Jahr sichtbar.

te. Die Therapiedauer betrug sechs Monate. Zur Fortführung der prophylaktischen Isolation und Therapie der Erkrankung verlegten wir die Patientin in ein infektiologisches Zentrum. Danach wurde die Patientin von einem niedergelassenen Pulmonologen weiterbetreut.

Nach Ende der medikamentösen Therapie wurde die Defektrekonstruktion bei deutlicher Größe und Lokalisation des Defektes mit einem freien osteokartilaginären Metatarsale-III-Transfer geplant, um einen wesentlichen Funktionsverlust der Hand zu vermeiden. Die ossäre Defektgröße lag bei etwa 6 cm. Es erfolgte eine temporäre Kirschnerdrahttransfixation der Langfingergrundgelenke DII-IV, um den mittransferten Kapselbandapparat des Mittelfingergrundgelenkes zu schonen und eine Luxation der Grundgliedbasis zu verhindern (Abb. 3-5). Nach Präparation des Metatarsale III von dorsal wurde das gesamte Knorpel-Knochen-Gelenkkapseltransplantat in den Defekt eingebracht und mit einer Miniplatte in entsprechender Stellung und Rotation des Köpfchens fixiert. Anschließend fand die Kapselbandrekonstruktion des Grundgelenkes mit den belassenen



Abb. 3: Postoperatives Röntgen bei Z.n. freiem osteokartilaginären Metatarsaltransfer, Plattenosteosynthese und temporärer Arthrodesen der Grundgliedbasen D II-IV mittels K-Drähten.



Abb. 4: Postoperatives Röntgen schräg bei Z.n. freiem osteokartilaginären Metatarsaltransfer und Plattenosteosynthese.



Abb. 5: Postoperatives Röntgen Fuß rechts bei Z.n. freiem osteokartilaginären Metatarsaltransfer.

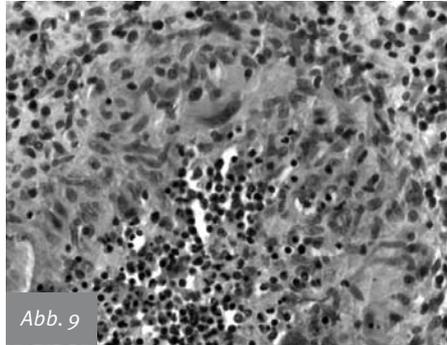
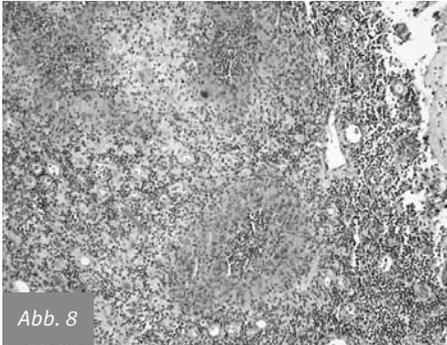


Abb. 8 und 9: Histologie des Metacarpalknochens. Es findet sich eine ausgedehnte epitheloidzellige granulomatöse Entzündung mit mehreren Riesenzellen vom Langhans Typ. Der Befund spricht für eine Tuberkulose Osteomyelitis.

Kapselresten statt. Bereits nach zwei Wochen wurde mit Physiotherapie aus der Schiene heraus begonnen, die Gesamtruhestellung im Unterarmgips betrug vier Wochen. Verlaufskontrollen zeigten eine perfekte Einheilung mit gutem funktionellem Ergebnis (Abb. 6, 7). Einschränkungen von Seiten des Hebedefektes traten nicht auf.

## Diskussion

Obwohl das Verständnis der Ätiologie und der Pathogenese seit der Entdeckung des Erregers stark zugenommen hat, bleibt die Tuberkulose eine weltweite Pandemie. Ein Drittel der Weltbevölkerung ist mit dem *Mycobacterium tuberculosis* infiziert. Ein wesentliches Merkmal der Tuberkulose ist die Schwierigkeit, die Krankheit bakteriologisch nachzuweisen. Bei extrapulmonalem Befall ist die Entnahme von geeignetem Material für eine bakteriologische Untersuchung schwierig. Ein normales Röntgen-Thoraxbild findet sich bei etwa der Hälfte der Patienten mit Tuberkulose, was die Diagnosestellung erschwert. Gerade ossäre Manifestationsformen der Tuberkulose imitieren das Bild eines tumorösen Prozesses. Nach operativer Sanierung und tuberkulostatischer Therapie ist die Wahl des freien Gewebetransfers abhängig von der Größe und Lokalisation des Defektes. Die autologe Knochentransplantation stellt bei der Rekonstruktion von

knöchernen Defekten noch immer die Methode der Wahl dar [3. (Simion M, Fontana F. 2004. Autogenous and xenogenic bone grafts for the bone regeneration. A literature review. *Minerva Stomatol* 53:191-206)]. Die Region der Knochenentnahme richtet sich nach der Menge und Qualität des Knochens sowie der zu übertragenden Strukturen. Die autogene Knochentransplantation ist in ihrer biologischen Wertigkeit allen alternativen Verfahren zur Defektrekonstruktion am Skelettsystem unbestritten überlegen. Nachteile der autogenen Knochentransplantate sind die zusätzlichen Belastungen wie verlängerte Operationszeit und ein zusätzliches Operationsgebiet mit den dazu gehörenden möglichen Komplikationen im Bereich des Hebedefektes. Der freie osteokartilaginäre Metatarsaltransfer muss zur Vermeidung eines wesentlichen Funktionsverlustes der Hand erwogen werden und ist als eine permanente und funktionell gute biologische Rekonstruktion zu werten.

## Zusammenfassung

Gerade Erkrankungen wie die Tuberkulose können das Bild eines tumorösen Prozesses imitieren und benötigen eine medikamentöse sowie chirurgische Sanierung mit anschließender Rekonstruktion. Der freie osteokartilaginäre Metatarsaltransfer stellt ein etabliertes Verfahren zur Re-

konstruktion der Handfunktion dar. Anhand eines Fallbeispiels einer 23-jährigen Immigrantin mit einer tuberkulösen ossären Manifestation wurde die Indikation zum freien Gewebetransfer bei einem metacarpal lokalisierten Weichteil-Knochen-Gelenkdefekt beschrieben. Das funktionelle und ästhetische Resultat wurde anhand unseres Ergebnisses nach Beschreibung der speziellen Operationstechnik dargestellt. Dabei konnte operativ eine Sanierung des Infektionsherdes erzielt und die wesentlichen Greiffunktionen der Hand erhalten werden. Hierbei muss die Wiederherstellung von Länge, Artikulation, Beweglichkeit und Kraft als wesentlicher Vorteil gegenüber alternativen Rekonstruktionsformen bewertet werden. Die Risiken der Methode sowie der entstehende Hebedefekt am Fuß müssen im individuellen Einzelfall bei der Indikationsstellung berücksichtigt werden. Die Planung, Durchführung und postoperative Betreuung dieses Verfahrens ist komplex und sollte daher von einem Hand- und mikrochirurgisch erfahrenen Team durchgeführt werden.

## Literatur

1. Meier JL, Beekmann SE. *Mycobacterial and fungal infections of bone and joints. Curr Opin Rheumatol* 1995;7:329-36.
2. RKI-Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2007
3. Simion M, Fontana F. 2004. *Autogenous and xenogenic bone grafts for the bone regeneration. A literature review. Minerva Stomatol* 53:191-206.

## Korrespondenzadresse

Dr. med. Hakan Atas  
Klinik für Plastische,  
Ästhetische und Handchirurgie,  
Zentrum für Schwerbrandverletzte Hessen,  
Klinikum Offenbach  
Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt am Main  
Starkenburgring 66, 63069 Offenbach

# Die Müllbergkinder von Manila

## Eine Hommage an ein geglücktes und erfülltes Lebenswerk – ein Beispiel vorbildlichen Handelns

Angelika Schultze



Manila, eine Stadt, in der bittere Armut in weitflächigen Vierteln präsent ist; eine Stadt der starken Gegensätze, deren soziale Problematik vorprogrammiert ist. In dieser von Vielfalt, aber auch Ungerechtigkeit geprägten Welt ist zu spüren, wie unverzichtbar es ist, jedem Individuum Respekt entgegen zu bringen. Allerdings liegen in der humanitären Hilfe oft schöne Worte und Realität weit voneinander entfernt. Diesen Graben hat der Jesuitenpater Professor Pierre Tritz überspannt, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, mittlerweile hunderttausenden Kindern eine Schulausbildung zu ermöglichen. Die von ihm 1974 gegründete Hilfsorganisation ERDA Foundation begann mit kleinen Projekten, um Kindern aus armen Verhältnissen den Abschluss der Schulausbildung zu ermöglichen. Mittlerweile umfasst sie ein Spektrum, das Betreuung und Resozialisation von verwaisten Straßenkindern, Schul- und hochqualifizierte Berufsausbildung, soziale und medizinische Betreuung von Kindern in tiefster Armut einschließlich ihrer Familien und einiges mehr einschließt. Pater Pierres Organisation ist ein Beispiel dafür, dass Gleichberechtigung und Würde nicht herbeigeredet, sondern auch in

die Tat umgesetzt wird. Durch seinen nimmermüden Einsatz gibt der Pater den Kindern eine Lebens- und Bildungsperspektive, die sie herausführt aus Elend und Kriminalität. Seine Arbeiten sind ein bewegendes und aufrüttelndes Zeugnis selbstloser Hilfe. Mitten in der 15 Mio. Einwohner zählenden Hauptstadt hausen allein 10.000 Menschen, überwiegend Kinder, auf einem Müllberg, Smokey Mountain genannt. Mit jedem neuen Tag, mit jedem neuen Müllauto, das auf der Müllhalde seinen Unrat ablädt, entsteht neuer Tatendrang in diesen Kindern, die Hoffnung, dass sie im Wettstreit mit allen anderen Hungrigen, fündig werden. Noch bevor das Müllauto alles vollständig entladen hat, durchstöbern flinke und geübte Kinderhände den Unrat nach etwas Essbarem, nach etwas Nützlichem. Im Kampf ums tägliche Überleben verharren diese Kinder auf der Müllhalde. Sie leben in spärlichen Behausungen aus Wellblechen, alten Brettern und Kartons. Zwischen diesen Baracken sind die Wege von matschigen Pfützen durchsetzt, ideale Brutstätten von Keimen, die so oft zu infizierten großflächigen Hauterkrankungen führen. Die unkontrollierten Anhäufungen von Unrat auf der Müllhalde führt zu gefähr-

lichen Dämpfen, die maßgeblich für das Auftreten zahlreicher Atemwegserkrankungen verantwortlich sind. Vor allem Babys und Kleinkinder leiden unter diesen Krankheiten.

Inmitten dieser unwirtlichen Bedingungen, umgeben von einem unerträglichen Gestank, versuchen diese Menschen, sich eine Art von Normalität zu verschaffen bzw. eine Art von Würde zu bewahren. Neben diesen Müllbergkindern leben ungefähr 100.000 Kinder in den Straßen von Manila. Manche haben ihre Eltern verloren, andere sind verstoßen worden, weil ihre Familie zerrüttet ist, oder einfach, weil ihre Familie sie nicht ernähren konnte. In den Straßen haben sie versucht, sich mit Dienstleistungen und durch Betteln am Leben zu erhalten. Einige dieser Kinder werden von Mitarbeitern der ERDA Organisation in das Tuklasan-Zentrum gebracht, wo sie betreut werden. Hier können sie für einige Zeit leben, während sie resozialisiert werden, um ihnen eine reguläre Schulausbildung zu ermöglichen, und schließlich eine Pflegefamilie für sie gesucht wird. 40 % der Filipinos leben unter der Armutsgrenze, wobei diese bereits so niedrig bemessen ist, dass es für wenig mehr als das Essen reicht. Und gerade für die Ärmsten unter diesen ist und bleibt es ein Anliegen von äußerster Dringlichkeit, dass ihnen Chancen für ein menschenwürdiges Leben eröffnet werden.

Mit dieser Überzeugung bin ich mittlerweile zum fünften Mal zu dieser einzigartigen Organisation zurückgekehrt. Diesem Hilfsprojekt gebührt meine volle Unterstützung.

**Anschrift der Verfasserin**

*Dr. med. Angelika Schultze  
Rittlehnstraße 31, 36041 Fulda*

## Sicherer Verordnen

### Darbepoetin alfa – Schlaganfallrisiko

Eine hochsignifikante Steigerung des Schlaganfallrisikos in der Verumgruppe (Darbepoetin, Aranesp®) der TREAT-Studie bei Diabetikern mit nicht dialysepflichtiger Niereninsuffizienz stellt die Steigerung des Hämoglobinwertes durch Wirkstoffe, die die Erythropoese fördern (ESA), erneut in Frage. Kardiovaskuläre Ereignisse und Dialysepflichtigkeit/Tod waren nicht signifikant erhöht.

Neben anderen Risiken (z.B. Krebsverdacht) wurde in früheren Jahren eine Verkürzung der Überlebensdauer bei Krebspatienten durch ESA beobachtet. Dies war Anlass für eine Indikationseinschränkung (Therapie nur noch indiziert bei einer Anämie als Folge einer Chemotherapie). Eine Einstellung auf obere Hb-Grenzwerte von 13 g/dl scheint überholt und weitere Studien, um Untergruppen zu eruieren, die von einer Therapie mit ESA profitieren, sollten medizinisch-ethisch hinterfragt werden.

Quelle: [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)

### Orale Kontrazeptiva – Thromboembolierisiko

Bereits 1989 informierte die AkdÄ über den Verdacht, dass Gestoden/Desogestrel-haltige orale Kontrazeptiva (Gestagene der 3. Generation, im Gegensatz zu Levonorgestrel, ein Gestagen der 2. Generation) ein erhöhtes Thromboembolierisiko (VTE) haben könnten. Nach einer Bekanntgabe stiegen damals die Verdachtsmeldungen zu allen Kontrazeptiva an, mit entsprechend erhöhten Fallzahlen unter Gestoden/Desogestrel. Sowohl Hersteller als auch Fachverbände und einzelne Experten widersprachen den Vermutungen.

Nach einem aktuellen Kommentar erfolgte nun eine späte Bestätigung der damaligen Ergebnisse: das VTE-Risiko unter den Pillen der 3. Generation ist nach neuen Studien etwa doppelt so hoch wie das unter der 2. Generation, hängt also stark von dem jeweiligen Gestagen ab. Auch die neuen, Drospirenon-haltigen Antibabypillen (mit so harmlos klingenden Handelsnamen wie z.B. aida®, Angelique®, Petibelle®, Yasmin®, Yasminelle®, Yaz®) sind hinsichtlich des zwar generell niedrigen, jedoch potentiell tödlichen VTE-Risikos (Levonorgestrel circa 9 pro 10.000 Frauen-

jahre, ohne Pille 4,4) nicht frei zu sprechen: im Gegenteil, auch ihr VTE-Risiko scheint höher zu sein als das der Kontrazeptiva der 2. Generation. Die Studienergebnisse werden derzeit von unserer Arzneimittelbehörde BfArM und der anderer EU-Staaten geprüft.

Nachdem eine Ärztin wegen mangelnder Aufklärung verurteilt wurde, sollte insbesondere bei der ersten Verordnung eines Kontrazeptivums, auf Risikofaktoren geachtet (z.B. genetische Faktoren wie Faktor-5-Leyden-Mutation, Thrombosen in der Anamnese, Rauchen, Übergewicht) und die Patienten entsprechend informiert werden.

Levonorgestrel-haltige Kontrazeptiva: z.B. Levogyon®, Microlut®

Gestoden-haltige Kontrazeptiva: z.B. Femovan®, Minulet®

Desogestrel-haltige Kontrazeptiva: z.B. Cerazette®

Quellen: *Eur.J.Clin.Pharmacol.* 1989;

36 (Suppl.): A 170; *Pharm. Ztg.* 2009;

154: 3350

### Antidiabetika – ein Blick zurück und nach vorn

Noch bis in die 20er Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurden in der Diabetes-Therapie Mittel eingesetzt, die bis auf diätetische Maßnahmen fast alle enttäuschten. Opium wurde bereits in der Antike eingesetzt (Verringerung der Glukosurie und des Hunger-/Durstgefühls), die Einnahme von rohem Pankreas führte zum Abbruch wegen Übelkeit, Heilpflanzen (z.B. Samen der Javapflaume, Bohnenschalen, Heidelbeeren) zeigten in Studien geringe positive Effekte, derzeitige Untersuchungen weisen u.a. eine geringe Wirkung als Insulinsensitizer ähnlich den Glitazonen oder eine Hemmung kohlenhydratspaltender Enzyme ähnlich der Acarbose nach. Sog. Geheimmittel und betrügerische Marktprodukte (z.B. Röhrenmark von Rinderknochen) waren nicht selten. Bei empfohlenen Brunnenkuren wirkte vor allem der Kuraufenthalt, diskutiert wird zusätzlich eine Verminderung der Insulinresistenz durch bikarbonathaltige Heilwässer.

Insuline und orale Antidiabetika haben der früher immer relativ schnell zu einem qualvollen Tode führenden Erkrankung ihren Schrecken genommen. Neue Thera-

pieprinzipien sind zu erwarten. Zu bedenken ist jedoch, dass

- eine Änderung der Lebensgewohnheiten (z.B. diätetische Maßnahmen, Bewegung) sowie eine ausführliche Beratung Basis jeder Therapie sind, insbesondere der des Diabetes mellitus Typ II.
- die Risiken neuer oraler/parenteraler Antidiabetika wie z.B. Glitazone oder Inkretinmimetika wie Exenatid – aber auch moderner Insulinanaloge – noch nicht völlig abschätzbar sind.
- auch ältere Antidiabetika wie Metformin in neuen Studien noch überraschende positive Effekte zeigen können (z.B. auch in Kombination mit Insulinen Verringerung makrovaskulärer Erkrankungen).

Quelle: *Pharm. Ztg.* 2009; 154: 3920;

*Arch.Intern.med.* 2009; 169: 616

### Fluorescein – Überempfindlichkeitsreaktionen

Diagnostika sollten generell mit geringeren unerwünschten Wirkungen (UAW) verbunden sein als therapeutisch angewandter Arzneistoffe. Der Hersteller von Fluorescein, einem Diagnostikum zur Angiographie des Augenhintergrundes, warnt aktuell vor Unverträglichkeitsreaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock. Patienten sollten daher während der Untersuchung und mindestens 30 Minuten danach engmaschig überwacht und Notfallbesteck für eine Wiederbelebung bereitgehalten werden. Bei Risikopatienten (ältere Patienten mit Grunderkrankungen wie kardiovaskuläre Erkrankungen, jedoch auch Patienten mit Begleitmedikationen wie betablockerhaltige Augentropfen) sollten Nutzen und Risiko einer Angiographie sorgfältig abgewogen werden, zu erwägen sind auch Prämedikationen wie orale H<sub>1</sub>-Antihistaminika und Kortikosteroide in Sonderfällen.

Quelle: *AkdÄ Drug Safety Mail* 2009-078

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:

*Rheinisches Ärzteblatt* 12/2009

Eine Übersicht über weitere Veröffentlichungen finden Sie unter: [www.aerzteblatt-hessen.de](http://www.aerzteblatt-hessen.de)

# Arzthaftungsrecht: Sachverständigenablehnung wegen Befangenheit

Thomas K. Heinz



Mittlerweile werden kaum noch ein Arzthaftungsprozess oder ein sozialgerichtliches Verfahren ohne Sachverständigen-gutachten entschieden. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass die Verfahrensbeteiligten der „schwarzen Zunft“ in medizinischen Fragen regelmäßig Laien und als solche auf die Sachverhaltsklärung durch Fachgutachten der „weißen Zunft“ angewiesen sind. Aus diesem Grund kommt dem Sachverständigen im Haftungsprozess eine „gottähnliche“ Bedeutung zu. Hier können und müssen die Prozessvertreter bei Unklarheiten und Ungereimtheiten eingreifen, sei es durch Befragen des Sachverständigen im Termin, sei es durch Einholung ergänzender schriftlicher Stellungnahme(n) zum Gutachten. Die letzte Maßnahme, die den Prozessparteien bleibt, ist die *Ablehnung* des Sachverständigen wegen der Besorgnis der Befangenheit.

Die Ablehnung eines Sachverständigen wegen der Besorgnis der Befangenheit ist gerechtfertigt, wenn bei *objektiver Betrachtung* Gründe vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen gegen seine Unparteilichkeit zu rechtfertigen (§ 401 Abs. 1 Satz in Verbindung mit § 42 Abs. 2 ZPO). Für eine Besorgnis der Befangenheit kommt es nicht darauf an, ob der vom Gericht beauftragte Sachverständige tatsächlich parteilich ist, oder ob das Gericht selbst Zweifel an der Unparteilichkeit des Sachverständigen hat. Schon der erweckte Anschein der Parteilichkeit rechtfertigt die Ablehnung. Entscheidend ist, ob vom Standpunkt der ablehnenden Partei aus genügend objektive Gründe vorliegen, die in den Augen eines vernünftigen Menschen geeignet sind, Zweifel an der Unparteilichkeit des Sachverständigen zu erregen.

Solche Gründe können beispielsweise dann entstehen, wenn der Sachverständige im Verlauf des Verfahrens in unsachlicher Weise auf Einwendungen der Parteien bzw. ihres Verfahrensbevollmächtigten reagiert und sich zu sprachlichen Entgleisungen hinreisen lässt, die unüberbrückbare Spannungen zu den Beteiligten hervorrufen (OLG Frankfurt, GesR 2009, 502 – „Postmortale Klugscheißerei“; OLG Saarbrücken, MDR 2008, 1121). So steht es einem Sachverständigen auch nicht zu, den Verfahrensbeteiligten Ratschläge zur weiteren Prozessführung zu erteilen (z.B. die Empfehlung „aus orthopädischer Sicht den juristischen Streit rasch ad acta zu legen“ – OLG Frankfurt, ebenda). Führt der Sachverständige eine Ortsbesichtigung bei einer Partei ohne vorherige Unterrichtung der Gegenpartei durch, begründet dies ebenfalls seine Befangenheit (OLG Hamburg, MDR 1969, 489 und OLG München, OLGZ 1983, 55 = Rpfleger 1983, 319).

Dasselbe gilt, wenn der Sachverständige einen fachlichen Berater der Gegenpartei zum Ortstermin nicht zulässt (OLG Düsseldorf, MDR 1971, 489), oder wenn er die Beweisfrage nicht beantwortet mit der Erwägung, sie sei nicht entscheidungserheblich (OLG Köln, NJW-RR 1987, 1198). Auch die einseitige Würdigung von Parteivortrag kann die Befangenheit begründen (LG Dortmund, MDR 1993, 110), ebenso bei Verwertung von Informationen oder Material, das er sich von einer Partei ohne Wissen der anderen Partei verschafft hat (OLG Oldenburg, MDR 1978, 1028; OLG Düsseldorf, BB, 1972, 1248; OLG Koblenz, MDR 1978, 148; teilweise a.A. OLG Düsseldorf, DRsp IV(415)186d = DB 1986, 1018 = NJW-RR 1986, 740). Selbstverständlich gehört auch ein Verstoß gegen richterliche Weisungen oder Überschreitung erteilter Befugnisse (§ 404a ZPO) dazu (Thomas/Putzo, ZPO, Anm. 1 b. aa).

Befangenheitsgründe können aber nicht nur im Verhalten des Gutachters liegen, sondern auch in seiner Person, z.B. bei vorheriger Erstattung eines Privatgutachtens für eine Partei bzw. für eine Haftpflichtversicherung oder wiederholtem früheren Tätigwerden als Privatgutachter für eine der Parteien (OLG Karlsruhe, DRsp IV(415)186c = BauR 1987, 599; a.A.: OLG Koblenz, DRsp IV(415) 214Nr. 2b = NJW-RR 1992, 1470) oder wenn der Sachverständige Angestellter einer Prozesspartei ist, auch wenn er bei einer Behörde (OLG München, BauR 1990, 117 = MDR 1989, 828 = NJW-RR 1989, 1088) oder beim Konkursverwalter (OLG Köln, NJW-RR 1990, 383 = Rpfleger 1990, 88) angestellt ist. Ist der Sachverständige gleichzeitig Hausarzt einer Partei, begründet dieser Umstand ebenfalls seine Befangenheit.

Zu beachten ist, dass ein Ablehnungsgesuch rechtzeitig, nämlich innerhalb der vom Gericht gesetzten Stellungnahmefrist beantragt werden muss. Dies gilt nicht nur für das erste Gutachten, sondern auch für Ergänzungsgutachten, da sich u.U. auch erst aus diesen ein Befangenheitsgrund ergeben kann (vgl. hierzu BGH, GesR 2005, 327).

Die Kostenermittlung des Ablehnungsverfahrens erfolgt im Rahmen der Kostenermittlung des Rechtsstreits nach § 91 ff ZPO. Der Beschwerdewert des Ablehnungsverfahrens entspricht demjenigen der Hauptsache (so schon BGB NJW 1968, 796; OLG Frankfurt, a.a.O.).

## Anschrift des Verfassers

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

# In Deutschland noch Ruhe an der Gesundheitsfront – in der EU bewegt sich etwas

Siegmond Kalinski

Alle, nicht nur Ärzte und Heilhilfsberufe, jeder Bürger wartet auf die neue Gesundheitsreform – denn nach der bisherigen, so glaubt man, kann die nächste nur besser sein. Doch eins ist sicher: Es werden noch ein paar Monate ins Land gehen, bevor sie sich auch nur in ersten Umrissen andeuten wird. Gesundheitsminister Philipp Rösler kann in aller Gelassenheit Meinungen und Ratschläge sammeln und bewerten; vor dem 9. Mai wird das Thema Gesundheitsreform ein Tabu sein. An diesem Tag finden in Nordrhein-Westfalen, dem bevölkerungsreichsten Bundesland, Landtagswahlen statt, die nicht zuletzt deshalb so wichtig sind, weil sie auch über die Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat entscheiden werden. Und vorher will man die Wähler tunlichst nicht beunruhigen.

## EU gibt Strategiepapier in Auftrag

Während also an der Gesundheitsfront in Deutschland vorläufig Ruhe herrscht, beginnt man in Brüssel über eine zukünftige europaweite medizinische Versorgung nachzudenken. Anlass dazu ist die Veröffentlichung eines Strategiepapiers über einen einheitlichen europäischen Gesundheitsmarkt, mit dem die EU die Österreichische Akademie für Wissenschaft und Künste mit Sitz in Salzburg beauftragt hatte. Federführend dabei war der Präsident der Akademie, der Herzchirurg Professor Felix Unger, zusammen mit einem Team aus Ärzten, Vertretern von Heilhilfsberufen, der Industrie sowie von Forschungseinrichtungen.

## Professor Unger greift das Paradigma der solidarisch finanzierten Medizin an

Einige Thesen von Professor Unger sind durchaus revolutionär und werden zweifellos im Mittelpunkt äußerst engagierter Diskussionen stehen. Zum einen, weil Unger sich gleichsam über das „gefährlich

provinzielle gesundheitspolitische Denken in rein nationalen Grenzen“ mokiert und gleichzeitig das Paradigma einer solidarisch finanzierten Medizin angreift. Seiner Meinung nach könne die gesundheitliche Versorgung in den 27 EU-Mitgliedsstaaten nur dann bezahlbar bleiben, wenn es gelänge, die Medizin zu entpolitisieren und verkrustete Strukturen aufzubrechen. An einem einheitlichen europäischen Gesundheitsmarkt gehe in der Zukunft kein Weg vorbei. „Die Medizin muss als ganz normaler Markt gesehen werden, mit offenen Grenzen und Wettbewerb auf allen Ebenen.“ Solch ein Wettbewerb bringe Impulse für Innovationen, Qualitätsverbesserungen, Kosteneinsparungen sowie Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten in der EU.

## Zustimmung hier – Ablehnung dort

Manche Vorschläge dürften auf ein positives Echo stoßen, andere dagegen auf heftigen Widerstand. So z.B. bei der Forderung, die Krankenkassen zu privatisieren und den Zwang zur Pflichtversicherung abzuschaffen. Die Frage sei allerdings erlaubt, ob die Gewerkschaften da mitmachen würden. Erfreuen dürfte dagegen einen Großteil der Ärzteschaft der Vorschlag, dass die Ärzte ihr Honorar gegen Rechnung direkt von der Versicherung des Patienten erhalten sollten. Die KVen wären somit überflüssig?

Ein Novum ist weiterhin auch der Vorschlag, dass sich jeder frei in jedem europäischen Land, und nicht nur in seinem Heimatland, versichern können soll.

## Zu viele Kompetenzen für die EU?

Nach Ungers Strategiepapier würden der EU aber auch gesundheitspolitische Kompetenzen zugestanden, die möglicherweise weit über das Gewünschte hinausgehen und für die es im EU-Vertrag von Lissabon keine

Grundlage gibt. Dem Verfasser des Papiers ist allerdings bewusst, dass seine Vorschläge viel Zeit brauchen dürften, um auch nur in Ansätzen realisiert zu werden, er geht von etwa 15 Jahren aus.



## Interessante Umfrage der KV Rheinland-Pfalz

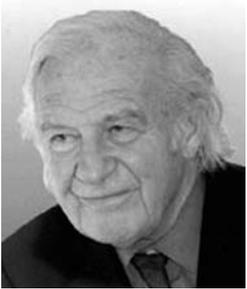
Ob dem Vorstand der KV Rheinland-Pfalz diese Arbeit vorlag, ist unbekannt, aber eine gerade abgeschlossene Umfrage passt haargenau in diese Thematik. Bisher war es so: Sowohl die KBV als auch die KVen standen strikt hinter dem Prinzip des Sachleistungssystems. Irgendwelches Rütteln daran, schon das Berühren des Themas als solches, zog Bann und Schelte der KBV nach sich.

## Im Feld „Sachleistungsvorteile“ – nichts als ein nacktes Fragezeichen...

Die KV Rheinland-Pfalz wollte nun mittels eines Rundbrief-Fragebogens in Erfahrung bringen, wie groß der Rückhalt in der Ärzteschaft zur Frage der Kostenerstattung sei. „Ob Sie eher für den Erhalt des jetzigen Sachleistungssystems oder eher für einen Wechsel zur Kostenerstattung votieren“, hieß es dort, und dem Schreiben war außerdem eine „Hilfestellung für Entscheidungen“ in Tabellenform beigelegt, in der als Vorteil für „Kostenerstattung“ unter anderem aufgeführt war: „Bessere Kalkulierbarkeit der Leistungen“, „Verbesserte Honorargerechtigkeit“ oder „Bessere Motivation aufgrund verbesserter Arbeitsbedingungen bei reduzierter Quantität und verbesserter Qualität“. Als Vorteil für das Sachleistungssystem stand ganz einsam nichts als ein Fragezeichen da... Ob auch andere KVen den Mut zu solch einer Umfrage haben werden?

# Nachruf

## Professor Dr. med. Dr. h.c. mult. Hanns-Gotthard Lasch



Für jede Kollegin und jeden Kollegen ist der Name Professor Lasch ein Begriff, der sofort mit Blutgerinnung in Zusammenhang gebracht wird.

Bereits in Heidelberg wurde in ihm durch seinen Lehrer Professor Karl Matthes diese Begeisterung geweckt. So lautete 1952 das Thema seiner Promotionsarbeit „Acc. Globulin und Prothrombin als Leberfunktionsprobe“. Die Habilitation erfolgte 1959 mit dem Thema „Latente Gerinnung in der Blutbahn“.

Seine Begeisterung und Fähigkeiten für die Innere Medizin führten ihn schnell auf die akademische Laufbahn. Im Jahr seiner Annerkennung als Facharzt, 1965, wurde er mit 39 Jahren auf den Lehrstuhl für Innere Medizin in Gießen berufen und leitete die erste Medizinische Klinik bis zu seiner Emeritierung. Seiner Universitätsstadt Gießen ist er immer treu geblieben.

Seine Verdienste galten vor allem der Intensivmedizin. Er wies immer auf die übergeordnete Bedeutung der Verbrauchskoagulopathie hin, die eben alle Organsysteme des Kranken betreffen. Diese vielseitigen Pathomechanismen führen zu lebensbedrohlichen Blutungen, die nur durch eine intensive Medizin beherrschbar sind. Er setzte seine Forschungsergebnisse praxisnah um und forderte auf diese Weise die Beachtung der Intensivmedizin in der Inneren Medizin.

Seine Verdienste führten dazu, dass er erster Präsident der 1977 gegründeten Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin wurde und den ersten Europäischen Kongress für diese Fachdisziplin als Präsident leitete.

Professor Lasch gehörte zu den Kollegen, die immer für eine Einheit des Faches Innere Medizin eingetreten sind. Dies prägte ihn auch während seiner Zeit als Präsident und Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin.

Für uns in der Akademie war er ein Visionär, der Ideen für die Ärzteschaft entwickelte und praxisnah umsetzte. Sowohl als anerkannter Kliniker, der der Universität Gießen weltweite Anerkennung brachte, als auch als umsichtiger Hochschullehrer schuf er medizinische Grundlagen, die noch Jahrzehnte Bestand haben werden. So prägte er unsere Akademie kontinuierlich als Vorstandsmitglied und später als Ehrenmitglied.

Ein Vorbild war Professor Lasch auch als Mensch. Er legte immer großen Wert darauf deutlich zu machen, dass alle unsere Bemühungen nicht fruchten können, wenn nicht die Patientin/der Patient in den Mittelpunkt des ärztlichen Handelns gerückt wird. So wundert es nicht, dass er in der Klinik und von vielen seiner Schüler als „Papa Lasch“ bezeichnet und geachtet wurde.

Derartiges Schaffen zog unwillkürlich zahlreiche Ehrungen nach sich, wovon hier einige genannt werden:

- Ehrendoktorwürde der Veterinärmedizinischen Fakultät in Gießen
- Ehrendoktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität München rechts der Isar
- Paracelsusmedaille
- Ehrenplakette in Silber und in Gold der Landesärztekammer Hessen
- Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer
- Rudolf-Jürgens-Medaille in Gold
- E.-K. Frey-Medaille in Gold
- Ludwig Heilmeyer-Medaille
- Großes Bundesverdienstkreuz
- Bundesverdienstkreuz 1. Klasse
- Hessischer Verdienstorden

Unsere Akademie trauert mit unserer Ärzteschaft in Hessen und weit darüber hinaus um einen außergewöhnlichen Arzt und vorbildlichen Kollegen, der sicher sehr lange in uns weiterleben wird.

*Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch  
Vorsitzender des Vorstandes  
der Akademie für Ärztliche Fortbildung  
und Weiterbildung*

*Sigrid Blehle  
Geschäftsführerin der Akademie für  
Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung*

### Arbeitsmedizin im Großunternehmen – Bindeglied zwischen Mitarbeiter, ambulanter Krankenversorgung und Betrieb 4 P

17. Februar 2010, 17:00 Uhr

Ort: LSG Werk ZD, Jean-Gardner-Batten-Str. 5, 60549 Frankfurt-Gateway-Gardens

Themen: **Arbeitsmedizin im Großbetrieb · Aufgaben der Arbeitssicherheit · Aus Erfahrungen im Alltag entwickelte Ergonomie am Arbeitsplatz · Sachkundige Führung durch den Produktionsbereich in Kleingruppen**

Deutsche Lufthansa AG, Medizinischer Dienst, Dr. Roland Nowak, Tel. 069 69647603

**Bezirksärztekammer Darmstadt**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Bezirksärztekammer Gießen**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Hans-Eberhard Wendler, Lorsch, am 22. März.

**Bezirksärztekammer Frankfurt**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Hartmut Jokisch, Linden, am 24. März.

**Bezirksärztekammer Kassel**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Dieter Schulte, Kassel, am 29. März.

**Bezirksärztekammer Marburg**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Carl Otto Lehmann, Neu-Isenburg, am 4. März,  
Professor Dr. med. Manfred Neubauer, Langen, am 14. März,  
Professor Dr. med. Gerd Rosemann, Hanau, am 31. März.

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Friedrich Albegger, Homberg, am 4. März,  
Dr. med. Johannes Ferlemann, Marburg, am 17. März.

# Landesärztekammer Hessen

## Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Ltd. Medizinaldirektor a.D. Dr. med. Winfried Hackhausen, Wiesbaden, am 7. Februar das 65.,

Dr. med. Herbert Jaeger, Hohenstein, am 8. März das 65.,

Professor Dr. med. Gustav Georg Belz, Wiesbaden, am 25. März das 70.,

Dr. med. Otto Thunert, Wiesbaden, am 27. März das 85.,

Dr. med. Ingeborg Reichert, Wiesbaden, am 30. März das 85. Lebensjahr.

### Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Wolf-Joachim Eichstädt, Wiesbaden, am 11. März.

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

## Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Ute Aulepp, Bad Nauheim  
\* 11.10.1941 † 8.3.2009

Thomas-Peter Debus, Sulzbach  
\* 17.11.1944 † 15.10.2009

Dr. med. Eberhard Gründler, Neukirchen  
\* 24.11.1916 † 9.11.2009

Hanns-Wilhelm Haag, Rödermark  
\* 14.7.1922 † 25.10.2009

Dr. med. Hans Kolb, Wetzlar  
\* 1.4.1915 † 17.11.2009

Dr. med. Irmgard Krekel, Frankfurt  
\* 11.3.1937 † 23.10.2009

Dr. med. Brigitte Leonhardi, Frankfurt  
\* 11.6.1925 † 9.11.2009

Dr. med. Renate von Mackensen, Kassel  
\* 13.7.1936 † 24.8.2009

Dr. med. Peter Mohr, Hilders  
\* 29.12.1929 † 6.11.2009

Dr. med. Stephan Orth, Wasserburg  
\* 22.2.1954 † 3.6.2008

Ltd. Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Helmut Rühl, Lampertheim  
\* 9.6.1920 † 4.11.2009

Dr. med. Wilhelm Ziegelmayr, Wiesbaden  
\* 18.5.1919 † 1.12.2009

## Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. HS-W-58/2003, ausgestellt am 23.4.2003, für Midhat Dizdarevic, Eltville,

Arztausweis Nr. 060012683, ausgestellt am 7.5.2009, für Christian Haupt, St. Gallen,

Arztausweis Nr. 060013719, ausgestellt am 13.8.2009, für Patricia Heuer, Fulda,

Arztausweis Nr. 060014694, ausgestellt am 12.11.2009, für Judith Kern, Dietzenbach,

Arztausweis Nr. HS-F-10885, ausgestellt am 26.7.2002, für Dr. med. Patrick Kuhmüch, Hanau,

Arztausweis Nr. HS/M 04/2006, ausgestellt am 10.1.2006, für Dr. med. Johanna Liebmann, Kirchhain,

Arztausweis Nr. HS-F-12451, ausgestellt am 1.12.2004, für Dr. med. Sanjay Menon, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060012385, ausgestellt am 16.4.2009, für Irina Uvarov, Bischofsheim,

Arztausweis Nr. 060011591, ausgestellt am 19.2.2009, für Gerhard Walter, Schwalbach,

Arztausweis Nr. 060013766, ausgestellt am 19.8.2009, für Sylvia Woeste, Frankfurt.

## Lösung Medizinisches Zahlenrätsel aus 1/2010, Seite 24

### Schlüssel:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
G	A	M	K	E	R	Z	Y	L	O	T	N	H	U	S	F	I	D	P	C

### Lösungswort:

11	14	3	10	6	15	14	20	13	5
T	U	M	O	R	S	U	C	H	E

## Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung

Nachfolgend haben wir die **Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung** in Verbindung mit den neuen Prüfungsterminen dargestellt.

Über die vorzeitige Zulassung erhält der Auszubildende Gelegenheit, an der Abschlussprüfung teilzunehmen, die seiner regulären Abschlussprüfung **unmittelbar** vorausgeht. Die Zulassung erfolgt nur, wenn seine Leistungen während der **gesamten Ausbildungszeit** dies rechtfertigen.

### In der Prüfungsordnung vom 12. Dezember 2006 wurden neue Zulassungsvoraussetzungen festgelegt:

Die Zulassung zur Abschlussprüfung vor Ablauf der Ausbildungszeit ist gerechtfertigt, wenn die Leistungen des Auszubildenden während der Ausbildungszeit

- in den **Lerngebieten des berufsbezogenen Unterrichts** der Berufsschule – mit **mindestens 2,0** und
- von dem **Ausbildenden – im Durchschnitt mit mindestens „gut“** beurteilt werden und
- wenn die Leistungen in der **Zwischenprüfung – im Durchschnitt der fünf Prüfungsbereiche mindestens befriedigende Ergebnisse** erbracht haben.

### Die neuen Voraussetzungen gelten erst für Auszubildende, die ihre Ausbildung ab 1. August 2007 begonnen haben.

Erhebliche **Fehlzeiten** in Ausbildungspraxis und Berufsschule können auch einer Prüfungszulassung entgegenstehen. Nach § 43 Berufsbildungsgesetz, der die Zulassungsvoraussetzungen festlegt, ist die Zulassung zur Abschlussprüfung u.a. nur möglich, wenn die Ausbildungszeit zurückgelegt wurde. Zum Ausfüllen dieses unbestimmten Rechtsbegriffs hat die Landesärztekammer Hessen folgende Verwaltungsrichtlinie erlassen:

#### Fehlzeiten-Regelung

(1) Die Ausbildungszeit ist (im Hinblick auf § 43 Abs. 1 Ziff. 1 BBiG) auch zurückgelegt bei Unterbrechungen durch

1. **Urlaub bis zur Dauer von sechs Wochen pro Ausbildungsjahr,**
2. **Krankheit oder andere Gründe bis zur Gesamtdauer von 90 Werktagen (außer Sonn- und Feiertagen), bei vorzeitiger Teilnahme an der Abschlussprüfung gemäß § 9 Abs. 1 Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf Arzthelfer/in/Medizinische/r Fachangestellte/r bis zu höchstens 75 Werktagen, bei verkürzter Ausbildungszeit gemäß § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz bis zu höchstens 75 Werktagen bei halbjähriger Verkürzung und 60 Werktagen bei einjähriger Verkürzung,**
3. **Inanspruchnahme der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz,**
4. **Fehlzeiten in der Berufsschule bis zu 30 Berufsschultagen.**

(2) **Auf Antrag können auch darüber hinausgehende Fehlzeiten berücksichtigt werden, soweit Umstände vorliegen, deren Nichtberücksichtigung eine besondere Härte bedeuten würde und zur Erreichung des Ausbildungsziels keine Verlängerung der Ausbildungszeit erforderlich ist (Einzelfallentscheidung).**

Sofern die in Ziffer 2 und 4 angegebenen Fehltagelängen überschritten wurden (wobei die 30 Fehltagelängen in der Schule in den 90/75/60 Werktagen enthalten sind), erfolgt eine Einzelfallprüfung. Ausschlaggebend für eine Zulassung sind begründete Fehlzeiten und Leistungen, die eine Zulassung rechtfertigen. Falls eine Zulassung nicht erfolgen kann, wird seitens der Landesärztekammer Hessen eine Verlängerung entsprechend der Fehlzeiten empfohlen. Die Verlängerung muss vom Auszubildenden beantragt werden und bedarf der Genehmigung der Landesärztekammer Hessen. Der auszubildende Arzt erhält Gelegenheit, zur Verlängerung Stellung zu nehmen.

Auch Auszubildende mit bereits verkürzter Ausbildungszeit können die Abschlussprüfung vorzeitig ablegen. Es müssen aber mindestens 18 volle Ausbildungsmonate absolviert werden.

Wir bieten folgende Prüfungstermine an:

#### Sommerprüfung 2010

Schriftlicher Prüfungsteil: Mittwoch, den 5. Mai 2010  
 Praktischer Prüfungsteil und ergänzende mündliche Prüfung: 1. Juni bis 17. Juli 2010  
 (für Medizinische Fachangestellte: Prüfungsblock ausschließlich in der Zeit vom 14. Juni bis 17. Juli 2010)

#### Winterprüfung 2010/2011

Schriftlicher Prüfungsteil: Mittwoch, den 12. Januar 2011  
 Praktischer Prüfungsteil und ergänzende mündliche Prüfung: 7. Februar bis 19. März 2011  
 (für Medizinische Fachangestellte: Prüfungsblock wird noch beschlossen und mitgeteilt)

Die Anmeldefristen liegen jeweils zwei bis drei Monate vor dem Termin der schriftlichen Prüfung.

Weitere Fragen beantworten wir und die Mitarbeiter/innen der zuständigen Bezirksärztekammer.

Landesärztekammer Hessen

Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen

## Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Anette Emmrich, tätig bei Dr. med. T. Bonin, vormals Praxis Dres. med. M. und U. Hütten, Biebergemünd-Bieber

Andrea Dar, tätig bei Dr. med. R. Ahlers-Zimmermann, Dr. med. M. Müller, Dr. med. J. Wollenweber, Frankfurt

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

Rosel Wisseler, seit 16 Jahren tätig bei PD Dr. med. C.-G. Schmitt, Wetter

Inge Petri, seit 28 Jahren tätig bei PD Dr. med. C.-G. Schmitt, Wetter, vormals in verschiedenen Praxen tätig

Gerlinde Dirlenbach, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. R. Ahlers-Zimmermann, Dr. med. M. Müller, Dr. med. J. Wollenweber, Frankfurt

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

Wir gratulieren der Helferin zum **mehr als 10-jährigen Berufsjubiläum**

Christa Janson, seit 15 Jahren tätig bei Dr. med. F. Kopp, Schlüchtern

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde dieser Helferin eine Urkunde ausgehändigt

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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 Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

### Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Heppenheim Fachärztin/Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

### Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Groß-Umstadt Frauenärztin/Frauenarzt

### Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Rüsselsheim Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –  
 Rüsselsheim Fachärztin/Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
 Bischofsheim Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

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-Niederrad Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –  
 Frankfurt am Main-Ostend Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –  
 Frankfurt am Main-Gallusviertel Anästhesistin/Anästhesist (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)  
 Frankfurt am Main-Bornheim Augenärztin/Augenarzt  
 Frankfurt am Main Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, MVZ-Anteil)  
 Frankfurt am Main Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, MVZ-Anteil)  
 Frankfurt am Main Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut  
 Frankfurt am Main Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)  
 Frankfurt am Main-Sachsenhausen Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag)  
 Frankfurt am Main Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

### Planungsbereich Hochtaunuskreis

Königstein Anästhesistin/Anästhesist

### Planungsbereich Landkreis Offenbach

Neu-Isenburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

### Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Main-Kinzig-Kreis Chirurgin/Unfallchirurgin/ Chirur/Unfallchirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)  
 Main-Kinzig-Kreis Chirurgin/Unfallchirurgin/ Chirur/Unfallchirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)  
 Main-Kinzig-Kreis Frauenärztin/Frauenarzt (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 Landkreis Gießen

Gießen Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)  
 Gießen Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

### Planungsbereich Wetteraukreis

Ober-Wöllstadt Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)  
 Butzbach Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)  
 Echzell 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 Gießen, Eichgärtenallee 6-8, 35394 Gießen** zu senden.

### Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Friedewald Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)

### Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)
Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)
Kassel	Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie/ Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie

### Planungsbereich Landkreis Kassel

Baunatal	Augenärztin/Augenarzt
Vellmar	Augenärztin/Augenarzt
Hofgeismar	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater und/oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin

### Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Arolsen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)
-------------	---

### Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Hessisch Lichtenau	Orthopädin/Orthopäde und/oder Chirurgin/Chirurg (Gemeinschaftspraxisanteil)
--------------------	---

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	Fachärztin/Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
----------	--

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	Kinder- und Jugendärztin/ Kinder- und Jugendarzt
---------	---

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

### Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden	Kinderärztin/Kinderarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Gemeinschaftspraxisanteil)
Wiesbaden	Internistin/Internist – fachärztlich –
Wiesbaden	Ärztliche Psychotherapeutin/ Ärztlicher Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Wiesbaden	Ärztliche Psychotherapeutin/ Ärztlicher Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden	Ärztliche Psychotherapeutin/ Ärztlicher Psychotherapeut

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.  
Fon 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.

### Durch die KV Hessen für ungültig erklärte Ausweise/Stempel:

Bereitschaftsdienstausweis Nummer 007166, ausgestellt am 17.10.2008, gültig bis 31.12.2009, für Achmed Majno,

Stempel Nummer 397679200, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Erbach (Dr. med. Bennet Rothe, Michelstadt).