

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

3 | 2012

März 2012

73. Jahrgang

Fit und gesund älter werden

Diabetes-Prävention

Ein Projekt der Landesärztekammer Hessen



- **Themenheft Diabetes**
 - Diabetikerversorgung in Hessen – quo vadis?
 - „Entgleist“ oder „nicht entgleist“?
 - Das Diabetische Fußsyndrom
 - Inkretinbasierte Therapien – sinnvoll und nützlich?
 - „Fit und gesund älter werden“ startet in Offenbach
- **Hessen vorn – Flächendeckende Qualitätssicherung dokumentiert Verbesserung der Schlaganfallversorgung**
- **Hessische Hygieneverordnung**
- **Hessische Hygieneverordnung und die Zusatzbezeichnung „Krankenhaushygiene“ der LÄK Hessen**
- **„Du bist kostbar“ – Hessen erklärt 2012 zum Krebspräventionsjahr**

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. med. Toni Graf-Baumann
Vertreter des Präsidiums: Dr. med. Peter Zürner
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Dr. med. Peter Zürner
verantwortlich für Mitteilungen der Akademie:
Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M. A.

Redaktions-Beirat:

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebental
Armin Beck, Flörsheim
Monika Buchalik, Hanau
Prof. Dr. med. Ulrich Finke, Offenbach
Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß, Groß-Gerau
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Hans-Martin Hübner, Langgöns
Prof. Dr. med. Manuela Koch, Marburg
Dr. med. Snjezana Krückeberg, Bad Homburg
Martin Leimbeck, Braunfels
PD Dr. med. Ute Maronna, Frankfurt
Dr. med. Edgar Pinkowski, Pohlheim
Karl Matthias Roth, Fischbachtal
Christian Sommerbrodt, Wiesbaden
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt
Prof. Dr. med. Michael Tryba, Kassel
Prof. Dr. med. Max Zegelman, Frankfurt

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Katharina Deppert,
Gutachter- und Schlichtungsstelle
Manuel Maier, 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-Gruner-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:

Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co KG
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Heidesheim
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2012 vom 1.1.2012 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 123,00 € inkl. Versandkosten (12 Ausgaben), im Ausland 123,00 € zzgl. Versand, Einzelheft 12,75 € zzgl. 2,50 € Versandkosten. 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



Editorial	144
Fortbildung	
Tischvorlage „Klassifikation nach Wagner/Armstrong“/DNOAP	145
Diabetikerversorgung in Hessen – quo vadis?	147
„Entgleist“ oder „nicht entgleist“?	149
Das Diabetische Fußsyndrom	151
Inkretinbasierte Therapien – sinnvoll und nützlich?	156
Hessen vorn – Flächendeckende Qualitätssicherung dokumentiert	
Verbesserung der Schlaganfallversorgung	161
Sicherer Verordnen	190
Sicherheitsbedenken bzgl. der Behandlung mit Aliskiren-haltigen Arzneimitteln bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II und Nierenfunktionsstörungen und/oder kardiovaskulären Erkrankungen	191
Landesärztekammer Hessen	
„Fit und gesund älter werden“ startet in Offenbach	160
Hessische Hygieneverordnung und die Zusatzbezeichnung „Krankenhaushygiene“ der Landesärztekammer Hessen	185
Aktuelles	
Kompetenzzentrum für hochkontagiöse, lebensbedrohliche Erkrankungen in Hessen und Rheinland-Pfalz	168
Hessische Hygieneverordnung	173
„Du bist kostbar“ – Hessen erklärt 2012 zum Krebspräventionsjahr	187
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim	175
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	181
Parlando	
Musikmesse 2012 / Und die Kontinente bewegen sich doch ...	188
Arzt- und Kassenarztrecht	
Wie hoch muss die vertragsärztliche Vergütung sein?	191
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten	193
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	195
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	206

Mit dem Einreichen eines Beitrages zur Veröffentlichung erklärt der Autor, dass er über alle Rechte an dem Beitrag verfügt; er überträgt das Recht, den Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen auf die 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, liebe Kollegen,



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
(Foto: privat)

hätten Sie gedacht, dass es im Verhalten von Sperlingen einige Parallelen zu dem von Menschen geben könnte? Der Sperling hat sich vor mehr als 10.000 Jahren als sogenannter Kulturfolger in die Gefolgschaft des Menschen begeben. Und heute stellen wir fest: Sperlinge finden zum Teil in den Städ-

ten eine bessere Lebensgrundlage als auf dem Land. Nachdem auf dem Lande weniger Tiere frei gehalten werden, die Körnerfutter bekommen, ist das Leben für die Sperlinge dort schwieriger geworden. In den Städten fanden sie auch nach dem Verschwinden der Pferde reichlich Nahrung. Ganze Berufsstände haben aufgrund der veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen und der kulturellen Entwicklung in der Gesellschaft die Landflucht ergriffen oder sind sogar verschwunden. Nun, Ärzte als Vertraute und Helfer des Patienten wird es immer geben. Aber auch, wenn Altruismus, Zuwendung und Barmherzigkeit immer noch eine Maxime ärztlichen Handelns sind, und sich gerade junge Ärztinnen und Ärzte am Anfang ihres Berufes sowie Medizinstudierende durch Idealismus auszeichnen, erleben wir mehr und mehr, dass die Verhältnisse in der Lage sind, diesen im Laufe des Berufslebens auszutreiben. Handwerksberufe, aber auch die Bildungseinrichtungen unterliegen aus verständlichen Gründen dem Zwang der Zentralisierung. Nur, die so oft bemühte demographische Entwicklung und auch die „post labora Phase“ (= Freizeit in den zu Schlafsiedlungen gewordenen Dörfern) oder die Benachteiligten in den strukturschwachen Gebieten (dazu gehören auch Problemzonen in Städten) verlangen nach ärztlicher Präsenz, zumindest in der Grundversorgung. Das verabschiedete Versorgungsstrukturgesetz und der Hessische Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung zeigen An-

sätze, die Verhältnisse zu verbessern. Den Kritikern, die das Ganze abfällig als „Ärztegesetz“ bezeichnen, ist nicht eingefallen, dass man eher von einem „Patientengesetz“ sprechen könnte, das sicherlich noch weiter verbessert werden kann. Alle Beteiligten werden es mit Leben erfüllen müssen. Und hier fällt mir jetzt, wo ich über diesen Zeilen sitze, ein weiterer Vergleich ein. In dieser zur Zeit herrschenden Kälte versuchen wir, den gefiederten Freunden mit Futter das Leben zu ermöglichen. Mancher stellt dazu ein wunderschönes Futterhäuschen auf und freut sich, wenn die Vögel das annehmen. Sie belohnen uns dafür mit ihrem Gesang und fangen im Sommer das Ungeziefer.

Nebenbei sind Sperlinge sehr sozial. Fällt z.B. ein Junges bei den ersten Flugversuchen in eine Dachrinne, fliegt die ganze Sippe mit bis zu 40 Vögeln tschilpend heran und polstert das Junge mit Heu und Ästchen, bis es sich für einen neuen Start erholt hat. Dieser Zusammenhalt und die Fürsorge für die Artgenossen haben natürlich bei uns Menschen eine noch ganz andere Qualität. Gerade der ärztliche Beruf ist durch soziale Kompetenz gekennzeichnet. Sie gilt dem einzelnen Patienten genauso wie dem Gemeinwesen. Das erfordert aber auch über die rein medizinisch ärztliche Tätigkeit hinaus Einflussnahme auf das sozial- und gesellschaftspolitische Geschehen. Dies ist ursprünglich mit ein Anlass für das Staatswesen gewesen, den Freien Berufen Verantwortung und Mitbestimmung in einer Körperschaft öffentlichen Rechts zu übertragen. In verschiedenen Veranstaltungen der letzten Zeit haben Politiker sich deutlich hinter dieses Konzept gestellt. Aber bei manchen nimmt man nur Lippenbekenntnisse wahr und einige sehen darin nur Lobbyisten, die man sich auf Distanz halten muss. In einer Zeit, in der die Kompetenz Angehöriger von Berufsgruppen angemahnt wird, wäre es ganz einfach, den Rat dieser Kompetenz einzufordern und ihn zu berücksichtigen, statt dies allein als einseitiges Interessengerangel abzutun.

Umso mehr freut es mich, dass sich offensichtlich doch die Erkenntnis durchsetzt, dass für die häusliche Versorgung von Schwerkranken mit BTM-Medikamenten eine praktikable Regelung für die Zeiten außerhalb der Regelversorgung gefunden werden muss. Hier ist die Politik doch dem Rat der Ärzteschaft gefolgt. Auch die Apotheker haben erkannt, dass dadurch nicht gleich das ganze Dispensierrecht ausgehebelt wird. Alle Beteiligten haben sich der Erfordernis zu gemeinsamen Handeln im Sinne der am meisten Hilfe Bedürftigen gestellt. Es ist nun auf eine baldige Umsetzung zu hoffen.

Zuversichtlich sind wir auch bei der Beteiligung von Ärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung und Patientenvertreter in den in Hessen eingerichteten Gesundheitskonferenzen. Es ist für das Onkologiekonzept zu begrüßen, wenn das Sozialministerium bei dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung die schon bestehenden stationären und ambulanten Strukturen bewusst einbezieht und nicht dem Bestreben großer Zentren nach einer Zentralisierung nachgibt. Auch die Verbesserung der psychosomatischen Versorgung wird nicht durch Aufstockung oder Umwidmung von Betten erreicht werden. Letztlich kommt es nach einer Bestandsaufnahme vorhandener Versorgungsmöglichkeiten auf eine möglichst gute Vernetzung von ambulant und stationär an. Dann erst wird zu erkennen sein, ob tatsächlich ein Bedarf neuer Einrichtungen besteht.

Auch wenn dies von dem Einen oder der Anderen Kompromisse abverlangt, ist die Gemeinsamkeit ein Garant für freie Berufsausübung und bestmögliche Patientenversorgung. Ich setze mit Ihnen auch in Zukunft auf eine gemeinsam getragene Selbstverwaltung.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Klassifikation nach Wagner / Armstrong

Tischvorlage zum Beitrag „Das Diabetische Fußsyndrom“ auf Seite 451

Zur primären Klassifikation und Vereinfachung der Verlaufskontrolle von Wunden im Rahmen des Diabetischen Fußsyndroms findet weltweit die Klassifikation nach Wagner und Armstrong Verwendung. Diese beschreibt zum einen die Tiefe und Ausdehnung der Läsion (Wagner), zum anderen die Ätiologie bzw. Begleitumstände (Armstrong).

	0	1	2	3	4	5
						
	prä- oder postulzeröse Läsion	oberflächliche Wunde	Wunde bis auf die Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis auf die Ebene von Knochen oder Gelenk	Nekrose einzelner Fußteile	Nekrose des gesamten Fußes
A	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion
B	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion
C	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie
D	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie

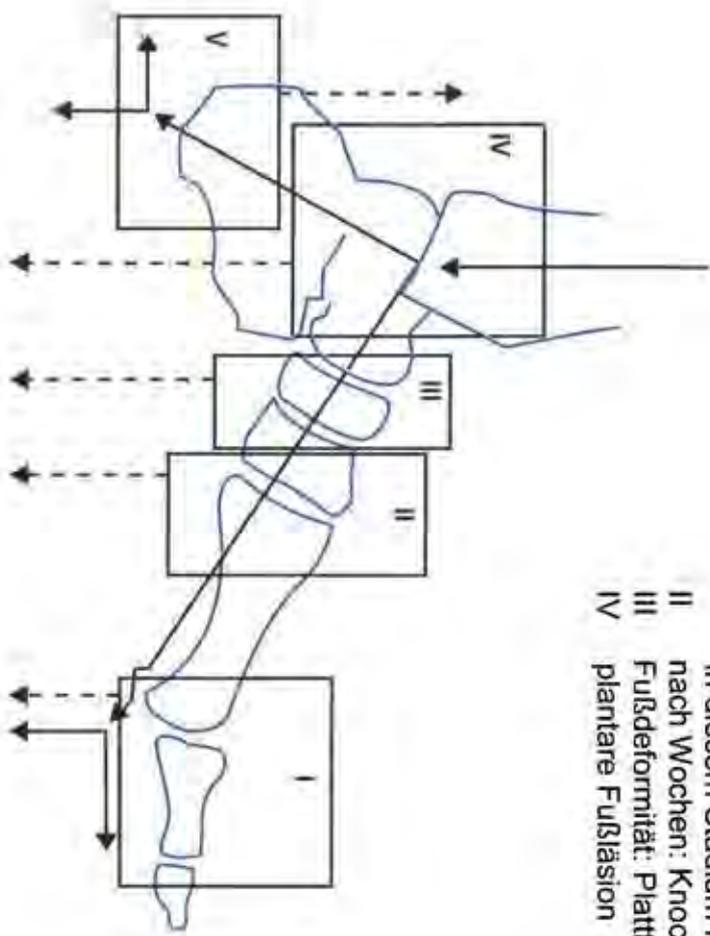
Validation of a diabetic foot wound classification system. Armstrong et al. Diabetes care 21:855 (1998)
The dysvascular foot. A system of diagnosis and treatment. Wagner. Foot and ankle 2:64 (1981)

DNOAP (Diabetische Neuro-Osteo-Arthropathie, sog. „Charcot-Fuß“)

Zur primären Klassifikation und Verlaufskontrolle der anatomischen Veränderungen im Rahmen der DNOAP und des Stadiums der Erkrankung, erfolgt eine Einteilung nach Sanders und Levin. Die Sandersklassifikation beschreibt hierbei die Lokalisation der Veränderungen an Knochen und Gelenken, die Einteilung nach Levin das Stadium bzw. die Komplikationen der Erkrankung.

Klassifikation nach Sanders

- I Zehen bis Mittelfuß
- II Tarsometatarsalgelenk
- III Fußwurzel
- IV Sprunggelenk
- V Calcaneus



Verlaufsstadien nach Levin

- I akutes Stadium: Rötung, Schwellung, Überwärmung des Fußes mit Temperaturdifferenz $>2^{\circ}\text{C}$ (Cave Röntgenbild evtl. in diesem Stadium noch normal)
- II nach Wochen: Knochen und Gelenkveränderungen, Frakturen
- III Fußdeformität: Plattfuß, Wiegefuß, Tintenlöschfuß
- IV plantare Fußläsion

Quelle: Der Diabetische Fuß: Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, Anke Eckardt, Ralf Lohmann, Springer 2005

Diabetikerversorgung in Hessen – quo vadis?

Diabetes – die Seuche des 21. Jahrhunderts (WHO)

Sind wir in Hessen darauf vorbereitet? Wenn man sich die derzeitige (Versorgungs-)Lage ansieht, bin ich eher pessimistisch gestimmt.

Christian Klepzig

Ich möchte dies an vier Beispielen ausführen:

1. Ambulante Diabetikerversorgung

Die ambulante Diabetikerversorgung be ruht in Hessen im Gegensatz zu nahezu allen anderen Bundesländern in ihrer Grundstruktur unverändert auf einem Schulungsvertrag von 1997(!), der im Laufe der Jahre um einige Versatzstücke ergänzt wurde, aber nach wie vor nur die Ideen zur Struktur einer vernünftigen Diabetikerversorgung von vor 15 Jahren widerspiegelt.

Weder gibt es eine flächendeckende hausarztzentrierte Versorgung mit der verbindlich definierten Schnittstelle zur Diabetes-Schwerpunktpraxis (DSPP), noch gibt es eine verbindlich definierte Schnittstelle zur spezialisierten klinischen Diabetologie. Von realer flächendeckender integrierter Versorgung können hessische Diabetiker nur träumen.

Der Hinweis auf die existierenden DMP als strukturierte Versorgung kann dem in dieser Versorgung Tätigen nur ein Lächeln auf die Lippen bringen. Was ist das für eine Strukturierung, die auch ein unbegründetes Abweichen von Behandlungspfaden und Schnittstellen weder reflektiert, noch kommentiert oder gar sanktioniert?

Bedauerlicherweise verweigern sich die hessischen Krankenkassen jeglicher Diskussion über einen Strukturvertrag zur Diabetikerversorgung. Dies ist umso betrüblicher, weil von Seiten der KV Hessen und der Genossenschaft der Diabetologen in Hessen ein innovativer und vernünftiger Vertragsentwurf vorgelegt wurde.

Auch der AOK-Bundesverbandsvorsitzende Graalman, dem ich angeboten habe, dieses Versorgungskonzept einmal vorzustellen, schweigt sich aus. In Sonntagsreden wird dann aber stets das Bekenntnis zur verbesserten Versorgung und zur Not-

wendigkeit von innovativen Ideen abgelegt.

2. Ausbildungssituation für Diabetologen

Die Diabetologie ist in den letzten 15 Jahren zu einem Fachgebiet geworden, das wesentlich in der ambulanten Versorgung stattfindet. Angesichts der wachsenden Zahl von Diabetikern wäre eine Steigerung der Ausbildungszahlen von Diabetologen wünschenswert und sinnvoll.

Eine Weiterbildung zum Diabetologen sollte idealerweise in einem Weiterbildungsverbund ambulant-stationär stattfinden. Allerdings müsste dann den DSPP im ambulanten Bereich eine Refinanzierung der Kosten eines Weiterbildungsassistenten ermöglicht werden. Die Selbstverwaltung bietet hierzu keine Lösungen an, die Politik schweigt oder ergeht sich in Sonntagsreden über die Notwendigkeit von innovativen Konzepten – Realabsurdität des deutschen Gesundheitswesens.

3. Politisch geforderter Wettbewerb vs. real existierende Planwirtschaft

Der Diabetes als chronische Erkrankung bedarf insbesondere beim Auftreten der immens teuren Folgeerkrankungen einer gut aufeinander abgestimmten integrierten Versorgung.

Im Bereich des diabetischen Fußsyndroms (vergl. Artikel auf Seite 151) ist dies gut zu zeigen. Absurd wird es jedoch, wenn eine Krankenversicherung wie die AOK Hessen mit gutem Beispiel vorangeht und einen IV-Vertrag schließt, der volkswirtschaftlich sinnvoll ist, da er Majoramputationen reduziert, diese Krankenkasse dann aber trotz medizinischen Erfolges eines solchen Vertrages möglicherweise aufsichtsrechtliche Probleme bekommt.

Warum?

Die Mehrausgaben für Behandlung und Versorgung mit Hilfsmitteln entstehen in

der Krankenversicherung, gespart wird in diesem Fall in der Pflegeversicherung. Kommunizierende Röhren gibt es nicht. Da die Krankenkasse die Kosten eines IV-Vertrages aber durch Einsparungen refinanzieren muss, die Einsparungen aber nicht im Bereich der GKV erfolgen, muss die ministeriale Aufsicht einschreiten und solche (sinnvollen und insgesamt wirtschaftlichen) Verträge ggf. beenden.

Folge ist, dass das volkswirtschaftlich sinnvolle, medizinisch notwendige und menschlich gebotene unterbleibt, weil es sich in der Krankenversicherung nicht refinanziert und damit für die Krankenversicherung nicht zulässig ist.

Wieso müssen sich Investitionen von Krankenkassen in verbesserte Versorgung chronisch erkrankter Menschen binnen eines Jahres aus Einsparungen refinanzieren? Das ist rational nicht nachvollziehbar.

Unternehmerisches Handeln, das immer eingefordert wird, hat einen längeren Zeithorizont. Politiker sind gefordert statt kurz-sichtiger Flickschusterei endlich für perspektivisches Handeln zu sorgen und dies zu ermöglichen.

4. Klinische Diabetologie

Neben der Abschaffung des Faches Diabetologie und Endokrinologie als eigenständiger Lehrstuhl in Frankfurt und Marburg ist der Druck der Vergütungssituation im DRG-System auch für die nicht-universitären klinischen Diabeteseinrichtungen existenzgefährdend. Eine vernünftige und strukturierte Versorgung ohne klinische Diabetes-Behandlungseinrichtungen ist jedoch weder sinnvoll, noch machbar oder gar wünschenswert. Auch hier ist die Politik einmal mehr in der Pflicht rasch unsinnige Fehlentwicklungen ihrer Gesetzgebung zu korrigieren.

Fazit

Es wird sich in Hessen in nächster Zeit aufgrund der politischen Rahmenbedingungen und der Immobilität der Kostenträger wohl weiterhin nichts bewegen. Schade, dass der Schatz an Ideenreichtum und die Innovationskraft der Realmediziner in Praxen und Kliniken weiterhin nicht gehoben wird.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Christian Klepzig
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Diabetologe DDG & LÄK Hessen
 Diabetes-Schwerpunktpraxis Offenbach
 Fußambulanz am Klinikum Offenbach
 Kleiner Biergrund 31
 63065 Offenbach a.M.
 E-Mail: klepzig@diabetologie-offenbach.de

„Entgleist“ oder „nicht entgleist“?

Korrekte Kodierung bei jedem Diabetiker erforderlich

Dieter Klein

Bei der Kodierung des Diabetes muss bei jedem Patienten mittels der letzten Stelle angegeben werden, ob es sich um einen „entgleisten“ Diabetes oder um einen „nicht entgleisten“ Diabetes handelt. Diese klare und eindeutige Kodierung ist immer zwingend erforderlich. Es gibt keine Möglichkeit der Abstufung („vielleicht“, „ein wenig“, „mäßig“ oder „deutlich“), sondern nur ein „ja“ oder „nein“. Eine „Entgleisung“ muss durch entsprechende Dokumentation in der Krankenakte nachgewiesen werden.

Da es bei der Eingruppierung in eine Fallpauschale im Krankenhaus lösrelevant sein kann, ob der Diabetes als „entgleist“ oder als „nicht entgleist“ bezeichnet wurde, wird die Kodierung vom MDK im Auftrag der Krankenkassen überprüft. Da es keine rechtsverbindliche Definition gibt, kann es bei solchen MDK-Prüfungen zu Diskussionen kommen.

In der Diabetologie ist das oberste Ziel der Diabetestherapie das Erreichen einer annähernden Normoglykämie mit normnahen Blutzucker-Tagesprofilen ohne stärkere

Schwankungen nach oben oder unten, sowie ein guter HbA_{1c}-Wert. Wenn dieses Ziel erreicht ist, liegt zweifellos ein „nicht entgleister“ Diabetes vor. Wann ist der Diabetes aber nun „entgleist“?

Einzig verbindlich sind die offiziellen „Deutschen Kodierrichtlinien“ (Abb. 1).

Es gibt unterschiedliche Stellungnahmen bzw. Kommentare, die sich zum Teil deutlich unterscheiden:

MDK-Kodierempfehlung Nr. 9:

Diabetes, entgleist

Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist:

- *Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung*
- *Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung*
- *Deutlich erhöhtes HbA_{1c} (größer als 10 %) als Parameter der Stoffwechselsituation*

während der letzten drei Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens dreimal tägliche Kontrolle und Therapieanpassung)

- *Mindestens dreimal Werte > 300 mg/dl mit mehrfacher Therapieanpassung*
- *Bei Werten unter 300 mg/dl: aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga.*

Diese Empfehlung gilt nicht beim Therapiemanagement nach dem Basis-Bolus-Prinzip.

DRG-Kodierempfehlungen, SEG 4 der MDK-Gemeinschaft [2]

So erkennt der MDK eine Entgleisung u.a. bei rezidivierenden Hypoglykämien unter 50 mg/dl oder einem HbA_{1c}-Wert über 10 % an, weiterhin bei Blutzuckerwerten über 300 mg/dl trotz Therapieanpassung. Allerdings betont der MDK ausdrücklich, dass seine Empfehlungen nicht verbindlich sind und insbesondere bei der Behandlung nach dem Basis-Bolus-Prinzip nicht gelten.

BVKD-Kodierempfehlung

Entgleister Diabetes

Entgleisung immer kodieren bei Koma, Ketoazidose oder Hypoglykämie mit Bewusstlosigkeit und außerdem wenn vorliegen:

- *Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien kleiner/gleich 60 mg/dl bzw. bei symptomatischen Hypoglykämien*
- *Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung*

Spezielle Kodierrichtlinie für Krankheiten DKR 0401:

Die letzte Stelle der Verschlüsselung steht für „nicht als entgleist bezeichneten Diabetes“ oder „als entgleist bezeichneten Diabetes“.

Entgleister Diabetes mellitus

Weder bei Typ-1-Diabetes noch bei Typ-2-Diabetes ist der Blutzuckerspiegel zum Zeitpunkt der Aufnahme als Kontrollindikator für die Diagnose „entgleister Diabetes mellitus“ zu nehmen. Die Einstufung als „entgleist“ oder „nicht entgleist“ wird generell in Kenntnis des gesamten Behandlungsverlaufs vorgenommen (retrospektiv). Der Begriff „entgleist“ bezieht sich dabei auf die Stoffwechselslage.

Deutsche Kodierrichtlinien 2012, InEK, DKG, GKV, PKV [1]

Abbildung 1

- *Entgleist = Nichterreichen eines HbA_{1c}-Wertes unter dem ca. 1,2-fachen der oberen Norm der jeweiligen Labormethode (z.B. bei HbA_{1c}-Normbereich 4,3 bis 6,1 Prozent → $1,2 \times 6,1 \% = 7,32 \% \rightarrow$ HbA_{1c}-Wert größer 7,3 % = entgleister Diabetes)*
- *Mindestens dreimal Werte >250 mg/dl mit mehrfacher Therapieanpassung*
- *Bei Werten unter 250 mg/dl: aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga.*

Korrekturvorschlag zu den MDK-Kriterien, Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen (BVKD) [3]

FoKA-Ergänzungen

Die aufgeführten Kriterien sind wie folgt zu ergänzen:

- *Notwendigkeit und Durchführung einer Hypoglykämiebehandlung mit parenteraler Glukosegabe*
- *Parenterale Therapie mittels mehrfacher Bolusapplikation oder durch kontinuierliche Insulingabe*

Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA), Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) [4]

Der Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen (BVKD) hält die vom MDK vorgeschlagenen Grenzwerte für nicht haltbar. Eine „Entgleisung“ sollte kodiert werden u.a. bei rezidivierenden Blutzuckerwerten unter 60 mg/dl oder einem HbA_{1c}-Wert über 7,3 % (= 1,2-fache des oberen Normalwertes von 6,1 %), weiterhin auch bei wiederholten Werten über 250 mg/dl trotz mehrfacher Therapieanpassung. Am schwierigsten ist zweifelsohne die Festlegung eines allgemeinen HbA_{1c}-Grenzwertes, da ein Zielwert oft individuell beim einzelnen Diabetiker festgelegt werden muss.

Hintergrund

Die Medizin unterliegt einem ständigen Wandel, es handelt sich um keine statische Wissenschaft. Diagnostik und Therapie ändern sich kontinuierlich. Neben den klassischen Lehrbüchern gibt es Leitlinien, Richtlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften, die ständig angepasst wer-

den müssen. Nach der Behandlung eines Patienten muss seine Krankheit kodiert werden, und zwar möglichst genau und so umfangreich wie nötig.

Im Krankenhaus richtet sich das Entgelt nach Fallgruppen (DRG's) mit festgelegten pauschalen Vergütungen. Dieses System weist eine hohe medizinische und ökonomische Streubreite auf und wird ständig weiter verfeinert, um den Schweregrad eines Behandlungsfalles und den Ressourcenverbrauch differenziert abzubilden. Erforderlich ist die Abbildung von Komplikationen, Komplexitäten und Komorbiditäten. Die Vergütung für eine bestimmte DRG ist bundeseinheitlich festgelegt.

Die Krankenkassen lassen zunehmend durch differenzierte Prüfaufträge vom MDK klären, ob die Kodierung korrekt durchgeführt wurde und ausreichend begründet war. Oft führen die Formulierungen im ICD-Katalog und im OPS-Verzeichnis zu Diskussionen zwischen Behandler und Prüfer. Die offiziellen Deutschen Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren helfen leider auch nicht immer weiter, und so hat der MDK eigene Kodierempfehlungen erstellt, mit dem Ziel der Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Kodierqualität.

Bei der Kodierung bestehen oft Unklarheiten und Interpretationsspielräume. Hier soll eine Datenbank helfen, deren Pflege der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ (SEG 4) des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) obliegt. Es wird jedoch ausdrücklich betont, dass deren Kodierempfehlungen nicht rechtsverbindlich sind! Somit sind vor allem die medizinischen Fachgesellschaften und -verbände gefordert, klar Stellung zu beziehen. Die behandelnden Ärzte benötigen solche Richtlinien, auch für eventuelle Klagen vor dem Sozialgericht.

Fazit

Bei jeder Diabeteskodierung muss zwingend angegeben werden, ob der Diabetes „nicht entgleist“ ist oder aber als „entgleist“ bezeichnet wird. Da die Kodierung erlösrelevant sein kann, veranlassen die Krankenkassen entsprechende MDK-Prüfungen. Der MDK richtet sich hierbei nach seinen eigenen Kodierempfehlungen, die er aber selbst als nicht rechtsverbindlich bezeichnet. Der BVKD hat begründete Änderungsvorschläge erarbeitet. Eine Kommunikation und Abstimmung zwischen allen Beteiligten ist erforderlich. Es empfiehlt sich dringend, in der Patientenakte nachvollziehbar zu dokumentieren, warum der Diabetes als „entgleist“ kodiert wurde. Häufige Blutzuckerkontrollen und Nachspritzen von Korrekturinsulin können eine Anerkennung begründen.

Für den niedergelassenen Versorgungsbereich sind ähnliche Entwicklungen zu erwarten, wenn das Instrument der morbiditätsbedingten Steigerung der Honorarsumme seitens der GKV konsequent umgesetzt werden sollte. Insoweit lohnt auch hier bereits jetzt die konsequente und korrekte Kodierung von „entgleist“ und „nicht entgleist“.

Literatur

- [1] *Deutsche Kodierrichtlinien 2012 für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren*, Hrsg.: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV), unter Beteiligung von Bundesärztekammer und Deutschem Pflegerat, http://g-drg.de/cms/G-DRG-System_2012/Kodierrichtlinien/Deutsche_Kodierrichtlinien_2012
- [2] *DRG-Kodierempfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung*, zuletzt aktualisiert 15.12.2011, <http://www.mdk.de/1532htm>
- [3] *Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen (BVKD), Wolfgang Trosbach: Diabetes DRG's und Kodierung 2011*, http://www.bvkd.de/fileadmin/media/DRG_2011_neu.pdf
- [4] *Kommentar FoKA zur Kodierempfehlung der SEG 4, Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM)*, <http://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-9>

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Dieter Klein
Diabeteszentrum
Medizinische Klinik II
(Chefarzt: Professor Dr. H. Dancygier)
Klinikum Offenbach
Starkenburgring 66
63069 Offenbach am Main
Tel. 069 8405-3453
E-Mail: diabetes@klinikum-offenbach.de

Das Diabetische Fußsyndrom

Christian-Dominik Möller, Arend Billing, Dieter Klein, Christian Klepzig

Ein 45-jähriger Patient, der seit 1994 an einem Typ-2-Diabetes erkrankt ist, macht eine Urlaubsreise in die USA. Trotz vorbestehender Polyneuropathie und Versorgung mit geeigneten Fußbettungen und Schuhen kauft der Patient in den USA ungeeignetes Schuhwerk und nutzt dieses sofort zu einer längeren Wanderung.

Der Patient bemerkt zunächst eine Blase an D5 rechts, die sich im Verlauf infiziert. Es entwickelt sich eine Phlegmone mit Sepsis und die Zehe wird amputiert. Postoperativ wird intermittierend eine Dialysebehandlung infolge eines akuten Nierenversagens erforderlich, eine Unterschenkelamputation wird bereits zur Diskussion gestellt.

Daraufhin erfolgte entgegen ärztlichem Rat die Rückkunft aus dem Ausland mit sofortiger stationärer nephrologischer und diabetologischer Weiterversorgung. Die Nierenfunktion erholt sich wieder vollständig, die Amputationswunde heilt nach Entlassung und Weiterbetreuung in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis sekundär ab.

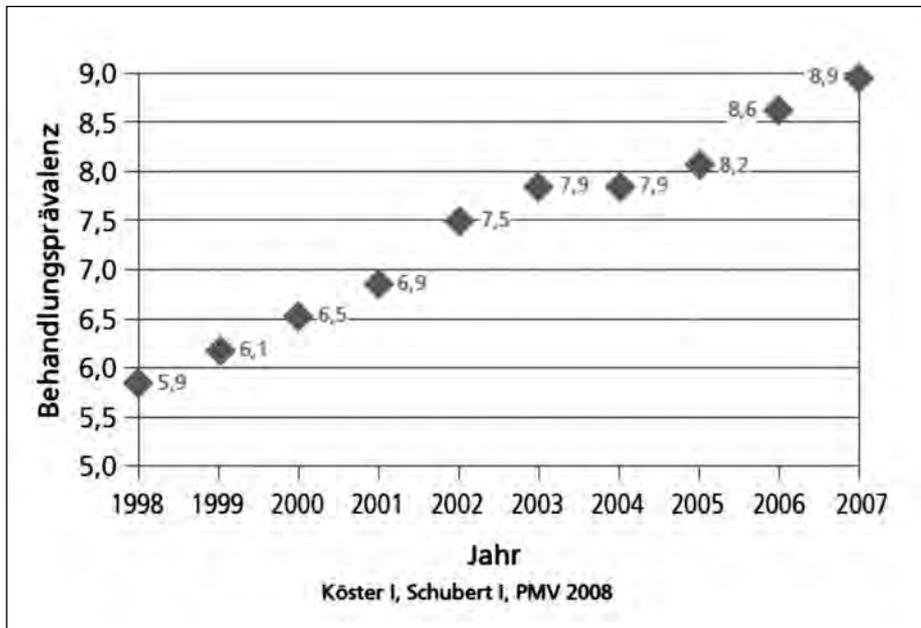
Epidemiologie

Nach den neuesten Zahlen der Internationalen Diabetes Föderation (IDF) ist Deutschland das Land mit der höchsten Diabetesprävalenz in Europa. 12 Prozent der 20- bis 79-jährigen sind betroffen, insgesamt ca. 7,5 Millionen Menschen mit manifestem Diabetes mellitus, davon mehr als

Eine farbige Tischvorlage zum Heraustrennen „Klassifikation nach Wagner/Armstrong“ finden Sie auf den Seiten 145/146

6,5 Millionen mit Diabetes mellitus Typ 2. Man geht heute von einer Dunkelziffer bisher nicht diagnostizierter Patienten von 1-2 Millionen aus. In den nächsten zwanzig Jahren werden nach neuesten epidemiologischen Daten mehr als 1,5 Millionen Menschen neu an Diabetes mellitus Typ 2 erkranken.

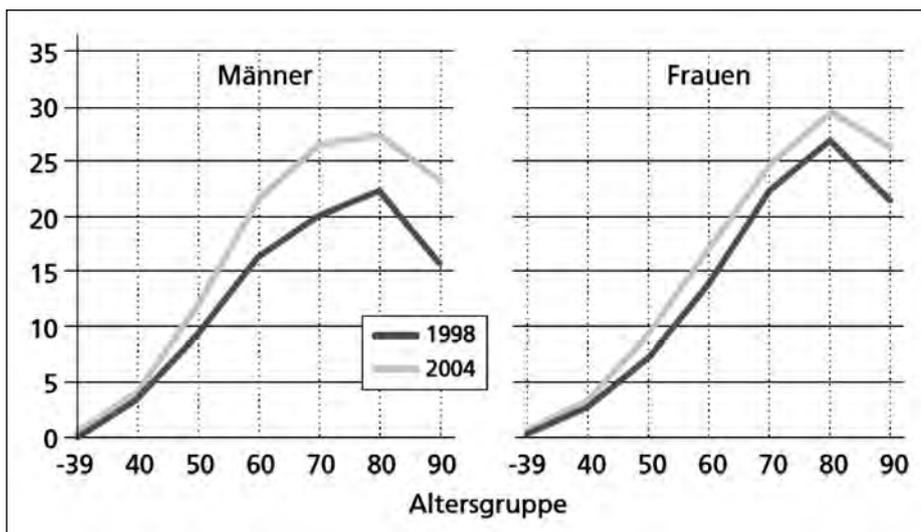
Im Alter zwischen 40 und 59 Jahren sind zwischen vier und zehn Prozent der Männer und Frauen an Diabetes erkrankt, bei



Entwicklung der Diabetesprävalenz in Deutschland. Krankenkassendaten der AOK Hessen 1998-2007
Aktualisiert nach Deutschem Gesundheitsbericht Diabetes 2010

Menschen im Alter von 60 Jahren und darüber sind es zwischen 18 und 28 Prozent. Kumulativ wird derzeit in Deutschland von einer Zahl von 270.000 Neuerkrankungen für Diabetes mellitus Typ 2 pro Jahr in der Bevölkerungsgruppe der über 55-jährigen ausgegangen. Das Diabetische Fußsyndrom (DFS) ist eine multifaktoriell bedingte, komplexe

Folgeerkrankung des Diabetes mellitus mit großer Tragweite für die betroffenen Patienten. Dabei weisen Menschen mit Diabetes gegenüber Nichtdiabetikern ein auf das 20-fache erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Fußulzerationen auf. Die jährliche Neuerkrankungsrate für diese liegt zwischen 2,2 und 5,7 % und führt zu einer Zahl von schätzungsweise 250.000



Behandlungsprävalenz (%) im Jahr 2004 im Vergleich zum Jahr 1998.
Anstieg in der Altersgruppe über 40 Jahren, bei Männern stärker als bei Frauen.

Menschen mit diabetesbedingten Fußläsionen.

Die Prävalenz des Diabetischen Fußsyndroms nimmt mit steigendem Lebensalter zu, sie liegt bei den über 50-jährigen Patienten bereits zwischen fünf und zehn Prozent.

Pathogenese

Die Ursachen für die Fußläsionen beim diabetischen Fußsyndrom sind multifaktoriell. Neben der diabetischen Polyneuropathie (PNP) ist vordringlich die Makroangiopathie mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit als Ursache zu benennen.

Die sensorische Neuropathie führt dabei zu einem Verlust der Wahrnehmung schädigender Faktoren oder Traumata, die motorische Neuropathie bewirkt eine muskuläre Schwäche und Atrophie kleiner Fußmuskeln mit Beeinträchtigung des Gangbildes und einer plantaren Druckumverteilung. Die autonome Neuropathie führt zu einer trockenen vulnerablen Haut mit Rhagaden und Fissuren.

Hinzu kommt eine eingeschränkte Gelenkbeweglichkeit (Limited joint mobility) auf dem Boden einer Proteinglykierung an Gelenken, Sehnen und Weichteilen.

Als weiterer Komplikationsfaktor müssen Fußdeformitäten verschiedenster Art, beispielsweise die bei Neuropathie typischen Krallenzehnen und der Hallux valgus als Orte besonders hoher mechanischer Belastung gelten.

Die Summe dieser Faktoren führt zu einer unphysiologischen biomechanischen Beanspruchung der Füße mit veränderten plantaren Druckverteilungsmustern und erhöhten Scherkräften, sorgen für vermehrte Hornhautbildung, konsekutiv folgenden subkeratotischen Hämatomen und Exulzerationen der Haut bis in das Weich-

teilmembran bzw. Gelenk- oder Knochen-ebene.

Als weiterer Manifestationsfaktor für die Entstehung von Ulzerationen beim Diabetischen Fußsyndrom gilt die diabetische Makroangiopathie im Sinne einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK). Keine hinreichende Evidenz fand sich jedoch für die noch immer häufig postulierte okkludierende Mikroangiopathie. Eine funktionelle Mikroangiopathie ist vielmehr Folge einer Störung der sympathischen Innervation im Rahmen der autonomen Neuroopathie.

Auf dem Boden dieser prädisponierenden Faktoren kommt es sodann im Rahmen repetitiver Traumatisierungen, in der Regel durch inadäquates Schuhwerk, zu den typischen Druckulzerationen, mithin dem Diabetischen Fußsyndrom.

Diagnostik

Neben der klinischen palpatorischen Fußuntersuchung stellt eine umfangreiche, alle Belange des Diabetes mellitus umfassende Anamnese die Basis der Diagnostik von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom dar, die insbesondere die typischen Symptome der Neuropathie einschließt, die im neurologischen Symptomen Score (NSS) erfasst werden können.

Defizite des Schmerzempfindens (Hypobis Analgesie), des Vibrationsempfindens (Pallästhesie), der Thermosensibilität, der Tiefen- und Oberflächensensibilität und des Reflexstatus können mit einfachen, in jeder Hausarztpraxis vorhandenen Untersuchungsmethoden (Stimmgabel, Tipterm, Semmes-Weinstein-Filament, Reflexhammer) diagnostiziert und klassifiziert werden. Die Untersuchung auf neurologische Defizite sollte stets beidseits erfolgen, da es sich bei der diabetischen PNP um eine distal betonte symmetrische Neuropathie handelt.

Klassifikation nach Wagner / Armstrong

Zur primären Klassifikation und Vereinfachung der Verlaufskontrolle von Wunden im Rahmen des Diabetischen Fußsyndroms findet weltweit die Klassifikation nach Wagner und Armstrong Verwendung. Diese beschreibt zum einen die Tiefe und Ausdehnung der Läsion (Wagner), zum anderen die Ätiologie bzw. Begleitumstände (Armstrong).

	0	1	2	3	4	5
						
A	prä- oder postulzeröse Läsion	oberflächliche Wunde	Wunde bis auf die Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis auf die Ebene von Knochen oder Gelenk	Nekrose einzelner Fußteile	Nekrose des gesamten Fußes
B	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion
C	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie
D	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie

Validation of a diabetic-foot wound classification system. Armstrong et al. Diabetes care 21:855 (1998)
The dysvascular foot. A system of diagnosis and treatment. Wagner. Foot and ankle 2:64 (1981)

© C.-D. Möller, C. Klepzig 2012

Eine weitere differentialdiagnostisch bedeutsame Untersuchung ist die Untersuchung des peripheren arteriellen Gefäßsystems. Da das Vorliegen einer pAVK entscheidend den Erfolg der Behandlung und die Abheilungswahrscheinlichkeit beeinflusst, gilt es hier frühzeitig entsprechende Veränderungen zu diagnostizieren.

Neben der obligaten Palpation der Fußpulse (A. dorsalis pedis und A. tibialis posterior) gilt die arterielle Verschlussdruckmessung und Bestimmung des Ankle-Brachial-Index (ABI) als einfache, leicht reproduzierbare Untersuchungsform, die sogar eine Prognose für die Heilungswahrscheinlichkeit ermöglicht. Bei Verschlussdrücken <40 mmHg beispielsweise ist eine Spontanheilung ohne Revaskularisationsmaßnahmen unwahrscheinlich. Lediglich bei der, allerdings im Rahmen des Diabetes mellitus häufigen Mediasklerose, die mit ABI-Indices >1,3 einhergeht, kommt das Verfahren an seine diagnostischen Grenzen. Eine weiterführende Stufendiag-

nostik mit unterschiedlichsten diagnostischen Methoden (Duplexsonografie, Messung der transkutane Sauerstoffsättigung, etc.) erweitern neben invasiven Untersuchungstechniken (Feinnadelangiografie, Angiografie, MRT- oder CT-Angiografie) das angiologische Untersuchungsspektrum und erlauben eine Klassifikation von Durchblutungsstörungen und Planung interventioneller oder operativer Revaskularisationsmaßnahmen.

Einteilung und Klassifikation

Die Einteilung und Klassifikation der Ulzerationen im Rahmen des Diabetischen Fußsyndroms erfolgt mittels einer Graduierung nach Wagner und Armstrong, die eine einfache Verlaufsdocumentation und Darstellung des therapeutischen Erfolges erlaubt.

Therapie

Ein multidisziplinäres und multifaktorielles Vorgehen bei der Therapie von Ulzerationen beim Diabetischen Fußsyndrom ist

in der Lage, die Komplikations- und Amputationsrate um mehr als 50 % zu verbessern. Diese Behandlungsqualität erzielen insbesondere spezialisierte Fußbehandlungseinrichtungen, wie sie von der Deutschen Diabetes Gesellschaft zertifiziert sind (<http://www.ag-fuss-ddg.de/einrichtungen.html>). Bei Fußläsionen ab einem Wagner/Armstrong-Stadium 3B ist darüber hinaus eine stationäre Behandlung in einem qualifizierten Zentrum anzustreben.

Komponenten der Therapie, die der Ausprägung der Läsion entsprechend anzuwenden sind, umfassen:

- Verminderung der mechanischen Belastung (Offloading) durch TCC (Total Contact Cast), druckreduzierende Orthesen und Gehstützen, Rollstuhlversorgung oder Bettruhe
- Débridement avitaler Gewebsanteile (chirurgisch, mechanisch, autolytisch, biochirurgisch)
- Infektionsbehandlung (lokale Wundantiseptik, erregeroptimierte Antibiose, evtl. Drainage-OP)
- Lokale Wundbehandlung im Sinne einer stadiengerechten Wundtherapie mit kon-

sequentem Exsudatmanagement und Infektionskontrolle

- Revaskularisationsmaßnahmen (insbesondere bei heilungsverzögerten Wunden oder Amputationsgefahr)
- Metabolische Kontrolle (einschließlich Flüssigkeitskontrolle)
- Sekundärprophylaxe (Schuhzurichtung, adaptierte Weichbettungen, regelmäßige Kontrolluntersuchungen, podologische Komplexbehandlung, Schulung und psycho-soziale Betreuung).

Sonderfall(e) Diabetische Neuroosteoarthropathie (DNOAP, sog. Charcotfuß)

Die Neuroosteoarthropathie (DNOAP) ist eine oft verkannte und deshalb spät diagnostizierte schwerwiegende Erkrankung aus dem Kreis des Diabetischen Fußsyndroms. Auf dem Boden einer Neuropathie und repetitiver mechanischer Mikrotraumatisierung entsteht eine nichtbakterielle Entzündung von Knochen und Gelenken im Fuß, verbunden mit einer mehr oder weniger ausgeprägten Weichteilreaktion. Im Akutstadium findet sich klinisch ein überwärmter, erythematöser, geschwollener Fuß, Schmerzen können bei neuropa-

thiebedingter Analgesie fehlen, gewöhnlich besteht keine Hautläsion und meist in diesem Stadium keine radiologischen Veränderungen. Bei Verkennung des Krankheitsbildes kommt es im weiteren Verlauf zu einer rapiden Progression des Prozesses mit Knochenfragmentation und Destruktion von Gelenken. In Folge entstehen auf diesem Wege massive Destruktionen im Bereich der Fußknochen mit erheblichen Deformitäten und funktionellen Problemen, die eine Prädisposition für Druckulzerationen mit sich bringen.

Um dies zu vermeiden, gilt die Empfehlung, einen neuropathischen Patienten mit entsprechender Klinik, umgehend in ein Zentrum mit Spezialisierung in Diagnostik und Behandlung des DFS zu überweisen (<http://www.ag-fuss-ddg.de/einrichtungen.html>).

Gedanken zu einer vernünftigen Strukturierung der Versorgung

Das diabetische Fußsyndrom (DFS) ist der Prototyp eines Krankheitsbildes, das einer integrierten Versorgung bedarf. Die Arbeitsgemeinschaft diabetischer Fuß (AG Fuß) der Deutschen Diabetes Gesell-

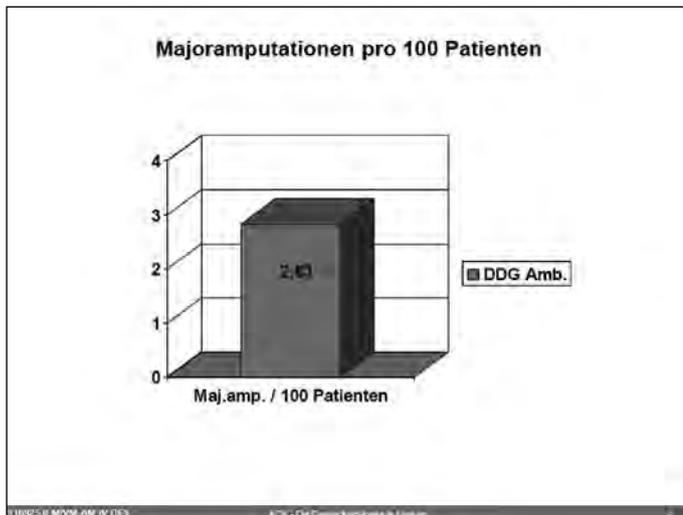


Abb. 1: Majoramputationsrate hessischer AOK-Versicherter in DDG-zertifizierten Fußambulanzen (unpubliziert)

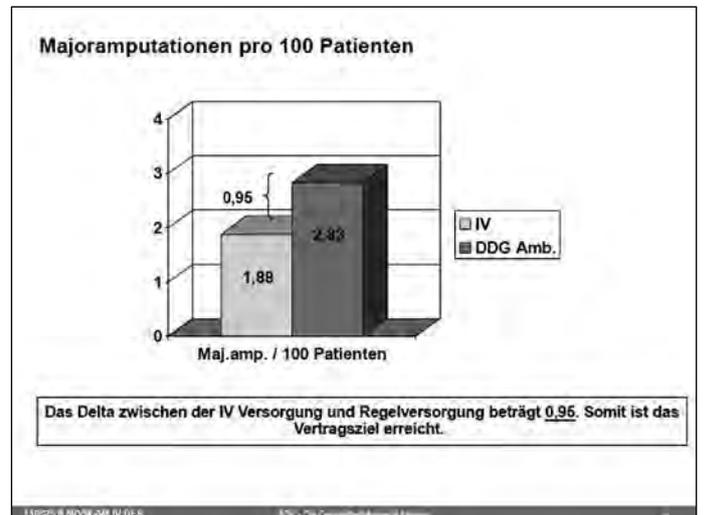


Abb. 2: Majoramputationsrate hessischer AOK-Versicherter in DDG-zertifizierten Fußambulanzen vs. Integrierte Versorgung (unpubliziert)

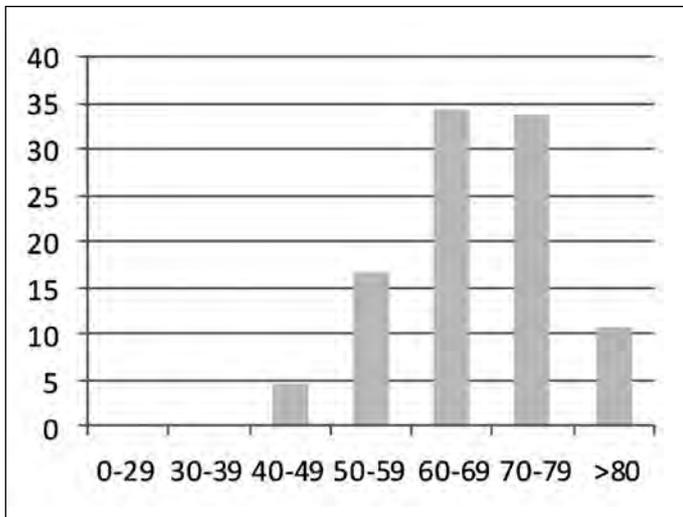


Abb. 3: Prozentuale Verteilung der DFS-Patienten in Altersbereichen (Daten IV DFS, unpubliziert)

schaft macht sich bereits seit Jahren für eine strukturierte und sinnvolle Versorgung des diabetischen Fußsyndroms stark und hat mit der Schaffung von „zertifizierten Einrichtungen zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms“ eine Pionierleistung erbracht.

Die Qualität der dort geleisteten Arbeit ist hervorragend (s. Abbildung 1). Die Majoramputationsraten liegen selbst im internationalen Rahmen hervorragend und deutlich unterhalb derer in der deutschen Regelversorgung.

Gleichwohl konnte in integrierten Versorgungsverträgen (z.B. Fußnetz Köln-Leverkusen) noch eine weitere Verbesserung der Versorgung erreicht werden. Auch in Hessen konnte die weitere Absenkung der Amputationsraten im „IV-Vertrag diabetisches Fußsyndrom“ zwischen der AOK Hessen, dem Bürgerhospital Frankfurt und dem Klinikum Offenbach erreicht werden (Abbildung 2).

Angesichts der Altersverteilung der Patienten mit diabetischem Fußsyndrom (Abbildung 3) hat jede vermiedene Majoramputation neben der Vermeidung menschlichen Leids auch eine enorme volkswirt-

Wesentliche Probleme in der Versorgung von chronisch erkrankten Menschen im deutschen Gesundheitswesen sind die fehlende Koordinierung und Steuerung der Behandlung und das Fehlen einer epidemiologischen und Versorgungsforschung. Hier haben die strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) letztlich auch keine Verbesserung gebracht, da das Missachten der dort angedachten und vorgeschlagenen Behandlungspfade für Versicherte wie Behandler folgenlos bleibt.

Am Beispiel des DFS ist besonders gut zu erkennen, dass trotz der Vorgabe Fußpatienten in eine qualifizierte Fußbehandlungseinrichtung zu überweisen, dies z.T. nur bei 1,5 % - 26,4 % der Fälle geschieht. Sinnvoll wäre eine klare und ggf. auch sanktionierte Strukturierung und Prozessierung der Versorgung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom.

Der Hausarzt hätte in solch einer Struktur die zentrale Rolle und Aufgabe der Früherkennung und Behandlungseinleitung des diabetischen Fußsyndroms.

Der Diabetologe stellt im Falle des Vorliegens einer offenen Wunde, eines Hochrisikofußes oder einer diabetischen Neu-

roosteoarthropathie („Charcot-Fuß“) die Behandlung und Koordination der adäquaten Versorgung der Patienten sicher. Hierbei ist die enge Abstimmung mit Angiologen, Gefäß-, plastischen und orthopädischen Chirurgen sowie Podologen, Orthopädietechnikern und -schuhmachern zwingend erforderlich und sicherzustellen.

Warum ist aber die flächendeckende Reduzierung der Amputationsraten dann trotzdem so schwierig?

Die Einhaltung vorgegebener Behandlungspfade sollte obligat sein. Die Vermeidung von Amputationen bei Menschen mit Diabetes ist angesichts der steigenden Diabetikerzahlen eine Verpflichtung.

Die Einhaltung vorgegebener Behandlungspfade sollte obligat sein.

Die Vermeidung von Amputationen bei Menschen mit Diabetes ist angesichts der steigenden Diabetikerzahlen eine Verpflichtung.

Anschriften der Verfasser

*Christian-Dominik Möller
Klinik für Diabetologie und
Ernährungsmedizin
Interdisziplinäres Zentrum
Diabetischer Fuß
Bürgerhospital Frankfurt am Main
Nibelungenallee 37-41, 60318 Frankfurt*

*Professor Dr. med. Arend Billing
Dr. med. Dieter Klein
Dr. med. Christian Klepzig
Diabetes-Fußambulanz
im Gefäßzentrum Offenbach
Klinikum Offenbach gGmbH
Starkenburgring 66, 63069 Offenbach*

Literatur

*Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinie DDG –
Diabetisches Fußsyndrom 2008
S. Morbach, E. Müller, H. Reike, A. Risse,
G. Rümenapf, M. Spraul
Deutsche Diabetes Gesellschaft,
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie
Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011
Internationaler Konsensus über den
Diabetischen Fuß
International Working Group on the Diabetic Foot
Amsterdam, Niederlande
<http://www.kvn.de/fcc/internet/nav/cab/binary/writerservlet?imgUid=98e7012a-a9fd-4821-48ae-85b06fa453d5&uBasVariante=11111111-1111-1111-1111-111111111111>
<http://www.diabetes-deutschland.de/news5.html>*

Inkretinbasierte Therapien – sinnvoll und nützlich ?

Rüdiger Göke

Einleitung

Der Diabetes mellitus Typ 2 ist eine komplexe Erkrankung und verursacht eine Vielzahl von Problemen bei den Patienten. Zum Zeitpunkt der Diagnose findet sich die insulinproduzierende Betazellmasse im endokrinen Pankreas um etwa 50 reduziert. Zudem ist die Insulinsekretion gestört. Die Betazellen zeigen keine adäquate sekretorische Antwort auf erhöhte Blutzuckerkonzentrationen. Die erste, postprandial rasch auftretende Phase der normalerweise zweiphasigen Insulinsekretion geht verloren [1]. Somit wird nach Nahrungsaufnahme Insulin zu spät und dann in der zweiten Phase eher zu stark freigesetzt, so dass in der Frühphase der Diabetesentwicklung sogar postprandial Hypoglykämien auftreten können. Beim Typ-2-Diabetiker tritt postprandial eine Hyperglukagonämie auf, die zu einer Steigerung der Glukoneogenese führt, was erheblich zu einer Erhöhung der Blutzuckerspiegel beiträgt [2]. Über 90 % der Typ-2-Diabetiker sind adipös. Besonders nachteilig wirkt sich eine Vermehrung des viszeralen Fettgewebes aus, das die Entstehung einer Insulinresistenz begünstigt. Substanzen, die im viszeralen Fettgewebe gebildet werden, fördern eine Thromboseneigung sowie die Entwicklung einer Hypertonie und tragen zu einem erhöhten Tumorrisiko bei [3-5]. Sinnvollerweise sollten deshalb Therapieentscheidungen unter Berücksichtigung der Pathophysiologie des Diabetes erfolgen. Es ist außerdem zu beachten, dass mikro- und makrovaskuläre Folgeerkrankungen bestehen können, die den Einsatz bestimmter Medikamente einschränken oder gar kontraindizieren.

Die Behandlung des Typ-2-Diabetes besteht zunächst aus Empfehlungen zu Änderungen des Lebensstils (Ernährungsumstellung, vermehrte körperliche Bewegung) und der Gabe von Metformin. Soll-

ten diese Maßnahmen nicht mehr ausreichen, stehen Substanzen zur Verfügung wie Sulfonylharnstoffe, Glinide, α -Glukosidasehemmer, Pioglitazon (in Deutschland nur für Patienten mit privater Krankenversicherung) und/oder Insulin. Zwar kann hiermit oft eine Senkung des Blutzuckers erreicht werden, oft geht die Anwendung dieser Substanzen aber mit unerwünschten Wirkungen wie Hypoglykämien, Gewichtszunahme, gastrointestinalen Beschwerden, einer erhöhten kardiovaskulären Mortalität oder gar einem erhöhten Tumorrisiko einher [3,6]. Seit 2005 wurde das Spektrum der antidiabetischen Therapien um die inkretinbasierten Therapien erweitert. Diese Therapien machen sich die vielfältigen biologischen Wirkungen des Inkretinhormons Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) zu Nutze. Ergebnisse der Forschung Marburger Wissenschaftler trugen wesentlich zur Entwicklung dieser neuen Therapie bei.

Das Inkretinhormon GLP-1

GLP-1 ist ein aus dem Proglukagon stammendes aus 30 Aminosäuren bestehendes Peptid, das postprandial aus den L-Zellen des Dün- und Dickdarms in die Blutzirkulation freigesetzt wird. GLP-1 wirkt über spezifische Rezeptoren an verschiedenen Zielorganen. Am endokrinen Pankreas stimuliert es die Freisetzung von Insulin und hemmt die Glukagonsekretion. Diese Wirkungen treten nur bei erhöhten Blutzuckerspiegeln auf, so dass Hypoglykämien nicht zu erwarten sind [7,8]. In tierexperimentellen Studien konnte eine protektive Wirkung am endokrinen Pankreas nachgewiesen werden: GLP-1 verminderte die Betazellapoptose und führte zu einer gesteigerten Betazellneogenese und -proliferation [9]. Kein anderes Antidiabetikum weist ein solches Wirkungsprofil am endokrinen Pankreas auf. Darüberhinaus verzögert GLP-1 die

Magenentleerung, fördert das Sättigungsempfinden und führt zu einer Gewichtsreduktion [10]. In Studien in denen Typ-2-Diabetikern GLP-1 infundiert wurde, kam es zu einer fast vollständigen Normalisierung der Blutzuckertagesprofile [11]. Zwischenzeitlich liegen Ergebnisse vor, die auf eine protektive Wirkung von GLP-1 am Herzen sowie sogar am Zentralnervensystem hinweisen [12,13].

GLP-1 besitzt eine kurze Halbwertszeit und wird innerhalb weniger Minuten nach Freisetzung aus den L-Zellen abgebaut. Hierfür ist neben der Neutralen Endopeptidase 24.11 hauptsächlich die Dipeptidylpeptidase 4 (DPP 4) verantwortlich, die ubiquitär vorkommt [14,15]. Um das Potential von GLP-1 trotzdem therapeutisch nutzen zu können, wurden DPP 4 Hemmer und stabile GLP-1 Agonisten entwickelt.

DPP 4 Hemmer

Derzeit für Patienten verfügbar sind drei Substanzen: Sitagliptin, Vildagliptin und Saxagliptin, die teilweise in Monotherapie, in Kombination mit anderen Antidiabetika oder in Fixkombinationen zugelassen sind (Tabelle 1). Linagliptin ist europaweit zugelassen, wobei abzuwarten ist, ob es auch in Deutschland auf den Markt kommen wird. Es handelt sich um kompetitive DPP 4 Hemmer, die eine hohe Affinität für das Enzym aufweisen. Die Gliptine sind oral applizierbar, wobei die Bioverfügbarkeit durch Nahrungsaufnahme nicht wesentlich beeinflusst wird. Nach Einnahme therapeutischer Dosen kommt es innerhalb von 15 Minuten zu einer über 90%igen Enzymhemmung, die im Verlauf von 24 Stunden zu 70-90 % bestehen bleibt [16]. DPP 4 Hemmer werden nicht durch Cytochrom P450 metabolisiert. Allerdings wird Saxagliptin durch CYP 3A4/A5 degradiert. Hierbei entsteht ein Metabolit der ebenfalls DPP 4 hemmt, jedoch in geringerem

Tabelle 1

	Sitagliptin	Vildagliptin	Saxagliptin
Monotherapie	+	+	-
	(bei Kontraindikation o. Unverträglichkeit von Metformin)	(bei Kontraindikation o. Unverträglichkeit von Metformin)	
Kombi mit Metformin	+	+	+
Kombi mit Sulfonylharnstoff	+	+	+
Kombi mit Pioglitazon	+	+	+
Kombi mit Insulin	+	-	+
	(+/- Insulin, wenn stabile Insulindosis nicht ausreichend wirkt)		(+/- Insulin, wenn stabile Insulindosis nicht ausreichend wirkt)
Kombi mit Metformin und Sulfonylharnstoff	+	-	-
Kombi mit Metformin und Glitazon	+	-	-

Ausmaß (~50 %) als Saxagliptin selbst [17,18]. Bei älteren Patienten sowie Patienten mit leichter bis moderater Einschränkung der Leberfunktion ist eine Dosisanpassung nicht notwendig. Bei eingeschränkter Nierenfunktion muss eine Dosisanpassung entsprechend der reduzierten GFR erfolgen [19].

DPP 4 Hemmer stimulieren die Insulinsekretion und hemmen die Freisetzung von Glukagon, was zu einer Senkung der prä- und postprandialen Blutzuckerspiegel führt. Sie haben keinen wesentlichen Effekt auf die Magenentleerung oder das Sättigungsgefühl und sind gewichtsneutral. Hinsichtlich des Ausmaßes der HbA_{1c} Senkung sind sie den anderen oralen Antidiabetika nicht unterlegen. Wie Sulfonylharnstoffe, Glinide, Metformin, α -Glukosidasehemmer und Pioglitazon senken sie das HbA_{1c} bis zu etwa 1 % (bei Ausgangswert zwischen 8-9 %) [20-25]. Im Gegensatz zu anderen Antidiabetika kommt es unter DPP 4 Hemmern nicht zu Hypoglykämien und Gewichtszunahmen. Bezüglich der HbA_{1c} Senkung

scheinen die verschiedenen Gliptine ähnlich effektiv zu sein. Allerdings existieren bisher nur wenig Daten aus Studien, die Gliptine direkt miteinander vergleichen. Die bisherigen Erfahrungen mit DPP 4 Hemmern zeigen, dass es sich offenbar um gut verträgliche Substanzen handelt mit einem Nebenwirkungsprofil auf Placeboniveau. Sicherheitsanalysen klinischer Studien, in denen über 10.000 Patienten über zwei Jahre mit DPP 4 Hemmern behandelt wurden, ergaben keinen Hinweis auf ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Wirkungen [26,27]. Auch ein zunächst vermuteter Zusammenhang zwischen DPP 4 Hemmern und Induktion einer Pankreatitis konnte nicht bestätigt werden [26,28].

GLP-1 Analoga

Exendin-4 wurde aus dem Speichel der Krustenechse *Heloderma suspectum* isoliert. Es weist eine hohe Aminosäuresequenzhomologie zu humanem GLP-1 auf und ist ein hochaffiner Agonist am humanen GLP-1 Receptor [29]. Allerdings ist Exen-

di-4 ein schlechtes Substrat für die DPP 4. Es hat eine deutlich längere Plasmahalbwertszeit (im Mittel 2,4 h) als GLP-1. Wie GLP-1 stimuliert es die Insulinsekretion und hemmt die Glukagonfreisetzung. Es normalisiert das Sekretionsverhalten der Betazellen mit einem Wiederauftreten der ersten Phase der Insulinsekretion. Im Tiermodell hat Exendin-4 eine protektive, antiapoptotische Wirkung am endokrinen Pankreas und fördert die β -Zellproliferation. Exendin-4 verzögert die Magenentleerung, steigert das Sättigungsgefühl und führt zu einer Gewichtsreduktion [30]. In den 16 bis 30 Wochen dauernden Zulassungsstudien, führte die zweimal tägliche, subkutane Gabe von 5 bzw. 10 μ g Exenatide bei mit Metformin +/- Sulfonylharnstoffen vorbehandelten Patienten zu einer signifikanten Senkung von HbA_{1c} (bis -1,5 % vs. +0,2 % in den Placebogruppen), Gewicht (bis -2,8 kg vs. -0,9 kg in den Placebogruppen) sowie Nüchtern- und postprandialen Glukosespiegeln. In einer anschließenden open label extension Phase kam es zu einer weiteren Gewichts- bzw. HbA_{1c}-Reduktion (-4,4 kg bzw. -1,1 %) [31-33].

Liraglutide weist eine sehr hohe Aminosäuresequenzhomologie zu nativem humanem GLP-1 auf. Durch das Einfügen eines Aminosäureaustausches sowie das Ankoppeln einer C16 Acylkette wurde die Affinität zu Serumalbumin erhöht sowie die Bildung von Aggregaten in der Subkutis erleichtert, was die Halbwertszeit dieses Konstrukts auf 13 h erhöht [34]. Liraglutide weist die gleichen biologischen Wirkungen auf wie natives GLP-1. Eine Monotherapie mit einmal täglicher subkutaner Applikation von 1,2 mg bzw. 1,8 mg über zwölf Monate führte zu HbA_{1c} Senkungen von 0,8 bzw. 1,5 %. In Kombination mit oralen Antidiabetika kam es nach Gabe von 0,6 mg bis 1,8 mg über sechs Monaten zu HbA_{1c} Senkungen von 0,7-1,5 %

[35]. Seit kurzem ist Exenatide 1x wöchentlich verfügbar. Hierbei wird die kontinuierliche Verfügbarkeit von Exenatide durch Einschluss von Exenatide in Microspheres, aus denen das Peptid nach und nach freigesetzt wird, gewährleistet. Die Microspheres bestehen aus einem Polymer, das sich über Wochen rückstandslos in CO₂ und H₂O auflöst. Etwa fünf Wochen nach Therapiebeginn werden konstante Exenatidespiegel erreicht [36]. In Phase 3 Studien über 30 Wochen führte die Applikation von 2 mg Exenatide 1x wöchentlich zu einer HbA_{1c} Reduktion von 1,9 %. Im direkten Vergleich mit Exenatide 2x täglich führte Exenatide 1x wöchentlich zu einer signifikant stärkeren Senkung des HbA_{1c} (1,5 % vs. 1,9 %) sowie der Nüchternblutzuckerwerte (-25 mg/dl vs. -42 mg/dl). Hinsichtlich der postprandialen Glukosespiegel zeigte sich Exenatide 2x täglich dem Exenatide 1x wöchentlich überlegen (-125 mg/dl vs. -96,4 mg/dl). In beiden Gruppen kam es zu einer deutlichen Reduktion des Körpergewichts um 3,7 (Ex 1x wöchentlich) bzw. 3,6 kg (Ex 2x täglich) [37].

GLP-1 Analoga sind im Allgemeinen gut verträglich. Die am häufigsten berichtete unerwünschte Wirkung ist eine milde bis moderate Übelkeit (eher Völlegefühl), die zumeist nur zu Therapiebeginn besteht [35]. Milde Hypoglykämien werden überwiegend von Patienten berichtet, die zugleich Sulfonylharnstoffe einnehmen.

GLP-1 Analoga und kardiovaskuläre Risikofaktoren

Erste Hinweise auf kardioprotektive Effekte inkretinbasierter Therapie stammen aus Tierstudien. Eine 48-stündige Infusion von rekombinantem GLP-1 bei Hunden mit dilatativer Kardiomyopathie führte zu einer signifikanten Verbesserung der linksventrikulären Funktion sowie einer Abnahme des systemischen Gefäßwiderstands ein-

hergehend mit einer Erhöhung der Insulin-unabhängigen myokardialen Glukoseaufnahme und einer Senkung von Noradrenalin- und Glukagonspiegeln im Plasma [38]. In einem Myokardinfarktmodell führte die Applikation von GLP-1 mit einem DPP 4 Hemmer vor Induktion einer Ischämie zu einer deutlichen Reduktion des infarzierten Myokards in vitro und in vivo. Dieser Effekt war nicht nur zu beobachten, wenn GLP-1 in der Präinfarktphase, sondern auch wenn es in der Reperfusionphase infundiert wurde [39]. In Infarktmodellen an Ratten und Schweinen bewirkte Exenatide eine Reduktion des Infarktareals und verbesserte die systolische und diastolische Funktion des Herzens [40-42]. Ähnliche Effekte wurden auch in Versuchen mit DPP 4 Hemmern wie zum Beispiel Sitagliptin beschrieben [43]. Inzwischen liegen auch vielversprechende Daten aus Studien am Menschen vor. So führte eine bei Herzinsuffizienz NYHA III bis IV zusätzlich zur Standardtherapie durchgeführte fünfwöchige Infusion mit rekombinantem GLP1 zu einer signifikanten Verbesserung der linksventrikulären Funktion, besseren Ergebnissen im 6 minute walk test sowie zu einer deutlich gesteigerten Lebensqualität [44]. Patienten, die vor und nach einer Aorto-koronaren Bypass (ACVB)-Operation GLP-1 erhielten, benötigten postoperativ weniger inotrope und vasoaktive Substanzen und hatten seltener Herzrhythmusstörungen [45]. In einer retrospektiven Analyse wiesen mit Exenatide behandelte Typ-2-Diabetiker (n=39.275) 19 % weniger kardiovaskuläre Ereignisse auf als mit anderen Antidiabetika behandelte Patienten (n=381.218) (HR=0,81;95 % CI 0,68-0,95) [46].

GLP-1 Rezeptoren finden sich auch auf dem Endothel sowie auf glatten Gefäßmuskeln. In zahlreichen Arbeiten wurden vasodilatatorische Effekte von GLP-1 beschrieben, die über NO vermittelt wer-

den [47], aber offenbar auch direkte Gefäßeffekte sind [48]. Es liegen inzwischen mehrere Studien vor, die über signifikante Senkungen des systolischen und diastolischen Blutdrucks bei mit Exenatide oder Liraglutide behandelten Patienten berichten [49,50]. Zudem wird das Lipidprofil günstig beeinflusst: Analysen der DURATION- sowie der LEAD-Studien, die mit Exenatide 1x wöchentlich bzw. Liraglutide durchgeführt wurden, zeigten Reduktionen des Gesamtcholesterins, LDL-Cholesterins sowie der Triglyceride. Exenatide scheint einen Anstieg des HDL-Cholesterins zu bewirken [12].

Der Nutzen der kardioprotektiven Wirkungen inkretinbasierter Therapien wird zunehmend deutlicher auch anhand von Untersuchungen, die berichten, dass mit Exenatide behandelte Diabetiker eine sehr viel geringere Wahrscheinlichkeit aufweisen, wegen kardiovaskulär-bedingter Erkrankungen stationär behandelt werden zu müssen, als Patienten, die mit anderen glukosesenkenden Therapien behandelt wurden [46,51,52]. Derzeit laufen kardiovaskuläre Endpunktstudien, die in absehbarer Zeit mehr Klarheit und Sicherheit hinsichtlich der Frage, ob inkretinbasierte Therapie das kardiovaskuläre outcome verbessern, liefern werden.

GLP-1 und neurodegenerative Erkrankungen

Typ-2-Diabetes mellitus ist assoziiert mit neurodegenerativen Erkrankungen und Einschränkungen kognitiver Funktionen [53]. Es ist deshalb von besonderem Interesse, dass GLP-1 nicht nur am Pankreas und am Herzen, sondern auch im ZNS protektive Wirkungen hat [13]. Studien an Modellen verschiedener neurodegenerativer Erkrankungen wie M. Parkinson, M. Alzheimer und Apoplex weisen auf günstige Effekte von GLP-1 Rezeptoragonisten hin. So konnte zum Beispiel bei Typ-2-Dia-

betikern eine Einschränkung kognitiver Funktionen verhindert werden. In Alzheimer Modellen wurde der Toxizität des beta-Amyloids entgegengewirkt [13,53]. Ein Therapieansatz zu Behandlung von M. Parkinson befindet sich in einer über zwölf Monate andauernden klinischen Phase 2 Studie (<http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01174810>).

Inkretinbasierte Therapien kommen bei Patienten zum Einsatz, die auf Metformin nicht mehr ausreichend ansprechen. (Der Therapiehinweis des GBA schränkt die Verwendung von Exenatide auf Typ-2-Diabetiker mit einem BMI von $>30 \text{ kg/m}^2$ ein, die nicht ausreichend auf orale Antidiabetika ansprechen, Zeichen der Insulinresistenz aufweisen und bei denen ein täglicher Gebrauch von mehr als 80 IE Insulin absehbar ist. Zur Kombination von GLP-1 Analoga mit anderen Antidiabetika siehe Tabelle 2). Metformin ist ein idealer Kombinationspartner für inkretinbasierte Therapien, da es die Inkretinkormonrezeptorexpression am endokrinen Pankreas erhöht und die GLP-1 Sekretion erhöhen und auch den Abbau vermindern soll [54]. Derzeit werden als Kombinationspartner für Metformin häufig noch Sulfonylharnstoffe verwendet. Allerdings mehren sich die Hinweise, dass Sulfonylharnstoffe oft eher nachteilig wirken: Zwar senken auch Sulfonylharnstoffe zunächst das HbA_{1c} in ähnlichem Ausmaß wie inkretinbasierte Therapien. Im Verlauf kommt es jedoch häufiger zu Hypoglykämien und Gewichtszunahmen. Zudem scheinen bestimmte Sulfonylharnstoffe das kardiovaskuläre Risiko zu erhöhen [6,55,56]. Zwar liegen für inkretinbasierte Therapien noch keine Langzeitdaten vor, Analysen der zur Verfügung stehenden Daten weisen jedoch eher auf eine kardioprotektive Wirkung hin [46,51,52].

Seit längerem ist bekannt, dass Adipositas und Diabetes mit einem erhöhten Risi-

Tabelle 2

	Exenatide 2x täglich	Liraglutide	Exenatide 1x wöchentlich
Kombi mit Metformin	+	+	+
Kombi mit Sulfonylharnstoff	+	+	+
Kombi mit Pioglitazon	+	+	+
Kombi mit Insulin	-	-	-
Kombi mit Metformin und Sulfonylharnstoff	+	+	+
Kombi mit Metformin und Glitazon	+	+	+

ko für Tumorerkrankungen assoziiert sind. In diesem Kontext sind Studien von erheblicher Bedeutung, die Hinweise enthalten, dass der Einsatz von Insulinsekretagoga und Insulin dieses Risiko weiter erhöhen kann [3,56]. Vermutlich wird es zukünftig eine Neubewertung der heute gültigen Therapieschemata geben müssen.

Zusammenfassend stellen inkretinbasierte Therapien eine interessante und, aus pathophysiologischer Sicht, sinnvolle Bereicherung der antidiabetischen Therapien dar. Sie weisen vielfältige biologische Wirkungen auf, die nicht nur den Stoffwechsel verbessern, sondern zudem kar-

dioprotektive und neuroprotektive Wirkungen haben. Die Ergebnisse der Langzeitstudien werden zeigen, ob Inkretintherapien einen Paradigmenwechsel in der Diabetesbehandlung verursachen können.

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. med. Rüdiger Göke

*Mitglied der Diabetologen-
genossenschaft Hessen e.G.*

Dietersdorfer Weg 2, 35043 Marburg

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

Literatur

Inkretinbasierte Therapien – sinnvoll und nützlich ?

(Hessisches Ärzteblatt 3/2012, Seite 156)

Literatur

- [1] Porte, D., Jr. (1991) *Diabetes* 40, 166-180
- [2] Müller, W. A., Faloona, G. R., Aguilar-Parada, E., and Unger, R. H. (1970) *The New England journal of medicine* 283, 109-115
- [3] Hassan, M. M., Curley, S. A., Li, D., Kaseb, A., Davila, M., Abdalla, E. K., Javle, M., Moghazy, D. M., Lozano, R. D., Abbruzzese, J. L., and Vauthey, J. N. (2010) *Cancer* 116, 1938-1946
- [4] Rabe, K., Lehrke, M., Parhofer, K. G., and Broedl, U. C. (2008) *Molecular medicine* 14, 741-751
- [5] Yamamoto, S., Nakagawa, T., Matsushita, Y., Kusano, S., Hayashi, T., Irokawa, M., Aoki, T., Korogi, Y., and Mizoue, T. (2010) *Diabetes care* 33, 184-189
- [6] Margolis, D. J., Hoffstad, O., and Strom, B. L. (2008) *Pharmacoeconomics and drug safety* 17, 753-759
- [7] Göke, R., Wagner, B., Fehmann, H. C., and Göke, B. (1993) *Research in experimental medicine. Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin einschliesslich experimenteller Chirurgie* 193, 97-103
- [8] Holst, J. J., Christensen, M., Lund, A., de Heer, J., Svendsen, B., Kielgast, U., and Knop, F. K. (2011) *Diabetes, obesity & metabolism* 13 Suppl 1, 89-94
- [9] Drucker, D. J. (2003) *Endocrinology* 144, 5145-5148
- [10] Schirra, J., and Göke, B. (2005) *Regulatory peptides* 128, 109-115
- [11] Rachman, J., Barrow, B. A., Levy, J. C., and Turner, R. C. (1997) *Diabetologia* 40, 205-211
- [12] Anagnostis, P., Athyros, V. G., Adamidou, F., Panagiotou, A., Kita, M., Karagiannis, A., and Mikhailidis, D. P. (2011) *Diabetes, obesity & metabolism* 13, 302-312
- [13] Harkavyi, A., and Whitton, P. S. (2010) *British journal of pharmacology* 159, 495-501
- [14] Hupe-Sodmann, K., Göke, R., Göke, B., Thole, H. H., Zimmermann, B., Voigt, K., and McGregor, G. P. (1997) *Peptides* 18, 625-632
- [15] Mentlein, R., Gallwitz, B., and Schmidt, W. E. (1993) *European journal of biochemistry/FEBS* 214, 829-835
- [16] Deacon, C. F. (2011) *Diabetes, obesity & metabolism* 13, 7-18
- [17] Augeri, D. J., Robl, J. A., Betebenner, D. A., Magnin, D. R., Khanna, A., Robertson, J. G., Wang, A., Simpkins, L. M., Taunk, P., Huang, Q., Han, S. P., Abboa-Offei, B., Cap, M., Xin, L., Tao, L., Tozzo, E., Welzel, G. E., Egan, D. M., Marcincicicene, J., Chang, S. Y., Biller, S. A., Kirby, M. S., Parker, R. A., and Hamann, L. G. (2005) *Journal of medicinal chemistry* 48, 5025-5037
- [18] Scheen, A. J. (2010) *Diabetes, obesity & metabolism* 12, 648-658
- [19] Dicembrini, I., Pala, L., and Rotella, C. M. (2011) *Experimental diabetes research* 2011, 898913
- [20] Aschner, P., Katzeff, H. L., Guo, H., Sunga, S., Williams-Herman, D., Kaufman, K. D., Goldstein, B. J., and Sitagliptin Study, G. (2010) *Diabetes, obesity & metabolism* 12, 252-261
- [21] Bolli, G., Dotta, F., Rochotte, E., and Cohen, S. E. (2008) *Diabetes, obesity & metabolism* 10, 82-90
- [22] Ferrannini, E., Fonseca, V., Zinman, B., Matthews, D., Ahren, B., Byiers, S., Shao, Q., and Dejager, S. (2009) *Diabetes, obesity & metabolism* 11, 157-166
- [23] Nauck, M. A., Meininger, G., Sheng, D., Teranella, L., Stein, P. P., and Sitagliptin Study, G. (2007) *Diabetes, obesity & metabolism* 9, 194-205
- [24] Schweizer, A., Dejager, S., and Bosi, E. (2009) *Diabetes, obesity & metabolism* 11, 804-812
- [25] Scott, R., Loeys, T., Davies, M. J., Engel, S. S., and Sitagliptin Study, G. (2008) *Diabetes, obesity & metabolism* 10, 959-969
- [26] Ligueros-Saylan, M., Foley, J. E., Schweizer, A., Couturier, A., and Kothny, W. (2010) *Diabetes, obesity & metabolism* 12, 495-509
- [27] Williams-Herman, D., Engel, S. S., Round, E., Johnson, J., Golm, G. T., Guo, H., Musser, B. J., Davies, M. J., Kaufman, K. D., and Goldstein, B. J. (2010) *BMC endocrine disorders* 10, 7
- [28] Engel, S. S., Williams-Herman, D. E., Golm, G. T., Clay, R. J., Machotka, S. V., Kaufman, K. D., and Goldstein, B. J. (2010) *International journal of clinical practice* 64, 984-990
- [29] Göke, R., Fehmann, H. C., Linn, T., Schmidt, H., Krause, M., Eng, J., and Göke, B. (1993) *The Journal of biological chemistry* 268, 19650-19655
- [30] Drucker, D. J., and Nauck, M. A. (2006) *Lancet* 368, 1696-1705
- [31] Buse, J. B., Henry, R. R., Han, J., Kim, D. D., Fineman, M. S., Baron, A. D., and Exenatide-113 Clinical Study, G. (2004) *Diabetes care* 27, 2628-2635
- [32] DeFronzo, R. A., Ratner, R. E., Han, J., Kim, D. D., Fineman, M. S., and Baron, A. D. (2005) *Diabetes care* 28, 1092-1100
- [33] Kendall, D. M., Riddle, M. C., Rosenstock, J., Zhuang, D., Kim, D. D., Fineman, M. S., and Baron, A. D. (2005) *Diabetes care* 28, 1083-1091
- [34] Knudsen, L. B. (2010) *International journal of clinical practice. Supplement*, 4-11
- [35] Madsbad, S., Kielgast, U., Asmar, M., Deacon, C. F., Torekov, S. S., and Holst, J. J. (2011) *Diabetes, obesity & metabolism* 13, 394-407
- [36] Kim, D., MacConell, L., Zhuang, D., Kothare, P. A., Trautmann, M., Fineman, M., and Taylor, K. (2007) *Diabetes care* 30, 1487-1493
- [37] Drucker, D. J., Buse, J. B., Taylor, K., Kendall, D. M., Trautmann, M., Zhuang, D., Porter, L., and Group, D.-S. (2008) *Lancet* 372, 1240-1250
- [38] Nikolaidis, L. A., Elahi, D., Shen, Y. T., and Shannon, R. P. (2005) *American journal of physiology. Heart and circulatory physiology* 289, H2401-2408
- [39] Bose, A. K., Mocanu, M. M., Carr, R. D., Brand, C. L., and Yellon, D. M. (2005) *Diabetes* 54, 146-151
- [40] Brown, S. B., Libonati, J. R., Selak, M. A., Shannon, R. P., and Simmons, R. A. (2010) *Cardiovascular drugs and therapy / sponsored by the International Society of Cardiovascular Pharmacotherapy* 24, 197-205
- [41] Sonne, D. P., Engstrom, T., and Treiman, M. (2008) *Regulatory peptides* 146, 243-249
- [42] Timmers, L., Henriques, J. P., de Kleijn, D. P., Devries, J. H., Kemperman, H., Steendijk, P., Verlaan, G. W., Kerver, M., Piek, J. J., Doevendans, P. A., Pasterkamp, G., and Hoefer, I. E. (2009) *Journal of the American College of Cardiology* 53, 501-510
- [43] Ye, Y., Keyes, K. T., Zhang, C., Perez-Polo, J. R., Lin, Y., and Birnbaum, Y. (2010) *American journal of physiology. Heart and circulatory physiology* 298, H1454-1465
- [44] Sokos, G. G., Nikolaidis, L. A., Mankad, S., Elahi, D., and Shannon, R. P. (2006) *Journal of cardiac failure* 12, 694-699
- [45] Sokos, G. G., Bolukoglu, H., German, J., Hentosz, T., Magovern, G. J., Jr., Maher, T. D., Dean, D. A., Bailey, S. H., Marrone, G., Benckart, D. H., Elahi, D., and Shannon, R. P. (2007) *The American journal of cardiology* 100, 824-829
- [46] Best, J. H., Hoogwerf, B. J., Herman, W. H., Pelletier, E. M., Smith, D. B., Wenten, M., and Hussein, M. A. (2011) *Diabetes care* 34, 90-95
- [47] Richter, G., Feddersen, O., Wagner, U., Barth, P., Göke, R., and Göke, B. (1993) *The American journal of physiology* 265, L374-381
- [48] Nystrom, T., Gonon, A. T., Sjöholm, A., and Pernow, J. (2005) *Regulatory peptides* 125, 173-177
- [49] Bergenstal, R. M., Wysham, C., Macconell, L., Malloy, J., Walsh, B., Yan, P., Wilhelm, K., Malone, J., Porter, L. E., and Group, D.-S. (2010) *Lancet* 376, 431-439
- [50] Moretto, T. J., Milton, D. R., Ridge, T. D., Macconell, L. A., Okerson, T., Wolka, A. M., and Brodows, R. G. (2008) *Clinical therapeutics* 30, 1448-1460
- [51] Fabunmi, R., Nielsen, L. L., Quimbo, R., Schroeder, B., Misurski, D., Wintle, M., and Wade, R. (2009) *Current medical research and opinion* 25, 777-786
- [52] Pawaskar, M., Zagar, A., Sugihara, T., and Shi, L. (2011) *Journal of medical economics* 14, 16-27
- [53] Mossello, E., Ballini, E., Boncinelli, M., Monami, M., Lonetto, G., Mello, A. M., Tarantini, F., Baldasseroni, S., Mannucci, E., and Marchionni, N. (2011) *Experimental diabetes research* 2011, 281674
- [54] Cho, Y. M., and Kieffer, T. J. (2011) *Diabetologia* 54, 219-222
- [55] Fisman, E. Z., and Tenenbaum, A. (2009) *Cardiovascular diabetology* 8, 38
- [56] Monami, M., Balzi, D., Lamanna, C., Barchielli, A., Masotti, G., Buiatti, E., Marchionni, N., and Mannucci, E. (2007) *Diabetes/metabolism research and reviews* 23, 479-484

„Fit und gesund älter werden“ startet in Offenbach

Diabetes-Präventionsprojekt der Landesärztekammer Hessen

Zu fett, zu süß, zu reichlich: Wer sich so ernährt, nimmt zwangsläufig zu. Wird außerdem die körperliche Aktivität auf ein Minimum beschränkt, wächst die Gefahr, an Typ-2-Diabetes zu erkranken. Neben der steigenden Zahl übergewichtiger Kinder und Jugendlicher sind Frauen und Männer ab 45 Jahre besonders betroffen. Mit ihrem Diabetes-Präventionsprojekt „Fit und gesund älter werden“ (Schirmherrschaft: Hessisches Sozialministerium) möchte die Landesärztekammer Hessen gemeinsam mit ihren Kooperationspartnern und Ärztinnen und Ärzten in Hessen einen Beitrag zur Vorbeugung von Typ-2-Diabetes leisten. Das Projekt soll Impulse zur Umstellung von „ungesunden“ Lebensgewohnheiten geben und die ärztliche Kompetenz in der Prävention öffentlich hervorheben. Zunächst finden Modellprojekte in Offenbach und im Landkreis Hersfeld-Rotenburg statt; anschließend soll das Projekt auf andere Regionen in Hessen ausgeweitet werden.

Olympiasiegerin als Patin

Im März 2012 startet „Fit und gesund älter werden“ in Offenbach. Die Stadt ist Schirmherrin des Modellprojekts; Cornelia Hanisch, ehemalige deutsche Fechterin und Olympiasiegerin, hat die Patenschaft übernommen. In Kooperation mit zahlreichen niedergelassenen Hausärzten, Stadtgesundheitsamt, Klinikum Offenbach, HAGE, Deutscher Gesellschaft für Ernährung, Sektion Hessen, Landessportbund Hessen, Sportkreis Offenbach, Sportbüro Offenbach, Sportvereinen, Ernährungsberatern und Deutschem Diabetikerbund sollen Patienten in Offenbach darüber informiert werden, wie man sich durch leichte Ernährung und regelmäßige Bewegung vor Typ-2-Diabetes schützen und dabei auch das eigene Wohlbefinden erhöhen kann. Unser ärztlicher Ansprechpartner vor Ort ist Dr. med. Christian

Klepzig, Facharzt für Allgemeinmedizin, Diabetologe DDG & LÄK Hessen. Als Medienpartnerin des Modellprojekts konnte die Offenbach Post gewonnen werden.

Auftakt des Projekts

Am 14. März wird „Fit und gesund älter werden“ auf einer Pressekonferenz im Offenbacher Rathaus der Öffentlichkeit vorgestellt. Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen, und die Kooperationspartner werden Inhalte und Perspektiven des Projekts erläutern.

Viele Menschen leiden an Diabetes, ohne es zu wissen. Doch die Zahl derjenigen, die durch ihre Lebensweise ein besonderes Risiko haben, Typ-2-Diabetes zu entwickeln, ist wesentlich höher. Daher beginnt das Präventionsprojekt mit einer vierwöchigen Fragebogenaktion zur Ermittlung des Diabetes-Risikos (FIND RISK) in den teilnehmenden Arztpraxen und zwei Stationen des Klinikums.



Fragebogenaktion in Arztpraxen und Klinikum

Die Fragebogenaktion bietet Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, Risiko-Patienten gezielt auf eine mögliche Diabetesgefährdung anzusprechen, sie zu beraten und ihnen über das von Deutschem Olympischen Sportbund und Bundesärztekammer entwickelten „Rezept für Bewegung“ zertifizierte Bewegungsangebote von Offenbacher Sportvereinen sowie ebenfalls zertifizierte Ernährungsberatung (DGE) zu empfehlen. Alle teilnehmenden Arztpraxen erhalten ein „Starterpaket“ mit Fragebögen, Checklisten, die u.a. eine Über-

sicht zertifizierter Sportvereine und Ernährungsberatungsangebote in Offenbach, „Rezept“-Blöcke und Informations-Flyer enthalten.

Im Anschluss an die Aktion werden die Fragebögen (anonymisierte Durchschläge) zur Auswertung an die Landesärztekammer zurückgeschickt.

Präventionstag im Offenbacher Rathaus

Höhepunkt des Projekts ist der öffentliche Präventionstag (Patiententag) am 28. April 2012 von 10:00 bis 16:00 Uhr im Rathaus Offenbach. Zu Beginn werden die Ergebnisse der Fragebogenaktion auf einer Pressekonferenz, an der u.a. der Hessische Sozialminister Stefan Grüttner teilnehmen wird, präsentiert. Anschließend bietet die Veranstaltung mit Experten-Vorträgen, Diskussionsrunden, Beratung, Workshops zu Bewegung und Ernährung und einem Markt der Möglichkeiten ein informatives Programm rund um Prävention durch Bewegung und Ernährung. Musik und Kabarett („Elephant toilet“ aus Gießen) runden das Angebot für Offenbacher ab 45 Jahren ab.

Wir danken der Stadt Offenbach, dem Klinikum Offenbach und der Firma Novo Nordisk für ihre freundliche Unterstützung.

Weitere Informationen

Weitere Informationen und das Programm des Präventionstages in Offenbach sind unter www.laekh.de/ „Fit und gesund älter werden“ eingestellt. Hier finden Sie in Kürze auch Informationen über das zweite Modellprojekt im Landkreis Hersfeld-Rotenburg, das am 25. April 2012 in Bad Hersfeld startet.

Kontakt:

Katja Möhrle, Leiterin der Abt. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Tel. 069 97672-188, E-Mail: katja.moehrle@laekh.de

Katja Möhrle

Hessen vorn – Flächendeckende Qualitätssicherung dokumentiert Verbesserung der Schlaganfallversorgung

Gerhard F. Hamann, Detlef Claus, Manfred Kaps, Andreas Ferbert, Rudolf W.C. Janzen, Gerhard-Michael von Reutern, Brigitte Semsch-Poppe, Wolfgang Puschendorf, Wolfgang Knauf, Anke Reihls, Björn Misselwitz

für den Fachausschuss Schlaganfall der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) und die Arbeitsgemeinschaft Schlaganfall Hessen (ASH)¹

Zusammenfassung

Beim Thema Schlaganfall ist Hessen seit Jahren Vorreiter für die Qualitätssicherung und das einzige deutsche Bundesland mit einer flächendeckenden, nahezu vollständigen Erfassung aller stationären Schlaganfälle. Dass dies nicht nur zu zum Teil hochrangigen Publikationen (z.B. Foerch 2005) und epidemiologisch interessanten Daten (z.B. Stolz 2011) führt, zeigt die Datenauswertung der GQH für die Jahre 2007 bis 2010. Es kommt zu deutlichen Verbesserungen wesentlicher Qualitätsindikatoren. Allein im Jahr 2010 wurden insgesamt 25.094 Datensätze zu Schlaganfall-Patienten aus 95 Kliniken bei der GQH registriert. Die Anzahl behandelter Schlaganfälle lag pro Krankenhaus zwischen einem und 2.377 Patienten. Von 2007 bis 2010 stieg die Rate der Patienten, die während des stationären Aufenthaltes bei Verdacht auf Schlaganfall eine Bildgebung mit Schädel-CT oder -MRT erhielten, von 96,7 % auf 99,0 %. In Krankenhäusern mit angeschlossener Stroke-Unit wurde die erste Bildgebung bereits bei 95 % der Patienten (2010) innerhalb von einer Stunde nach Eintreffen durchgeführt. Die Hirngefäß-Diagnostik stieg bei Patienten mit Hirninfarkten oder TIA hessenweit von 86,2 % in 2007 auf 90,6 % in 2010. Eine Screening-Untersuchung zur Aufdeckung von Schluckstörungen, welche u.a. relevant für die Entwicklung sekundärer Pneumonien ist, wurde hessenweit 2007 nur bei 55,8 %

der Patienten durchgeführt, 2010 bereits bei 84,9 %. Dementsprechend stieg die Rate von erfassten Schluckstörungen, von 19,7 % in 2007 auf 28,9 % in 2010. Die frühe systemische Thrombolyse-Rate stieg bei den hierfür geeigneten Patienten von 50,4 % (2007) auf 58,9 % (2010). Die Zahl der Patienten, die nach einem Schlaganfall mit geeigneter Sekundärprävention im Sinne von Thrombozytenaggregationshemmern behandelt wurden, verbesserte sich im gleichen Zeitraum von 89,7 % auf 93,0 %. Bei Patienten mit Vorhofflimmern wurde nach Ausschluss von Kontraindikationen 2007 nur in 54,5 % antikoaguliert, 2010 erhielten bereits 67,2 % eine Antikoagulation. Auch die Rate von frühzeitiger Rehabilitation mit Physio- und Ergotherapie konnte von 85,2 % auf 94,9 % erheblich verbessert werden. Ebenso stieg die Rate der Patienten, die ausreichend Informationen zu ihrer Erkrankung und für das soziale Umfeld und die Rehabilitation erhielten von 2007 65,7 % auf 2010 85,1 %. Ob die Steigerung dieser Qualitätsparameter mit der Reduktion der Krankenhaussterblichkeit (hier von 7,8 % 2007 auf 4,8 % 2010) in kausalem Zusammenhang steht, ist zu vermuten, jedoch im Rahmen eines Registers wie das des hessischen Schlaganfallprojektes nicht zu belegen.

Einleitung

Die Qualitätssicherung ist Bestandteil eines Prozesses zur Umsetzung von Leitlinien.

Sie enthält Vorgaben für die fachliche Anforderung und Entscheidung. Die damit im Zusammenhang stehende zusätzliche Dokumentationsarbeit wird im Alltag von vielen ärztlichen Kollegen als notwendiges Übel in einer Zeit mit gestiegenen Erwartungen an die Qualität und das Ergebnis der Behandlung empfunden. Die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) zeigt, dass Qualitätssicherung nicht nur die Umsetzung von gesetzlichen Vorgaben darstellt, sondern wesentlich zur Verbesserung der Versorgung der Patienten beitragen kann. Beispielhaft dafür ist das Schlaganfall-Projekt zu nennen. Im Rahmen dieses Projektes wurden auch, bundesweit erstmalig, Lücken in der Versorgungsstruktur aufgezeigt, die bei einer freiwilligen Teilnahme nicht erkannt worden wären (Stolz 2011).

Die GQH hat maßgeblich bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren im Rahmen der ADSR (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister²) mitgewirkt, und konnte bei der Formulierung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien (Heuschmann 2006) Erfahrungen aus Hessen einbringen.

Anhand der eingesetzten Qualitätsindikatoren werden den beteiligten Krankenhäusern mindestens einmal jährlich ihre Ergebnisse in der Schlaganfallakutversorgung im Vergleich zu den anderen Kliniken in anonymisierter Form zurückgespiegelt.

¹ Die Arbeitsgemeinschaft Schlaganfall Hessen ist eine offene Arbeitsgruppe aller an der QS Schlaganfall teilnehmenden Kliniken in Hessen. Sie fungiert einerseits als Diskussionsforum andererseits auch als Clearingstelle für Publikationen aus den hessischen QS-Daten.

² Die ADSR ist ein freiwilliger Zusammenschluss langjährig etablierter regionaler Register zur Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung in Deutschland. Ziel ist einerseits die Abstimmung einer gemeinsamen Methodik bzgl. Erfassungsinstrument und Qualitätsindikatoren andererseits auch die Datenpoolung, um Aussagen zur bundesweiten Schlaganfallversorgung treffen zu können.

Bereits seit über fünf Jahren führt die GQH mit Unterstützung ihres Fachausschusses ZNS auch einen Strukturierten Dialog mit denjenigen Kliniken durch, die außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen.

In einer Zeit zunehmend knapper werdender Personalressourcen bei gleichzeitig kontinuierlich wachsender Leistungsdichte besteht eine zunehmende Tendenz, Dokumentationen auf sog. Routinedaten zu begrenzen oder ganz abzuschaffen. Jedoch beraubt eine leichtfertige Reduktion oder Beendigung eines QS-Verfahrens auch die Möglichkeit zeitliche Entwicklung abzubilden und die Versorgungslage im zeitlichen Kontinuum darzustellen. Die Jahre 2007-2010 sind aufgrund vergleichbarer Erhebungsinstrumente und Patientenkollektive geeignet, die Entwicklung von Qualitätsparametern und deren Wirkung auf die medizinische Versorgung der Patienten zu verfolgen.

Die vorliegende Arbeit soll auch ein Dank an die vielen in Hessen tätigen Ärztinnen und Ärzte sein, die sich in den letzten Jah-

ren der Mühe unterzogen haben, an fast 100 Kliniken insgesamt über 25.000 Datensätze pro Jahr zu dokumentieren.

Historie

Schon 1995 wurde von Seiten der Landesärztekammer durch Richtlinien für eine regionale Schlaganfallversorgung auf eine anstehende Umstellung der Schlaganfallbehandlung aufmerksam gemacht (HÄB 1995). Im folgenden Jahr konnte unter Moderation des Hessischen Sozialministeriums zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) ein Vertrag geschlossen werden, der die Qualitätssicherung bei der Schlaganfallbehandlung im stationären Bereich in Hessen regelt. Die GQH etablierte auf der Grundlage dieses Vertrages ein Register zur Verbesserung der Qualität der Schlaganfallbehandlung (Notfallversorgung, Akutbehandlung und Rehabilitation) in Hessen. Dies wurde 1996 in einer Pilotphase eingeführt (Kugler 1997, Janzen 1998, ASH 1999), seit 2003 sind alle Krankenhäuser, die an der stationä-

ren Schlaganfall-Akutversorgung in Hessen beteiligt sind (neurologische, neurochirurgische, internistische und geriatriische Kliniken), verpflichtet, stationär behandelte Schlaganfälle anonym in einer IT-gestützten Datenbank zu dokumentieren. Die Liste der aktuell teilnehmenden Kliniken kann unter der Internetadresse www.gqhnet.de eingesehen werden.

Methodik

Es werden alle Patienten ab dem 18. Lebensjahr dokumentiert, die innerhalb von sieben Tagen nach dem Akutereignis die Klinik erreichen und die Diagnosen einer transitorisch-ischämischen Attacke (TIA) (ICD-10: G45), eines ischämischen Hirninfarktes (I63), einer intrazerebralen Blutung (I61) oder eines Schlaganfalles ohne feste definitorische Zuweisung (I64) aufweisen (ASH 1999). Seit 2007 sind auch die Subarachnoidalblutungen (I60) in die Dokumentationspflicht eingeschlossen. Die Erfassungsrate, welche durch einen auf Abrechnungsdaten basierenden Abgleich (sog. Sollstatistik) ermittelt werden kann, betrug in den Jahren 2007 bis 2010 durchgängig über 95 %. Aufgrund der gewählten Dokumentationskriterien können die meisten der Insultpatienten, die später als sieben Tage nach Akutereignis – beispielsweise in einer der 35 geriatriischen Fachabteilungen/Kliniken in Hessen – aufgenommen und fallabschließend behandelt werden, nicht ausreichend berücksichtigt werden. Für die vorliegende Auswertung aus der gesamten Datenbank (N= 210.000) wurden die knapp 100.000 Fälle aus den Jahren 2007, 2008, 2009 und 2010 miteinander verglichen. In diesem Zeitraum gab es keine wesentliche Änderung des Erhebungsinstrumentes. Auch die Anzahl sowie die Erfassungsquote der teilnehmenden Krankenhäuser änderten sich unwesentlich. Die Ergebnisverläufe werden mittels Boxplot dargestellt. Diese zeigen zum einen

Tab 1.: Übersicht der analysierten Qualitätsindikatoren

Nr.	Qualitätsindikatoren
1	Durchführung einer zerebralen Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall
2*	Zerebrale Bildgebung unter einer Stunde bei Intervall-Ereignis-Aufnahme unter zwei Stunden*
3	Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt oder TIA
4	Screening für Schluckstörung
5*	Frühe systemische Thrombolyse
6	Antiaggregation innerhalb der ersten 48h
7	Frühzeitige (innerhalb 24h nach Aufn.) Rehabilitation, Physiotherapie und Ergotherapie
8	Frühzeitige (innerhalb 24h nach Aufn.) Logopädie
9	Antiaggregation als Sekundärprophylaxe
10	Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

* Nur für Kliniken, die systemische Thrombolyse (intravenöse Therapie mit rtPA) bei Schlaganfällen durchführen

den Median und die Verteilung (2,5 %-97,5 % Perzentil bzw. 25 %-75 % Perzentil) der Klinikergebnisse, zum anderen auch das Gesamtergebnis (Versorgungssituation der Patienten insgesamt) für die einbezogenen Fälle (mit einem Kreuz markiert) pro Jahr. Die jeweils aufgeführte Linie zeigt den festgelegten Auffälligkeitsbereich an, eine zweite Linie ggf. den Zielwert.

Ergebnisse

Aus der Vielzahl der verschiedenen Qualitätsindikatoren (QI) (siehe Jahresauswertung 2010 der GQH unter www.gqhnet.de) sollen wesentliche Parameter (Tabelle 1) herausgegriffen werden. Die Ergebnisse und Verläufe aller dargestellten Indikatoren sind nochmals systematisch in Tabelle 2 aufgeführt.

1) Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall

Die zerebrale Computertomographie (CCT) ist die wichtigste apparative Untersuchung beim Schlaganfall-Patienten, die unverzüglich durchgeführt werden sollte. Das zerebrale MRT (cMRT) kann die CCT ersetzen, wenn es rasch zur Verfügung steht und eine geeignete Sequenz zum Blutungsausschluss durchgeführt wird (zum Beispiel T2*-Sternaufnahmen). In sämtlichen Schlaganfall-Leitlinien wird die Bildgebung bei Verdacht auf Schlaganfall als die wichtigste und dringlichste diagnostische Methode dargestellt. Ein QI der GQH erfasst Patienten, die bei Verdacht auf Schlaganfall eine Bildgebung erhalten haben. Im Jahr 2010 wurde hessenweit bei 99,0 % der Patienten eine zerebrale Bildgebung durchgeführt, dies ist praktisch eine vollständige Umsetzung dieses QIs. Die Zahlen stiegen seit der Pilotphase deutlich und lagen zu Beginn der

Vollerhebung 2003 bei 91,0 %. In 2007 lag der Wert mit 96,7 % bereits auf einem sehr hohen Niveau, 2010 blieb nur noch ein Prozent der stationär behandelten Patienten in Hessen ohne zerebrale Bildgebung (Abbildung 1).

Die Bildgebung sollte bei allen Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall jedoch auch unverzüglich durchgeführt werden. In den Leitlinien werden unterschiedliche Zeitfenster angegeben: <24, <48 Stunden sowie unverzüglich, aber nicht über 48 Stunden. Eine Auswertung der GQH-Daten ergab, dass bei 93,8 % der Patienten, die

innerhalb von sechs Stunden nach Ereignis aufgenommen wurden innerhalb von drei Stunden eine zerebrale Bildgebung durchgeführt wurde (Quelle GQH).

2) Bildgebung unter einer Stunde bei Intervall Ereignis bis zur stationären Aufnahme unter zwei Stunden

Dieser QI wurde für Kliniken eingeführt, die regelhaft systemische Thrombolyse (z.B. intravenöse Therapie mit rtPA) bei Schlaganfällen durchführen. Geeignete Patienten sollen innerhalb der ersten drei bis

Tab. 2: Entwicklung der Qualitätsindikatoren 2007 bis 2010 – Hessen (HE) und Stroke-Units (SU)³

Nr.	Qualitätsindikatoren	Jahr	2007	2008	2009	2010
			%	%	%	%
1	Bildgebung	HE	96,7	97,8	98,5	99,0
		SU	99,0	99,3	99,3	99,6
2*	Bildgebung < 1h	HE	91,9	91,8	95,2	94,4
		SU	93,4	91,4	95,9	95,0
3	Gefäßdiagnostik	HE	86,2	83,8	89,0	90,6
		SU	93,9	87,9	92,4	92,9
4	Schluckscreening	HE	55,8	66,0	80,5	84,9
		SU	65,1	72,9	83,3	85,8
5*	Systemische Thrombolyse	HE	50,4	56,2	58,5	58,9
		SU	55,4	58,3	60,9	60,2
6	Akute Antiaggregation	HE	89,7	90,1	92,9	93,0
		SU	91,3	91,7	94,4	93,7
7	Physio-/Ergotherapie	HE	85,2	86,1	92,3	94,9
		SU	89,0	89,3	93,0	95,8
8	Logopädie	HE	69,4	72,0	83,6	88,4
		SU	78,8	80,8	87,2	91,3
9	Sek. Antiaggregation	HE	85,3	91,7	92,0	93,7
		SU	87,4	92,6	93,3	94,4
10	Sek. Antikoagulation	HE	54,5	59,2	62,2	67,2
		SU	57,4	59,4	63,8	69,1

* Nur für Kliniken, die systemische Thrombolyse (intravenöse Therapie mit rtPA) bei Schlaganfällen durchführen

³ Kliniken mit regelhafter neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (OPS 8-981)

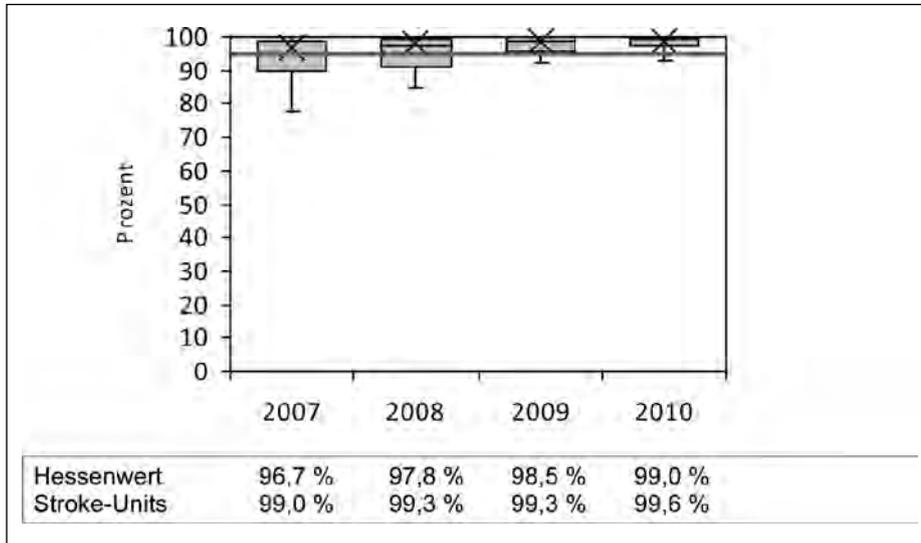


Abbildung 1: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall

neuerdings viereinhalb Stunden nach einem Schlaganfall behandelt werden. Für diese Behandlung, die in der Regel in Stroke Units erfolgt, ist Voraussetzung, dass die Bildgebung notfallmäßig, d.h. nicht später als in der ersten Stunde nach Aufnahme erfolgt. Hessenweit wurde hier im Jahr 2010 bei 1.148 Patienten, die innerhalb von zwei Stunden nach Ereignis in die Klinik kamen, bei 1.004 Patienten die Bildgebung innerhalb einer Stunde nach Aufnahme durchgeführt. Dies fand primär an

Kliniken mit Stroke Unit statt und entspricht 95,0 % (2010) aller Patienten.

3) Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA

Die Hirngefäßdiagnostik kann mit Ultraschall, Doppler- und Duplexsonographie, MR- oder CT-Angiographie oder seltener mit DSA erfolgen. Sie ist zur Ursachenerforschung eines Hirninfarktes und zur Entscheidung über das therapeutische Vorgehen bei TIA oder Hirninfarkt erforder-

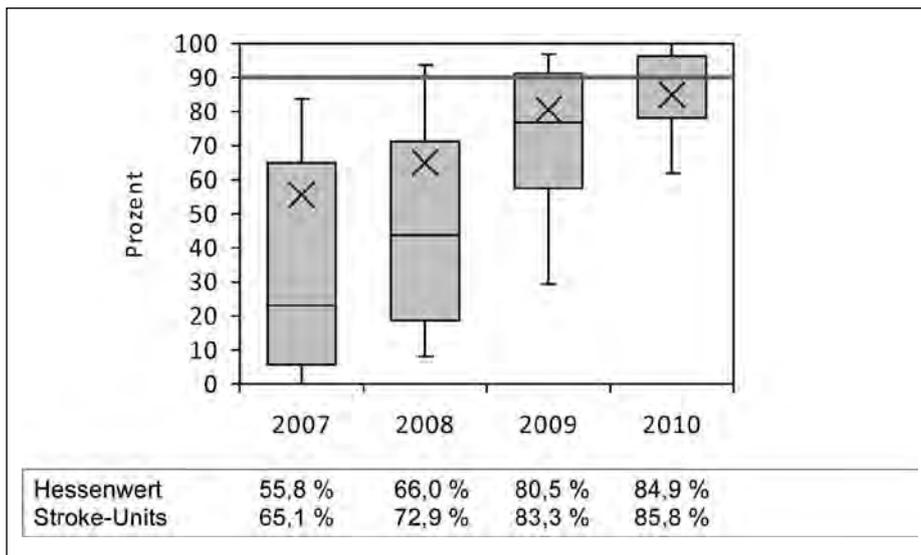


Abbildung 2: Screening für Schluckstörungen

lich. So kann eine medikamentöse Behandlung, eine Stent-Versorgung oder eine Thrombendarteriektomie bei bestimmtem Ausmaß einer Karotisstenose erfolgen. Hessenweit wurde 2010, bezogen auf 20.867 geeignete Patienten, laut QI3 bei 18.912 Patienten eine Gefäßdiagnostik durchgeführt. Dies entspricht 90,6 % aller Patienten. Der Wert stieg nach einem leichten Abfall zwischen 2007 und 2008 (86,2 % bzw. 83,8 %) kontinuierlich auf mittlerweile über 90 %. Die Stroke Units erreichen für diesen Indikator in 2010 bereits 92,9 %.

4) Screening für Schluckstörung

Das Erkennen von Schluckstörungen in der Frühphase nach einem Schlaganfall ist entscheidend, um prophylaktische Maßnahmen zur Vermeidung von Aspirationspneumonien und geeignete Rehabilitationsmaßnahmen einzuleiten. Aspirationspneumonien sind Komplikationen, die zu einer erhöhten Schlaganfallsterblichkeit führen. Nach Ausschluss von Patienten mit TIA oder Bewusstseinsstörung (bei letzterer ist immer eine Schluckstörung gegeben) hätten 2010 14.120 Patienten ein Schluckscreening erhalten sollen, was in 84,9 % auch erfolgte (auf Stroke Units in 85,8 %). Die in Abbildung 2 gezeigte starke Zunahme der Screeninguntersuchungen seit 2007 ist von klinischer Bedeutung. Dadurch kam es auch zu einer Erhöhung der Rate erkannter Schluckstörungen und zwar von 19,7 % auf 28,9 %. Diese Maßnahme dürfte unter anderen Faktoren auch zu einer weiteren Reduktion der Sterblichkeit beigetragen haben.

5) Frühe systemische Thrombolyse

Die einzig medikamentöse Therapie, die beim akuten Schlaganfall zugelassen und nachweislich zu einer Verbesserung der

Prognose führt, ist die frühe intravenöse systemische Thrombolyse mit rtPA. Hessenweit wurden 2010 insgesamt knapp 1.400 Patienten lysiert. Von den 1.009 Patienten (davon 910 Patienten in Kliniken mit Stroke-Unit) die für eine Lysetherapie besonders geeignet waren, wurden knapp 60 % entsprechend behandelt. Es stieg somit die Thrombolyse-Rate dieser geeigneten Patienten im 3-h-Zeitfenster von 2007 hessenweit 50,4 % in 2007 auf 58,9 % in 2010. Die Door-to-needle-time, das heißt die Zeit zwischen Eintreffen in der Klinik und Durchführung der Thrombolyse, lag 2010 bei knapp 80 % der Patienten unter einer Stunde.

6) Antiaggregation innerhalb der ersten 48h

Die Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis ist eine weitere evidenzbasierte Therapie des Schlaganfalls. Der Effekt dieses Vorgehens ist klein, aber statistisch gut gesichert. 2010 kamen in Hessen 14.276 stationäre Patienten für diese Therapie in Frage, 13.282 erhielten sie auch, was 93 % entsprach. Dieser Wert stieg seit 2007 kontinuierlich von 89,7 % bis auf 93 % in 2010.

7) Frühzeitige Rehabilitation, Physiotherapie und Ergotherapie

Ein weiteres wesentliches Konzept zur Schlaganfallbehandlung ist die Stroke-Unit-Behandlung, die sich auch durch eine frühzeitige Behandlung (innerhalb 24h nach Aufnahme) mit Physiotherapie, Ergotherapie und Frühmobilisation auszeichnet (OPS 8-981). Von den hiervon besonders profitierenden Patienten erhielten 2010 in Hessen 94,9 % diese Therapie innerhalb der ersten zwei Tage nach Aufnahme. Dieser Wert stieg kontinuierlich um fast 10 % von 85,2 % auf 94,9 %.

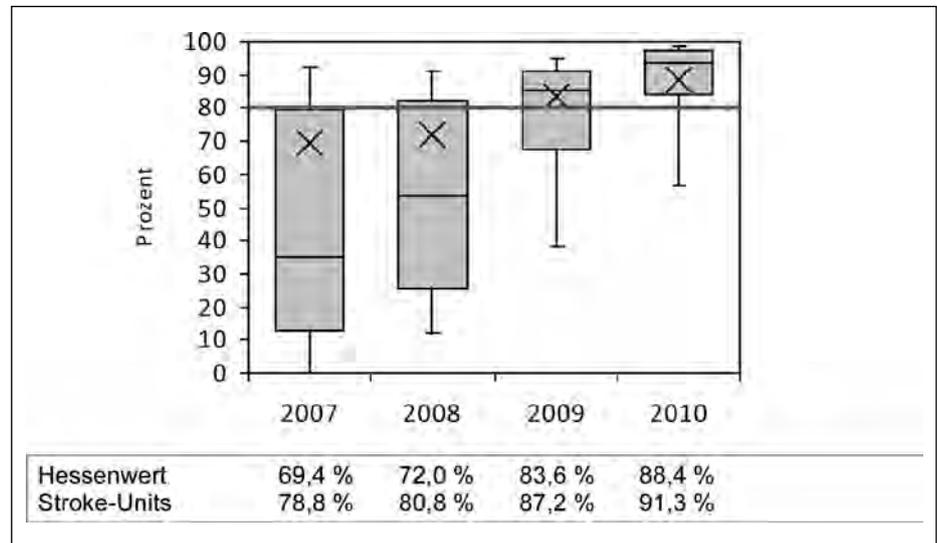


Abbildung 3: Frühzeitige Logopädie

8) Frühzeitige Logopädie

Die logopädische Behandlung ist von Bedeutung bei Patienten mit aphasischen Störungen, Schluckstörungen oder Sprechstörungen. Von 8.689 Patienten, die dieser Therapie bedurft hätten (Patienten mit TIA und Koma sind ausgeschlossen), wurden 7.682 Patienten (88,4 %) hessenweit behandelt. In den Stroke-Units lag diese Rate bei 91,3 %. Sie stieg deutlich von 69,4 % 2007 auf 88,4 % in 2010 (siehe Abbildung 3).

9) Antiaggregation als Sekundärprophylaxe

Thrombozytenaggregationshemmung ist eine wirksame und gute Sekundärprophylaxe. Nach einem Schlaganfall werden ASS, retardiertes Dipyridamol und ASS (Aggrenox) sowie Clopidogrel eingesetzt. Im Jahr 2010 wurden von 16.848 geeigneten Patienten in Hessen 15.799 mit dieser Therapie behandelt, was 93,7 % entsprach. Dieser Wert stieg von 2007 85,3 % auf mittlerweile 93,7 % in 2010.

10) Antikoagulation bei Vorhofflimmern

Im Gegensatz zur Antiaggregation wird bei Patienten mit Vorhofflimmern leitlinien-

gerecht eine Antikoagulation eingesetzt. Im Jahr 2010 waren laut Datenlage der GQH ca. 2.500 Patienten für eine Antikoagulation geeignet. Hiervon wurden 1.583 antikoaguliert, was 67,2 % entsprach. Dieser Wert stieg von etwa der Hälfte der Fälle in 2007 auf mittlerweile über zwei Drittel (Abbildung 4). Hier gibt es allerdings noch deutliches Verbesserungspotential, als Zielvorgabe (obere Linie) sind Werte von über 80 % anzustreben.

Diskussion

Qualitätssicherung kann und soll einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität liefern. Dies belegen die oben vorgestellten Zahlen der Qualitätssicherung Hessen eindrucksvoll. Sie zeigen vor allem, dass sich flächendeckend die Struktur- und Prozessqualität in der Akutbehandlung von Patienten mit neurovaskulären Erkrankungen den Anforderungen der Leitlinien nähert oder sie bereits erreicht hat. Trotz der ermutigenden Ergebnisse muss auch diskutiert werden, was verbesserungswürdig ist und welche Faktoren zur Verzerrung der jetzigen Ergebnisse geführt haben könnten. Durch eine nicht ganz 100 %ige Erfassung könnte vermutet werden, dass in einzel-

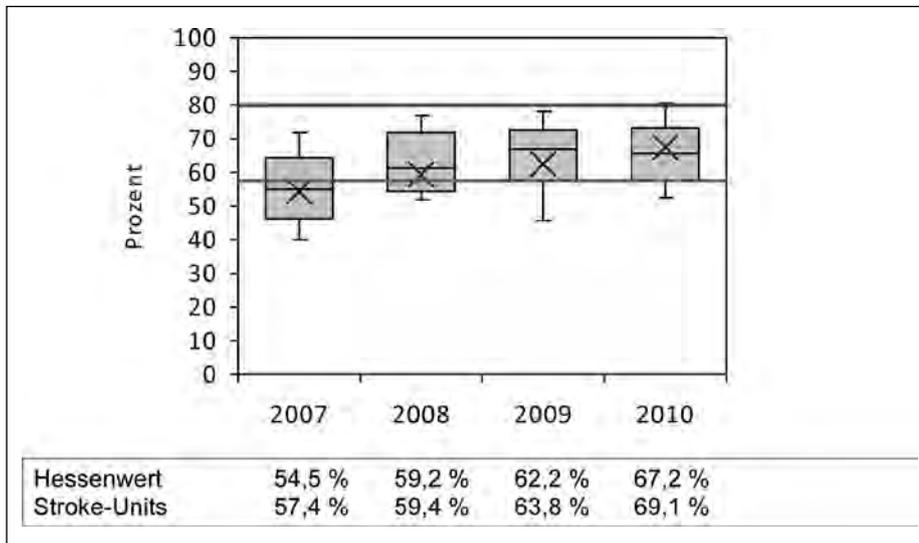


Abbildung 4: Antikoagulation bei Vorhofflimmern

nen Kliniken Patienten mit beispielsweise besonders kritischer Prognose gar nicht oder nicht als Schlaganfall kodiert wurden und damit ein Selektionsbias vorliegt. Bei einer Vollzähligkeitsrate von über 95 % kann von einer quasi Vollerfassung ausgegangen werden. Es ist nicht damit zu rechnen, dass Selektionseffekte zu ei-

ner einseitigen Verzerrung der Ergebnisse führen. Darauf deutet auch die Stabilität der Ergebnisse über die Jahre hinweg.

Fehlkodierungen könnten ein positives Ergebnis vorgetäuscht haben. Aufgrund eigener Erfahrungen und Rückmeldungen aus dem Strukturierten Dialog (s. u.) führt

die Fehlkodierung aber eher zu einer vermeintlich schlechteren Qualität, da bestimmte Untersuchungen oder Empfehlungen in Arztbriefen vergessen oder weggelassen wurden. Somit kann Fehlkodierung zwar als Störfaktor nicht ausgeschlossen werden, erscheint aber nicht wahrscheinlich als Ursache der beschriebenen Verbesserung der Qualitätsindikatoren der Schlaganfallversorgung in Hessen. Es wäre wünschenswert, Kontrollen der Kodierung mit den Patientendaten, z. B. per Stichprobenanalyse oder im Rahmen eines Audits, durchzuführen. Dies ist bisher aus finanziellen sowie Kapazitäts-Gründen in dem Schlaganfall-Qualitätssicherungsmodell Hessen nicht erfolgt.

Die Einführung des „Stroke-Unit-OPS“ hat auch zur verpflichtenden Kodierung von bestimmten Struktur- und Qualitätsmerkmalen geführt. Diese vom MDK kontrollierten Merkmale mit im Einzelnen überprüften Faktoren wie Zeitpunkt der CT-Untersuchungen, Durchführung von Gefäßultraschall, frühe Mobilisation oder Logopädie auch am Wochenende haben wahrscheinlich zu der beobachteten Veränderung beigetragen. Dies gilt im Besonderen für die Parameter Hirngefäßdiagnostik, frühe Rehabilitation sowie Logopädie.

Einen wesentlichen Einfluss auf die positive Entwicklung der Ergebnisse hat zweifellos der Strukturierte Dialog mit den Kliniken. Zusätzlich zu der Jahresauswertung, welche jeder Klinik anhand von Ampelfarben signalisiert, ob ihre Indikatorergebnisse innerhalb des vorgegebenen Referenzbereichs liegen, verlangt die GQH bei abweichenden Werten eine schriftliche Stellungnahme. Die Antworten werden anonymisiert dem Fachausschuss ZNS vorgelegt und von diesem bewertet. Auch Begehungen im Sinne eines Peer-Review-Verfahrens sind Bestandteil des Strukturierten Dialoges.

Das Bessere ist des Guten Feind. Die weitere Zukunft der Schlaganfallversorgung in Hessen muss von den bisher teilnehmenden 95 Kliniken und den darin arbeitenden Ärztinnen und Ärzten getragen werden, die in hervorragender Art und Weise die Voraussetzung für die hier gezeigte Auswertung geliefert haben. Ziel dieses Artikels ist daher, neben der erstmaligen Darstellung der Langzeitentwicklung ausgewählter Qualitätsparameter, diesen Ärztinnen und Ärzten, welche häufig in ihrer Freizeit entsprechende Daten mühevoll in Computersysteme eingegeben haben zu zeigen, dass ihre Arbeit der Patientenversorgung zu Gute kam. Alle hier aufgezeigten Qualitätsindikatoren haben einen in Einzelstudien nachgewiesenen direkten, die Prognose verbessernden Effekt für den Schlaganfall-Patienten. Langfristiges Ziel ist eine Beurteilung der Ergebnisqualität durch Verknüpfung von Daten aus der Schlaganfall-Akutversorgung mit Daten aus der Frührehabilitation oder der anschließenden geriatrischen Behandlung bzw. neurologischen Rehabilitation. Prozessqualität ist hierbei ein Surrogatparameter, Patienten und Angehörigen interessiert letztendlich vor allem die Er-

gebnisqualität, das heißt, Überleben und wenn ja mit welchem Behinderungsgrad. Diverse kontrollierte Studien konnten nachweisen, dass der Effekt einer frühen intensiven Schlaganfallbehandlung auch zu einer verbesserten Langzeitprognose führt (Seenan 2007). Somit steht, wenn auch im Projekt bisher nur ungenügend abbildbar, letztendlich die Ergebnisqualität im Focus.

Die vorgestellten Ergebnisse sollten für alle Ärzte Ansporn sein, das hessische Schlaganfallprojekt trotz der damit verbundenen Belastungen weiter zu unterstützen. Es hat sich als Instrument zur Sicherstellung und Verbesserung klinischer Behandlung unserer Patienten bewährt und sollte die weitere Entwicklung bei sich stetig erneuernden therapeutischen Optionen beobachten.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Björn Misselwitz MPH
 Leiter der Geschäftsstelle
 Qualitätssicherung Hessen
 Frankfurter Straße 10-14, 65760 Eschborn
 Tel.: 06196 409970
 E-Mail: bmisselwitz@gqhnet.de

Literatur

Arbeitsgruppe Schlaganfall Hessen: Schlaganfallversorgung in der Akutphase. Erste Auswertung einer Datenbank für die begleitende externe Qualitätssicherung Hessen. *Akt. Neurol* 1999; 26:8-16

Foerch C, Misselwitz B, Sitzer M, Berger K, Steinmetz H, Neumann-Haefelin T: Difference in recognition of right and left hemispheric stroke *Lancet* 2005; 366 (9483): 392-393

Heuschmann PU, Biegler M, Busse O, Elsner S, Grau A, Hasenbein U, Hermanek P, Janzen RWC, Kolominsky-Rabas P, Kraywinkel K, Lowitzsch K, Misselwitz B, Nabavi DG, Otten K, von Reutern GM, Ringelstein EB, Sander D, Peintka L, Wagner M, Berger K: Evidenzbasierte Qualitätsindikatoren für die Schlaganfallbehandlung in Deutschland *Akt. Neurologie* 2006; 33

Janzen RWC, Kugler C: Eine Schlaganfalldatenbank für die Qualitätssicherung beim Hirninfarkt. *Nervenheilk* 1998; 17: 21-25

Kugler C: Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung in Hessen. Erste Erfahrungen nach einem Jahr. *Hess. Ärzteblatt* 1997; 6: 180-181

Leitlinien für die regionale Primärversorgung von Patienten mit Schlaganfällen. Positionspapier aus neurologischer, neurochirurgischer und neuroradiologischer Sicht. *Hess. Ärztebl* 1995; 56: 267-271

Seenan P, Long M, Langhorne P: Stroke units in their natural habitat: systematic review of observational studies. *Stroke* 2007; 38: 1886-92

Stolz E, Hamann GF, Kaps M, Misselwitz B: Regionale Unterschiede in den Zuweisungs- und Thrombolyseraten bei akutem Hirninfarkt in Hessen. *Deutsches Ärzteblatt* 2011, 36: 607-611

Kompetenzzentrum für hochkontagiöse, lebensbedrohliche Erkrankungen in Hessen und Rheinland-Pfalz

Zehn Jahre erfolgreiche Bekämpfung besonders gefährlicher Infektionen

O. Bellinger¹, B. Böddinghaus¹, U. Goetsch¹, A. Walczok¹, M. Peters¹, A. Wirtz², A. Hornig³, HR. Brodt⁴, S. Schilling⁴, R. Ries⁵, S. Becker⁶, V. Kempf⁷, HW. Doerr⁸, R. Gottschalk^{4,8}

Einleitung

Die großen Seuchen wie Pest und Pocken spielen in Deutschland schon lange keine Rolle mehr. Weltweit existieren jedoch weiterhin von Mensch zu Mensch übertragbare Erkrankungen mit einer hohen Ansteckungs- und Sterblichkeitsrate. Dazu gehören beispielsweise die viral-hämorrhagischen Fieber, die Lungenpest und die Affenpocken. Aber auch mit anderen, neu auftretenden Infektionen, so genannte „Emerging Infectious Diseases“, muss gerechnet werden. Ein Beispiel ist SARS, eine Krankheit, die im Jahr 2003 auftrat, und sich von China ausgehend innerhalb von Wochen durch Reisende weltweit verbreitete [1]. Ein anderes Beispiel ist das „Lujo-Virus“, ein Arenavirus, das 2008 in Südafrika, ausgehend von einem Patienten aus Sambia zum Tod von drei Kontaktpersonen führte [2]. Diese Krankheiten können heute aus allen Teilen der Welt innerhalb eines Tages über den Flughafen Frankfurt am Main nach Deutschland eingeschleppt werden.

Fälle solcher importierten Erkrankungen sind selten, aber wenn sie auftreten nicht nur lebensbedrohlich für den Patienten sondern auch für die Kontaktpersonen

und vor allem für das behandelnde medizinische Personal.

2006: Lassafieber aus Sierra Leone via Münster

10. Juli 2006: Ein 68-jähriger, aus Sierra Leone stammender Arzt reist in Begleitung seiner deutschen Ehefrau von Free-town (Sierra Leone) über Brüssel nach Frankfurt am Main. Er hatte sich längere Zeit in seiner Heimat aufgehalten und litt schon seit Monaten unter neurologischen Symptomen und rezidivierenden Fieberschüben.

11. Juli 2006: Ankunft in Frankfurt am Main. Der Patient wird per Rettungstransportwagen in die Universitätsklinik in Münster gebracht, die sich in der Nähe des Wohnsitzes der Familie befindet.

16. Juli 2006: Wegen zunehmender respiratorischer Verschlechterung wird der Patient intubiert und beatmet.

18. Juli 2006: Die Diagnose „Lassafieber“ wird durch Nachweis von Virus-RNA im Liquor, im Blut und im Urin gesichert.

21. Juli 2006: Auf Wunsch der lokalen Gesundheitsbehörde wird der Transport des Patienten auf die Sonderisolierstation des Universitätsklinikums Frankfurt am Main organisiert. Am gleichen Tag wird das European Early Warning and Response System von dem Fall in Kenntnis gesetzt.

22.-24. Juli 2006: In Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut und den belgischen Behörden werden Desinfektions-

maßnahmen in Flugzeugen und Rettungstransportmitteln veranlasst und alle Kontaktpersonen des Patienten so weit wie möglich erfasst und kontaktiert. Da die von den Fluggesellschaften erstellten Listen der Fluggäste oft nicht mehr als deren Namen enthalten, ergehen über verschiedene Medien Aufrufe an die Passagiere der beiden Flüge, sich bei den zuständigen Behörden zu melden.

Das Infektionsrisiko für die Mitreisenden wird als sehr gering eingestuft. Daher beschränkt sich die Überwachung für diese Personen auf eine telefonisch abgefragte Temperaturkontrolle zweimal pro Tag. Lediglich Ehefrau und Tochter des Patienten werden als enge Kontaktpersonen bis zum Ablauf der maximalen Inkubationszeit unter wiederholter Kontrolle der PCR unter Quarantäne gestellt.

Sekundärfälle sind nicht bekannt geworden. Der Patient war bis dato der erste hochsymptomatische Patient in Europa, der Lassafieber überlebte. Am 11. Oktober 2006 konnte er nach fast zwölfwöchiger Behandlung in eine Rehabilitationseinrichtung verlegt werden.

2003: Emerging Infectious Diseases – SARS

15. März 2003, 8:30 Uhr: Drei Tage nach der ersten globalen Warnung der WHO wird die diensthabende Ärztin des Kompetenzzentrums darüber informiert, dass sich an Bord eines Flugzeuges aus New York ein Arzt aus Singapur befindet, der Symptome der neuen, in Asien aufgetretenen ansteckenden Form der Lungenent-

¹ Amt für Gesundheit Frankfurt am Main

² Hessisches Sozialministerium

³ Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie Rheinland-Pfalz

⁴ Medizinische Klinik II, Universitätsklinikum Frankfurt am Main;

⁵ Branddirektion Frankfurt am Main

⁶ Institut für Virologie Universitätsklinikum Marburg

⁷ Institut für med. Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

⁸ Institut für Virologie Universitätsklinikum Frankfurt am Main



Abb.1: SARS-Einsatz in Gebläseanzügen am Flughafen



Abb.2: Zahlreiche Sendungen zur Untersuchung auf Milzbrandsporen 2001

zündung zeige. Daraufhin werden die Sicherheitsbehörden informiert, eine Lagezentrale auf dem Flugvorfeld eingerichtet und die Sonderisolierstation am Frankfurter Universitätsklinikum hochgefahren.

15. März 2003, 10:40 Uhr: Landung des Flugzeugs, Transport des Patienten sowie zweier enger Kontaktpersonen mit dem Infektionstransporter der Frankfurter Branddirektion in die Sonderisolierstation des Universitätsklinikums Frankfurt am Main. Die übrigen 213 Passagiere werden in eine Sporthalle der Fraport AG gebracht und über die Situation informiert. Personalien und Erreichbarkeit während der nächsten zehn Tage werden dokumentiert. Nach Rücksprache mit der WHO konnten die Passagiere nach Aufhebung der Quarantäne am Abend des gleichen Tages die Reise fortsetzen.

Der Patient hatte sich bei einem SARS-Patienten in Singapur angesteckt, bevor er mit seiner schwangeren Ehefrau und der Schwiegermutter zu einem Kongress nach New York flog. Sein Zustand verschlechterte sich zunächst mit Ausbildung einer respiratorischen Partialinsuffizienz. Ebenso wie seine Ehefrau, die während

der Quarantäne ebenfalls fieberhaft erkrankte, konnte er in der Sonderisolierstation des Universitätsklinikums Frankfurt schließlich erfolgreich behandelt werden. Die Schwiegermutter entwickelte trotz der engen Kontakte zu dem Indexpatienten und ihrer Tochter kein SARS. Dank der Isolierungs- und Quarantänemaßnahmen und der Erfahrung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universitätsklinik beim Arbeiten in Schutzanzügen mit Respirator konnten Folgefälle in Frankfurt am Main vermieden werden.

Hintergrund: Im November 2002 traten in der chinesischen Provinz Guangdong gleichzeitig in mehreren Städten Fälle von schwerer atypischer Pneumonie mit hoher Letalität auf. Erst im März 2003 wurde die WHO informiert, so dass am 12. März die erste weltweite Warnung vor dieser neuen Form einer atypischen Pneumonie mit hohem Infektionsrisiko und hoher Letalität veröffentlicht wurde. Innerhalb der nächsten drei Monate breitete sich der Erreger über den internationalen Flugverkehr weltweit aus. Von März bis Mai 2003 erkrankten in 29 Ländern der Welt 8.096 Personen und 774 verstarben daran (Sterblichkeit: 9,6 %), darunter 1.706 Angehörige

des medizinischen Personals [3]. Insbesondere für Kanada, wo schon sehr früh erste Erkrankungen auftraten, war SARS eine Tragödie. In der Provinz Ontario erkrankten mindestens 330 Menschen und 44 Personen starben trotz intensivmedizinischer Maßnahmen, fast die Hälfte davon Ärzte und Pflegepersonal [4]. Erst als strikte Hygienemaßnahmen (konsequentes Tragen von Mund-Nasenschutz, barrierenursing, Isolierung der Patienten und Quarantäne von Kontaktpersonen und Scheuerwischdesinfektion) durchgeführt wurden, konnten weitere Sekundärfälle verhindert werden.

2001: Milzbrandalarm mit bioterroristischem Hintergrund

18. September 2001: Eine Woche nach den Anschlägen auf die Zwillingtürme in New York werden in den USA Briefe mit Anthraxsporen an mehrere Medienbüros und an zwei demokratische US-Senatoren geschickt. In den nächsten Wochen erkrankten 18 Personen, fünf davon starben an den Folgen von Lungenmilzbrand.

1. Oktober 2001: Briefe mit weißem Pulver tauchen erstmals auch in Frankfurt am

Main auf. Da es sich um einen hochkontagiösen, lebensbedrohlichen Erreger handelte, wurde das Kompetenzzentrum eingeschaltet.

5. Oktober 2001: In der Poststelle eines Konsulates rieselt weißliches Pulver aus einem Brief. Der Brief wird auf telefonische Anweisung des Arztes des Kompetenzzentrums nicht mehr berührt und die Poststelle nicht mehr betreten. Die hinzugerufene Feuerwehr sperrt den Bereich sofort ab. Geschützt mit einer FFP-3-Atemschutzmaske, Schutzbrille, Handschuhen und einem Schutzanzug betritt der Dienstarzt die Poststelle. Der Brief kommt aus Washington, wo die Milzbrandbriefe damals zu den Todesfällen führten und hat keinen Absender. Eine Probe wird in ein Gefahrgutbehältnis verbracht und in einem L3-Labor auf Anthrax untersucht. Der kontaminierte Fundort des Briefes in der Postdienststelle wird desinfiziert und die Poststelle mit allen Briefen bleibt bis zum Vorliegen des Untersuchungsergebnisses für 48 Std. verschlossen. Die betroffene Mitarbeiterin wird dekontaminiert.

7. Oktober 2001: Wie in allen anderen Fällen wurden auch in diesem keine Milzbranderreger nachgewiesen. Die Poststelle konnte wieder geöffnet und der Brief für weitere Ermittlungen freigegeben werden.

Bilanz: Bis Ende des Jahres 2001 werden dem Kompetenzzentrum 253 Funde weißen Pulvers gemeldet, davon 150 in Frankfurt. Bei 77 Einsätzen war ein Arzt des Kompetenzzentrums vor Ort, in 46 Fällen wurden Proben auf Milzbrand untersucht. Danach gibt es nur noch sporadische Fälle im Zusammenhang mit Postsendungen. Die erhebliche Verunsicherung der Bevölkerung durch Nachahmer der echten Anthraxbedrohung in den USA klingt in den ersten Monaten des Jahres 2002 allmählich ab.

Aufgaben und Aufbau des Kompetenzzentrums

Das Hessische Kompetenzzentrum für hochkontagiöse, lebensbedrohliche Erkrankungen (HKLE) ist ein Netzwerk bestehend aus verschiedenen Institutionen mit einem

Bereitschaftsdienst über 24 Stunden/365 Tage im Jahr.

Zu den Aufgaben des Kompetenzzentrums gehören die Beratung zur frühzeitigen Identifizierung und Isolierung von Erkrankten und die Quarantäne von Kontaktpersonen zum Schutz der Bevölkerung. Dadurch wird verhindert, dass sich hochkontagiöse, lebensbedrohliche Erkrankungen ausbreiten können. Weitaus häufiger gilt es, im Verdachtsfall schnell und sicher eine dieser hochkontagiösen Erkrankungen auszuschließen, um für die Patienten aufwändige, für das medizinische Personal und die Kontaktpersonen beunruhigende und für das Gesundheitssystem kostenintensive Maßnahmen zu vermeiden.

Beteiligt sind:

- infektiologisch und tropenmedizinisch geschulte Fachärzte des **Amtes für Gesundheit in Frankfurt am Main** beraten die zuständigen Gesundheitsämter und betroffenen Kliniken und Ärzte und koordinieren im Verdachtsfall den Transport der Patienten in die Sonderisolier-einheit des Universitätsklinikums Frankfurt am Main
- infektiologisch und intensivmedizinisch erfahrene Teams des **Universitätsklinikums Frankfurt am Main** stellen die medizinische Versorgung und Überwachung auf der Sonderisolierstation sicher
- Rettungskräfte der **Branddirektion Frankfurt am Main** sorgen für den Patienten-transport in einem speziell dafür angeschafften Infektionstransportfahrzeug
- Virologen und Bakteriologen der **BSL3 und BSL4 Hochsicherheitslabors** der Universitäten Frankfurt am Main und Marburg stehen jederzeit für eine sofortige Labordiagnostik zur Verfügung.

Eingebunden ist darüber hinaus als oberste Landesgesundheitsbehörde das **Hessische Sozialministerium**, dem u.a. die län-



Abb.3: Medizinische Versorgung eines HKLE-Patienten auf der Sonderisolierstation

Tabelle 1: Einsätze von 2001-2010 aufgeteilt nach Einsatzart und Einsatzgrund (VHF: viral-hämorrhagische Fieber; EID: „Emerging Infectious Diseases“; HKLE: andere hochkontagiöse, lebensbedrohliche Erkrankungen)

Einsatzart	Einsatzgrund				Gesamt
	Bioterrorismus	VHF	EID	HKLE	
Telefonische Beratung	141	27	309	84	561
Einsatz	186	16	37	26	265
Vortrag	19	6	8	33	66
Übung	–	3	–	10	13
Konferenz	24	10	27	55	106
Gesamt	370	62	381	208	1.021

derübergreifende Koordination obliegt und das nach § 12 Infektionsschutzgesetz bei allen hochinfektiösen lebensbedrohlichen Erkrankungen unverzüglich zu informieren ist. Für Fälle aus Rheinland-Pfalz wird diese Funktion seit 2005 entsprechend vom **Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie Rheinland Pfalz** ausgeübt.

Bilanz aus zehn Jahren

Seit 2002 ist das Kompetenzzentrum für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen in Hessen nach Fertigstellung der Sonderisoliereinheit im Behandlungszentrum am Universitätsklinikum in Frankfurt am Main voll funktionsfähig. Grundlage für die Einrichtung der Kompetenzzentren war die 1999 und 2000 im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Ausarbeitungen der AG Seuchenschutz des Bundesinnenministeriums unter Leitung des Robert Koch-Institutes [5,6] zum Management von lebensbedrohlichen importierten Infektionskrankheiten. Im Sommer 2001 wurde dann unter der Leitung des Hessischen Sozialministeriums ein umfassendes Konzept für Hessen veröffentlicht [7] und in Frankfurt umgesetzt [8].

Im Jahr 2003 wurde in Frankfurt am Main die „Ständige Arbeitsgemeinschaft der

Kompetenz- und Behandlungszentren (STAKOB)“ gegründet, um die Kompetenz- und Behandlungszentren sowie die Hochsicherheitslabore in Deutschland besser zu vernetzen [9].

Das Kompetenzzentrum berät über einen ständig erreichbaren Bereitschaftsdienst bei Verdacht auf Erkrankungen an hochkontagiösen Erregern oder auf einen bioterroristischen Anschlag und kümmert sich um einen sicheren Transport. Patienten werden, gegebenenfalls auch intensivmedizinisch, unter entsprechenden Schutzvorkehrungen in einer Sonderisoliereinheit des Universitätsklinikums Frankfurt am

Main versorgt und Maßnahmen zur Verhinderung der Weiterverbreitung in der Bevölkerung ergriffen.

Neben den fallbezogenen Einsätzen und Beratungen beobachtet das Kompetenzzentrum die globale Gefahrenlage, bereitet Mitarbeiter von Gesundheitsbehörden, Rettungsdiensten und Krankenhäusern auf den Umgang mit gefährlichen Infektionserkrankungen vor und probt durch Übungen den Ernstfall.

Das Auftreten von SARS, der Influenzapandemie, der vermeintlichen Milzbrandbriefe oder auch die importierten Fälle von viral-hämorrhagischem Fieber haben gezeigt, dass auch heute mit verschiedenen Arten der Bedrohung durch Infektionskrankheiten gerechnet werden muss. Durch die enge Zusammenarbeit von Öffentlichem Gesundheitsdienst, Labor, Klinik und Feuerwehr im Kompetenzzentrum für hochkontagiöse, lebensbedrohliche Erkrankungen konnten die Patienten schnell und professionell behandelt und eine Weiterverbreitung verhindert werden. In vielen Fällen konnte allein durch eine Beratung frühzeitig der Verdacht auf eine hochkontagiöse Erkrankung ausgeräumt werden. Dadurch

erübrigten sich aufwändige und kostenintensive Maßnahmen.

Das Kompetenzzentrum für Hessen und Rheinland-Pfalz hat national wie international Ansehen erworben; es ist an verschiedenen europäischen Ausbildungs- und Forschungsprojekten beteiligt: „European Training in Infectious Disease Emergencies (ETIDE)“ und „Biological Event Preparedness Evaluation (BEPE)“. Ziel dieser Projekte ist es, medizinisches Personal für biologische Gefahrenlagen bestmöglich zu trainieren und Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, ihre Vorbereitung zu überprüfen. Dazu dient auch die Entwicklung von Trainings- und Schulungsprogrammen, die am Kompetenzzentrum durchgeführt werden.

Das Kompetenzzentrum ist ständig erreichbar über den Bereitschaftsdienst des

örtlichen Gesundheitsamtes oder die örtliche Krankentransportleitstelle.

Korrespondenzadresse

Dr. Dr. Oswald Bellinger

Amt für Gesundheit

Abteilung Infektiologie

Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt am Main

Tel.: 069 212-34300

Fax: 069 212-45073

E-Mail: oswald.bellinger@stadt-frankfurt.de

www.gesundheitsamt.stadt-frankfurt.de

Literatur

- [1] Lipsitch M, Cohen T, Cooper B, Robins JM, Ma S, James L, Gopalakrishna G, Chew SK, Tan CC, Samore MH, Fisman D, Murray M: Transmission dynamics and control of severe acute respiratory syndrome. *Science* 2003, 300: 1966-1970.
- [2] Paweska JT, Sewlall NH, Ksiazek TG, Blumberg LH, Hale MJ, Lipkin WI, Weyer J, Nichol ST, Rollin PE, McMullan LK, Paddock CD, Briese T, Mnyaluza J, Dinh TH, Mukonka V, Ching P, Duse A, Richards G, De Jong G, Cohen C,

Ikalafeng B, Mugeru C, Asomugha C, Malotle MM, Nteo DM, Misiani E, Swanepoel R, Zaki SR. Nosocomial outbreak of Novel Arenavirus Infection, Southern Africa, *Emerging Infectious Diseases* 2009, 15(10): 1598-1602

[3] WHO-Report, 21. April 2004 www.who.int

[4] SARS commission Canada, executive report, Dec. 2006

[5] R. Fock, A. Wirtz, M. Peters, E.-J. Finke und U. Koch, et al.: Management und Kontrolle lebensbedrohender hochkontagiöser Infektionskrankheiten. *Bundesgesundheitsblatt* 1999, 42(5): 389-401

[6] R. Fock, U. Koch, E.-J. Finke, M. Niedrig, A. Wirtz, M. Peters, D. Scholz, G. Fell, H. Bußmann, H. Bergmann, T. Grünewald, K. Flei importierten Infektionskrankheiten. *Bundesgesundheitsblatt* 2000, 43(11): 891-899

[7] *Staatsanzeiger für das Land Hessen*; 4. Juni 2001

[8] R. Gottschalk, S. Stark, O. Bellinger, HR. Brodt, G. Just, B. Helm, A. Wirtz: Kompetenzzentrum für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen. *Hessisches Ärzteblatt* 2002 (5) 307-310

[9] R. Gottschalk, T. Grünewald und W. Biederbick: Aufgaben und Funktion der Ständigen Arbeitsgemeinschaft der Kompetenz- und Behandlungszentren für hochkontagiöse, lebensbedrohliche Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt* 2009, 52(2): 214-218

Aufruf zur Mitarbeit an experimentellem Online-Projekt zum Thema „Leben und Tod“

Ärzte und Pflegekräfte stehen in besonderem Maße im Spannungsfeld von „Leben und Tod“. Ihre Arbeit orientiert sich indes längst nicht mehr nur an dem traditionellen medizinischen Ziel der Lebensrettung und Lebensverlängerung. Gerade in der Palliativmedizin und der Altenpflege geht es auch um Fragen der Lebensqualität, um psychische, soziale und nicht zuletzt spirituelle Probleme. Im sterbenden Patienten begegnet Medizinern und Pflegekräften der Mensch an der Schnittstelle zwischen Leben und Tod.

Umgekehrt haben die technischen Entwicklungen auch zu erweiterten Möglichkeiten in der Reproduktionsmedizin geführt, und im plastisch-chirurgischen Bereich werden zunehmend medizinische Angebote entwickelt, mit denen Alterungsprozesse aufgehalten werden sollen.

Obwohl wir unseren professionellen Umgang mit Leben und Tod immer weiter ausdifferenzieren, scheint das Thema auf der anderen Seite aus dem realen Alltag der Bevölkerung zunehmend zu verschwinden. Sterben, Pflegen, Verabschieden, aber auch Geboren werden findet immer häufiger im institutionellen Rahmen statt. Wie erleben wir in Anbetracht dieser gravierenden Veränderungen „Leben“, „Sterben“ und „Tod“? Welche inneren Bilder, welche Vorstellungen, welche Gedanken und Gefühle lösen diese Begriffe heute in uns aus? Wie reden wir über Leben und Tod? Und kann man all diese Assoziationen visualisieren?

Im Rahmen eines Schwerpunktheftes zum Thema „Leben und Tod“ plant die Fachzeitschrift IZPP daher ein überregionales experimentelles Pro-

jekt, an dem sich Menschen aus unterschiedlichsten Lebenswelten beteiligen sollen. Gerade Beiträge von Menschen, in deren (beruflichem) Alltag die Konfrontation mit diesen Fragen von Bedeutung ist – also Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte – sollten in einer solchen Collage nicht fehlen.

Daher rufen die Herausgeber hiermit auch explizit diese Berufsgruppen auf, sich mit Kurztexten, Zeichnungen und/oder Bildern zum Thema am Projekt zu beteiligen. Nach Sichtung der eingegangenen Beiträge durch eine interdisziplinäre Jury erfolgt die Auswahl von ca. 100 Beiträgen, welche zu einer Collage montiert und als assoziative Gemeinschaftsarbeit auf der Homepage der IZPP (www.izpp.de) sowie als Plakat in limitierter Auflage veröffentlicht werden sollen.

Stichtag für die Einsendung ist der 30. April 2012, die Online-Veröffentlichung der Montage ist für den 15. Juni 2012 vorgesehen, die Drucklegung als DIN-A-0-Plakat erfolgt im unmittelbaren Anschluss daran. Die ausgewählten Beiträge sollen auf DIN-A-5-Format lesbar oder erkennbar sein, damit Ihr Inhalt auch im Falle der Montage sichtbar bleibt.

Bitte senden Sie Ihren Beitrag und Fragen zum Projekt unter izpp-projekte@web.de an die Jury oder per Fax an 06124 509716 z.Hd. Dr. Eirund. Weitere Informationen sowie Teilnahmebedingungen finden Sie unter www.izpp.de

Hessische Hygieneverordnung

Klaus Jahn, Angela Wirtz

In Deutschland treten jährlich ca. 400.000 bis 600.000 nosokomiale Infektionen auf¹. Viele der erworbenen Infektionen werden inzwischen durch multiresistente Erreger (MRE) verursacht. Die Zunahme antimikrobieller Resistenzen stellt dabei die Medizin vor immer größere therapeutische Herausforderungen, da Erreger immer schwieriger oder gar nicht mehr zu therapieren sind. Somit führt die Zunahme antimikrobieller Resistenzen zu verlängerter Behandlungsdauer, erhöhter Letalität und höheren Behandlungskosten. Daher müssen dringend Strategien entwickelt und umgesetzt werden, um diese Entwicklung, die sich hauptsächlich auf den unkontrollierten Einsatz von Antibiotika in aller Welt zurückführen lässt, einzudämmen. Außerdem sind Maßnahmen erforderlich, um das Auftreten von nosokomialen Infektionen in medizinischen Einrichtungen auf das unvermeidbare Minimum zu reduzieren.

Es wird geschätzt, dass etwa ein Drittel der nosokomialen Infektionen vermeidbar ist, wenn das Hygienemanagement, insbesondere im Zuge der Durchführung von invasiven Maßnahmen, optimal durchgeführt wird und schon präventiv, z.B. durch Isolierung von Patienten, die Verbreitung einer Infektion verhindert werden kann².

Um diesen Problemen zu begegnen, wurde das Bundes-Infektionsschutzgesetz (IfSG)³ am 28. Juli 2011 geändert. Zur Bekämpfung der Antibiotikaresistenz wurde eine neue Kommission am Robert Koch-Institut gesetzlich verankert, die sich mit Antiin-

ferktiva, Resistenz und Therapie (ART) beschäftigen und Empfehlungen geben soll. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser und Einrichtungen für ambulantes Operieren verpflichtet, auch den Antibiotikaverbrauch zu erfassen und innerhalb der Einrichtung die Behandlung von infizierten Menschen durch mehr klinisch-mikrobiologische Beratung zu verbessern. Um die Strukturen in relevanten medizinischen Einrichtungen letztlich für die Leistungserbringer vergleichbar und verbindlich zu gestalten, wurden die Landesregierungen aufgefordert bis 31. März 2012 entsprechende Regelungen zu treffen (§ 23 Abs. 8 IfSG). Die Hessische Hygieneverordnung (HHyGVO) ist am 1. Dezember 2011 in Kraft getreten. Der Verordnungstext einschließlich der Begründung ist auf der Webseite des Hessischen Sozialministeriums abrufbar. Die wesentlichen Inhalte der Verordnung werden im Folgenden dargelegt.

Geltungsbereich

Die HHyGVO gilt außer für Krankenhäuser im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 Hessisches Krankenhausgesetz und Privatkrankenanstalten, die eine Konzession nach § 30 Abs. 1 Satz 1 der Gewerbeordnung haben, auch für Einrichtungen für ambulantes Operieren entsprechend § 115 b Soziales Gesetzbuch V (SGB V), Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung nach § 40 Abs. 2 SGB V oder § 15 Abs. 2 SGB VI erfolgt, Dialyseinrichtungen, Tageskliniken sowie in eingeschränktem Umfang auch für Arztpraxen und Zahnarztpraxen, in denen invasive Eingriffe durchgeführt werden.

Generell gilt, dass die Einrichtungen verpflichtet sind, die dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden, allgemein anerkannten Regeln der Hygiene zu beachten, die sich insbesondere aus den jeweils gültigen veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der neu zu gründenden Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) am Robert Koch-Institut (RKI) ergeben.

Sektorenübergreifende Information

Bei der Überweisung, Verlegung oder Entlassung von Patienten aus den genannten Einrichtungen ist die jeweils aufnehmende Einrichtung oder der niedergelassene Arzt über die patientenspezifischen Befunde und Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind, zu informieren. Bei Nichtbeachtung kann ein Bußgeld verhängt werden.

Hygienekommission

Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen müssen eine Hygienekommission bilden. Der Hygienekommission gehören die ärztliche Leitung, die Leitung des Wirtschafts- und Verwaltungsbereichs, die Leitung des Pflegedienstes, der Krankenhaushygieniker, der Hygienebeauftragte und ein Vertreter der Hygienefachkräfte, die technische Leitung und die Leitung des hauswirtschaftlichen Bereiches an. Es ist zu empfehlen – sofern möglich – weitere Experten hinzuziehen, insbeson-

¹ P. Gastmeier, C. Geffers: Nosokomiale Infektionen in Deutschland: Wie viele gibt es wirklich? Eine Schätzung für das Jahr 2006. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift. Bd. 133, Nr. 21, 2008, ISSN 0012-0472, doi:10.1055/s-2008-1077224, S. 1111–1115 (Online-Zusammenfassung)

² C. Geffers and P. Gastmeier: Häufigkeit und Vermeidbarkeit nosokomialer Infektionen – Eine Hochrechnung für Deutschland, Krankenhaus-Hygiene + Infektionsverhütung, Volume 32, Issue 5, October 2010, Pages 140-143

³ Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom 20. Juli 2000 (Bundesgesetzblatt (BGBl). I S. 1045), zuletzt geändert am 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622), <http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/BjNR104510000.html>

dere einen Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder einen Apotheker. Vorsitz und Geschäftsführung obliegen der ärztlichen Leitung. Die Kommission tagt anlassbezogen, mindestens aber halbjährlich. Ihre Aufgabe ist es, die Leitung der Einrichtung in allen krankenhaushygienischen Angelegenheiten zu beraten und zu unterstützen. Das betrifft sowohl bauliche Maßnahmen, als auch Änderungen an technischen Anlagen, organisatorische Fragen, Materialverwendung und die Information des Personals soweit die Vorgänge hygiene relevant sind. Hier müssen die Vorkehrungen getroffen werden, um im Falle eines Ausbruchs einer nosokomialen Erkrankung die richtigen Maßnahmen zu ergreifen und die Öffentlichkeit zu informieren.

Hygienepläne

Die Leitung der jeweiligen Einrichtung legt die innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen fest. In den Hygieneplänen sind infektionserkennende, -verhütende und -bekämpfende Maßnahmen und Instandhaltungsmaßnahmen für Geräte, Anlagen und Instrumentarien darzulegen. Die Hygienepläne müssen auf die jeweilige Einrichtung und ihre Funktionsbereiche abgestimmte Abläufe beinhalten. Sie sind anlassbezogen, mindestens jährlich, zu überprüfen und gegebenenfalls zu überarbeiten. In ihrem jeweiligen Tätigkeitsbereich sind alle Beschäftigten zur Einhaltung der Hygienepläne in geeigneter Weise zu verpflichten.

Hygienefachpersonal

Das Hygienefachpersonal besteht aus dem Krankenhaushygieniker und den Hygienefachkräften sowie aus den Hygienebeauf-

tragten, die als Bindeglieder zum klinischen Bereich fungieren⁴.

Krankenhaushygieniker

Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit einer Anzahl von 400 oder mehr aufgestellten Betten müssen mindestens einen Krankenhaushygieniker in Vollzeit beschäftigen. Haben diese Einrichtungen weniger als 400 aufgestellten Betten, müssen sie den Krankenhaushygieniker entsprechend anteilig beschäftigen oder beauftragen. Krankenhäuser, in denen ausschließlich Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Krankheiten behandelt werden sowie die übrigen genannten medizinischen Einrichtungen müssen sich mindestens halbjährlich durch einen Krankenhaushygieniker in einem Umfang von mindestens acht Stunden begeben und beraten lassen.

Krankenhaushygieniker müssen über eine Qualifikation als Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder über den Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit dem Zertifikat „Krankenhaushygiene“ des Berufsverbands der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie (BÄMI) verfügen. Darüber hinaus können auch Ärzte Krankenhaushygieniker sein, die berechtigt sind, die Zusatzbezeichnung „Krankenhaushygiene“ nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen zu führen, wenn sie mindestens neun Monate in Vollzeit unter Anleitung eines Krankenhaushygienikers tätig waren.

Krankenhaushygieniker beraten die Leitung und das medizinische Personal in allen Angelegenheiten der Hygiene, zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und zur Bedeutung

von Krankheitserregern mit Resistenzen sowie zu der unter diesem Aspekt geeigneten antibiotischen Behandlung. Krankenhaushygieniker sind hinsichtlich ihrer Tätigkeit unmittelbar gegenüber der Leitung der Einrichtung verantwortlich.

Hygienefachkräfte (Pflegerkräfte, Ingenieure)

Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen müssen je 100 aufgestellten Betten eine Hygienefachkraft mit einer halben Vollzeitstelle beschäftigen. Ab 600 Betten ist unter den Hygienefachkräften mindestens ein Hygieneingenieur in Vollzeit vorzusehen, der für die technischen Bereiche mit Gefahren zur Infektionsverbreitung zuständig sein soll. In Krankenhäusern, in denen ausschließlich Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Krankheiten behandelt werden, ist eine Hygienefachkraft je 500 aufgestellten Betten zu beschäftigen, die im Klinikverbund anteilig beschäftigt sein kann. Als Hygienepflegerkraft kann beschäftigt werden, wer eine Erlaubnis zur Führung der Weiterbildungsbezeichnung als Fachkraft für Krankenhaushygiene oder analoger Bezeichnung aufweist, als Hygieneingenieur, wer ein Studium der Fachrichtung Hygiene/Krankenhaustechnik oder ein Studium mit vergleichbaren Inhalten erfolgreich abgeschlossen hat. In Hessen wird das Studium und die berufsbegleitende Ausbildung der Pflegerkräfte demnächst mindestens an der Technischen Hochschule Mittelhessen angeboten. Hygienefachkräfte sind in ihrer Tätigkeit den Krankenhaushygienikern bzw. der Leitung der Einrichtung unterstellt.

Fortsetzung auf Seite 183

⁴ Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen, Bundesgesundheitsbl 2009 52:951–962 DOI 10.1007/s00103-009-0929-y Online publiziert: 20. August 2009

Schnelle Anmeldung zu Veranstaltungen der Akademie jederzeit online möglich!

Lassen Sie sich kostenfrei im Mitglieder Portal der Landesärztekammer registrieren unter <https://portal.laekh.de> oder informieren Sie sich im Veranstaltungskalender der Landesärztekammer unter www.laekh.de/Aerzte/Veranstaltungskalender.

Telefonische Informationen: Frau C. Ittner, Akademie, Fon: 06032 782-223

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

9. Kasseler Gesundheitstage

In Kooperation mit der Akademie der Landesärztekammer Hessen.

Freitag, 09. – Samstag, 10. März 2012

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

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

Information und Anmeldung: Regionalmanagement Nordhessen, Frau M. Willmann, Fon: 0561 970-6216, Fax: 0561 970-6222
E-Mail: willmann@regionnordhessen.de

20. Bad Nauheimer Symposium der Klinischen Hämostaseologie

Multimorbidität und Multimedikation mit Gerinnungshemmern

Eine interaktive interdisziplinäre Veranstaltung mit Falldemonstrationen.

Themen: Pitfalls der Gerinnungsmedikation im klinischen Alltag: Alte und neue Thrombozytenfunktionshemmer und Antikoagulantien: Pro's und Con's; Typische Probleme im Umgang mit Gerinnungshemmern in der hausärztlichen Praxis; Unverträglichkeit von Gerinnungshemmern mit Fallbeispielen; Bridging von Gerinnungshemmern bei operativen Eingriffen / **Problemorientierte Gerinnungsmedikation....** ... bei kardialen Krankheiten; ... bei neurologischen Krankheiten; ... bei angiologischen Krankheiten

Samstag, 10. März 2012, 09:00 s.t. – 15:00 Uhr 7 P

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

Teilnahmebeitrag: € 80 (Akademiemitgl. € 30)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Ittner, Akademie,
Fon: 06032 782-223, Fax: 069 97692-67223,
E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Mykologie-Kurs

Dermatomykologie mit praktischen Übungen. In diesem Kurs werden, neben der aktuellen Übersicht über Krankheitsbilder, Problemefunde und zeitgemäße antimykotische Therapie, insbesondere praktische Übungen der mykologischen Diagnostik angeboten.

Samstag, 10. März 2012, 09:15 – 15:30 Uhr 9 P

Leitung: Prof. Dr. med. P. Mayser, Gießen

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,
Fon: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,
E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

Erfahrungsaustausch und Wiederholungsseminar für Ärzte, die bereits die Berechtigung zur Beratung erworben haben und erneuern wollen.

Samstag, 10. März 2012, 09:00 – 16:00 Uhr 9 P

Teilnahmebeitrag: € 150 (Akademiemitgl. € 135)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,
Fon: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,
E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

10. Internationale Kasseler Fortbildung Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung

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

Freitag, 16. – Samstag, 17. März 2012

Leitung: Dr. med. B. Herrmann, Kassel

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

Information und Anmeldung: DGfPI e.V. Geschäftsstelle, Sternstr. 58, 40479 Düsseldorf, Fon: 0211 497680-0, Fax: 0211 497680-20, E-Mail: Info@dgfpi.de,
Online: www.dgfpi.de, www.kindesmisshandlung.de

Das Gesundheitswesen, Aufgaben der ärztlichen Körperschaften sowie Versicherungen und Versorgung für Ärztinnen /Ärzte in Deutschland

Allen Ärztinnen und Ärzten, die in Deutschland eine ärztliche Tätigkeit neu beginnen, wird eine Teilnahme an dieser Veranstaltung vom Hessischen Sozialministerium, der Hessischen Approbationsbehörde und der LÄKH empfohlen.

Samstag, 21. Apr. 2012, 09:00 – ca. 16:15 Uhr 8 P

Leitung: Dr. med. R. Kaiser, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 90 inkl. Verpflegung und Kursunterlagen

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,
Fon: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,
E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de





Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mittwoch, 14. März 2012, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden
Teilnahmebeitrag: € 110 (Akademiemitgl. € 99)
max. Teilnehmerzahl: 25
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau B. Sebastian, BZÄK Wiesbaden, Fon: 0611 977-4812, Fax: -4841, E-Mail: barbara.sebastian@laekh.de
Weitere Termine 2012: 23. Mai, 29. Aug., 31. Okt., 28. Nov., 12. Dez.

3. Neuroethik-Seminar

In Kooperation der Klinik für Neurologie der Dr. Horst Schmidt Klinik.
Mittwoch, 21. März 2012, 17:00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. G. F. Hamann, Wiesbaden
Teilnahmebeitrag: kostenfrei
Tagungsort: Wiesbaden, Dr. Horst Schmidt Klinik
Auskunft und Anmeldung: Frau Hannelore Noll, Fon: 0611 432-376, Fax: 0611 432-732, E-Mail: hannelore.noll@hsk-wiesbaden.de

Repetitorium Innere Medizin 2012

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.
Montag, 23. – Samstag, 28. Apr. 2012 **insg. 51 P**

Montag: **Gastroenterologie**
 Prof. Dr. med. K. Haag / Prof. Dr. med. F. Hartmann
Kardiologie
 Dr. med. R. Brandt / Prof. Dr. med. C. Hamm

Dienstag: **Kardiologie**
 Dr. med. R. Brandt / Prof. Dr. med. C. Hamm
Pneumologie
 Prof. Dr. med. C. Vogelmeier

Mittwoch: **Angiologie**
 Dr. med. F. Präve
Nephrologie
 PD Dr. med. H.-W. Birk / Prof. Dr. med. W. Faßbinder

Donnerstag: **Internist. Hämatologie / Onkologie**
 Prof. Dr. med. L. Bergmann / Prof. Dr. med. A. Neubauer
Internistische Intensivmedizin
 Prof. Dr. med. H.-D. Walmrath

Freitag: **Endokrinologie / Diabetologie**
 Dr. med. C. Jausch-Hancke / Prof. Dr. med. Dr. phil. P. H. Kann
Rheumatologie
 Prof. Dr. med. U. Lange

Samstag: **Fallseminar**
 Dr. med. R. Brandt / Prof. Dr. med. W. Faßbinder
 Prof. Dr. med. F. Hartmann / Prof. Dr. med. U. Lange

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda
Teilnahmebeitrag insg.: € 495 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 445)
Einzelbuchung pro Tag: € 150 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie, Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

26. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Klinikums der J. W. Goethe-Universität.
Montag, 26. – Freitag, 30. März 2012 **55 P**
Leitung: PD Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt a. M.
 PD Dr. med. S. Fichtlscherer, Frankfurt a. M.
 Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 550 (Akademiemitgl. € 495)
Tagungsort: Frankfurt a. M., Universitätsklinikum Seminarraum Zi. 330, Haus 11, 3. Stock
Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie, Fon: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202, E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Medizin in der Literatur

B. Pasternak „Dr. Schiwago“
Mittwoch, 28. März 2012
Leitung: Prof. Dr. med. D. von Engelhardt, Lübeck
Teilnahmebeitrag: € 30
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie, Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Strukturierte fachspezifische Fortbildung Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrische Endokrinologie
Samstag, 28. Apr. 2012, 09:00 – 13:00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. K. O. Schwab, Freiburg
Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie, Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Fachgebiet Arbeitsmedizin

In Kooperation mit dem Präventionsdienst Würzburg der BGW, der Hess. Arbeitsschutzverwaltung, dem LV Hessen des Verbandes Deutscher Betriebs- u. Werksärzte.
Neues aus der Arbeitsmedizin
Mittwoch, 13. Juni 2012, 14:00 – 19:00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth, Bad Nauheim
 Dipl.-Ing. S. Stabel, Würzburg
Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie, Fon: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283, E-Mail: luise.stieler@laekh.de





EKG – Kurs mit praktischen Übungen

Freitag, 27. – Samstag, 28. Apr. 2012 **22 P**
Leitung: PD Dr. med. G. Trieb, Darmstadt
Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
 Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,
 E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

5. Frankfurter Tag der Allgemeinmedizin

In Kooperation mit dem Institut für Allgemeinmedizin des Klinikums der JWG-Universität, der Carl-Oelemann-Schule, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V., der Frankfurter Medizinischen Gesellschaft, dem Hausärzterverband Hessen.
Samstag, 21. Apr. 2012, 09:00 – 16:15 Uhr
Tagungsort: Frankfurt a. M., Klinikum der JWG-Universität, Theodor-Stern-Kai 7, Institut für Allgemeinmedizin, Haus 10, Hörsaalbereich Haus 22 sowie weitere Räume im Klinikum
Information und Organisation: Frau B. Kemperdick,
 E-Mail: kemperdick@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de
Anmeldeschluss: voraussichtl. Mitte März 2012 (s. a. unter: www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/tda/tda12.html)

Kompaktkurs Zweite Leichenschau

(gemäß dem Friedhofs- und Bestattungsgesetz)

Der Kurs gliedert sich wie folgt: Theorie (6,5 Stunden); Praktische Schulung (50 Stunden im Krematorium mit Untersuchung von mindestens 100 Leichen); Abschlussprüfung (1,5 Stunden)
Beginn: Samstag, 02. Juni 2012
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.
 Dr. med. M. Schimmelpfennig, Kassel
Teilnahmebeitrag: insg. € 655 (davon Theorie € 200, prakt. Schulung € 400, Prüfung € 55), (Akademiemitgl. insg. € 635)
Teilnehmerzahl: max. 15
Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,
 Fon: 06032 782-208, Fax: 069 97672-67208
 E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Repetitorium Allgemeinmedizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.
Samstag, 16. – Sonntag, 17. Juni 2012 **16 P**
Leitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 260 (Akademiemitgl. € 234)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
 Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
 E-Mail: renate.hessler@laekh.de

II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

In Kooperation mit der Deutschen Ärztesgesellschaft für Akupunktur e.V./DÄGfa gemäß Curriculum der BÄK.

I. Teil Theorie (120 Std.)

Freitag, 23. März – Sonntag, 25. März 2012	G1-G3
Freitag, 20. Apr. – Sonntag, 22. Apr. 2012	G4-G6
Freitag, 17. Aug. – Sonntag, 19. Aug. 2012	G7-G9
Freitag, 31. Aug. – Sonntag, 02. Sep. 2012	G10-G12
Freitag, 05. Okt. – Sonntag, 07. Okt. 2012	G13-G15

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Samstag, 18. Aug. – Sonntag, 19. Aug. 2012
Sonntag, 11. Nov. 2012

Prüfungsvorbereitungskurse für die Prüfung vor der Ärztekammer

Samstag, 21. Apr. 2012
Samstag, 10. Nov. 2012
Leitung: Dr. med. W. Marić-Oehler, Bad Homburg
Teilnahmebeitrag: auf Anfrage
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
 Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de
oder Frau A. Bauß, Deutsche Ärztesgesellschaft für Akupunktur e.V.
 Fon: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: bauss@daegfa.de

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.
 Modul I: **Freitag, 30. – Samstag, 31. März 2012** **12 P**
 Modul II: **Freitag, 11. – Samstag, 12. Mai 2012** **12 P**
 Modul III: **Freitag, 06. – Samstag, 07. Juli 2012** **16 P**
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: Modul I/II je € 174 (Akademiemitgl. € 157)
 Modul III € 232 (Akademiemitgl. € 208)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
 Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
 E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

„Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge“ ist im B1-Kurs als Blended-Learning-Veranstaltung integriert und „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen (G35)“ B2-Kurs.
C1 Samstag, 14. Apr. – Samstag, 21. Apr. 2012 **60 P**
A2 Samstag, 15. Sep. – Samstag, 22. Sep. 2012 **60 P**
B2 Samstag, 27. Okt. – Samstag, 03. Nov. 2012 **60 P**
C2 Samstag, 01. Dez. – Samstag, 08. Dez. 2012 **60 P**
Leitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz
Teilnahmebeitrag pro Kursteil: € 490 (Akademiemitgl. € 441)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
 Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
 E-Mail: renate.hessler@laekh.de





Aktuelle Diabetologie

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

Mittwoch, 28. März 2012, 15:30 – 20:00 Uhr **6 P**

Teil 3: Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie

Leitung: Dr. oec. troph. H. Raab, Frankfurt a. M.

Teil 4: Insulintherapie für die Praxis

Leitung: Dr. med. H.-J. Arndt, Bad Salzhausen

Teilnahmebeitrag: € 30 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Termine 2012:

Mittwoch, 20. Juni Teile 5 / 6, **Mittwoch, 26. Sep.** Teile 1 / 2,

Mittwoch, 28. Nov. Teile 3 / 4

Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

Donnerstag/Freitag, 24./25. Mai 2012 **insg. 40 P**

Tagungsort: Rauschholzhausen, Schloß Rauschholzhausen Ferdinand-von-Stumm-Str., Ebsdorfergrund-Rauschholzhausen Kriseninterventionsseminar (8 Std.)

Mittwoch, 13. Juni und Mittwoch 15. Aug. 2012

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Leitung: Dr. med. W. O. Bechstein, Ffm., Dr. med. U. Samuel, Mainz

Teilnahmebeitrag: € 360 (Akademiemitgl. € 324)

excl. Getränke am Abend im Schloß Rauschholzhausen

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

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Kurs A **01./02. Juni 2012** **20 Std.** **20 P**

Psychosomatische Grundversorgung –

Theorie: Kenntnisse in psychosomatischer Krankheitslehre, Anamnese, Befunderhebung, Diagnose und Klassifizierung, Abgrenzung psychischer Störungen von Neurosen und Psychosen, psychische Störungen

Leitung: Dr. med. Wolfgang Hönnmann, Frankfurt a. M.

Kurs B **21./22. Sep. 2012** **20 Std.** **20 P**

Psychosomatische Grundversorgung –

Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken: verbaler Inhalt und Körpersprache des Patienten/des Arztes, klientenzentriertes Gespräch, Techniken: Konfrontation, Interpretation, paradoxe Reaktion, Wahrnehmung des latenten Konfliktes

Leitung: Dr. med. Wolfgang Hönnmann, Frankfurt a. M.

Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 16 Kurs A wird anerkannt / Block 17 Kurs B wird anerkannt

Teilnahmebeitrag: 10 Std. € 150 (Akademiemitgl. € 135),

20 Std. € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD

Freitag, 02. – Sonntag, 04. März 2012 **29 P**

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

Teilnahmebeitrag: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Seminar Leitender Notarzt **40 P**

Samstag, 21. – Dienstag, 24. April 2012

Leitung: D. Kann, N. Schmitz, Kassel

Teilnahmebeitrag: € 740 (Akademiemitgl. € 666)

Tagungsort: Kassel

WH-Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 10. Nov. 2012

Leitung: D. Kann, N. Schmitz, Kassel

Teilnahmebeitrag: € 240

Tagungsort: Kassel

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“

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, 02. – Samstag, 10. März 2012

Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg

Tagungsort: Marburg, Universitätsklinikum Gießen/Marburg, Hörsaalgebäude 3, Conradstr.

Teilnahmebeitrag: € 630 (Akademiemitgl. € 575) incl. Verpflegung

Auskunft und Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen,

Bildungszentrum, Postfach 1720, 35007 Marburg,

Fon: 06421 950-220, Fax: -225, E-Mail: info@bzmh.de

Didaktik

Moderatorentaining

20 P

Freitag, 16. – Samstag, 17. März 2012

Leitung: Prof. Dr. rer. nat. H. Haid, Konstanz

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Teilnahmebeitrag: € 360 (Akademiemitgl. € 324)

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

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Palliativmedizin

Aufbaukurs Modul I: Dienstag, 20. – Samstag, 24. März 2012

Aufbaukurs Modul II: Mittwoch, 27. Juni – Sonntag, 01. Juli 2012

Fallseminar Modul III: Montag, 19. – Freitag, 23. Nov. 2012

Basiskurs: Dienstag, 04. – Samstag, 08. Dez. 2012

Teilnahmebeiträge:

Basiskurs/Modul I/II je € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Modul III € 700 (Akademiemitgl. € 630)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de





Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

18. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Freitag, 16. – Sonntag, 18. März 2012 20 P
Freitag, 04. – Sonntag, 06. Mai 2012 20 P
Freitag, 22. – Sonntag, 24. Juni 2012 20 P
Freitag, 17. – Sonntag, 19. Aug. 2012 20 P
Freitag, 09. – Sonntag, 11. Nov. 2012 20 P
 Zusatztermin für Teilnehmer, die mind. zum dritten Mal am Curriculum teilnehmen:
Freitag, 05. – Sonntag 07. Okt. 2012 20 P
Leitung: P. Frevert, Frankfurt a. M./Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Teilnahmebeitrag: Block (20h) € 330 (Akademiemitgl. € 297)
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
 Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,
 E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

Dieser Kurs wird gem. Curriculum der BÄK in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen angeboten. Er umfasst insgesamt 200 Fortbildungsstunden und erfüllt die Voraussetzungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gem. Weiterbildungsordnung der LÄKH. Der Kurs besteht aus Präsenzphasen, einer E-Learning-Phase, Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative/Heimarbeit zu bearbeiten ist.

Block II a: Dienstag, 20. – Freitag, 23. März 2012
Block II b: Mittwoch, 02. – Samstag, 05. Mai 2012
Block III a: Mittwoch, 26. – Samstag, 29. Sep. 2012
Block III b: Mittwoch, 28. Nov. – Samstag, 01. Dez. 2012
Leitung: N. Walter / Dr. med. H. Herholz, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: Block I: € 990 (Akademiemitgl. € 891)
 Block II a + b: € 1.500 (Akademiemitgl. € 1.350)
 Block III a + b: € 1.500 (Akademiemitgl. € 1.350)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
 Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter 16 P
Freitag/Samstag, 15./16. Juni 2012
Leitung: Dr. med. M. Weippert-Kretschmer, Rostock
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Donnerstag/Freitag, 08./09. Nov. 2012
Leitung: PD Dr. med. Y. Schmitt, Darmstadt
Tagungsort: Darmstadt, Klinikum Darmstadt, Grafenstr. 9
Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie 40 P
 (in Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz)
Freitag/Samstag, 11./12. Mai 2012 und
Freitag, 15. – Sonntag, 17. Juni 2012
Leitung: Dr. med. M. Weippert-Kretschmer, Rostock
Teilnahmebeitrag: pro Tag € 150 (Akademiemitgl. € 135)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
 Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.
Block A 03./04. März 2012 in Bad Nauheim 20 P
Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel/Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf
Block D 12./13. Mai 2012 in Bad Nauheim 20 P
Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt a. M.
Block C 15./16. Sep. 2012 in Bad Nauheim 20 P
Leitung: Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.
Block B 03./04. Nov. 2012 in Kassel 20 P
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: 069 97672-67227,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Qualifikation zur fachgebundene genetische Beratung im Kontext der vorgeburtlichen Risikoabklärung

Samstag, 17. März 2012 *siehe Seite 197*
Leitung: PD Dr. med. M. Gonser, Wiesbaden
Tagungsort: Wiesbaden, HSK
 Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin
Samstag, 31. März 2012
Leitung: Prof. Dr. med. H.-R. Tinneberg, Gießen
Tagungsort: Gießen, Universitätsklinikum
 Hörsaal der Frauenklinik
Teilnahmebeitrag: € 70 (Akademiemitgl. € 60,
 Ärzte, die nicht in Hessen tätig sind: € 80)
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
 Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Medizinische Rehabilitation

16-Stunden-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V)
Samstag, 31. März 2012 21 P
Leitung: Dr. med. W. Deetjen, Gießen
Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
 Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
 E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

GK I Mittwoch, 18. Apr. – Freitag, 27. Apr. 2012 80 P
GK II Mittwoch, 22. Aug. – Freitag, 31. Aug. 2012 80 P
AK I Mittwoch, 31. Okt. – Freitag, 09. Nov. 2012 80 P
Leitung: Dr. med. R. Diehl, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,
 Fon: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,
 E-Mail: claudia.cordes@laekh.de





Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

Kenntniskurs (Theoretische und Praktische Unterweisung)
Samstag, 11. Aug. 2012

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde gem. RöV

Samstag, 10. März 2012 in Kassel

Samstag, 01. Sep. 2012

Grundkurs

Samstag, 12. – Sonntag, 13. Mai 2012

Spezialkurs Röntgen-Diagnostik

Samstag, 22. – Sonntag, 23. Sep. 2012

Spezialkurse Computertomografie / Interventionsradiologie

Samstag, 29. Sep. 2012

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: melanie.turano@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, 10. und Sonntag, 18. März 2012 (Theorie)

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

Abschlusskurs 29 P

Samstag, 03. Nov. 2012 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Gefäße

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

Aufbaukurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) 25 P

Donnerstag, 14. – Freitag, 15. Juni 2012 (Theorie) **Warteliste!**

Samstag, 16. Juni 2012 (Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 380 (Akademiemitgl. € 342)

Abschlusskurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) 20 P

Freitag, 23. – Samstag, 24. Nov. 2012 (Theorie + Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost,

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

Krankenhaushygiene

Modul II: Montag, 16. – Freitag, 20. April 2012

(weitere Termine in Planung!)

Leitung: Prof. Dr. med. Kempf, Dr. med. C. Brandt, Frankfurt/M.

Teilnahmebeitrag: € 650 (Akademiemitgl. € 585)

Tagungsort: Frankfurt/M., Klinikum der Goethe-Universität

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Prüfarzt in Klinischen Studien

Freitag, 15. – Samstag, 16. Juni 2012 16 P

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

Teilnahmebeitrag: € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Verkehrsmedizinische Qualifikation

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Freitag, 22. Juni – Samstag, 23. Juni 2012 16 P

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

Teilnahmebeitrag: € 250 (Akademiemitgl. € 225)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ als Blended-Learning-Veranstaltung

Einführungsseminar: Freitag, 05. Okt. 2012

Telelernphase: Samstag, 06. Okt. – Freitag, 30. Nov. 2012

Präsenzphase: Samstag, 01. Dez. 2012

– mit abschließender Lernerfolgskontrolle

Leitung: Dr. phil. nat. W. Köhler, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

Fon: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen (G35)

Integriert in den B2-Kurs der arbeitsmedizinischen Weiterbildung
 zum Facharzt für Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin

Freitag, 02. Nov. 2012, 09:00 – 16:30 Uhr insg. 16 P

Samstag, 03. Nov. 2012, 09:00 – 16:15 Uhr

Leitung: Dr. med. U. Klinsing / Dr. med. D. Kobosil, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 280 (Akademiemitgl. € 252)

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Fon: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,

E-Mail: luise.stieler@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 die AGB und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Verbindliche Anmeldung sind auch im Internet unter <https://portal.laekh.de> oder auf der Homepage der Akademie www.akademie-hessen.de schnell und kostenfrei möglich.

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 Medizin ist die Mitgliedschaft kostenfrei. Während der Zeit der Weiterbildung, in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit beträgt der jährliche Beitrag € 50 danach € 100. Weitere Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de





Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Schulungen und Training im Praxisteam – Qualitätsmanagement (PAT 9)

Schulungen, Trainings und Belehrungen sind feste Bestandteile eines QM-Systems in der Arztpraxis und im Krankenhaus. Die Motivierung des Teams zur aktiven Mitarbeit steht im Zentrum der Fortbildung.

Inhalte:

- Rhetorik und Ausdruckspsychologie
- Visualisierungstechniken
- Didaktische Aspekte
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess in der Planung, Durchführung und Kontrolle von Schulungs- und Trainingsmaßnahmen

Termin: Interessentenliste, mittwochs, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Datenschutzbeauftragte/r in ärztlich geleiteten Einrichtungen (PAT 12)

Inhalte: Die 20-stündige Fortbildung richtet sich an Personen nichtärztlicher Fachberufe in ärztlich geleiteten Einrichtungen, die gemäß §4f des Bundesdatenschutzgesetzes die erforderliche Fachkunde zur Übernahme der Aufgaben eines/r Datenschutzbeauftragte/n erwerben möchten. Die Fortbildung wird als Blended-learning-Veranstaltung durchgeführt, d.h. die Teilnehmer/innen lernen vor Ort in der Carl-Oelemann-Schule (=Präsenzveranstaltung) und tutoriell betreut zu Hause am PC-Arbeitsplatz (=Telelernphase).

Termin Präsenzphase:

Samstag, 21.04.2012 und Samstag 12.05.2012

Termin Telelernphase:

22.04.2012 bis 05.05.2012

Teilnahmegebühr: € 255

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

Qualitätsmanagement (FAW 3)

Die 40-stündige Fortbildung führt zum Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten, die zur Übernahme der Aufgaben eines/r Qualitätsmanagementbeauftragten befähigen.

Die Fortbildung wird als Blended-learning-Veranstaltung durchgeführt und wird bei der Aufstiegsfortbildung zur Fachwirtin anerkannt.

Termine Präsenzphase:

30.03.2012 (Schnupperkurs)

31.03.2012 und 03.05. bis Samstag, 05.05.2012

Termine Telelernphase:

Telelernphase 1 bis 4: 01.04.2012 bis 30.04.2012

Telelernphase 5: 06.05.2012 bis 25.05.2012

Teilnahmegebühr: € 480

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

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung (AVÄ 5)

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

Termin: Mittwoch, 30.05.2012, 09:30 – 12:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Hausbesuche und Versorgungsplanung (AVÄ 3)

Inhalte: Rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen von Hausbesuchen, häusliche Rahmenbedingungen einschätzen und

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen, Hausbesuchstasche kontrollieren, Hausbesuchsprotokoll führen, Versorgungs- und sozialrechtliche Anträge begleiten

Termin: Mittwoch, 30.05.2012, 13:30 – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Wundmanagement (AVÄ 4)

Inhalte: Wundarten/-heilung/-verläufe einschätzen, Wundheilungsstörungen und Interventionsmaßnahmen, Wundversorgung, Verbandtechniken, Wundprophylaxe, Wundbehandlung dokumentieren, Hebe- und Lagerungstechniken

Termin: Donnerstag 31.05.2012, 09:30-16:45 Uhr und
Freitag, 01.06.2012, 09:30 – 11:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 150

Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen (AVÄ 1)

Inhalte: altersmedizinische Grundlagen, demenzielles Syndrom, Diabetes und Folgekrankheiten, Krankheiten mit erhöhtem Sturzrisiko, Dekubitus, Schwerstkranke und Palliativpatienten begleiten

Termin: Freitag, 01.06.2012, 11:15 Uhr – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Geriatrisches Basisassessment (AVÄ 2)

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

Termin: Samstag, 02.06.2012, 09:30 – 15:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Die Fortbildungen werden anerkannt bei den Qualifizierungen „Nichtärztliche Praxisassistenz“ und „Ambulante Versorgung älterer Menschen“.

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

Schwerpunkt Medizin

Schmerz (MED 8)

Thema des Kurses ist die Behandlung chronischer Schmerzen zusätzlich zur medikamentösen Behandlung. Es werden Methoden vorgestellt und erlernt, die Medizinische Fachangestellte erlernen und anwenden können, u.a.: Tens, TAPE, Infiltrationstherapien. Weiterhin werden verschiedene Schmerzarten erörtert.

Termin: Interessentenliste

Teilnahmegebühr: € 70

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: Freitag, 30.03.2012 bis Samstag, 31.03.2012 (16 Std.)

Teilnahmegebühr: € 245

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

Impfungen (MED 10)

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

Termin: Mittwoch, 25.04.2012, 09:30 bis 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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





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

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

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

Termin: ab 04.05.2012

Teilnahmebeitrag: € 780 zuzügl. € 55 Prüfungsgebühr

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

Patientenbegleitung und Koordination

Inhalte: Die Unterstützung des Arztes/der Ärztin in der Versorgung chronisch kranker Patienten. Die Fortbildung umfasst 40 Stunden fachtheoretischen Unterricht und beinhaltet eine Lernerfolgskontrolle. Die Fortbildung wird modular durchgeführt und unterteilt sich in die Module „Kommunikation und Gesprächsführung“ (PAT 1), „Wahrnehmung und Motivation“ (PAT 2) sowie die fachspezifischen Inhalte, die im Modul Patientenbegleitung und Koordination vermittelt werden.

Termin PBK 1: Do. 21.06.2012 bis Sa. 23.06.2012

Teilnahmegebühr: € 280

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

Assistenz beim ambulanten Operieren (AOP 80 Stunden)

Die Fortbildung vermittelt nicht nur Handlungskompetenzen in der unmittelbaren Unterstützung und operationstechnischen Assistenz der Ärztin/des Arztes bei der Durchführung ambulanter Eingriffe sondern auch Kenntnisse zu deren vielfältigen Rahmenbedingungen.

Lehrgangsinhalte:

- Medizinische und strukturelle Grundlagen
- Instrumenten- und Materialkunde
- Hygiene
- Instrumentenaufbereitung und Sterilisation
- Perioperative Notfälle
- Umgang mit Patienten und Begleitpersonen
- Verwaltung und Organisation
- Dokumentation, Recht und Arbeitsschutz

Termin: ab Mittwoch, 18.04.2012

Teilnahmegebühr: € 1.010 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Klinikassistenz (120 Stunden)

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

Termin: Interessentenliste

Teilnahmegebühr: € 1.180 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

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; Praxismanagement/Terminverwaltung

Termin: Mittwoch, 28.03.2012 bis Samstag, 31.03.2012

Teilnahmebeitrag: € 350

Auge-Optik und Lungenfunktion (BET 2)

Inhalte: Unter Beachtung der „Bildschirmarbeitsplatzverordnung“ und ergänzenden berufsgenossenschaftlichen Regelungen werden in der Fortbildungsveranstaltung theoretische Kenntnisse und praktische Fertigkeiten für die Durchführung der entsprechenden arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen vermittelt. Der Standard der Lungenfunktionsprüfung ist bei vielen BG-Grundsätzen durchzuführen, dieser wird entsprechend der Empfehlung des Ausschusses Arbeitsmedizin im „Leitfaden für die Lungenfunktion“ in praktischen Übungen durchgeführt.

Termin: Freitag, 04.05.2012, 13:30 Uhr bis

Samstag, 05.05.2012, 12:45 Uhr (10 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 150

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

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

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

Termin in Bad Nauheim (SAC 2): Fr. 15.06. bis Sa. 16.06.2012 und Do. 28.06. bis Sa 30.07.2012

Teilnahmegebühr: € 410 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich. Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, 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, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, statt.

Übernachtungsmöglichkeit: Im Gästehaus der LÄKH können wir Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an: Mirjana Redzic, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-140, Fax: 782-250, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de



Fortsetzung von Seite 174

Das Hygienefachpersonal hat das Recht, Unterlagen der jeweiligen Einrichtung einschließlich der Patientenakten, auch in digitaler Form, einzusehen, soweit dies zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderlich ist. Für die Erfüllung der Personvorgaben für Krankenhaushygieniker und Hygienefachkräfte gelten für die Einrichtungen aufgrund des bundesweiten Fachkräftemangels in den nächsten Jahren Übergangsvorschriften. Allerdings müssen die Krankenhäuser sich aktiv an der Ausbildung des Personals beteiligen.

Hygienebeauftragte

Hygienebeauftragte sind im klinischen Bereich tätige Ärzte, die insbesondere die hygienischen Risiken der Diagnostik und Therapie ihres Verantwortungsbereiches kennen und die entsprechenden Hygienemaßnahmen umsetzen und optimieren sollen. Alle genannten medizinischen Einrichtungen müssen mindestens einen Hygienebeauftragten bestellen. In Krankenhäusern müssen hygienebeauftragte Ärzte für jede Abteilung mit speziellem Infektionsrisiko (Intensivstation, Chirurgie etc.) benannt werden. Hygienebeauftragte müssen über den Nachweis einer Facharztqualifikation verfügen, die in Krankenhäusern dem Fachgebiet der jeweiligen Abteilung entsprechen muss. Alle Hygienebeauftragten sind verpflichtet, zu Beginn ihrer Tätigkeit an einem anerkannten Fortbildungskurs im Umfang von mindestens 40 Stunden teilzunehmen. Die Hygienebeauftragten stehen in enger Verbindung mit dem Krankenhaushygieniker und den Hygienefachkräften.

Fortbildung

Alle Einrichtungen haben die erforderliche Fortbildung des in der Einrichtung beschäftigten Hygienefachpersonals sowie des übrigen medizinischen Personals sicherzustellen. Die Beschäftigten sind in dem zur Fortbildung erforderlichen Umfang freizustellen.

Surveillance

Nach § 23 Abs. 4 IfSG haben die Leitungen von Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren die vom RKI festgelegten nosokomialen Infektionen und Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen zu erfassen und zu bewerten⁵. Dies soll in Hessen mindestens für postoperative Wundinfektionen von Indikator-Operation in operativen Abteilungen, beatmungsassoziierte Pneumonien oder/und katheterassoziierte Septikämien auf Intensivstationen und katheterassoziierte Harnwegsinfektionen auf Normalstationen dokumentiert werden. Die Erfassung und Bewertung dieser nosokomialen Infektionen dient vor allem auch der ständigen Kontrolle der hygienischen Handhabung in diesen Bereichen und muss nicht zwingend auf allen Statio-

nen gleichzeitig erfolgen, sondern kann auch gestaffelt ablaufen.

Die Surveillance nosokomialer Infektionen und multiresistenter Erreger muss das verwendete Antibiotikaregime einbeziehen. Der Verbrauch an Antibiotika ist regelmäßig bezogen auf die Zahl der behandelten Patienten je nach klinischer Fachrichtung und Art der Infektionskrankheit zu dokumentieren und zu bewerten.

In Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen soll eine regelmäßige Konferenz über die individuelle Behandlung von Patienten mit schwierig zu therapierenden Infektionskrankheiten stattfinden. Dabei sind klinisch-mikrobiologische und klinisch-pharmazeutische Aspekte zu berücksichtigen.

MRE-Netzwerke

Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen arbeiten im Interesse der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen eng mit allen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen sowie weiteren Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in den

⁵ Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen, Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2000 43:887-890

hessischen MRE-Netzwerken zusammen. Dabei soll zu Zwecken der Selbstverpflichtung (u.a. Screening auf MRE), des Informationsaustausches und des Einzelfallmanagements eine nachhaltige Kooperation erfolgen. Die Bildung und Koordinierung der Netzwerke erfolgt durch die Gesundheitsämter in derzeit vier Bereichen in Hessen⁶.

Die landesweite Koordinierung der MRE-Netzwerke soll das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) übernehmen, welches auch die Überwachungstätigkeit der Gesundheitsämter in allen medizinischen Einrichtungen (HHygVO) sowie sonstigen gewerblichen Einrichtungen (Infektionshygieneverordnung) und Gemeinschaftseinrichtungen unterstützt. Die Ergebnisse der infektionshygienischen Überwachung werden hier dokumentiert, aufbereitet und den Landkreisen und Städten wieder zur Verfügung gestellt. Außerdem werden im HLPUG auch die Meldungen der Krankenhäuser und Einrichtungen für ambulantes Operieren an die Gesundheitsämter über

nosokomiale Ausbrüche (§ 6 Absatz 3 IfSG)⁷ erfasst und bewertet.

Erweiterte Meldepflicht in Hessen

Parallel mit der HHygVO führt das Land Hessen nach § 15 Abs. 3 Satz 1 IfSG eine Meldepflicht für Carbapenem-resistente Erreger ein. Bei einigen gramnegativen Erregern (z.B. Enterobacteriaceae, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii) ist aktuell weltweit eine Zunahme der Resistenz gegen Carbapenem zu verzeichnen⁸. Der Nachweis dieser multiresistenten Erreger, deren Resistenzspektrum die Grenzen der therapeutischen Möglichkeiten erreicht hat, ist als „hygienischer Notfall“ zu werten.

Eine aktive Surveillance von infizierten oder kolonisierten Patienten wird als essentiell für die Kontrolle der Ausbreitung dieser Stämme angesehen. In Deutschland besteht derzeit noch keine Meldepflicht für Carbapenem-resistente Erreger, jedoch bereits in zahlreichen anderen europäischen Staaten. Ausbrüche durch Carbapenem-resistente Erreger können

durch zeitnahe, stringente Hygienemaßnahmen kontrolliert werden.

Schlussbemerkung

In die HHygVO sind die derzeit bekannten und wissenschaftlich empfohlenen Maßnahmen zur Begrenzung der gefährlichen Entwicklung bei den nosokomialen Infektionen und den multiresistenten Keimen aufgenommen. Bei der rasanten Entwicklung in den letzten Jahren muss jedoch zeitnah geprüft werden, ob diese Maßnahmen ausreichend effektiv sind. Der Erfolg dieser Verordnung wird daher in fünf Jahren evaluiert werden. Mit seiner HHygVO geht Hessen bundesweit mit gutem Beispiel voran.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Klaus Jahn
Hessisches Sozialministerium
Referat Infektionsschutz,
Öffentlicher Gesundheitsdienst,
Kindergesundheit, Umwelttoxikologie
Abteilung Gesundheit
Dostojewskistraße 4, 65187 Wiesbaden
E-Mail: Klaus.Jahn@HSM.hessen.de

⁶ MRE Netzwerke in Hessen, Heudorf U, Schimmelpfennig M, Holz-Bremer A, Breitbach B, Hessisches Ärzteblatt 9/2011

⁷ Ausbruchmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen, Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2002 45:180-186

⁸ ECDC Antimicrobial Resistance and Healthcare-Associated Infections Programme. Antimicrobial resistance 2010: global attention on carbapenemase-producing bacteria. Euro Surveill. 2010;15(46):pii=19719. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19719>

Gesundheitspreis 2012 der Stiftung RUFZEICHEN GESUNDHEIT! zum Thema Metabolisches Syndrom ausgeschrieben

Seit sechs Jahren verleiht die Stiftung RUFZEICHEN GESUNDHEIT! den Gesundheitspreis. Der Gesundheitspreis für 2012 ist mit 12.500 Euro dotiert. Der Preis wird jährlich von der Stiftung für herausragende Leistungen im deutschen Gesundheitswesen vergeben, die dem Problemfeld Metabolisches Syndrom gewidmet sind. Dieses gilt als ein entscheidender Risikofaktor für Erkrankungen der Herzkranzgefäße, periphere arterielle Durchblutungsstörungen und Schlaganfall. Es spielt auch für Manifestation und Verlauf des Typ-2-Diabetes eine wichtige Rolle. Die vier Facetten des Syndroms – Übergewicht, Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte und erhöhte Blutzuckerwerte – bezeichnen Mediziner als „tödliches Quartett“.

Bis zum 30. März 2012 können sich für den Gesundheitspreis RUFZEICHEN GESUNDHEIT! Einzelpersonen, Projektgruppen und Institutionen bewerben oder vorgeschlagen werden, die sich im deutschen Gesundheitswesen um die Vorsorge und die Therapie von Krankheiten verdient gemacht haben, bei denen das Metabolische Syndrom eine zentrale Rolle spielt.

Weitere Informationen erhalten Sie unter:
http://www.die-stiftung-rufzeichen-gesundheit.de/gesundheitspreis_bewerbung.html

Hessische Hygieneverordnung und die Zusatzbezeichnung „Krankenhausthygiene“ der Landesärztekammer Hessen

Am 1. Dezember 2011 ist eine für Krankenhäuser und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens geltende „Hessische Hygieneverordnung“ (HHygVO) in Kraft getreten.¹ (Vgl. dazu auch Beitrag Jahn und Wirtz auf Seite 173) Die Landesregierung reagierte damit auf die öffentliche Diskussion über die Gefährdung durch im Krankenhaus erworbene Infektionen und setzte auch neue Vorgaben des Bundesinfektionsschutzgesetzes (IFSG) vom 28. Juli 2011² um. Die Landesärztekammer Hessen begrüßt grundsätzlich die neue Verordnung, die allerdings in einigen wesentlichen Punkten noch weiterer Entwicklung und Verbesserungen bedarf.

Bereits seit Jahren ist bekannt und auch Gegenstand der Diskussion der Kammer mit der Politik, dass in Hessen bei weitem nicht genügend krankenhaushygienisch weitergebildete und qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen. Dies ist nicht zuletzt auf einen Mangel ärztlicher Weiterbildungsstellen an krankenhaushygienisch tätigen Instituten und Abteilungen zurückzuführen. Da kurz- und mittelfristig weder die Finanzierung für die Neuerrichtung und/oder Erweiterung solcher Einrichtungen zur Verfügung stehen wird, noch angesichts des ärztlichen Nachwuchsmangels mit einer ausreichenden Zahl von Interessenten für eine rein krankenhaushygienische Weiterbildung zu rechnen ist, hat die Landesärztekammer Hessen nach anderen Lösungsmöglichkeiten für die möglichst rasche Verbesserung des Infektionsschutzes der Patienten gesucht und als erste Ärztekammer in Deutsch-

land bereits in der Delegiertenversammlung am 27. November 2010 [1] eine Zusatzweiterbildung „Krankenhausthygiene“³ beschlossen.

Diese Zusatzbezeichnung soll vor allem dazu dienen, auch bereits klinisch tätige und erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte [2] berufsbegleitend zur Tätigkeit in der Patientenversorgung zusätzlich krankenhaushygienisch weiterzubilden und so möglichst rasch den dringend benötigten hygienischen Sachverstand wirksam in die medizinische Versorgung einzubringen. (Eine längerfristige völlige Abordnung solcher erfahrener Ärzte zur Weiterbildung an anderer Stelle könnte derzeit in vielen Abteilungen Qualität und Kontinuität der Patientenversorgung beeinträchtigen.) Wir erwarten davon raschere und bessere Ergebnisse für die Patientensicherheit als durch die alleinige Ausweitung externer Beratung und Kontrollen. Die neuen ärztlichen ‚Krankenhausthygieniker‘ sollen aber keineswegs die Beratung durch Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin ersetzen, sondern diese ergänzen sowie die Umsetzung hygienischer Standards im hektischen Routinebetrieb der Krankenhäuser und bereits bei der Planung der gesamten Diagnostik und Therapie verbessern.

Die neue Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene kann von in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung (z.B. Innere Medizin, Chirurgie etc.) bereits weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten auf zwei Wegen erworben werden:

1. Durch 24 Monate Tätigkeit in einer vom einem zur Weiterbildung „Hygiene und Umweltmedizin“ Befugten geleiteten Einrichtung (z.B. Institut für Krankenhaushygiene o.ä.) oder alternativ durch ...
2. 24 Monate ärztliche Tätigkeit von mindestens 1 Tag/Monat unter Supervision eines in „Hygiene und Umweltmedizin“ zur Weiterbildung Befugten + 200 h von der Landesärztekammer anerkannte Kurs-Weiterbildung⁴ einschließlich krankenhaushygienischem Labor.

Die Weiterbildung nach 1. oder 2. wird mit einer Prüfung vor der Landesärztekammer Hessen abgeschlossen.

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer hat am 26. November 2011 einstimmig die hessische Landesregierung u.a. aufgefordert, die neue Hygieneverordnung so zu gestalten, dass krankenhaushygienisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte baldmöglichst in ausreichender Zahl für die Patienten in hessischen Krankenhäusern zur Verfügung stehen können. **„Insbesondere darf diese Verordnung keine zusätzlichen Hürden schaffen, die den Einsatz dieser Ärzte erschweren oder verzögern“** beschlossen die Delegierten. [3]

Leider erfüllt die vorliegende hessische Hygieneverordnung diese Forderung bisher noch nicht und respektiert in einigen Bestimmungen auch nicht die originäre Zuständigkeit und Verantwortung der Landesärztekammer Hessen für die ärzt-

¹ Gesetz- und Verordnungsblatt Hessen I S. 745 – 750 vom 8.12.2011

² Bundesgesetzblatt I S. 1062 vom 28.7.2011

³ Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15.8.2005 - letztmalig geändert am 7.12.2011

⁴ Vgl. einschlägige Angebote der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄKH

liche Weiterbildung. Dies betrifft vor allem **§ 6 „Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker“** der Verordnung. In Abs. 2 Nr. 3 wird als Voraussetzung für die Tätigkeit als Krankenhaushygieniker/in über die Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene gemäß WBO der LÄKH hinaus **zusätzlich eine Tätigkeit „... mindestens neun Monate im Bereich der Krankenhaushygiene praktisch in Vollzeitbeschäftigung ...“** gefordert. Genau die dafür erforderlichen Planstellen in weiterbildungsgerechten Einrichtungen gibt es – wie oben ausgeführt – derzeit nicht in ausreichender Zahl, und nur wenige Krankenhäuser werden willens und in der Lage sein, qualifizierte und erfahrene Fachärzte zusätzlich zur Weiterbildung Krankenhaushygiene noch weitere neun Monate aus der Patientenversorgung herauszunehmen und unter Fortzahlung der Bezüge in andere Einrichtungen zu delegieren. Außerdem ist zu be-

fürchten, dass diese überflüssige ‚Neun-Monats-Hürde‘ sich auch nachteilig auf das Interesse unserer Ärztinnen und Ärzte am Erwerb der Zusatzbezeichnung auswirken wird. Nicht nachzuvollziehen ist für die Landesärztekammer Hessen auch, dass in Abs. 2 Nr. 2 der Verordnung das Zertifikat „Krankenhaushygiene“⁵ des Berufsverbandes der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie ohne ‚Neun-Monats-Hürde‘ faktisch höher bewertet wird als die offizielle Zusatzweiterbildung der zuständigen Landesärztekammer.

Weiteren Überarbeitungsbedarf sehen wir u.a. auch im **„§ 8 „Hygienefachkräfte“**. In Abs. 1 werden aus nicht einsichtigen Gründen „Hygienepflegekraft“ und „Hygieneingenieur“ wechselseitig austauschbar definiert. In Abs. 3 ist die Qualifikation Hygieneingenieur nicht ausreichend prä-

zisiert, und es fehlen klare Anforderungen an die berufliche Praxis nach dem Studium.

Wir konnten unsere Kritik und Bedenken Minister Grüttner persönlich vortragen und werden gerne sein Angebot zum weiteren fachlichen Dialog über die offenen Fragen wahrnehmen.

Literatur

- [1] *Hessen als Vorreiterin: Landesärztekammer führt Zusatz-Weiterbildung Krankenhaushygiene ein.* – Möhrle, K. HÄBl 2/2011, S. 82
- [2] *Übergangsbestimmungen für die Zusatz-Weiterbildung „Krankenhaushygiene“* – Blum, K.-H. HÄBl 3/2011, S. 136
- [3] *„Keine zusätzliche Hürden schaffen“* – Kölsch, K. HÄBl 1/2012, S. 5 – 13

*Dr. med. Roland H. Kaiser
Ärztlicher Geschäftsführer der
Landesärztekammer Hessen*

⁵ Zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Verordnung gab es nach unserer Kenntnis überhaupt kein ernst zu nehmendes geeignetes Kursangebot dieses Verbandes.

3. Sachverständigen-Symposium des Hessischen Landessozialgerichts

Auch in diesem Jahr beabsichtigt das Hessische Landessozialgericht, ein Sachverständigen-Symposium zu veranstalten. Dieses soll am 30. Mai 2012, ab 12:30 Uhr, in den Räumen der Handwerkskammer Frankfurt-Rhein-Main, Hindenburgstraße 1, 64295 Darmstadt, stattfinden. Es soll dem Ziel dienen, den Dialog zwischen Richterschaft und Sachverständigen zu fördern sowie die Qualität der Rechtsprechung der Hessischen Sozialgerichtsbarkeit sicherzustellen.

Vorgesehen ist, im Rahmen einer Diskussionsveranstaltung Qualitätsanforderungen an Beweisfragen einerseits und Gutachten andererseits sowie die Möglichkeiten einer Qualitätsverbesserung herauszuarbeiten. Zu Beginn der Veranstaltung soll dieses Thema jeweils im Rahmen eines Vortrags aus ärztlicher, richterlicher sowie anwaltlicher Sicht beleuchtet werden. Im Anschluss ist dann ein argumentativer Austausch im Plenum vorgesehen.

Eingeladen werden die Sachverständigen, die bereits in Verfahren der Hessischen Sozialgerichtsbarkeit tätig waren oder Interesse an einer Gutachtertätigkeit bekundet haben sowie interessierte Ärztinnen und Ärzte.

Das Anmeldeformular kann von den Interessierten auf der Internetseite www.lsg-darmstadt.justiz.hessen.de aufgerufen werden und sollte spätestens bis zum **30. März 2012** ausgefüllt an die E-Mail-Adresse symposium@lsg-darmstadt.justiz.hessen.de geschickt werden. Sofern der Wunsch besteht, ein eigenes Statement zu halten, sollte dies im Vorfeld mitgeteilt werden. Auf Wunsch kann eine Teilnahmebescheinigung ausgestellt werden. Für die Deckung der Unkosten ist die Erhebung eines Tagungsbeitrags in Höhe von 30,00 Euro vorgesehen.

*Dr. Harald Klein
Hessisches Landessozialgericht, Darmstadt*

„Du bist kostbar“ – Hessen erklärt 2012 zum Krebspräventionsjahr

Sozialminister Grüttner ruft zur alljährlichen Krebsvorsorge auf

Krebs ist laut dem Hessischen Gesundheitsbericht 2011 (<http://www.sozialnetz.de/ca/b/cic/>) sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die zweithäufigste Todesursache: „Von allen 28.800 im Jahr 2009 in Hessen verstorbenen Männern verstarben 8.300 an Krebs (29 %), von den 31.900 verstorbenen Frauen waren es 7.100 (22 %).“ In Hessen erkranken die Frauen am häufigsten an Brustkrebs, Darmkrebs und Lungenkrebs. Bei den Männern werden am häufigsten Prostatakrebs, Darmkrebs und Lungenkrebs diagnostiziert.

Das Hessische Sozialministerium, die Hessische Krebsgesellschaft und die Stiftung Leben mit Krebs haben daher eine Aktion

unter dem Motto „Du bist kostbar – Hessen gegen Krebs“ ins Leben gerufen, die zahlreiche Präventionsaktionen in Hessen im Jahr 2012 bündelt. Diese werden zusammen mit der Landesärztekammer, der Landesapothekerkammer, den Krebselbsthilfegruppen, dem Landfrauenverband, dem Landessportbund, den Krankenkassen und den Kommunen angeboten. Ziel ist es, die Motivation der Menschen für die Teilnahme an jährlichen Krebsvorsorgeuntersuchungen zu erhöhen.

Das Motto „Du bist kostbar“ soll klarstellen, dass jeder einzelne – egal ob völlig gesund oder womöglich bereits erkrankt – Grund hat, an Präventionsmaßnahmen teilzunehmen. Es wendet sich somit als positiver Ansporn an alle Gruppen der Bevölkerung. „Vorsorge ist das beste Mittel gegen den Krebs, je früher eine Erkrankung oder deren Vorstufen erkannt werden, desto effizienter kann dagegen vorgegangen werden beziehungsweise können akute Erkrankungen komplett vermieden werden“, erklärte der Hessische Sozialminister Stefan Grüttner bei der Pressekonferenz zum Auftakt des Präventionsjahres am 31. Januar 2012 in Wiesbaden.

So sind unter anderem folgende Aktionen geplant:



- In Offenbach startet die Darmkrebs-Präventionsaktion „1.000 mutige Männer für Offenbach“ in Anlehnung an das erfolgreiche „1.000-mutige-Männer-Format“ bei dessen Pilotprojekt in Mönchengladbach die Inanspruchnahme der Vorsorgekoloskopien um 7,3 Prozent gestiegen ist.
- Im Mai sollen über die Apotheken in Hessen UV-Pflaster an die Bürgerinnen und Bürger ausgegeben werden, die durch Farbveränderung signalisieren, wann sie die Sonne wieder verlassen bzw., Sonnenschutz einsetzen sollten.
- Am 25. August 2012 findet in Wiesbaden das „1. Deutsche Sportfest für Krebspatienten“ im Rahmen der hessischen Gesundheitstage statt.
- Im Herbst werden hessenweit Schulungen an Brustkrebsmodellen des Landfrauenverbands angeboten, in denen zusammen mit Ärztinnen des Ärztinnenbundes das Abtasten als erste Früherkennungsmethode geübt wird.

Weitere Informationen gibt es im Internet unter:
www.hsm.hessen.de
www.mutige-maenner.de
www.gesundheitsbericht.hessen.de



Ines Fabisch, Katja Kölsch

Musikmesse 2012

21. – 24. März 2012 in Frankfurt am Main

Seit mehr als 25 Jahren ist die Frankfurter Musikmesse der wichtigste Treffpunkt der Musikinstrumentenhersteller und Notenverlage weltweit. An den vier Messetagen treffen sich Hersteller, Händler, professionelle und Laienmusiker und informieren sich über Neuheiten aus der Musikindustrie. Ob klassische Instrumente, akustische oder elektrische Gitarren, Bässe, Blech- und Holzblasinstrumente, Schlagwerk, Tasteninstrumente, aber auch elektronisches Equipment, Computer-Hard- und -Software – die Musikmesse ist der Ort, an dem alle Innovationen gebündelt den Besuchern vorgestellt werden. Von klassischer Musik über Jazz, Rock und Pop bis zur Volksmusik, hier finden alle Musikgenres zusammen.

Die Musikmesse ist die größte internationale Messe der Musikindustrie. Im Jahr 2011 präsentierten sich rund 1.500 Unternehmen aus 50 Ländern, fast 80.000 Besucher wurden gezählt. Sie ist der ideale Ort, um sich einen Überblick über Instrumente, Noten, Zubehör sowie Dienstleistungen und Konzepte rund um das Musizieren zu verschaffen. Profis pflegen die Begegnung und die Geschäftsverbindung,

Laien erfreuen sich am Kennenlernen von Musikinstrumenten, am Ausloten von Finanzierungsmöglichkeiten und vor allem am Ausprobieren der Instrumente. So schallt es aus allen Ecken und Nischen der Messe, und auch in abgetrennten Musikkabinen können die Instrumente getestet werden.

Kein anderer Ort bietet die Möglichkeit, in so kurzer Zeit verschiedene Instrumente auszuprobieren und den eigenen Höreindruck mit dem Angebot zu überprüfen. Am Samstag, den 24. März ist die Messe für Privatbesucher geöffnet. Hier drängen sich in den Hallen die Interessierten, die Neugierigen, die oft über weite Strecken anreisen, um mit dem Musikverein, den Freunden, der Familie die Entscheidung reifen zu lassen, welches Instrument sie sich anschaffen wollen.

Das Musizieren wird in den letzten Jahren immer stärker in seiner Bedeutung sowohl für die Ausbildung der eigenen Persönlichkeit als auch für die Förderung des musikalischen Gehörs als wichtig erkannt. Darüber hinaus hat das Musizieren, insbesondere wenn es gemeinsam geschieht, eine große Bedeutung in der Gesellschaft

und in der sozialen Erziehung. Davon profitieren alle Altersgruppen. Lebenslanges Musizieren fördert möglicherweise die geistigen Fähigkeiten und es ist, so scheint es, ein wirksames Mittel gegen vorzeitige demenzielle Erkrankungen.

Einzelpersonen und Ensembles stöbern auf der Musikmesse in den Fächern der Notenverlage und erleben, dass die direkte Inaugenscheinnahme von Noten eine nicht zu überbietende Bedeutung hat gegenüber dem Suchen von Notenmaterial im Internet oder per Telefon.

Der Besuch der Musikmesse ist nicht zuletzt auch wegen des umfangreichen Show- und Eventprogramms lohnend. Live-Konzerte, Workshops, Diskussionsveranstaltungen, bedeutende Preisverleihungen und professionelle Präsentationen mit unterschiedlichen Instrumenten finden statt. So gaben auf der Musikmesse 2011 76 % der Aussteller an, mit dem Ergebnis sehr zufrieden gewesen zu sein. Die hohe Zahl der Privatbesucher spricht die gleiche Sprache.

Dr. med. Siegmund Drexler

Und die Kontinente bewegen sich doch ...

Mit einer Sonderausstellung erinnert das Frankfurter Senckenberg Museum an Alfred Wegener

Kritisiert, belächelt und verspottet: Wer mit seinen Thesen völliges Neuland betritt, sieht sich nicht selten dem heftigem Unmut etablierter Wissenschaftler ausgesetzt. So auch Alfred Wegener, als er vor 100 Jahren, am 6. Januar 1912, im Frankfurter Senckenberg Museum unter dem Titel „Die Herausbildung der Großformen

der Erdrinde (Kontinent und Ozeane) auf geophysikalischer Grundlage“ seine Theorie von der Kontinentalverschiebung vortrug. Der Meteorologe, Physiker, Polarforscher und passionierte Ballonfahrer (1880-1930) versuchte seinen Zuhörern zu erklären, dass die Kontinente ursprünglich zusammengehört hätten, um dann auseinander

zu driften. Doch die Behauptungen des fachfremden Kollegen stießen bei den anwesenden Geologen auf kopfschüttelndes Unverständnis.

Obwohl Wegener zur Untermauerung seiner Hypothese u.a. auch auf die Ähnlichkeit von Gesteinsformationen in Indien,

auf Madagaskar und in Ostafrika hinwies – einen Beweis für seine im hessischen Marburg entwickelte Theorie konnte er den Kollegen nicht präsentieren. Erst in den Jahrzehnten nach seinem Tod erhärteten moderne Untersuchungsmethoden Wegeners Hypothese; seit den siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts ist sie allgemein wissenschaftlich anerkannt.

Dauerrekord im Ballonfahren

Mit der im Januar eröffneten Sonderausstellung „Weltbewegend – Alfred Wegeners Theorie wird 100“ erinnert das Senckenberg Naturmuseum Frankfurt an den visionären Forscher und Abenteurer. In die regulären Ausstellungsflächen des Hauptgebäudes integriert, geben acht Stationen mit Exponaten aus dem Museumsfundus Auskunft über das bewegte Leben und die Forschungstätigkeit des Wissenschaftlers. Neben Originalstücken von Wegeners Polarexpeditionen, Puzzles zur Plattentektonik und einem Nachbau der Polarstation Eismitte, sowie einem Tagebuch Wegeners aus dem Jahr 1912 sind Filme zu sehen, darunter ein Originalfilm aus dem Jahr 1930.

Alfred Wegeners Lebensgeschichte selbst liest sich wie der Stoff für ein spannendes Drehbuch: Als jüngstes von fünf Kindern am 1. November 1880 in Berlin zur Welt gekommen, studierte Wegener von 1900-1904 Physik, Meteorologie und Astronomie in Berlin, Heidelberg und Innsbruck und wurde in Astronomie promoviert. Mit seinem Bruder Kurt teilte er sowohl das Interesse für Meteorologie und Polarforschung als auch die Begeisterung für die

Ballonfahrt: Vom 5. bis 7. April 1906 stellen sie bei einem Ballonaufstieg zu meteorologischen Messungen mit 52,5 Stunden einen Dauerrekord für Ballonfahrer auf. Ganz vergnüglich war es dabei allerdings nicht zugegangen: Unzureichend mit Kleidung und Lebensmitteln ausgerüstet, landeten Alfred und Kurt Wegener von Hunger und Kälte gezeichnet.

Eisbohrungen in der Arktis

Doch Wegener zog es nicht nur in luftige Höhen, sondern auch in die unberührte, eisige Ferne: 1906 brach er zu seiner ersten Grönland-Expedition, der dänischen Mylius-Erichsen Expedition 1906-1908, auf. Ziel war es, ein bisher unbekanntes Stück der grönländischen Nordostküste zu erforschen. Von 1908-1914 war der junge Wissenschaftler als Privatdozent für Physik und Mathematik in Marburg tätig und arbeitete u.a. an seinem Buch „Thermodynamik der Atmosphäre“.

Auch auf seiner zweiten Grönlandexpedition 1912/13 waren die körperlichen Anstrengungen beträchtlich: Die Expeditionsteilnehmer mussten rund 1.200 km zurücklegen; Wegener führte Eisbohrungen auf einem bewegten Gletscher in der Arktis durch und stellte meteorologische Messungen an. Nach seiner Rückkehr heiratete er und zog mit seiner Frau nach Marburg, wo er weiter als Privatdozent lehrte.

Zu Beginn des Ersten Weltkrieges wurde der damals vierunddreißigjährige Reserveoffizier eingezogen und nach seinem Fronteinsatz dem Heereswetterdienst zugeteilt. Bis Kriegsende veröffentlichte er über 20 meteorologische und geophysikalische

Arbeiten, unter ihnen die erste Fassung seines Hauptwerkes „Die Entstehung der Kontinente und Ozeane“. 1921 wurde Wegener zum außerordentlichen Professor an der Universität Hamburg und 1924 als ordentlicher Professor für Meteorologie und Geophysik nach Graz berufen.

Vierte und letzte Polarexpedition

Obwohl er damit beruflich einen sicheren Hafen gefunden hatte, schlug Wegeners Herz weiter für die Polarforschung: 1929 folgte die dritte Grönlandexpedition, 1930 brach er zu seiner vierten Expedition auf, deren Ziel die ganzjährige Wettermessung und die Messung der Stärke des Festlandees an drei verschiedenen Stationen war. Doch die Reise sollte seine letzte sein. Mitte November 1930 starb Wegener auf dem Rückweg von der Forschungsstation Eismitte, vermutlich an Herzversagen. Zeit seines Lebens hatte er seine Kritiker nicht von der Theorie der Kontinentalverschiebung überzeugen können; dennoch ließ Wegener sich nie in seiner Annahme beirren.

In der Tradition des Namensgebers erforscht das Alfred-Wegener-Institut für Polar- und Meeresforschung seit mehr als 25 Jahren die Zusammenhänge des weltweiten Klimas und der speziellen Ökosysteme im Meer und an Land. Zentraler Forschungsschwerpunkt sind die Arktis und Antarktis. Zu den Forschungsteilnehmern der vergangenen Jahre zählte Dr. med. Ursula Stüwe, ehemalige Präsidentin der Landesärztekammer Hessen.

Katja Möhrle

Sicherer Verordnen

Vorläufiges Aus für die Strategie der „Dachmarken“

Unter „Dachmarkenstrategie“ versteht man die Versuche pharmazeutischer Hersteller, verschiedenartige Arzneimittel unter dem Namen eines gut bekannten und lange im Handel befindlichen Arzneimittels zusammenzufassen. Dies kann bei Patienten zu Verwechslungen führen, verbunden mit zusätzlichen Risiken.

Das Verwaltungsgericht Köln hat diesem Vorgehen vorläufig einen Riegel vorge-schoben. Nach einem noch nicht rechtskräftigen Urteil dürfen Arzneimittel mit unterschiedlichen Wirkstoffen und für unterschiedliche Erkrankungen nicht unter demselben Handelsnamen in Verkehr gebracht werden (Az: 7 K 4284/09 – VG Köln).

Dem Präsidenten des BfArM kann nur zugestimmt werden, wenn er erklärt: „Patientinnen und Patienten müssen darauf vertrauen können, auch wirklich das Arzneimittel zu bekommen, das sie kennen und vertragen. Ihre Sicherheit muss absoluten Vorrang vor den Marketinginteressen der pharmazeutischen Industrie haben. Wir begrüßen das Urteil deshalb als wichtigen Beitrag zur Verstärkung des Verbraucherschutzes.“

Quelle: Pressemitteilung BfArM 03/11

Zusätzliche Vitamin-/Spurenelementzufuhr – kein Schutzeffekt

In einem Kommentar wird auf einen „kollektiven Irrtum“ bezüglich einer präventiven Wirkung antioxidativer Vitamine und Spurenelemente hingewiesen. Die Auswertung einer Beobachtungsstudie bei Frauen (Beginn 1986) ergab, dass Präparate mit Multivitaminen, Vitamin B6, Folsäure, Eisen, Magnesium, Zink und Kupfer das Mortalitätsrisiko erhöhten. Einzig die Einnahme von Kalzium hatte einen protektiven Effekt. Eine Nahrungsergänzung mit Eisensupplementen war sogar mit einer Risikozunahme von 3,9 % assoziiert.

Bereits 2007 kam eine Analyse geschlechtsneutraler Antioxidantienstudien zum gleichen Ergebnis, wobei Studien von geringer Qualität typischerweise positive Resultate generierten. Einige neuere Befunde:

- Folsäure: erhöhte Krebsinzidenz.
- B-Vitamine: keine kardiovaskuläre Prävention oder nephroprotektive Wirkung.

- Vitamin E: Prostatakrebsrisiko signifikant erhöht, kein Schutz vor Lungenkrebs.
- Selen: Krebs- und Diabetesrisiko leicht erhöht.

Aus unzähligen Studien zu Vitaminwirkungen lässt sich grundsätzlich ableiten: in Europa ist keine zusätzliche Vitamin-/Spurenelementgabe erforderlich, in der Regel genügt eine ausgewogene Ernährung. Zu hohe Dosen sind eher schädlich (wenn sie nicht, wie z.B. Vitamin C, über die Niere ausgeschieden werden).

Vermehrte Werbung bis hin zu „offenen Briefen“ an unsere Regierung haben einen Grund: nach einer neuen europäischen Richtlinie dürfen konkrete gesundheitsbezogene Aussagen auf Lebensmitteletiketten nur noch dann gemacht werden, wenn die geltend gemachten Wirkungen durch aussagekräftige kontrollierte Studien nachgewiesen sind – das Aus für „stärkt das Herz“, „reinigt den Darm“ usw..

Quellen: *Arch Intern Med.* 2011; 171:1633-34; *kommentiert in: Dtsch. Med. Wschr* 2011; 136:2287, *tägl.praxis* 2007; 48(3): 599-602; *Frankf. Allgemeine vom 2.11.2011, S. N2*

Bisphosphonate – Update unerwünschter Wirkungen (UAW)

Ohne Zweifel gehören Bisphosphonate z.B. in der Therapie der manifesten Osteoporose zum Standard. UAW gehören jedoch grundsätzlich zu einer Therapie mit wirksamen Arzneistoffen. Nachfolgend einige aktuelle Anmerkungen zu UAW dieser Stoffklasse.

Ösophaguskarzinom: nach oraler Einnahme über mehr als fünf Jahre (oder nach mindestens zehn Verordnungen) verdoppelte sich das Risiko in einer Studie, in einer anderen mit der gleichen Datenbasis konnte nach 4,5 Jahren nur ein minimal erhöhtes Risiko von 1,07 gefunden werden. Die amerikanische Überwachungsbehörde FDA hat eine Induktion von Ösophaguskarzinomen durch Bisphosphonate derzeit nicht bestätigt.

Ösophagitis: Eine chronische Ösophagitis unter zweijähriger Risedronsäuretherapie exazerbierte nach der dreitägigen Gabe von Clindamycin. Eine medikamenten-induzierte Ösophagitis sollte als Differentialdiagnose zu einer Refluxösophagitis beachtet werden.

Atypische Frakturen: bei Bisphosphonaten zur Osteoporosetherapie können z.B. bei

älteren Patienten nach Bagateltraumen Arzneigruppen-spezifische subtrocantäre oder diaphysäre Femurfrakturen auftreten. Die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung sollte individuell beurteilt werden, wenn entsprechende Symptome auftreten.

Knochen-, Gelenk- und Muskelschmerzen: Insbesondere in der Osteoporosetherapie können bei 2 – 5 % der Patienten heftige Knochen-, Gelenk- oder Muskelschmerzen auftreten, erstmals auch noch lange Zeit nach Einnahmebeginn.

Osteonekrosen des Kiefers: Insbesondere bei immunsupprimierten Patienten können vor allem bei iv.-Gabe eines Bisphosphonates Kiefernekrosen auftreten. In der Osteoporosetherapie mit sehr viel niedriger Dosierung als in der Therapie von Knochenmetastasen beträgt das Risiko circa 1:13.500, bei kieferchirurgischen Eingriffen sollte sicherheitshalber jedoch für drei Monate die Therapie unterbrochen werden. Eine generelle Therapiepause nach mehrjähriger Einnahme wird derzeit diskutiert.

Quellen: *Dtsch Med.Wschr* 2010; 135: 2224-5; *Dtsch.Med.Wschr.* 2009; 134:1517-9; *Pharm.Ztg.* 2011; 156:87-8; *Prescr. Internat.* 2009; 18: 23; *Dtsch Med. Wschr.* 2011; 136: 2109-10

Hinweise für Selbstmedikation

Wenn einem Hochdruckpatient ein ACE-Hemmer oder Sartan verschrieben werden, eventuell auch in Kombination mit einem Diuretikum, so sollte der verordnende Arzt auf jeden Fall darauf hinweisen, dass die zusätzliche Einnahme vieler freiverkäuflichen Nicht-steroidaler Antiphlogistika (ASS, Diclofenac, Ibuprofen) z.B. bei Alltagsbeschwerden oder grippalen Infekten die Nierenfunktion erheblich schädigen kann (bis hin zum akuten Nierenversagen). Besonders betroffen sind Patienten über 65 Jahre, Diabetiker, Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion.

Quelle: *Pharm. Ztg.* 2011; 156; 3842

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 1/2012

Eine Übersicht über weitere Veröffentlichungen finden Sie unter:
www.aerzteblatt-hessen.de

Sicherheitsbedenken bezüglich der Behandlung mit Aliskiren-haltigen Arzneimitteln bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II und Nierenfunktionsstörungen und/oder kardiovaskulären Erkrankungen

In der ALTITUDE-Studie wurde Patienten mit Diabetes mellitus Typ II, die ein hohes Risiko für tödliche oder nicht tödliche kardiovaskuläre Erkrankungen und renale Ereignisse haben und deren arterieller Blutdruck bei Studienbeginn in der Regel ausreichend eingestellt war, zusätzlich zur Standardtherapie, die einen ACE-Hemmer oder einen Angiotensinrezeptorblocker beinhaltet, Aliskiren 300 mg gegeben.

Ziel dieser vierjährigen multinationalen, randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Studie war die Untersuchung des potentiellen Nutzens der Zusatztherapie mit Aliskiren hinsichtlich der Reduktion des Risikos für kardiovaskuläre und renale Ereignisse.

Zwischenauswertungen zeigten, dass die Studienpatienten nicht von der Behandlung mit Aliskiren profitieren. Weiterhin

wurde bei diesen Hochrisikopatienten eine höhere Inzidenz unerwünschter Ereignisse im Bezug auf nicht tödlichen Schlaganfall, renale Komplikationen, Hyperkaliämie und Hypotonie beobachtet.

Dies führte dazu, dass nach Absprache mit der europäischen Arzneimittelagentur (EMA) und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die Firma Novartis in einem Rote-Hand-Brief darüber informierte, dass

- bei Patienten, die Aliskiren-haltige Arzneimittel – Rasilez®, Rasilez HCT®, Rasilamlo – eine Routineüberprüfung empfohlen wird
- Aliskiren oder Aliskiren-haltige Kombinationspräparate bei Diabetikern nicht zusammen mit ACE-Hemmern oder Angiotensinrezeptorblockern angewendet werden sollen

- Ärztinnen und Ärzte sollen bei Diabetikern, die gleichzeitig einen ACE-Hemmer oder einen Angiotensinrezeptorblocker einnehmen Aliskiren-haltige Arzneimittel absetzen. Gegebenenfalls muss eine Alternative blutdrucksenkende Behandlung in Betracht gezogen werden.
- Bei Diabetikern, die einen ACE-Hemmer oder einen Angiotensinrezeptorblocker einnehmen, soll keine Therapie mit Aliskiren-haltigen Arzneimitteln begonnen werden.
- Patienten sollen die Einnahme nicht selbstständig beenden, sondern dies mit ihrer Ärztin/ihrem Arzt besprechen.

Dr. med. Wolfgang LangHeinrich

Literatur:

Rote-Hand-Brief und Informationen der Firma Novartis vom 5. Januar 2012

Arzt- und Kassenarztrecht

Wie hoch muss die vertragsärztliche Vergütung sein?

Bundessozialgericht bestätigt seine restriktive Rechtsprechung

A. Wienke, R. Sailer

Die angemessene Vergütung der Vertragsärzte bildet neben der qualifizierten Versorgung der Patienten und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung das „magische Dreieck“ des Gesundheitswesens. In Anlehnung an eine volkswirtschaftliche Theorie müssen im Idealfall alle drei Komponenten in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen, in der Realität ist dies nahezu unmöglich.

Da die Qualität der Versorgung in diesem Dreieck wohl ranghöchstes Ziel ist und die

Wirtschaftlichkeit der Versorgung ein Problem aller Beitragszahler, die angemessene Vergütung der Leistungserbringer aber allein ein Problem der niedergelassenen Ärzte ist, wundert es nicht, dass dem Element der Angemessenheit der Vergütung die geringste Beachtung zugemessen wird. So dürften es zumindest diejenigen Ärzte sehen, die immer wieder versuchen, vor Gericht eine in ihren Augen angemessene Vergütung zu erstreiten, meistens jedoch ohne Erfolg.

Diese Erfahrung musste kürzlich auch eine Hautärztin aus Mittelhessen machen, die bis in die letzte Instanz versucht hatte, ein höheres Honorar unter dem Gesichtspunkt der angemessenen ärztlichen Vergütung zu erstreiten. § 72 Absatz 2 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) garantiert den Ärzten an sich eine solche angemessene Vergütung. Der Begriff „angemessen“ eröffnet aber den Kassenärztlichen Vereinigungen einen weiten Beurteilungsspielraum, der von den Gerichten

nur begrenzt, das heißt auf Vorliegen offensichtlicher Fehler hin, überprüft werden kann.

In dem jüngst veröffentlichten Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 8. Dezember 2010 – B 6 KA 42/09 R – bestätigten die Richter noch einmal ihre bisherige restriktive Rechtsprechung und stellten mit ungewohnter Deutlichkeit fest, dass ein Anspruch der Dermatologin auf ein höheres Honorar nicht unter dem Gesichtspunkt der Angemessenheit der Vergütung ihrer vertragsärztlichen Leistung bestehe. So soll die Vergütung nach der Rechtsprechung des BSG erst dann nicht mehr angemessen sein und dementsprechend ein subjektives Recht auf höhere Vergütung bestehen, „wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden“. In diesem Zusammenhang steht auch die Aussage des BSG, dass finanzielle Anreize für die Tätigkeit in unterversorgten Gebieten zulässig sein müssten.

Das bedeutet gleichzeitig, dass es rechtlich wenig erfolgversprechend ist, die Unangemessenheit der persönlichen Vergütung des einzelnen Vertragsarztes argumentativ ins Feld zu führen. Eine Aussicht auf Erfolg – also auf Neuberechnung der Honorarverteilung – besteht im sozialgerichtlichen Verfahren nur, wenn die Versorgung in einer ganzen Fachgruppe in einem Bedarfsplanungsbezirk wegen der schlechten Versorgung in Frage steht.

Nicht neu, aber doch in aller Deutlichkeit, wies das BSG die Klägerin mit weiteren Einwänden zurück, die auch von anderen Ärzten immer wieder beispielhaft vorgebracht werden: So bestehe insbesondere kein Anspruch auf angemessene Vergütung jeder einzelnen Leistung, Ärzte müssen

wie andere Berufsgruppen auch mit einer Mischkalkulation leben, solange nicht insgesamt eine unzureichende Vergütung geltend gemacht werden könne.

Auch könne der niedergelassene Arzt in der überwiegenden Anzahl der Fälle nicht mit dem Argument gehört werden, sein eigener bzw. der Verdienst seiner Arztgruppe bleibe hinter dem anderer Arztgruppen zurück. Nach Ansicht des BSG seien Abweichung der Regelleistungsvolumina unter den Fachgruppen hinzunehmen, was dem Umstand geschuldet sei, dass bestimmte Fachbereiche mit höheren Investitionen und Betriebskosten auch ein höheres wirtschaftliches Risiko zu tragen hätten, und dass dieses Risiko die finanziellen Anreize erforderlich mache und rechtfertige.

Auf Unverständnis innerhalb der Ärzteschaft stießen die Ausführungen des BSG zur Berücksichtigung von Privatumsätze. Diese Einnahmen müssten – so die Richter – bei der Beurteilung, ob eine flächendeckend unzureichende Vergütung einer bestimmten Arztgruppe vorliege, neben den KV-Einnahmen mitberücksichtigt werden. Arztgruppen, die einen hohen Anteil an Privatpatienten und Selbstzahlerleistungen aufwiesen, wie etwa Dermatologen und Chirurgen, würden naturgemäß mehr Arbeitszeit für solche Behandlungen aufwenden als andere Arztgruppen. Sie könnten dann aber im Hinblick auf die Grundsätze zur Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht zusätzlich zu diesen Einkünften die gleiche Vergütung für die vertragsärztliche Tätigkeit erhalten wie Arztgruppen, die den Hauptteil ihrer Arbeitszeit in die vertragsärztliche Versorgung steckten.

Die Rechtsprechung der Sozialgerichte, insbesondere des BSG, zur Frage der angemessenen vertragsärztlichen Vergütung

zeigt, wie schwer es ist, die Regelung der Honorarverteilung erfolgreich anzugreifen. Und selbst im Falle eines gewonnenen Prozesses wird die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung regelmäßig nur zu einer Neuberechnung der Vergütung in den streitigen Abrechnungsquartalen unter Beachtung der Rechtsauffassung der Sozialgerichte verurteilt. Dies bedeutet dann aber noch lange nicht, dass am Ende auch tatsächlich ein höheres Honorar festgesetzt wird. So mancher niedergelassener Arzt, der sich noch über den Gewinn seines Prozesses gegen die eigene KV gefreut hat, wird schnell eines Besseren belehrt, wenn er bei der Neuberechnung seines Honorars feststellen muss, dass alle Bemühungen und Kosten sich am Ende doch nicht in barer Münze auszahlen. Die Einleitung sozialgerichtlicher Auseinandersetzungen um die Höhe der vertragsärztlichen Vergütung sollte daher wohl überlegt sein und aufgrund einer nüchternen Beurteilung der Erfolgsaussichten gegenüber den entstehenden Verfahrenskosten abgewogen werden.

Erheblich bessere Erfolgsaussichten im Widerspruchsverfahren und im sozialgerichtlichen Verfahren bestehen regelmäßig bei sachlich-rechnerischen Berichtigungen der Honorarabrechnung oder bei Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren. Hier kann man meist schon im außergerichtlichen Vorverfahren wirtschaftliche Erfolge verbuchen und drohenden Kürzungsmaßnahmen wirksam entgegentreten.

Anschrift des Verfassers

Rechtsanwalt Dr. jur. A. Wienke

Fachanwalt für Medizinrecht

Rechtsanwältin R. Sailer

Wienke & Becker – Köln

Sachsenring 6, 50677 Köln

Fon: 0221 3765310, Fax: 0221 3765312

E-Mail: AWienke@Kanzlei-WBK.de

Dr. med. Siegmund Kalinski zum 85. Geburtstag

Am 21. März 1927 wurde Siegmund Kalinski in Krakau geboren. Kalinski ist eine der herausragenden Persönlichkeiten der hessischen Ärzteschaft, ein Granitfelsen, der über Jahrzehnte jeder Brandung und jedem Sturm standgehalten hat. Als spitzfindigen, geistreichen und kritischen „Iro-nius“ kannten ihn die Leser der „Ärztezeitung“. Über viele Jahre veröffentlichte er gesundheitspolitische Kommentare unter der Rubrik „Mit meinen Augen“ im Hessischen Ärzteblatt.

Siegmund Kalinski zu würdigen und zu feiern heißt auch, sich mit seinem Leben und dem schwierigen 20. Jahrhundert zu beschäftigen.

Kalinskis jüdische Herkunft brachte ihn ins Visier der Verfolgung durch die Nazi-Truppen, die Polen besetzten. Er wurde verschleppt und kam 1942 ins Konzentrationslager Szebnie, 1943 nach Auschwitz, später Oranienburg und Sachsenhausen. Mit dem Heranrücken der russischen Truppen wurde er mit den entkräfteten und geschwächten Lagerinsassen auf die Todesmärsche getrieben. Kalinski überlebte dieses Martyrium und kam in das KZ Gleiwitz, wo Temperaturen bis -20°C herrschten. Über weitere Stationen kam er ins KZ Flossenbürg in der Oberpfalz. Kurz vor Kriegsende gelang ihm die Flucht in einer leeren Munitionskiste und er schaffte es bis in ein von den Alliierten kontrolliertes Gebiet, zu gelangen. Der französische Arzt, der ihn dort untersuchte, dokumentierte 47 Kilogramm Körpergewicht bei 1,84 m Körpergröße. Mit 18 Jahren kehrte er nach Polen zurück. Viele seiner Angehörigen sind ermordet worden. Der Geburtsname Klausner wurde „polonisiert“ und in Kalinski umgewandelt.

Es ist kennzeichnend für seine Lebenseinstellung und seine Tatkraft, dass er in die-

ser verzweifelten Situation, die so viele Menschen das Überleben erschwerte, vorwärts blickte. Er legte 1947 das Abitur in Krakau ab und studiert Medizin. Nach dem Examen arbeitete er als Arzt, als Conferencier und als Journalist.

1963 flieht er in den Westen, zuerst nach Österreich, Wien. 1965 kommt er nach Deutschland. Als Assistenzarzt arbeitete er in Rheydt in Nordrhein-Westfalen, dann im Städtischen Krankenhaus in Höchst in Frankfurt am Main, wird 1968 zum Dr. med. promoviert und erreicht die Einbürgerung. Im gleichen Jahr lässt er sich als praktischer Arzt in Frankfurt-Niederrad-Schwanheim nieder und findet eine neue Heimat.

Kalinskis Einstellung zum Begriff „Heimat“ ist keine passive, er arbeitet voller Tatkraft und Elan – Eigenschaften, die ihn bis heute auszeichnen. Er erreicht die Facharztanerkennung für Allgemeinmedizin und 1977 die Weiterbildungsermächtigung für dieses Fach. In seiner aktiven Zeit als praktischer Arzt und Allgemeinarzt bildet er mehr als 50 Ärzte in der Allgemeinmedizin aus und wird 1984 Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main. 1992 habilitiert er sich für das Fach Allgemeinmedizin an der Jagiellonen Universität in Krakau. Im März 1996 gibt er die Praxis an eine Nachfolgerin ab.

Aus der ärztlichen Standespolitik ist Kalinski nicht wegzudenken. Als aktiver, streitbarer Geist mit unglaublichen Verbindungen, mit unglaublichem Wissen nimmt er aktiv teil an der Ärztekammer und an der KV Hessen. 1996 wurde er Mitglied des Präsidiums der Kammer und behält dieses Amt bis 2008. Seit 1980 war er Delegierter der Delegiertenversammlung und gab wegen einer schweren Erkrankung das Amt 2010 auf.

In der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen war er von 1981 bis 1996 Mitglied des Geschäftsausschusses in Frankfurt am Main, viele Jahre lang vertrat er die KV Hessen bei der Vertreterversammlung der Bundesvereinigung. Seine berufspolitische Heimat war in erster Linie der Hausärzteverband.

Zudem engagiert sich Kalinski in der Stadt Frankfurt, sammelte Spenden für die Medizinische Akademie in Warschau und die Universität in Krakau. Darüber hinaus hat er sich besonders für die Aufarbeitung des Verhältnisses deutscher mit jüdischer und christlicher Herkunft eingesetzt. Er war Mitglied im Rat der Überlebenden des Fritz Bauer-Instituts, eines renommierten Studien- und Dokumentationszentrums zu Geschichte und Wirkung des Holocaust in Frankfurt am Main, und trat als Zeuge im Auschwitz-Prozess auf.

Wie ein roter Faden durchzieht das Leben Kalinskis der Hunger nach Teilnahme und aktiver Einflussnahme, wo immer er auch auftauchte. Als Freund und Begleiter erkennt man voller Respekt und Anerkennung das unglaubliche Lebenswerk und das Arbeitspensum. Alle, die ihm begegnet sind, beeindruckte die stets gute Laune, der Humor, der scharfe Verstand, die schier unermessliche Gedächtnisleistung für politische Ereignisse, für Anekdoten und Witze und die Fähigkeit zur sachlichen Diskussion und zum Herausarbeiten und Finden von Lösungen. Es verwundert nicht, dass diese Lebensleistung mit einer Vielzahl von Ehrungen ausgezeichnet wurde:

- Bundesverdienstkreuz am Bande im Oktober 1987



Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

- Dr. Richard Hammer-Medaille der Landesärztekammer, Januar 1992
- Das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse, März 1996
- Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber, November 1997
- Die Paracelsus-Medaille, Mai 2008
- Die Kaspar Roob-Medaille des NAV-Virchow-Bundes, November 2009
- Die Anna Kirchner-Medaille der Stadt Frankfurt.

Diese Ehrungen sind nur eine kleine Auswahl und Ausdruck der Wertschätzung,

die das Wirken in Frankfurt, in Hessen, aber auch bundesweit das Leben von Kalinski auszeichnet.

Schicksalhaft erzwang eine schwere Erkrankung den Rückzug aus der ehrenamtlichen Tätigkeit innerhalb der Ärzteschaft und den Verzicht auf das Delegiertenmandat in der Landesärztekammer Hessen. Ein Schatten von Trauer und Wut über die erlittene Erkrankung erfasste deine liebe und fürsorgliche Ehefrau Ada und deinen Freundeskreis. Dass die schwere Erkrankung dir nicht die Gedankenschärfe ge-

nommen hat, macht verständlich, warum du so sehr unter der Zurücksetzung und der erzwungenen Passivierung leidest.

Die Erkrankung kann die Freundschaft und die Solidarität nicht schmälern! Die Anerkennung und Würdigung der schier außerordentlichen Lebensleistung bleibt.

*In Freundschaft
Mark Sigmund Drexler*

Azubi-Tag Ost am 17. März 2012 in Bad Nauheim

**Verband medizinischer Fachberufe e.V. organisiert
in Bad Nauheim seinen dritten Azubi-Tag Ost**

Arbeitssicherheit, Umgang mit Notfallpatienten, Tipps für die Textverarbeitung, professionelles Auftreten und effektives Lernen – der dritte Azubi-Tag Ost des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V. am 17. März 2012 in der Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim bietet ein vielfältiges Themenspektrum. Das ganztägige Programm richtet sich an auszubildende Medizinische, Zahnmedizinische und Tiermedizinische Fachangestellte und spiegelt die Anforderungen an diese Ausbildungsberufe in Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen wider.

In vier Zeitblöcken kann der Berufsnachwuchs aus jeweils fünf parallelen Seminaren wählen. Die Referenten informieren darin auch über berufliche Perspektiven nach der Ausbildung, geben Einblicke in die Anforderungen sowie den Ablauf von praktischen Prüfungen und diskutieren das Thema: Was gehört noch zur Ausbildung – wo fängt Mobbing an? Auszubildende aus Arztpraxen können sich zudem in Injektionstechniken, im Wundmanagement und im Abrechnungswesen üben.

Anmeldung, Kontakte und alle weiteren Informationen finden Sie unter www.vmf-online.de. Im Preis von 35 Euro für Verbandsmitglieder und 45 Euro für Nichtmitglieder ist die Verpflegung enthalten. Gruppenrabatte sind möglich.

Das Programm des Azubi-Tages ist auch unter www.laekh.de eingestellt.

Ludwig-Demling-Medienpreis 2012 ausgeschrieben

Die Gastro-Liga e.V. lobt auch 2012 wieder den Ludwig-Demling-Medienpreis aus. Mit dem Preis werden Arbeiten ausgezeichnet, die in wissenschaftlich korrekter und gleichzeitig anschaulicher Weise über gastroenterologische Erkrankungen und deren Prävention berichten oder zum grundsätzlichen Verständnis der Verdauungsprozesse bzw. des Stoffwechsels und der Ernährung beitragen.

Der Ludwig-Demling-Medienpreis wird in zwei Kategorien vergeben und ist 2012 dank der freundlichen Unterstützung der Steigerwald Arzneimittelwerk GmbH, Darmstadt mit insgesamt 5.000 Euro dotiert.

Eingereicht werden können Arbeiten aus den Kategorien Print (Zeitungen, Zeitschriften, Bücher) und Elektronische Medien (Hörfunk, Fernsehen, Video, Internetbeiträge). Aus jeder Kategorie wird eine Arbeit mit 2.500 Euro ausgezeichnet.

Bewerbungsschluss ist der 31. März 2012. Die kompletten Ausschreibungsbedingungen und Anmeldeformulare finden Sie unter www.gastro-liga.de

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Franz Grabisch, Frankfurt, am 6. April.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Konrad Planz, Fulda, am 25. April.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

Mandatsniederlegung und Nachfolge von Sitzen in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen für die Legislaturperiode 2008-2013

Mandatsverzicht	mit Datum vom:	Nachrücker
Dr. med. Günther Golla Liste 7 MARBURGER BUND HESSEN	1. Januar 2012	Dr. med. Helge-Lothar Förster Liste 7 MARBURGER BUND HESSEN

Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen „**Patientenaufklärung/präoperative Aufklärung**“ in der Januar-Ausgabe 2012, Seite 20.

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

Wir gedenken der Verstorbenen

- Horst-Guenther Bartels, Sontra
* 19.4.1932 † 4.9.2006
- Professor Dr. med. Ernst Gerhard Beck, Wettengel
* 7.12.1926 † 17.12.2011
- Dr. med. Christine Margot Bingenheimer, Gießen
* 25.6.1951 † 16.11.2011
- Dr. med. Otto Brink, Grasellenbach
* 28.12.1928 † 3.12.2011
- Gabriele Else Oktavie Eberle-Kaufhold, Lahntal
* 12.10.1952 † 7.1.2012
- Dr. med. Alois Eltschka, Marburg
* 20.6.1919 † 17.12.2011
- Dr. med. Klaus-Dieter Huth, Alsfeld
* 20.9.1948 † 2.10.2011
- Dr. med. Hilmar Krall, Mühlheim
* 19.2.1944 † 17.12.2011
- Dr. med. Kurt Kreider, Gießen
* 4.8.1919 † 25.12.2011
- Professor Dr. med. Gottfried Leonhardi, Frankfurt
* 23.5.1915 † 5.11.2011
- Dr. med. Ursula Müller, Frankfurt
* 1.9.1952 † 19.12.2011
- Dr. med. Irene Reitter, Fulda
* 18.7.1919 † 4.12.2011
- Professor Dr. med. Dr. phil. Horst-Eberhard Richter, Gießen
* 28.4.1923 † 19.12.2011
- Dipl.-Psych. Hermann Scholl, München
* 2.2.1940 † 8.12.2011
- Dr. med. Edith Uhlig, Erbach
* 5.11.1922 † 24.12.2011
- Peter Voss, Bromskirchen
* 24.12.1937 † 10.10.2011
- Obermedizinalrätin i.R. Dr. med. Margit Weleccka, Wiesbaden
* 21.11.1925 † 20.12.2011
- Dr. med. Ruth Wittke, Marburg
* 22.12.1921 † 16.11.2011

Haushaltsvoranschlag 2012

Der von der Delegiertenversammlung am 26. November 2011 beschlossene Haushaltsvoranschlag 2012 (mit Anlagen) liegt gemäß § 1 Abs. 15 der Haushalts- und Kassenordnung vom 3. Dezember 2002 in der Zeit **vom 12. bis 23. März 2012** im Verwaltungsgebäude der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt, Im Vogelsgesang 3, Zimmer des Kaufmännischen Geschäftsführers, während der allgemeinen Dienstzeiten (Montag bis Freitag von 9:00 bis 12:00 Uhr, Montag und Donnerstag von 14:00 bis 17:00 Uhr, Dienstag und Mittwoch von 14:00 bis 15:30 Uhr) für alle Kammermitglieder zur Einsichtnahme aus.

Frankfurt/Main, 3. Januar 2012



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

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum **10-jährigen Berufsjubiläum** Maria Garcia, tätig bei Dr. med. C.-W. Vagt, Frankfurt und zum **mehr als 10-jährigen Berufsjubiläum**

Kathrin Ludwig, seit 15 Jahren tätig bei Dr. med. U. Schlevoigt, vormals Praxis Dr. med. R. Münch, Nidda

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

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

Sabine Feiler, tätig bei Dr. med. U. Schlevoigt, vormals Praxis Dr. med. R. Münch, Nidda

Andrea Lulay-Pfeifer, tätig bei Dr. med. A. Bruckmeir und M. Reich, vormals Praxis Dr. med. F. Hellersberg, Heppenheim

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

Doris Petermann-Blanco, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. A. Bruckmeir und M. Reich, vormals Praxis Dr. med. F. Hellersberg, Heppenheim

Beate Broy, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. A. Bruckmeir und M. Reich, vormals Praxis Dr. med. F. Hellersberg, Heppenheim

zum **40-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir der Arzthelferin

Hildegard Weber, tätig bei Dr. med. L. Hengst und C. Scheer, Herbstein

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

Wir gratulieren der Helferin zum **40-jährigen Berufsjubiläum**

Karola Jäckel, tätig bei Dr. med. A. Bruckmeir und M. Reich, vormals Praxis Dr. med. F. Hellersberg, Heppenheim

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

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. 060020649, ausgestellt am 19.4.2011 für Nathalie Fokoua Bianje, Neu Isenburg,

Arztausweis Nr. 2239, ausgestellt am 2.5.1977 für Dr. med. Ulrike Boltz, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/F/11890, ausgestellt am 13.2.2004 für Dr. med. Peter Braun-Hellwig, Bad Soden,

Arztausweis Nr. 060012491, ausgestellt am 24.4.2009 für Cornelia Bucksch-Beudt, Kelkheim,

Arztausweis Nr. 060013260, ausgestellt am 9.7.2009 für Gero Bunniger, Wettenberg,

Arztausweis Nr. 060010861, ausgestellt am 15.1.2009 für Dr. med. Thomas Dannenberg, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060016919, ausgestellt am 18.5.2010 für Dr. med. Kurt Erdt, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. HS/D/1075-NB, ausgestellt am 23.1.1985 für Maria-Anna Gärtner, Bürstadt,

Arztausweis Nr. HS/F/14568, ausgestellt am 5.10.2007 für Dr. med. Bernhard Gedeon, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/11402, ausgestellt am 28.5.2003 für Dr. med. Erdem Güresir, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/10378, ausgestellt am 5.10.2001 für Dr. med. Ursula Hohmann-Heinz, Aura,

Arztausweis Nr. 060016089, ausgestellt am 11.3.2010 für Dr. med. Mazen Juratli, Marburg,

Arztausweis Nr. HS/K/5977, ausgestellt am 18.12.2005 für Regina Lenzian, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/D/3239, ausgestellt am 26.11.1998 für Joachim Maixner, Mühlthal,

Arztausweis Nr. HS/G/6828, ausgestellt am 21.5.2007 für Nual Odris-El Makhfi, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/11658, ausgestellt am 22.10.2003 für Christoph Mayer, Bad Homburg,

Arztausweis Nr. 060015558, ausgestellt am 28.1.2010 für Professor Dr. med. Helge Möllmann, Bad Nauheim,

Arztausweis Nr. 060017753, ausgestellt am 2.8.2010 für Pia-Kathrin Neidlinger, Hattersheim,

Arztausweis Nr. HS/K/1288, ausgestellt am 23.7.1985 für Tip Dr./Ege-Universität Izmir Ceyhan Özgönül, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/F/11415, ausgestellt am 10.6.2003 für Dr. med. Agi Gabriella Oszvald, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060020217, ausgestellt am 7.3.2011 für Dr. med. Helga Roeber, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060011571, ausgestellt am 19.2.2009 für Alexandra Sachs, Darmstadt,

Arztausweis Nr. HS/F/13261, ausgestellt am 13.1.2006 für Dr. med. Astrid Schapfeld, Kelkheim,

Arztausweis Nr. HS/F/14953, ausgestellt am 27.3.2008 für Dr. med. Helmut Schneider, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/W/947/2007, ausgestellt am 5.11.2007 für Dr. med. Eva-Maria Schwienhorst, Beratheim,

Arztausweis Nr. HS/M/67/2007, ausgestellt am 2.5.2007 für Dr. med. Lennart Skrobek, Marburg,

Arztausweis Nr. HS/K/5602, ausgestellt am 10.7.2001 für Dr. med. Frank Uffelmann, Gemünden,

Arztausweis Nr. HS/W/914/2007, ausgestellt am 13.9.2007 für Dr. med. Markus Velthaus, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. 060010359, ausgestellt am 10.12.2008 für Professor Dr. med. Thomas Vogl, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/K/6832, ausgestellt am 16.3.2004 für Igor Weigandt, Bad Wildungen,

Arztausweis Nr. HS/M/97/2007, ausgestellt am 25.6.2008 für Katherina Wetzels, Kirchhain.

Gendiagnostikgesetz:

Erste Termine für Qualifikationsmaßnahmen

Laut Gendiagnostikgesetz (GenDG) darf ab 1. Februar 2012 die genetische Beratung nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Humangenetik oder andere Ärztinnen und Ärzte vorgenommen werden, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebietes qualifiziert haben. Die zugehörige Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) vom 1. Juli 2011 verlangt von Ärztinnen und Ärzten ohne entsprechende Weiterbildung eine zusätzliche Qualifikationsmaßnahme.

Diese Maßnahme umfasst für die „Fachgebundene genetische Beratung im Kontext vorgeburtlicher Risikoabklärung“ 8 Stunden und für die „Fachgebundene genetische Beratung“ 72 Stunden. Das Hessische Sozialministerium geht davon aus, dass entsprechende Angebote zur Erlangung eines Qualifikationsnachweises spätestens ab dem II. Quartal 2012 zur

Verfügung stehen werden. Momentan können alle Ärztinnen und Ärzte in Hessen, die vor dem 1. Februar 2012 genetische Beratungen durchgeführt haben, diese zunächst weiterhin durchführen.

Um die Qualifikation für die „Fachgebundene genetische Beratung“ zu erwerben, sind in der Richtlinie der GEKO alternative Qualifikationsmaßnahmen vorgesehen: 72-Stunden-Kurs oder Wissenskontrolle. Die Wissenskontrolle als Alternative stellt für die Dauer von fünf Jahren eine Übergangslösung dar. Die Landesärztekammer Hessen wird Sie an dieser Stelle über die geplanten Qualifikationsmaßnahmen informieren.

Termine:

siehe Seite 179 der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e.V.

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

Mittwoch, den 21. März 2012, um 18:00 Uhr

im Hause der

Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

– Dr. O. P. Schaefer-Saal –

Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt am Main

ein

BAD NAUHEIMER GESPRÄCH

Referent

**Professor Dr. iur. Christian Katzenmeier**

Direktor des Instituts für Medizinrecht der Universität zu Köln

**„Arzthaftpflicht in der Krise –
Entwicklungen, Perspektiven, Alternativen“**

Die ärztlichen Berufshaftpflichtversicherungen beklagen alarmierende Entwicklungen in der Schadensbilanz. Folge sind steigende Prämien für Ärzte und Kliniken, der Rückzug einiger Versicherer vom Markt, Berichte über fehlenden Versicherungsschutz bei Heilberuflern und Praxis-schließungen. Engpässe drohen, langfristig steht nicht weniger als die medizinische Versorgung der Bevölkerung auf dem Spiel. Professor Katzenmeier analysiert die Hintergründe der gegenwärtigen Situation und diskutiert, wie auch in Zukunft eine flächendeckende Patientenversorgung sichergestellt werden kann.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt frei!

Weitere Informationen finden Sie auf unserer neuen Website
www.bad-nauheimer-gespraech.de

Im Vogelsgesang 3,60488 Frankfurt a. M.,
 Fon: 069 766350, E-Mail: Info@bad-nauheimer-gespraech.de,
www.bad-nauheimer-gespraech.de

**Einladung zur
 10. ordentlichen Delegiertenversammlung
 der Landesärztekammer Hessen
 14. Legislaturperiode 2008 – 2013**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 10. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Legislaturperiode 2008 – 2013 lade ich Sie für

Sonnabend, den 24. März 2012, 10:00 Uhr s.t.,

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

TAGESORDNUNG

1. **Begrüßung**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Genehmigung des Beschlussprotokolls der 9. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 26. November 2011**
4. **Bericht des Präsidenten**
5. **Versorgungswerk**
 - a) Bericht des Vorstandes
 - b) Wahl der Mitglieder des Vorstandes für die Amtsperiode 2012 – 2017 gem. § 5a Abs. 3 Satz 1 und Satz 2 des Heilberufsgesetzes i.V.m. § 4a Abs. 1, Abs. 2 und Abs. 3 Satz 1-3 der Satzung
6. **Nachwahl Finanzausschuss**
7. **Nachwahl von Delegierten zum 115. Deutschen Ärztetag vom 22. – 25. Mai 2012 in Nürnberg**
8. **Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung**
– Nachwahl des Akademievorstandes
9. **Änderung der Aufwandsentschädigung für Ehrenamtliche**
10. **Änderung der Wahlsatzung**
11. **Änderung der Weiterbildungsordnung**
12. **Änderung der Prüfungsordnung für den Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz gem. § 23 Nr. 4 RöV“**
13. **Änderung der Kostensatzung**
14. **Verschiedenes**

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten.

Frankfurt am Main, den 1. Februar 2012

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

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

Delegierte zum 115. Deutschen Ärztetag vom 22. – 25. Mai 2012 in Nürnberg

Die Delegiertenversammlung hat am 26. November 2011 beschlossen, folgende Personen zum 115. Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg und zu ggf. vor dem 115. Deutschen Ärztetag stattfindenden außerordentlichen Deutschen Ärztetagen zu entsenden:

	Delegierte	Stellvertretung
Liste 1	Fachärzte Hessen 1. Dr. med. Klaus König, Eschborn 2. Dr. med. Wolf Andreas Fach, Bruchköbel 3. Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Echzell 4. Frank-Rüdiger Zimmeck, Limburg	5. Dr. med. Peter Zürner, Göttingen 6. Dr. med. Michael Weidenfeld, Wiesbaden 7. Christine Hidas, Darmstadt 8. Dr. med. Hans-Martin Hübner, Langgöns (Liste 6, NAV-Virchowbund)
Liste 3	Fachärzte 60+ 1. Dr. med. Alfred Möhrle, Frankfurt	2. Dr. med. Georg Holfelder, Frankfurt
Liste 5	Ältere Ärzte 1. Dr. med. Norbert Löschorh, Seeheim-Jugenheim	2. Dr. med. Klaus Uffelmann, Gemünden
Liste 7	Marburger Bund 1. Dr. med. Günther Golla, Darmstadt ^{*)} 2. Dr. med. Susanne Johna, Kiedrich 3. Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Frankenberg 4. PD Dr. med. Andreas Scholz, Gießen 5. Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph, Kassel	6. Dr. med. Matthias Moreth, Eschborn 7. Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg, Stadtallendorf 8. Dr. med. Lars Bodammer, Frankfurt 9. Dr. med. Christian Piper, Wiesbaden 10. Dr. med. Florian Stumpf, Fulda
Liste 8	Die Hausärzte 1. Michael Thomas Knoll, Lich 2. Michael Andor, Groß-Gerau 3. Dr. med. Detlev Steininger, Darmstadt 4. Dr. med. Edgar Reichwein, Villmar	5. Dr. med. Dieter Conrad, Neuental 6. Dr. med. Günter Haas, Lautertal 7. Erich Lickroth, Lützelbach 8. Martin Leimbeck, Braunfels
Liste 9	ÄrztINNEN Hessen 1. Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke, Frankfurt 2. Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß, Groß-Gerau	3. Monika Buchalik, Hanau 4. Dr. med. Claudia Jacobi, Groß-Gerau
Liste 10	Demokratische Ärztinnen und Ärzte 1. Dr. med. Brigitte Ende, Buseck	2. Barbara Mühlfeld, Frankfurt

^{*)} Herr Dr. Golla ist seit 1. Januar 2012 nicht mehr Mitglied der Landesärztekammer Hessen. Eine Nachwahl ist auf der Delegiertenversammlung am 24. März 2012 vorgesehen.

Fortbildung für Kinderärzte und interessierte Fachdisziplinen

Thema:

Migration & Sprache, Update für die Praxis

18. April 2012, 15:00 Uhr

im Kreistagsitzungssaal des Kreishauses in Darmstadt-Kranichstein,
Jägertorstraße 207. In Zusammenarbeit mit dem
Interkulturellen Büro und dem Pädnetz Südhessen.

Die Zertifizierung für diese Veranstaltung ist beantragt.

Weitere Informationen erhalten Sie von Gabriele Dierks,
Interkulturelles Büro Darmstadt,
Tel. 06151 133583, E-Mail: Gabriele.Dierks@darmstadt.de

6. Tag der Allgemeinmedizin

24. März 2012, Rot-Kreuz-Krankenhaus, Kassel (in der Nähe des
Bahnhofs Wilhelmshöhe) 9:00-15:00 Uhr, mit Pausen und Catering

Format: interaktive Seminare ohne Pharmasponsoring für Ärztinnen/Ärzte und
Medizinische Fachangestellte

Themen: DMP-Fortbildung (alle Module), Notfalltraining für Praxisteams, Betreuung
von Rheuma-Patienten, Antibiotika in der Hausarztpraxis, Treffen der Lehrärzte
aus dem Blockpraktikum Allgemeinmedizin, Telefontraining für MFA und andere.
Kosten: 60 Euro für Ärztinnen/Ärzte, 40 Euro für MFA/Arzthelferinnen, Auszubildende u.a.

Veranstalter: Abteilung für Allgemeinmedizin der Philipps-Universität Marburg mit
Unterstützung der Sektion Fortbildung der DEGAM und Praxisteams aus der Region.
Anmeldeformulare können unter E-Mail heuserd@staff.uni-marburg.de oder Tele-
fon 06421 2865120 angefordert werden. Aktuelle Informationen finden Sie unter
www.uni-marburg.de/fb20/allgprmed sowie bei der DEGAM: www.degam.de

Jahresabschluss der Landesärztekammer Hessen zum 31. Dezember 2010

Bilanz zum 31. Dezember 2010

Aktiva			Passiva		
	31.12.2010	31.12.2009		31.12.2010	31.12.2009
	€	€		€	€
A. Anlagevermögen			A. Eigenkapital		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände			I. Rücklagen		
1. Software	154.141,66	169.035,49	1. Betriebsmittelrücklage		
2. Geleistete Anzahlungen	0,00	28.653,36	Stand Vortrag	19.006.833,02	15.832.989,71
	154.141,66	197.688,85	Einstellung in die Betriebsmittelrücklage	19.006.833,02	15.832.989,71
II. Sachanlagen			Stand 31.12.		
1. Grundstücke und Bauten	14.647.913,33	15.213.525,35	2. Investitionsrücklage	3.500.000,00	3.500.000,00
2. Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	1.269.370,03	1.326.459,79		22.506.833,02	19.332.989,71
	15.917.283,36	16.539.985,14	B. Sonderposten für erhaltene Investitionszuschüsse	4.430.573,63	4.620.473,96
III. Finanzanlagen			C. Rückstellungen		
Beteiligungen	4.579,74	4.579,74	1. Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen	14.073.874,00	13.873.263,00
	16.076.004,76	16.742.253,73	2. Steuerrückstellungen	82.350,82	82.350,82
B. Umlaufvermögen			3. Sonstige Rückstellungen	2.191.731,93	1.835.049,64
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände				16.347.924,75	15.790.663,46
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	1.450,00	48.685,00	D. Verbindlichkeiten		
2. Forderungen gegen Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht	47.550,88	48.615,14	1. Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	2.704.109,29	2.748.187,81
3. Forderungen aus Investitionsförderung	0,00	40.750,00	2. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	663.333,99	183.691,92
4. Sonstige Vermögensgegenstände	1.006.378,07	1.072.370,53	3. Verbindlichkeiten aus Investitionsförderung	0,00	36.491,67
II. Wertpapiere	1.055.378,95	1.210.420,67	4. Sonstige Verbindlichkeiten	351.144,55	440.749,91
III. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten	14.879.272,98	16.951.730,00	(davon aus Steuern € 109.045,13; Vorjahr T€ 135)		
	14.920.903,64	8.093.428,05		3.718.587,83	3.409.121,31
	30.855.555,57	26.255.578,72	E. Rechnungsabgrenzungsposten	13.098,12	5.920,00
C. Rechnungsabgrenzungsposten	85.457,02	161.335,99		47.017.017,35	43.159.168,44
	47.017.017,35	43.159.168,44			
Treuhandvermögen	733.855,79	774.477,00	Treuhandverbindlichkeiten	733.855,79	774.477,00

Anhang 2010

I. Allgemeines

Der Jahresabschluss zum 31. Dezember 2010 ist nach den Vorschriften des HGB für mittelgroße Kapitalgesellschaften aufgestellt. Die davon abweichende Gliederung der Gewinn- und Verlustrechnung folgt dem Haushaltsplan der Körperschaft.

II. Bilanzierungs- und Bewertungsgrundsätze

Die Bilanzierung erfolgt nach freiwilliger Anwendung des BilMoG im Vorjahr unter Anwendung der durch das Bilanzrechtsmodernisierungsgesetzes (BilMoG) geänderten Rechnungslegungsvorschriften.

Die immateriellen Vermögensgegenstände und Sachanlagen sind zu Anschaffungs- bzw. Herstellungskosten (einschließlich nicht abzugsfähiger Vorsteuer) abzüglich Abschreibungen bewertet. Die planmäßigen Abschreibungen werden entsprechend der voraussichtlichen Nutzungsdauer nach der linearen Methode vorgenommen. Die Abschreibung auf Zugänge zum beweglichen Sachanlagevermögen erfolgt pro rata temporis (monatsgenau). Die Abschreibungszeiträume betragen zwischen drei und fünf Jahren bei EDV-Programmen, 30 Jahre bei den Gebäuden (Ausnahmen: Büroappartements 18 bzw. 20 Jahre, Außenanlagen des Seminargebäudes 12,5 Jahre,

Zaunanlage 12 Jahre) und drei bis 15 Jahre bei anderen Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung. Geringwertige Anlagegegenstände mit Anschaffungskosten bis zu einer Höhe von 410,00 € werden sofort abgeschrieben und ihr Abgang wird unterstellt.

Die zur Finanzierung von Sachanlagen in den Vorjahren erhaltenen öffentlichen Zuschüsse wurden in einen passiven Sonderposten eingestellt, der entsprechend der Abschreibungsdauer der bezuschussten Sachanlagen ertragswirksam aufgelöst wird.

Die Finanzanlagen wurden zu Anschaffungskosten angesetzt.

Die Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände – ausgenommen ungewisse Beitragsforderungen – sind zum Nennwert bilanziert; erkennbare Risiken sind durch Wertberichtigungen gedeckt. Ungewisse Beitragsforderungen (fehlende Selbsteinstufung) wurden mit dem durchschnittlich ausstehenden Kammerbeitrag angesetzt.

Die Wertpapiere des Umlaufvermögens sind mit ihren Anschaffungskosten bzw. dem niedrigeren Kurswert zum Bilanzstichtag angesetzt.

Die unter den aktiven und passiven Rechnungsabgrenzungsposten ausgewiesenen Beträge wurden in Höhe der vorausbezahlten Aufwendungen bzw. vereinnahmten Erträge unter Berücksichtigung der künftigen Laufzeiten der zugrunde liegenden Verträge ermittelt.

Die Rückstellungen sind nach den Regelungen des Bilanzrechtsmodernisierungsgesetzes (BilMoG) gebildet worden. Die Rückstellungen für Pensionen

Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2010

	2010	2009
	€	€
1. Kammerbeiträge	15.515.041,77	14.212.808,11
2. Zinsen und ähnliche Erträge (davon Erträge aus Abzinsung € 89.016,68; Vorjahr T€ 0)	228.855,28	422.802,87
3. Übrige Erträge	7.540.766,17	7.472.944,92
	23.284.663,22	22.108.555,90
4. Personalaufwand		
a) Löhne und Gehälter	7.578.954,98	8.101.520,28
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung (davon für Altersversorgung € 824.288,38; Vorjahr T€ 1.527)	2.269.681,62	3.002.030,93
	9.848.636,60	11.103.551,21
5. Abschreibungen für immaterielle Vermögens- gegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	933.094,94	981.097,90
6. Sonstige betriebliche Aufwendungen	9.137.111,13	8.302.028,85
7. Abschreibungen auf Finanzanlagen und auf Wertpapiere des Umlaufvermögens	47.852,02	200.380,00
8. Zinsen und ähnliche Aufwendungen	144.125,22	146.452,10
	20.110.819,91	20.733.510,06
9. Jahresüberschuss	3.173.843,31	1.375.045,84
10. Entnahme aus zweckgebundenen Mitteln	0,00	15.142,69
11. Einstellung in die Betriebsmittelrücklage	-3.173.843,31	-1.390.188,53
12. Bilanzgewinn	0,00	0,00

und ähnliche Verpflichtungen wurden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit dem steuerlichen Teilwert unter Verwendung der Richttafeln 2005G von Professor Dr. Klaus Heubeck berechnet. Dabei wurde gemäß der RückAbzinsVO der von der Deutschen Bundesbank zum 31. Dezember 2010 ermittelte Rechnungszins von 5,15 % (durchschnittlicher Marktzinssatz bei einer angenommenen Restlaufzeit von 15 Jahren) verwendet. Außerdem wurde eine Rentendynamik von 1,00 % p.a. für alle Anwärter und Rentner ab dem 1. Januar 2003 sowie von 2 % p.a. für alle Rentner nach altem Versorgungsregelwerk berücksichtigt. Für die Anwartschaftsdynamik wurde ebenfalls 2 % p.a. angesetzt.

Die Bewertung der Jubiläumsrückstellung basiert auf dem Pauschalwertverfahren gemäß BMF-Schreiben vom 29. Oktober 1993. Die gebildeten Jubiläumsrückstellungen sind mit ihrem Barwert (Abzinsungsfaktor: 5,15 % p.a.) und einer angenommenen jährlichen Kostensteigerung von 2 % angesetzt.

Die Rückstellung für die Altersteilzeit wurde wegen der zum 1. Januar 2010 ausgelaufenen gesetzlichen Förderfähigkeit gemäß § 16 Altersteilzeitgesetz nur noch für die tatsächlich abgeschlossenen Altersteilzeitverträge berechnet. Die dafür tatsächlich noch anfallenden Personalkosten bestehend aus Aufstockungsbetrag und laufender Vergütung wurden bis zum Vertragsende vorausberechnet und zurückgestellt.

Die Rückstellung für Archivierungskosten wurde unter Berücksichtigung des BilMoG und gemäß der Rückstellungsabzinsungsverordnung (RückAbzinsV) mit dem bei der Deutschen Bundesbank angegebenen Rechnungszins in Höhe von 4,86 % (Abzinsungsfaktor zum 31. Dezember 2010 bei einer Restlaufzeit von zehn Jahren) angesetzt.

Der Wertansatz der übrigen Rückstellungen berücksichtigt alle erkennbaren Risiken auf der Grundlage vorsichtiger kaufmännischer Beurteilung.

Die Verbindlichkeiten sind zu ihrem jeweiligen Erfüllungsbetrag angesetzt.

III. Angaben und Erläuterungen zur Bilanz und zur Gewinn- und Verlustrechnung

Die Zusammensetzung und Entwicklung des Anlagevermögens sind aus dem Anlagenspiegel ersichtlich.

Es besteht eine Beteiligung in Höhe von 11,1 % an der Versicherungsvermittlungsgesellschaft für ärztliche Gruppenversicherungsverträge mit beschränkter Haftung, Hannover. Das Geschäftsjahr 2010 der Gesellschaft schließt mit einem Jahresüberschuss von T€ 185, das Eigenkapital am 31. Dezember 2010 beträgt T€ 200.

Des Weiteren werden unter den Finanzanlagen zwei Geschäftsanteile an der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer in Höhe von T€ 3 ausgewiesen.

Die Forderungen gegen Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht, betreffen Gewinnansprüche aus der Beteiligung an der Versicherungsvermittlungsgesellschaft für ärztliche Gruppenversicherungsverträge mit beschränkter Haftung, Hannover.

Die sonstigen Vermögensgegenstände enthalten im Wesentlichen mit T€ 389 Beitragsforderungen, eine Forderung aus Anzeigenumsatzbeteiligung gegenüber der Leipziger Verlagsanstalt in Höhe von T€ 81 und abgegrenzte Zinsen in Höhe von T€ 9.

Auf die Wertpapiere des Umlaufvermögens wurden aufgrund gesunkener Stichtagskurse gemäß § 253 Abs. 3 Satz 1 HGB Abschreibungen von T€ 48 vorgenommen.

Die sonstigen Rückstellungen in Höhe von T€ 2.192 betreffen im Wesentlichen mit T€ 585 Rückstellungen für Prozess- und Gerichtskosten, mit T€ 535 Jubiläumsrückstellungen, mit T€ 430 Rückstellungen für Archivierung, mit T€ 200 Rückstellungen für Überstunden und nicht genommenen Urlaub sowie mit T€ 101 die Rückstellungen für Altersteilzeit.

Von dem unter den Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten ausgewiesenen Darlehen sind T€ 46 (Vorjahr T€ 44) innerhalb eines Jahres und T€ 212 (Vorjahr T€ 201) zwischen einem und fünf Jahren fällig; T€ 2.446 (Vorjahr T€ 2.503) haben eine Restlaufzeit von mehr als fünf Jahren. Das Darlehen ist nicht besichert.

Die Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen und die sonstigen Verbindlichkeiten sind innerhalb eines Jahres fällig. Für diese Verbindlichkeiten wurden keine Sicherheiten gestellt.

Die sonstigen Verbindlichkeiten betreffen u.a. mit T€ 142 den Rückerstattungsanspruch des Landes Hessen für nicht verbrauchte Mittel der Vertrauensstelle nach dem Krebsregistergesetz sowie T€ 109 Verbindlichkeiten aus Lohn- und Kirchensteuer.

Die Gesamtbeträge der sonstigen finanziellen Verpflichtungen, die nicht in der Bilanz erscheinen und auch nicht nach § 251 HGB anzugeben sind, betragen für das Jahr 2010 T€ 861 und betreffen im Wesentlichen die zukünftigen Miet- und Leasingverpflichtungen mit maximaler Laufzeit bis 2019. Darin enthalten ist eine finanzielle Verpflichtung aus einem Mietvertrag für die Zeit vom 1. Juli 2004 bis zum 30. Juni 2019 von T€ 583 p.a., die sich zum 1. Juli 2014 um 5 % p.a. erhöht.

Landesärztekammer Hessen

Die Kammerbeiträge (Erlöse) betreffen mit T€ 551 Vorjahre (2009: T€ 253). Die sonstigen betrieblichen Erträge enthalten T€ 42 (2009: T€ 99) periodenfremde Erträge.

Die sonstigen betrieblichen Aufwendungen enthalten im Berichtsjahr periodenfremden Aufwendungen in Höhe von T€ 39 (Vorjahr T€ 50).

IV. Sonstige Angaben

Im Jahr 2010 betragen die Kosten für die Prüfung des Jahresabschlusses inkl. Auslagen und Umsatzsteuer T€ 57.

Während des Geschäftsjahres 2010 waren einschließlich der Mitglieder der Geschäftsführung durchschnittlich 197 Arbeitnehmer (davon 62 Teilzeitkräfte) bei der Körperschaft beschäftigt.

Dem Präsidium (Vorstand) der Körperschaft gehörten 2010 folgende Ärztinnen und Ärzte an:

Legislaturperiode 2008 – 2013:

- Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach – Präsident – niedergelassener Arzt
- Martin Leimbeck – Vizepräsident – niedergelassener Arzt
- Michael Andor – Beisitzer – niedergelassener Arzt
- Monika Buchalik – Beisitzerin – niedergelassene Ärztin
- Dr. med. Alessandra Carella – Beisitzerin – niedergelassene Ärztin
- Dr. med. Jürgen Glatzel – Beisitzer – niedergelassener Arzt
- Dr. med. Günther Haas – Beisitzer – niedergelassener Arzt

- Frank-Rüdiger Zimmeck – Beisitzer – niedergelassener Arzt
- Dr. med. Peter Zürner – Beisitzer – angestellter Arzt

Für ihre Tätigkeit im Rechnungsjahr 2010 erhielten der Präsident und der Vizepräsident Aufwandsentschädigungen in Höhe von insgesamt T€ 110. Die Mitglieder des Präsidiums erhielten insgesamt eine Aufwandsentschädigung in Höhe von T€ 35.

An die ehemalige Präsidentin, einen ehemaligen Präsidenten und an die Witwe eines verstorbenen ehemaligen Vizepräsidenten wurden im Jahr 2010 Übergangsgelder in Höhe von T€ 32 gezahlt. Der Betrag, der für diese Personen gebildeten Rückstellungen für laufende Übergangsgelder, beläuft sich zum 31. Dezember 2010 auf T€ 3.

Der Jahresabschluss wurde unter dem Aspekt der Gewinnverwendung, in Anlehnung an den Vorschlag des Präsidiums, aufgestellt. Der Jahresabschluss wurde vollständig der Betriebsmittelrücklage zugeführt.

Frankfurt am Main, den 23. Juni 2011

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
 Martin Leimbeck
 Michael Andor
 Monika Buchalik
 Dr. med. Alessandra Carella
 Dr. med. Jürgen Glatzel
 Dr. med. Günther Haas
 Frank-Rüdiger Zimmeck
 Dr. med. Peter Zürner

Anlagenpiegel

	Bruttowerte					Bruttowerte					Nettowerte	
	Anschaffungs- oder Herstellungskosten					Abschreibungen						
	01.01.2010	Zugänge	Umbuchungen	Abgänge	31.12.2010	01.01.2010	Zugänge	Umbuchungen	Abgänge	31.12.2010	31.12.2010	31.12.2009
	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€
Immaterielle Vermögensgegenstände EDV-Programme	1.252.531,03	29.072,90	-117.970,42	0,00	1.163.633,51	1.054.850,18	72.611,09	-117.969,42	0,00	1.009.491,85	154.141,66	197.680,85
	1.252.531,03	29.072,90	-117.970,42	0,00	1.163.633,51	1.054.850,18	72.611,09	-117.969,42	0,00	1.009.491,85	154.141,66	197.680,85
Sachanlagen Grundstücke und Bauten Broßstraße Seminargebäude Akademieggebäude Gästehaus Bundesärztekammer Berlin Ringstraße	1.252.315,06	0,00	0,00	0,00	1.252.315,06	695.860,68	0,51	0,00	0,00	695.861,19	556.453,87	556.454,38
	8.531.169,72	0,00	0,00	0,00	8.531.169,72	2.156.589,41	290.433,00	0,00	0,00	2.447.022,41	6.084.147,31	6.374.580,31
	1.198.000,07	0,00	0,00	0,00	1.198.000,07	1.181.485,85	0,51	0,00	0,00	1.181.486,36	16.513,71	16.514,22
	7.606.234,11	0,00	0,00	0,00	7.606.234,11	428.380,25	246.065,00	0,00	0,00	674.445,25	6.931.788,86	7.177.853,86
	999.513,32 303.343,85	0,00 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	999.513,32 303.343,85	88.923,37 125.811,22	15.693,00 13.420,00	0,00 0,00	0,00 0,00	104.616,37 139.231,22	894.896,95 164.112,63	910.589,95 177.532,63
19.890.576,13	0,00	0,00	0,00	19.890.576,13	4.677.050,78	565.612,02	0,00	0,00	5.242.662,80	14.647.913,33	15.213.525,35	
Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	5.137.164,57	240.279,69	117.970,42	835.228,96	4.660.185,72	3.810.696,78	294.871,83	117.969,42	832.722,34	3.390.815,69	1.269.370,03	1.326.467,79
	5.137.164,57	240.279,69	117.970,42	835.228,96	4.660.185,72	3.810.696,78	294.871,83	117.969,42	832.722,34	3.390.815,69	1.269.370,03	1.326.467,79
Finanzanlagen Beteiligungen	4.579,74	0,00	0,00	0,00	4.579,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.579,74	4.579,74
	4.579,74	0,00	0,00	0,00	4.579,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.579,74	4.579,74
	26.284.851,47	269.352,59	0,00	835.228,96	25.718.975,10	9.542.597,74	933.094,94	0,00	832.722,34	9.642.970,34	16.076.004,76	16.742.253,73

Lagebericht 2010

I. Allgemeine Informationen

Die Landesärztekammer Hessen ist nach § 1 des Gesetzes über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgerechtheit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz) in der Fassung vom 24. März 2010 eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Nach § 13 Heilberufsgesetz und dem entsprechenden § 4 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995, zuletzt geändert am 1. Dezember 2008, sind Organe der Kammer

- die Delegiertenversammlung sowie
- das Präsidium.

Der Sitz der Verwaltung befindet sich in Frankfurt am Main, Im Vogelsgang 3.

In Bad Nauheim befindet sich das Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen. Die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung und die Carl-Oelemann-Schule (für Medizinische Fachangestellte) führen dort ihre Aus- und Fortbildungsveranstaltungen durch. Im „Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule“ werden die Teilnehmer der Überbetrieblichen Ausbildung beherbergt.

Die Bezirksärztekammern in Darmstadt, Frankfurt/Main, Gießen, Kassel, Marburg und Wiesbaden nehmen die dezentralen Aufgaben der Landesärztekammer nach regionalen Gesichtspunkten wahr.

Als besondere Einrichtung der Landesärztekammer Hessen mit eigener Satzung hat das Versorgungswerk die Aufgabe, für die Kammerangehörigen und ihre Hinterbliebenen Versorgungsleistungen zu gewähren, soweit sie Mitglieder des Versorgungswerkes sind.

Gemeinsames Organ der Landesärztekammer und des Versorgungswerkes ist die Delegiertenversammlung. Die Rechnungslegung des Versorgungswerkes erfolgt gesondert.

Das Heilberufsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003, zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. März 2010, sieht in § 5a die sog. Teilrechtsfähigkeit des Versorgungswerkes vor. Auf dieser Grundlage kann das Versorgungswerk im Rechtsverkehr unter eigenem Namen handeln, klagen und verklagt werden. Es verwaltet ein eigenes Vermögen, das nicht für die Verbindlichkeiten der Kammer haftet. Umgekehrt haftet auch die Kammer nicht mit ihrem Vermögen für Verbindlichkeiten des Versorgungswerkes.

II. Vermögens-, Finanz- und Ertragslage

Die durch das Bilanzrechtsmodernisierungsgesetz (BilMoG) geänderten Rechnungslegungsvorschriften wurden bereits im Vorjahr freiwillig angewendet.

Entwicklung im Geschäftsjahr und wirtschaftliche Lage

Der **Mitgliederbestand** der LÄKH hat sich im Berichtsjahr wie folgt entwickelt:

	Stand 1.1.2010	Entwicklung 2010	Stand 31.12.2010
Mitgliederbestand (Quelle: Beitragsbuchhaltung) Pflichtmitglieder	23.886	+237	24.123
Freiwillige Mitglieder	2.549	+108	2.657
Beitragsfreie Mitglieder	4.086	+250	4.336
Gesamt	30.521	+595	31.116

Das Beitragsaufkommen 2010 lag unter Berücksichtigung einer unveränderten Beitragstabelle mit T€ 14.964 um T€ 1.004 über dem Vergleichswert des Vorjahres.

Aufgrund von nachträglichen Einstufungen durch rückständige Kammermitglieder konnte daneben im Geschäftsjahr ein periodenfremder Ertrag aus Kammerbeiträgen der Vorjahre in Höhe von T€ 551 (Vorjahr T€ 253) erzielt werden.

Der von der Delegiertenversammlung in der Sitzung am 28. November 2009 auf Empfehlung des Finanzausschusses genehmigte Haushaltsvoranschlag 2010 umfasst – neben der Stellenübersicht – einen Investitionshaushalt von T€ 379 und einen Verwaltungshaushalt mit Erträgen (einschließlich Neutrale und Finanzerträge) von T€ 20.933 und Aufwendungen (einschließlich Neutrale und Finanzaufwendungen) von T€ 20.933. Dadurch ergibt sich ein geplantes ausgeglichenes Ergebnis. Tatsächlich konnte ein Jahresüberschuss von T€ 3.174 erwirtschaftet werden.

Trotz einer negativen Abweichung in der Haushaltsposition „sonstige betriebliche Aufwendungen“ in Höhe von T€ 107 aufgrund der Bildung von Rückstellungen haben folgende wesentliche Faktoren zu diesem positiven Ergebnis geführt:

- positive Planabweichung in der Haushaltsposition „Gesamterträge“ (T€ 2.291)
- positive Planabweichungen in der Haushaltsposition Personalaufwand (T€ 894)
- positive Planabweichungen in der Haushaltsposition Abschreibungen auf Sachanlagen (T€ 179).

Der Investitionshaushalt wurde im Berichtsjahr um insgesamt T€ 110 unterschritten.

Die Bilanzsumme hat sich gegenüber dem Vorjahr um T€ 3.858 erhöht. Folgende wesentliche Veränderungen von Bilanzpositionen werden festgestellt

Aktivseite:

- Reduzierung der Sachanlagen durch die Abschreibungen auf Sachanlagen
- Zunahme der flüssigen Mittel durch den positiven Cash Flow.

Passivseite:

- Ergebnisverbesserungen im Rahmen der laufenden Kammertätigkeit
- Erhöhung der Rücklagen durch den Jahresüberschuss
- Abnahme des Sonderpostens für erhaltene Investitionszuschüsse durch Abschreibung nach Fertigstellung des Gästehauses
- Erhöhung der Rückstellungen durch Anpassung der Archivierungskosten und Erhöhung des Prozesskostenrisikos
- Kurzfristige Erhöhung der Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen zum Bilanzstichtag durch Migration der Finanzbuchhaltungssoftware.

Durch den Jahresüberschuss des Berichtsjahres von T€ 3.174 erhöhten sich die Rücklagen auf T€ 22.506. Davon beträgt die Allgemeine Rücklage T€ 19.007. Die Haushalts- und Kassenordnung sieht vor, dass der regelmäßige Bedarf an Betriebsmitteln für sechs Monate gedeckt sein soll (Haushaltsansatz 2010: T€ 20.933, d.h. für sechs Monate = T€ 10.467).

Das mittel- bis langfristig gebundene Anlagevermögen von T€ 16.076 ist durch langfristig verfügbare Mittel von T€ 36.581 (Rücklagen und Pensionsrückstellungen) gedeckt. Der Anlagendeckungsgrad beträgt 218 %.

Neuaufbau des Internats der Carl-Oelemann-Schule

Der im März 2008 in Betrieb genommene Neubau wurde aus öffentlichen Fördermitteln finanziert. Davon entfielen lt. Bescheid 2,8 Mio € auf den Bund und 2,2 Mio € auf das Land Hessen. Der errechnete Eigenanteil der geplanten Projektkosten beliefen sich auf 3,5 Mio €. Das Förderverfahren des Gästehauses (Internat) der Carl-Oelemann-Schule ist noch nicht abgeschlossen, da die Prüfung des Verwendungsnachweises noch aussteht. Mitte 2010 hat der Bundesrechnungshof mit der Prüfung dieses Förderver-

fahrens durch das Bundesinstitut für Berufliche Bildung (BIBB) als Fördermittelgeber des Bundes begonnen. Es ist davon auszugehen, dass sich das BIBB bei abschließender Prüfung des Verwendungsnachweises an dem Prüfbericht des Bundesrechnungshofes orientieren wird. Eine Rückforderung von Fördermitteln durch beide Fördermittelgeber ist deshalb nicht auszuschließen. Das Risiko wurde in Form einer Rückstellung in Höhe von T€ 200 passiviert.

Treuhandvermögen, Treuhandverbindlichkeiten

In der Delegiertenversammlung am 22. November 2003 wurde die Ablösung der bisherigen Satzung der Fürsorgeeinrichtung durch die Satzung des Hilfsfonds der Landesärztekammer Hessen beschlossen. Die aktuelle Satzung ist zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten. Der Hilfsfonds ist ein vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen verwaltetes Sondervermögen. Das Sondervermögen der Fürsorgeeinrichtung wurde unter Berücksichtigung der erforderlichen Mittel in das Sondervermögen des Hilfsfonds überführt.

Neben dem Hilfsfonds bestehen noch die Sonderfürsorgefonds Gießen, Kassel und Marburg, der Fonds „Ziele der hessischen Ärzteschaft“, der Fonds „Begegnung mit der ärztlichen Jugend“, der Fonds „Allgemeinmedizin“ der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, der Fonds „Geriatrische Forschung“ sowie der „Fonds der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung“.

Die Vermögenswerte der Vertrauensstelle nach dem Krebsregistergesetz werden ebenfalls berücksichtigt. Sie sind in voller Höhe bilanziert und werden in einem separaten Haushalt ausgewiesen.

Personalbericht

Die Entwicklung des Personalbestandes in 2010 verlief im Rahmen des im Personalhaushalt für 2010 vorgesehenen Umfangs. Dazu zählten vor allem Ersatz Einstellungen für ausgeschiedene Mitarbeiter/innen.

Von den Mitarbeiter/innen der Landesärztekammer Hessen unterlagen in 2010 weniger als 10 % der Belegschaft den Tarifbedingungen für die Beschäftigten im Öffentlichen Dienst des Landes Hessen, dem ab dem 1. Januar 2010 geltenden Tarifvertrag TV-H. Für den Großteil der Belegschaft fanden die Arbeitsvertragsbedingungen des hauseigenen Regelwerkes der Landesärztekammer Hessen Anwendung.

Im Zusammenhang mit dem in 2010 stattgefundenen Wechsel in der Geschäftsführung wurden Qualifizierungsmaßnahmen für die Belegschaft befürwortet. Eine entsprechende Planung fand in 2010 statt und soll in 2011 zur Neukonzeption dieser Thematik führen.

III. Liquiditäts-, Kredit- und Einnahme-Risiken

Liquiditätsrisiko

Aufgrund schwieriger berufspolitischer Entscheidungsfindungen ist eine langfristige Liquiditätsplanung nur bedingt möglich. Daher findet nur eine kurzfristige Liquiditätsplanung statt, die aber als ausreichend angesehen wird. Die Kammer konnte im letzten Jahr ihren Verpflichtungen jederzeit nachkommen. Die Liquidität 1. Grades beträgt 76 %.

Kreditrisiko

Die einzige Verpflichtung der Kammer besteht in einem Darlehen bei der Apotheker- und Ärztebank, das im Rahmen der Finanzierung des Neubaus Seminargebäude in Bad Nauheim aufgenommen wurde und mit einem Festzinssatz getilgt wird.

Einnahmerisiko

Zur Wahrnehmung der Kameraufgaben werden in der Beitragsordnung gemäß dem Heilberufsgesetz (§§ 8+10) kostendeckende Beiträge erhoben, wodurch ein Einnahmerisiko nicht entstehen kann.

IV. Chancen und Risiken der zukünftigen Entwicklung

Aufgaben der Landesärztekammer Hessen

Vertrauensstelle nach dem Hessischen Krebsregistergesetz vom 17. Dezember 2001

Das mit Wirkung vom 22. Dezember 2001 in Kraft getretene Hessische Krebsregistergesetz verliert mit Ablauf des 31. Dezember 2011 seine Wirkung. Eine ‚Verlängerung‘ des Gesetzes mit seinen wesentlichen Bestimmungen ist sehr wahrscheinlich. In § 2 des Gesetzes ist geregelt, dass die Vertrauensstelle bei der Landesärztekammer Hessen eingerichtet wird. § 13 regelt die Kostenfrage. Ein Vertrag zur Durchführung des Krebsregistergesetzes (Vertrauensstellenvertrag) zwischen dem Land Hessen – vertreten durch das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit in Wiesbaden – und der Landesärztekammer Hessen regelt bisher nähere Einzelheiten.

Danach trägt das Land Hessen die erforderlichen, genehmigten und tatsächlich nachgewiesenen Kosten der Vertrauensstelle für die Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes. Die bisher eingestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen in einem Vertragsverhältnis mit der Landesärztekammer Hessen, das mit Bezug auf die Laufzeit des Gesetzes auf fünf Jahre befristet ist und haben Anspruch auf die nach der Dienstvereinbarung über Soziale Leistungen bei der Landesärztekammer Hessen vorgesehenen Leistungen und auch auf betriebliche Altersversorgung. Die zu erwartende ‚Verlängerung‘ des Gesetzes wird grundsätzlich zu einer Verlängerung dieses Vertragsverhältnisses für weitere fünf Jahre führen. Ob im Falle einer eventuellen späteren Änderung der gesetzlichen Grundlage und Wegfall der derzeitigen Kostenerstattung durch das Land unbeschadet des Eintretens des Befristungsgrundes Mitarbeiter aufgrund langjähriger Tätigkeit in der Vertrauensstelle trotzdem einen Anspruch auf Weiterbeschäftigung durch die LÄKH hätten, ist unklar.

Die Jahresrechnung für die Vertrauensstelle für die Zeit vom 1. Januar 2010 bis 31. Dezember 2010 wurde am 14. Mai 2011 dem Hessischen Sozialministerium erstellt. Aus dieser Abrechnung geht hervor, dass T€ 1.091 zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes verwandt wurden. Unter Berücksichtigung der zu Beginn des Jahres zugesagten und im Laufe des Jahres in Raten gezahlten Abschlagszahlungen ergab sich ein Rückerstattungsbetrag T€ 142, der mit der nächsten Abschlagszahlung des Landes Hessen verrechnet werden soll.

Ethik-Kommission:

Novellierung Medizinproduktegesetz und Arzneimittelgesetz

Aufgrund der Novellierung des Medizinproduktegesetzes (MPG), die die Richtlinie 2007/47/EG umsetzt und am 21. März 2010 in Kraft getreten ist, und der Novellierung des Arzneimittelgesetzes (AMG) in der Fassung vom 17. Juli 2009 wurde das Hessische Heilberufsgesetz mit Wirkung zum 7. April 2010 geändert.

Hierdurch wurde die Ethik-Kommission der Landesärztekammer Hessen im Bereich des AMG auch für die Rücknahme und den Widerruf ihrer zustimmenden Bewertung für klinische Prüfungen zuständig (§ 42 a Abs. 4 a AMG). Ferner kommt der Ethik-Kommission für den Bereich der Medizinprodukte eine veränderte Funktion zu. Vergleichbar der 12. Novellierung des AMG

wurde der Status der Ethik-Kommission in den §§ 20 ff. MPG dahingehend geändert, dass diese vor Beginn der klinischen Prüfung in strengen Fristen ein Votum abgeben muss. Ohne positives Votum darf ab dem 21. März 2010 keine klinische Prüfung von Medizinprodukten begonnen werden. Die Anpassung des Heilberufsgesetzes war erforderlich, damit die Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer entsprechende Voten abgeben und zurücknehmen/widerrufen kann.

Die Zuständigkeit der Ethik-Kommission richtet sich seit dem 21. März 2010 gemäß § 22 Abs. 1 Satz 1 MPG nach Landesrecht, die Registrierung beim BfArM entfällt. Durch den Verweis auf Landesrecht kommen damit nachzeitigem Stand nur noch öffentlich-rechtliche Ethik-Kommissionen in Betracht. Durch die materielle und formelle Neugestaltung wird die Stellungnahme der Ethik-Kommission damit auch in klinischen Prüfungen von Medizinprodukten zum Verwaltungsakt aufgewertet.

Das Heilberufsgesetz sieht dementsprechend eine Aufgabenübertragung sowie eine Haftungsfreistellung durch das Land auch für diese Aufgaben der Ethik-Kommission vor. Die Haftungsfreistellung setzt auch für den Bereich des Medizinproduktegesetzes voraus, dass die Landesärztekammer eine Haftpflichtversicherung zur Erfüllung von Schadensersatzverpflichtungen wegen Amtspflichtverletzungen durch die Tätigkeit ihrer Ethik-Kommission abschließt (§ 6a Abs. 4 Satz 2 HeilbG).

Des Weiteren ist eine Anpassung des öffentlich-rechtlichen Vertrages mit dem Land über die Haftungsfreistellung der im Bereich AMG und MPG übertragenen Aufgaben erforderlich. Deckungszusagen des Versicherers liegen vor. Aufgrund der verzögerten Neuausfertigung der Policen seitens des Versicherers verzögert sich der Abschluss des erweiterten Haftungsfreistellungsvertrages mit dem Land, dem die Policen als Anlagen beigelegt werden sollen. Das Land hat sich mit einem rückwirkenden In-Kraft-Treten einverstanden erklärt.

Führung von Punktekonten im Rahmen der ärztlichen Fortbildung (§ 95 d SGB V)

Im Rahmen der Fortbildungsnachweispflicht von Vertragsärzten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung meldet die LÄKH bei entsprechendem schriftlichem Einverständnis der betroffenen Ärzte, die Zahl der von ihnen erworbenen Fortbildungspunkte über regelmäßigen Datenaustausch an die KVH. Da Ärzten, die die erforderlichen Punkte nicht oder nicht fristgerecht nachweisen können, eine Honorarkürzung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und im Extremfall Verlust der Zulassung drohen, ist hier mit Rechtsstreiten von Ärzten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zu rechnen, in die auch die Landesärztekammer Hessen involviert und bei Verfahrensfehlern evtl. schadenersatzpflichtig werden könnte. Hierfür wurde eine Rückstellung gebildet.

Seit 31. Dezember 2010 müssen auch Fachärzte im Krankenhaus Fortbildungspunkte nachweisen.

Die LÄKH liefert aber keine entsprechenden Informationen direkt an Krankenhäuser, sondern bietet den betroffenen Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, selbst aktuelle Stände ihrer persönlichen Punktekonten abzurufen, auszudrucken und so gegenüber dem für sie zuständigen ärztlichen Direktor Nachweis über ihre Fortbildung zu führen. Ein konkretes quantifizierbares Verfahrensrisiko ist derzeit noch nicht einschätzbar.

Elektronischer Arztausweis

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 22. November 2008 hat die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erneut abgelehnt. Demzufolge soll der künftige Arztausweis im Checkkartenformat entweder nur als Sichtausweis dienen oder in einer zweiten Variante

zusätzlich mit einer qualifizierten Signatur ausgestattet werden. Von einer Kompatibilität zur elektronischen Gesundheitskarte wird abgesehen. Es ist beabsichtigt, die Kosten für die elektronische Variante durch die Erhebung von Gebühren zu finanzieren. Noch nicht geklärt ist, ob das nach dem Signaturgesetz notwendige Identverfahren nur durch externe Anbieter erfolgen soll, oder ob die Landesärztekammer selbst diese Dienstleistung an einem oder mehreren Standorten anbieten wird.

Risikomanagement

Ein in 2009 vom Präsidium genehmigter Projektplan mit dem Ziel, ein standardisiertes Risikofrüherkennungssystem für die Landesärztekammer Hessen zu implementieren, wurde unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Wirtschaftsprüfer umgesetzt. Das entwickelte Konzept wurde nach Beschluss der Präsidiumssitzung am 6. Oktober 2010 in die Praxis übertragen. Die Ergebnisse liegen in Form von strukturierten Dokumenten vor.

Das implementierte Risikofrüherkennungssystem berücksichtigt die wesentlichen Geschäftsbereiche der Kammer. In detaillierten Dokumenten sind unter eindeutiger Zuweisung von Verantwortlichkeiten alle Kammerbereiche und -ebenen im Rahmen der Erstellung des jährlichen Haushaltvoranschlags einbezogen. Die getroffenen Maßnahmen reichen zur Früherkennung bestandsgefährdender Risiken aus und sind geeignet, ihren Zweck zu erfüllen. Damit sind für das Berichtsjahr 2010 weder aus finanziellen Gesichtspunkten noch aus anderen Geschäftsprozessen heraus bestandsgefährdende Risiken für die Landesärztekammer erkennbar.

V. Ereignisse nach dem Bilanzstichtag

Die Delegiertenversammlung hat in ihrer Sitzung am 27. November 2010 eine Beitragssenkung um 15 % beschlossen, die ab dem 1. Januar 2011 gültig ist.

Voraussichtliche Entwicklung

Bereits mit dem Jahresabschluss 2009 wurde eine Allgemeine Rücklage in Höhe von T€ 15.833 bilanziert, die deutlich von der Soll-Rücklage laut Haushalts- und Kassenordnung abweicht. Zum Zwecke der Reduzierung sollen die kommenden Haushaltsjahre mit einem Defizit abgeschlossen werden, um durch Verlust ausgleichende Entnahmen die Allgemeine Rücklage abzuschmelzen. Aus diesem Grund hat die Delegiertenversammlung die oben genannte Beitragssenkung um 15 % beschlossen. Damit verbunden ist ein geplantes Haushaltsdefizit in Höhe von T€ 660 für das Jahr 2011. Nach den bisherigen Zahlen kann mit einem geringeren Jahresfehlbetrag als geplant gerechnet werden.

Die Strategie geplanter Haushaltsdefizite soll bis zum Erreichen der Sollrücklage fortgesetzt werden. Die Vorausschau im Rahmen des Haushaltsplanes 2011 weist für das Jahr 2012 einen Verlust in Höhe von T€ 970 aus.

Frankfurt am Main, den 23. Juni 2011

Der Finanzausschuss hat in seiner Sitzung am 24. August 2011 die Bilanz, die Gewinn- und Verlustrechnung sowie die Prüfberichte der PwC PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ausführlich beraten und der Delegiertenversammlung die Feststellung des Jahresergebnisses 2010 sowie die Entlastung des Präsidiums empfohlen.

Die Delegiertenversammlung hat am 28. September 2011 dem mit dem uneingeschränkten Prüfvermerk der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft versehenen Jahresabschluss 2010 zugestimmt. Dem Präsidium wurde ohne Gegenstimme Entlastung erteilt.

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 Praxismachfolger fortgeführt werden:

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Augenärztin/Augenarzt
Darmstadt	Kinderärztin/Kinderarzt
Darmstadt	Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Groß-Umstadt	Neurologin und Psychiaterin/Neurologe und Psychiater (Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Mühltal	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Fürth	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Landkreis Bergstraße	Neurologin und Psychiaterin/Neurologe und Psychiater (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Landkreis Bergstraße	Neurologin und Psychiaterin/Neurologe und Psychiater (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Darmstadt, Pallaswiesenstraße 174, 64293 Darmstadt** zu senden.

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt am Main-Alt-Bornheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main-Oberrad	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main-Nordend	Internistin/Internist – fachärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main	Frauenärztin/Frauenarzt
Frankfurt am Main	Kinderärztin/Kinderarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Nieder-Eschbach	Kinderärztin/Kinderarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main-Zeilshaus	Kinderärztin/Kinderarzt

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Hattersheim	Internistin/Internist – fachärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
-------------	---

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach-Innenstadt	Frauenärztin/Frauenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Offenbach-Innenstadt	Kinderärztin/Kinderarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Offenbach-Innenstadt	Orthopädin/Orthopäde
Offenbach-Innenstadt	Radiologin/Radiologe (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Birstein	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Maintal	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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

Planungsbereich Landkreis Gießen

Allendorf	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Langgöns	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Lich	Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Hohenahr	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Wetzlar	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

Marburg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Marburg	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Marburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Wetteraukreis

Kefenrod Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Gießen, Bachweg 1, 35398 Gießen** zu senden.

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Kassel

Baunatal Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Hofgeismar Chirurgin/Chirurg (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Kassel, Karthäuserstraße 7-9, 34117 Kassel** zu senden.

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Rheingau-Taunus-Kreis Anästhesistin/Anästhesist (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts, 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, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., Fon: 069 79502-604** 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.



Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

118. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Symposium der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzeschaft

Samstag, 14. April 2012, 14:00–15:30 Uhr
Museum Wiesbaden, Friedrich-Ebert-Allee 2, 65185 Wiesbaden
(gegenüber Rhein-Main-Hallen)

„Personalisierte Medizin“

Vorsitzende:

Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Berlin,
Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe, Heidelberg

Moderation:

Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Berlin, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft • **Personalisierte Medizin in der Onkologie** Prof. Dr. med. Bernd Mühlbauer, Bremen, Vorstandsmitglied der AkdÄ • **Personalisierte Medizin in der Kardiologie** Prof. Dr. med. Feraydoon Niroomand, Mülheim • **Neue Arzneimittel 2011/2012 – eine kritische Bewertung** Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe, Heidelberg, Mitglied der AkdÄ

Auskunft:

Karoline Luzar, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft,
E-Mail: karoline.luzar@akdae.de, Tel.: 030 400456-500

Am 16. März 2012, 20:00 Uhr
wird die Ärzte Charity Band

The Lickin' Boyz

„Classic Rock der letzten 40 Jahre“

auf Einladung des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt und des Universitären Centrum für Tumorerkrankungen (UCT) zugunsten der „Horst Westenberger – Frankfurter Stiftung für Krebsforschung“ ein Charity Rock Konzert veranstalten.

Eintritt: 19 Euro
Einlass: 19:00 Uhr

Der Erlös geht an die heutigen und zukünftigen Krebspatienten.

Veranstaltungsort:

Südbahnhof Musik Lokal Frankfurt – Kultlocation in Frankfurt
Diesterwegplatz, 60594 Frankfurt

Infohotline:

www.suedbahnhof.de
helmutgolke@gmx.de
Handy 0177 4704370