Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.

Hessisches Ärzteblatt

4 | 2012
April 2012
73. Jahrgang

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

- **Die Bezirksärztekammer Gießen stellt sich vor**
- **Zertifizierte Fortbildung: Update Herzrhythmusstörungen**
- **Inkretinbasierte Therapie – sinnvoll und nützlich?**
- **Bad Nauheimer Gespräch**
  Es ist nie zu spät, mit Bewegung anzufangen
- **Das Robert Koch-Institut bittet um Ihre Mithilfe**
- **Versorgungsstrukturgesetz 2012 Was ändert sich tatsächlich?**

Edvard Munch
Selbstbildnis. Zwischen Uhr und Bett, 1940-1943, Öl auf Leinwand, 149,5 x 120,5 cm

© The Munch Museum
© The Munch Museum /The Munch Ellingsen Group / VG Bild-Kunst, Bonn 2012

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, Biebertal
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

4|2012 • 73. Jahrgang

Hessisches Ärzteblatt

Editorial
Wohin mit dem Überschuss? 220

Landesärztekammer Hessen
Die Bezirksärztekammer Gießen stellt sich vor 221
Bad Nauheimer Gespräch: Es ist nie zu spät, mit Bewegung anzufangen“ 240

Fortbildung
Zertifizierte Fortbildung: Update Herzrhythmusstörungen 223
Medizinisches Kreuzworträtsel 233
Stellungnahme zum Beitrag
‚Inkretinbasierte Therapie – sinnvoll und nützlich?’ 236
Sicherheitsprobleme bei Arzneimitteln –
BfArM leitet ein Stufenplanverfahren bei mehreren Arzneimitteln ein 237
Sicherer Verordnen 238
Repetitorium Allgemeinmedizin 255

Aktuelles
Das Robert Koch-Institut bittet um Ihre Mithilfe: AGI-Sentinelpraxis werden 239

Ansichten und Einsichten
Eins für alle und gegen alles: Was mir noch alles atypisch vorkommt
am Einsatz eines Atypikums in diesen Zeiten 242
KV Hessen: Dramatischer Diabetesanstieg in Hessen 243

Parlando
Der andere Munch / Die Kritiker der Elche 244

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim 247

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim 253

Arzt- und Kassenarztrecht
Versorgungsstrukturgesetz 2012 – Was ändert sich tatsächlich? 256

Satire
Der Osterhase als Unternehmer 264

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 265

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 272

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.

Editorial

Wohin mit dem Überschuss?

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen, zum Glück trafen die ursprünglichen Annahmen eines Milliardendefizits im Gesundheitssystem für das Jahr 2011 dank der robusten wirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland – hoffen wir, dass das so bleibt – nicht zu. Stattdessen haben sich Milliardenüberschüsse angesammelt, rund 9,5 Mrd. Euro im Gesundheitsfonds und etwa weitere 10 Mrd. Euro bei den Krankenkassen[1]. Zieht man von diesen 19,5 Mrd. Euro die Rücklagen ab, die Fonds und Kassen für schlechte Zeiten bilden müssen, bleiben immer noch sieben bis acht Mrd. Euro übrig. Diese Reserven wecken selbstredend Begehrlichkeiten. Jens Spahn, der gesundheitspolitische Sprecher der CDU, ließ gegenüber der Financial Times Deutschland verlautbaren, die Koalition wolle ihren strikten Sparkurs im Gesundheitswesen beenden und daher die derzeitigen Sparmaßnahmen Ende dieses und nächsten Jahres auslaufen lassen. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten, die sich übrigens in allen mir bekannten Umfragen mehrheitlich gegen den Bahr'schen Vorschlag einer Prämienrückzahlung aussprachen, sowie der Ärzteschaft ist dies uneingeschränkt zu begrüßen. Dennoch erteilte der Bundesgesundheitsminister der Forderung der Krankenhäuser nach einer vorzeitigen Aufhebung der 0,5-prozentigen Budgetkürzung eine Absage. Die Hessische Landesregierung hingegen vertritt nach Aussagen des hessischen Sozialministers Grüttner auf Bundesebene die Position, zumindest einen angemessenen Ausgleich für die Tarifabschlüsse zu erreichen. „Die Personalkosten steigen um etwa drei Prozent, die Preise aber um höchstens 1,48 Prozent. Das ist so nicht verkraftbar", betonte der hessische Sozialminister. Angesichts der hohen Überschüsse im Gesundheitsfonds sei den Krankenkassen ein Tarifausgleich zuzumuten." Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft wird dazu etwa eine halbe Milliarde Euro benötigt, also ungefähr ein Vierzehntel des die Reserven übersteigenden Überschusses. Die Landesärztekammer Hessen unterstützt die Forderungen des hessischen Sozialministers nachdrücklich. Krankenhäuser und Ärzte sind nicht in der Lage, ihre Preise wie andere Wirtschaftsunternehmen an gestiegene Kosten anzupassen. Mittlerweile erreicht der Druck auch ein großes, seit 2006 in privater Trägerschaft befindliches, hessisches Universitätsklinikum. So ließ die Rhön AG verlautbaren, im Universitätsklinikum Gießen-Marburg (UKGM) 500 Stellen in diesem und dem kommenden Jahr abzubauen. Als Begründung führte die Geschäftsleitung an, dass allein das UKGM in diesem Jahr eine Belastung des geplanten Ergebnisses von mehr als zehn Millionen Euro durch Verschlechterung externer Rahmenbedingungen hinnehmen müsse. In einem Schreiben der Vorsitzenden der UKGM-Geschäftsführung Dr. Irmgard Stippler und des Vorstandsvorsitzenden der Rhön-Klinikum AG, Wolfgang Pföhler, an die Mitarbeiter hieß es, dass der Kostendruck wegen der anhaltenden Unterfinanzierung im Gesundheitswesen trotz guter Leistungsentwicklung auch im UKGM weiter zunehme. Die Erlösentwicklung beider Standorte werde nicht dauerhaft mit der Kostenentwicklung Schritt halten können. Das UKGM ist nun wohlgemerkt keines der kommunal geführten Krankenhäuser, sondern wird bereits seit 2006 von der privaten Rhön AG geführt. Man darf also annehmen, dass dort die rein unternehmerischen Bedingungen gut sind. Sollten die beabsichtigten Stellenstreichungen auch den ärztlichen und pflegerischen Personalschlüssel betreffen, hätte dies für die verbliebenen Kolleginnen und Kollegen beider Bereiche eine weitere Arbeitsverdichtung zur Folge. Damit erhöht sich nicht nur der Arbeitsdruck für Pflege und Ärzte über das vertretbare Maß hinaus, vielmehr steigen auch Fehlerrisiko und Fehlerzahl. Belastetes Personal, Zeitdruck und die immer kürzere Verweildauer der Patienten in Krankenhäusern erschweren zudem die Weiterbildungsmöglichkeiten für die nachwachsende Ärztegeneration.

Zeit wird jedoch nicht nur für die Weiterbildung benötigt, sondern selbstredend in erster Linie für unsere Patientinnen und Patienten. Kranke Menschen wünschen und brauchen „sprechende" Medizin, d.h. Zuwendung und Empathie. Bei allem Verständnis für die Notwendigkeit, mit den begrenzten Ressourcen im Gesundheitssystem sparsam und umsichtig umzugehen, darf daran nicht gerüttelt werden, auch wenn dafür Zeit benötigt wird. Je besser die Kommunikation zwischen Arzt und Patient verläuft, desto besser sind die Compliance des Patienten und damit der Behandlungserfolg. Letztlich erweist sich die so vermehrt für Gespräche eingesetzte Zeit auch für den Ökonomen als wirtschaftlich sinnvoll, wenn dadurch Therapiemaßnahmen eingehalten oder verschriebene Medikamente eingenommen und nicht weggeworfen werden.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

[1] *zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses*

Die Bezirksärztekammer Gießen stellt sich vor

v.l.: Dr. med. Edgar Pinkowski, Nadine Frech, Anja Wetzel-Birro, Sandina Gall, Claudia Wieckhorst

Die Wiege zur Gründung der Landesärztekammer Hessen stand in Gießen

Am 13. Dezember 1949 traten im Hörsaal der Augenklinik Gießen die Delegierten der Bezirksärztekammern Darmstadt, Frankfurt, Gießen, Kassel, Marburg und Wiesbaden zur Gründungsversammlung der Landesärztekammer Hessen zusammen. Eine neue Satzung, die Geschäfts- und Wahlordnung des eingetragenen Vereins mit Sitz in Frankfurt wurde beraten und beschlossen. Die Landesärztekammer Hessen setzte sich demnach aus sechs Bezirksärztekammern zusammen, die sich schon 1945 nach dem Zusammenbruch aus den alten ärztlichen Bezirksvereinigungen gebildet hatten und für ihren Kammerbereich die Funktionsnachfolge der Reichsärztekammer antraten. Es wurde entschieden, dass die Satzung der Bezirksärztekammern nicht in Opposition zu der Landesärztekammer stehen dürfe. Es dauerte noch bis 1956, bis die Landesärztekammer Hessen den Status einer Körperschaft öffentlichen Rechtes erreichen konnte. Es ist im Interesse der Volksgesundheit bestimmte Aufgaben und Besonderheiten, die sich aus dem ärztlichen Beruf heraus begeben, auf Institutionen zu übertragen, die nicht Organe des Staates selbst sind, sondern die von den Berufen selbst verwaltet werden – so die Begründung seinerzeit. Heute sind die Bezirksärztekammern unselbständige Untergliederungen der Landesärztekammer Hessen.

Den Vorsitz der Bezirksärztekammer Gießen übten aus

1945 – 1958	Dr. med. Walter Malech
1958 – 1972	Dr. med. Viktor Beckmann
1972 – 1996	Dr. med. Horst-Erich Heldt
1996 – 2004	Dr. med. Brigitte Ende
seit 2004	Dr. med. Edgar Pinkowski.

Der Start der Bezirksärztekammer Gießen war somit auch im Jahre 1945 – leider lässt sich aus den noch vorhandenen Unterlagen nicht mehr nachvollziehen, von wo aus die Arbeit in den Jahren 1945 bis 1956 erledigt wurde.

Die Bezirksärztekammer Gießen mietete im Jahr 1956 im Seltersweg in Gießen Räume an. In den 80er Jahren befanden sich die Räumlichkeiten im Haus der Kassenärztlichen Vereinigung Gießen in der Eichgärtenallee 6.
Das Jahr 1984 war sehr schwierig, wurden doch die Räumlichkeiten durch einen Brand im Hause der KV Gießen derart in Mitleidenschaft gezogen, dass ein Umzug in das Nachbargebäude der KV in die Eichgärtenallee 8 erfolgen musste.
Nachdem die KV Gießen Eigenbedarf für das Haus Eichgärtenallee 8 angemeldet hatte, erfolgte dann 2002 der Umzug in die Georg-Schlosser-Straße 6a. Diese genutzten Büroräume bieten innerstädtisch einen optimalen Standort und sind von außerhalb sehr gut mit Bus und Bahn erreichbar.

Die Aufgaben der Bezirksärztekammer Gießen

Der Servicegedanke hat für uns einen besonders hohen Stellenwert. Zu den Haupt-

Landesärztekammer Hessen

aufgaben zählen, wie in allen anderen Bezirksärztekammern u.a. das ärztliche Meldewesen, das Ausbildungswesen der Medizinischen Fachangestellten, die Organisation von ärztlichen Fortbildungen und die Beratung der Bürger und Kollegen auf spezielle Anfragen. Hierzu gehören auch Schlichtungen bei Streitigkeiten von Ärzten untereinander, die berufsrechtliche Überwachung (Berufsordnung hessische Heilberufsgesetz), Zusammenarbeit mit anderen Behörden und Institutionen, sowie die Bearbeitung von Patientenbeschwerden.

Seit 2008 wird der neue Arztausweis (Scheckkartenformat) zentral für ganz Hessen in der Bezirksärztekammer Gießen erstellt. Nach anfänglichen Anlaufschwierigkeiten und längeren Wartezeiten wegen des großen Interesses, kann der Ausweis nun in der Regel innerhalb einer Woche nach Antragseingang zugestellt werden. Mittlerweile haben **12.576 Mitglieder** (Stand 31. Dezember 2011) ihren neuen Arztausweis von uns erhalten. Gelegentlich suchen uns Kolleg/innen von weiter außerhalb persönlich auf, die z.B. wegen eines Auslandaufenthaltes eine sofortige Ausstellung des Arztausweises benötigen; diesen Sonderservice bieten wir in begründeten Fällen gerne an.

Als Besonderheit wird das Ausbildungswesen zur MFA für die Bezirksärztekammer Gießen durch Sandina Gall, von ihrem Arbeitsplatz in Frankfurt, bearbeitet.

Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für unsere Mitglieder unter der Leitung von Dr. med. Winfried Hoerster – ca. 25/Jahr – erfreuen sich großer Beliebtheit und werden von allen Fachrichtungen gerne ausgerichtet. Diese häufig in Kooperation mit der Ärzteschaft der Uniklinik Gießen und Krankenhäusern der Umgebung durchgeführten Veranstaltungen dienen auch der besseren Kommunikation und Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgungsebene.

Am Jahresanfang begrüßen wir die neuen Mitglieder der Bezirksärztekammer Gießen in einer Informationsveranstaltung und geben ihnen damit die Möglichkeit, die leitenden Personen der Bezirksärztekammer, Abteilungen der Landesärztekammer Hessen (Weiterbildung, Recht) und des Versorgungswerkes kennen zu lernen. Viele Fragen können vor Ort beantwortet werden und die Aufgaben der Ärztekammer werden den neuen Kolleginnen und Kollegen erläutert.

Der Zuständigkeitsbereich der Bezirksärztekammer Gießen umfasst die Stadt und den Landkreis Gießen, den Lahn-Dill-Kreis, den Vogelsbergkreis, den Wetteraukreis sowie Teile des Altkreises Marburg-Biedenkopf. Es werden **4.777 Mitglieder** (Stand 31. Dezember 2011) betreut.

Das Team der Bezirksärztekammer Gießen setzt sich zusammen aus dem Vorsitzenden Dr. med. Edgar Pinkowski, seinem Stellvertreter PD Dr. med. Andreas Scholz, Nadine Frech (Sekretariat/Sachbearbeitung), Anja Wetzel-Birro (Sachbearbeitung Arztausweis), Claudia Wieckhorst (Sachbearbeitung Meldewesen), Sandina Gall (Sachbearbeitung MFA). Dr. med. Winfried Hoerster unterstützt uns intensiv seit vielen Jahren als Fortbildungsbeauftragter. Dr. med. Hans-Martin Hübner, Peter Laß-Tegethoff und Michael Waldeck komplettieren als Beisitzer den Vorstand.

Der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen gehören aus unserem Zuständigkeitsbereich folgende Delegierte an

Dr. med. Lars Bodammer
Dr. med. Brigitte Ende
Dr. med. Hans-Martin Hübner
Michael Thomas Knoll
Peter Laß-Tegethoff
Martin Leimbeck
Dr. med. Edgar Pinkowski
Dr. med. Michael Repschläger
PD Dr. med. Andreas Scholz
Michael Waldeck

Unsere Kontaktdaten
Bezirksärztekammer Gießen
Georg-Schlosser-Straße 6a
35390 Gießen
Fon: 0641 94381-0, Fax: 0641 94381-41
E-Mail: bezaek.giessen@laekh.de
Homepage: www.laekh.de

Dr. med. Edgar Pinkowski
Vorsitzender der
Bezirksärztekammer Gießen

Zertifizierte Fortbildung VNR 27606020120403700003

Update Herzrhythmusstörungen

K.R.J. Chun, B. Schmidt, B. Schulte-Hahn, S. Bordignon, B. Nowak
CCB, Cardioangiologisches Centrum Bethanien
Markus-Krankenhaus

Einleitung

Die Herzrhythmusstörungen bestehen aus Bradykardien und Tachykardien. Bradykardien sind Folge einer gestörten Impulsbildung oder einer gestörten Erregungsleitung, Tachykardien resultieren im Wesentlichen aus ektoper Impulsbildung oder kreisender Erregung („Reentry"). Bei jeder Herzrhythmusstörung müssen etwaige reversible sekundäre Ursachen wie z.B. Elektrolytstörungen, endokrine Störungen, Ischämien, Infektionen oder Intoxikationen/Überdosierungen ausgeschlossen werden, bzw. primär behandelt werden. Das 12-Kanal-EKG stellt unverändert die Basis für die Diagnosefindung dar. Darüber hinaus spielen das Langzeit-EKG sowie externe und implantierbare Eventrekorder eine zunehmende Rolle.

Bradykarde Rhythmusstörungen

Bradykardien sind Folge einer gestörten Impulsbildung oder einer gestörten Erregungsleitung. Die beiden großen Gruppen der Bradykardien sind das Sinusknotensyndrom (Sick Sinus Syndrom, SSS) und die atrioventrikulären Blockierungen. Letztere können im AV-Knoten, im His-Bündel oder innerhalb des faszikulären Leitungssystems auftreten. Spezielle Beachtung verdient die Kombination Vorhofflimmern und AV-Blockierung, da hier das Ausmaß der Blockierung nicht direkt sichtbar ist. Medikamente spielen nur in der Akuttherapie von Bradykardien eine Rolle. Daher stellt sich immer die Frage nach einer Schrittmacherindikation. Hierzu sind die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie aus dem Jahr 2005 unverändert aktuell [1]. Darüber hinaus existieren Leitlinien der European Society of Cardiology aus dem Jahr 2007 mit ausführlichem deutschen Kommentar [2]. Gravierende Unterschiede existieren zwischen diesen Leitlinien nicht, sie liegen mehr im Detail wie z.B. in unterschiedlichen Empfehlungsstärken.

Sinusknotensyndrom

Unter diesem Begriff werden inadäquate Sinusbradykardien, der Sinusknotenstillstand, sinuatriale Blockierungen und die chronotrope Inkompetenz zusammengefasst. Letztere wird als belastungsinduzierte Maximalfrequenz unter 100-110/min definiert. Das Sinusknotensyndrom beeinträchtigt die Prognose der Patienten nicht. Liegen Frequenzen unter 40/min oder Pausen ›3 s vor, ist die Schrittmacherindikation streng symptomorientiert zu stellen (Abb. 1). Bei asymptomatischen Patienten besteht daher in aller Regel keine Schrittmacherindikation. Sinusknotenfunktionsstörungen können auch in Kombination mit paroxysmalem Vorhofflimmern als Bradykardie-Tachykardie-Syndrom auftreten. Hierbei kann die Sinusknotenfunktionsstörung durch eine medikamentöse Therapie des Vorhofflimmerns häufig verstärkt werden.

Atrioventrikuläre Leitungsstörungen

Da AV-Blockierungen die Prognose der Patienten verschlechtern, wird hier zwischen einer symptomatischen und einer prognostischen Schrittmacherindikation unterschieden. Sofern Patienten durch einen AV-Block zweiten oder dritten Grades symptomatisch sind, ist in der Regel eine Schrittmacherindikation gegeben.
Eine prognostische Indikation ist bei folgenden Konstellationen gegeben: Permanenter AV-Block III. Grades, sowie bei häufigen intermittierenden AV-Blockierungen III. Grades oder II. Grades vom Mobitz Typ II mit 2:1 oder höhergradiger Blockierung mit breitem QRS-Komplex. Bei einem ventrikulären Ersatzrhythmus mit breitem QRS-Komplex (›120 ms) besteht in der Regel ein intra- oder infrahissärer Block mit ungünstiger Prognose (Abb. 2). Demgegenüber entspricht ein Ersatzrhythmus mit schmalem QRS-Komplex meist einer proximalen, prognostisch günstigen Blockierung. Bleibt ein AV-Block mit schmalem QRS-Komplex auch unter Belastung bestehen, sollte die Schrittmacherimplantation erfolgen.
Generell ist bei einer bedeutsamen kardialen Grunderkrankung, wie bei einge-

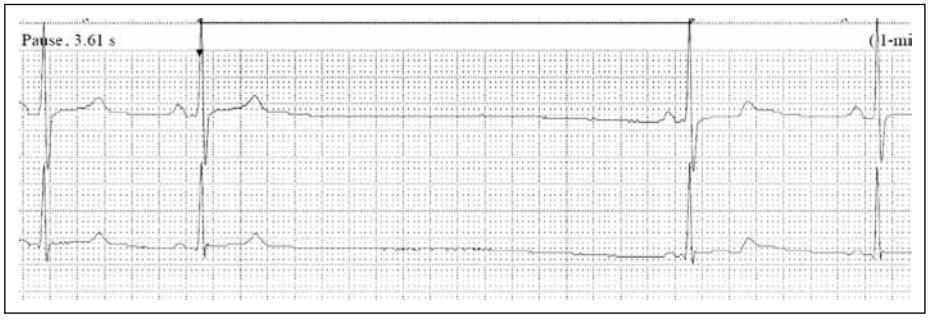


Abbildung 1: Intermittierender Sinusarrest mit einer Pause von 3,6 s. Da der Patient asymptomatisch ist, besteht keine Schrittmacherindikation.

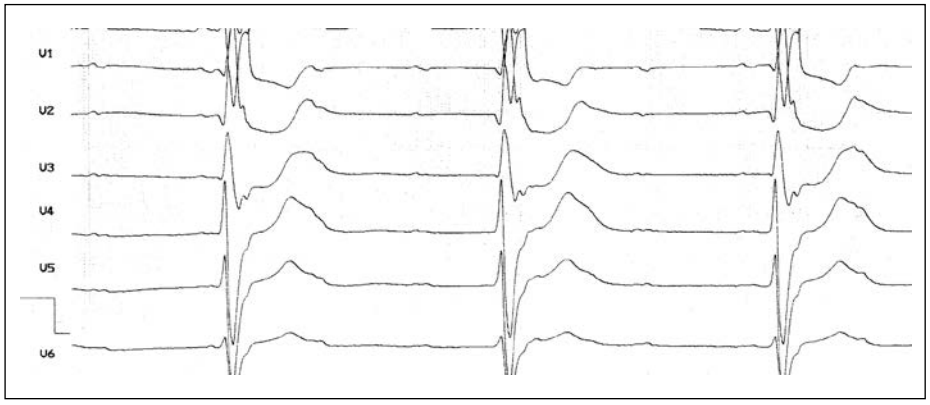


Abbildung 2: AV-Block III. Grades, Ersatzrhythmus mit breitem QRS-Komplex.

schränkter linksventrikulärer Pumpfunktion, die Schrittmacherindikation eher gegeben, als bei herzgesunden Patienten. Besteht bei Patienten mit eingeschränkter linksventrikulärer Funktion ein zu erwartender häufiger Stimulationsbedarf, muss primär die Implantation eines biventrikulären Schrittmachers überdacht werden. Damit kann eine Desynchronisation durch die rechtsventrikuläre Stimulation eines konventionellen Aggregates vermieden werden.

Bei asymptomatischen herzgesunden Patienten, können nachts oder aus der Sinusbradykardie heraus einzelne Phasen höhergradiger AV-Blockierungen auftreten, ohne dass diese eine Schrittmacherindikation darstellen. Dies gilt in besonderem Maße für ausdauertrainierte Patienten.

Bradyarrhythmie bei Vorhofflimmern

Bradyarrhythmien bei Vorhofflimmern sind durch AV-Blockierungen bedingt. Da die AV-Überleitung, anders als bei Sinusrhythmus, nicht direkt beurteilt werden kann, helfen hier indirekt Parameter weiter. Analog zum AV-Block bei Sinusrhythmus muss auch bei der Bradyarrhythmie bei Vorhofflimmern zwischen einer symptomatischen und einer prognostischen Schrittmacherindikation unterschieden werden.

Eine symptomatische Bradyarrhythmie mit langsamer Kammerfrequenz (‹40/min), oder langen Pausen (tags ›3 s, nachts ›4 s) stellt eine Schrittmacherindikation dar. Dies gilt auch unter Beibehaltung einer erforderlichen bradykardisierenden Medikation. Die Kammerfrequenz bezieht sich hierbei auf die Frequenz pro Minute und nicht auf einzelne langsame Aktionen.

Die prognostische Indikation bei asymptomatischen Patienten stützt sich auf den indirekten Nachweis einer höhergradigen AV-Blockierung. Eine langsame regelmäßige Kammerfrequenz mit Frequenzschwankungen ‹10 % weißt auf einen kompletten AV-Block hin. Bei langsamer unregelmäßiger Kammerfrequenz ist von einer instabilen AV-Leitung auszugehen. Genauso wie bei Sinusrhythmus weist ein ventrikulärer Ersatzrhythmus mit breitem QRS-Komplex (›120 ms) auf einen infrahissären Block mit ungünstiger Prognose hin (Abb. 3). Eine prognostische Klasse I Schrittmacherindikation besteht daher bei asymptomatischen Patienten mit langsamer regelmäßiger Kammerfrequenz und breiten QRS-Komplexen. Eine Klasse IIa Indikation besteht bei Vorhofflimmern mit langsamer unregelmäßiger Kammerfrequenz (‹40/min) oder langen Pausen (tags ›3 s, nachts ›4 s) und breiten QRS-Komplexen, sowie bei Vorhofflimmern mit anhaltend langsamer regelmäßiger Kammerfrequenz und schmalen QRS-Komplexen, insbesondere bei kardialer Grunderkrankung.

Supraventrikuläre Tachykardien

Die Herzvorhöfe sind Ursprungsort oder kritischer Bestandteil des Reentry-Kreises aller supraventrikulärer Tachykardien (SVT). Zu der Gruppe der SVT werden die atrialen Tachykardien (AT), das Vorhofflattern und die atrio-ventrikulären Reentrytachykardien (AV(N)RT) gezählt. Das Vorhofflimmern (VHF) ist zwar ebenfalls eine SVT, wird aber in einem gesonderten Kapitel behandelt.

In aller Regel handelt es sich bei SVT um Schmalkomplextachykardien mit einer Herzfrequenz ›100/min. In Ausnahmefällen kann ein breiter QRS-Komplex vorliegen, der die Unterscheidung von einer ventrikulären Tachykardie erschwert (aberrante Überleitung oder antidrome Leitung über eine akzessorische Leitungsbahn).

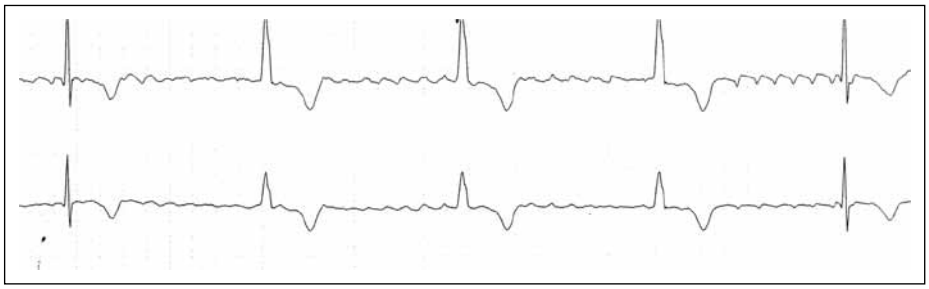


Abbildung 3: Vorhofflimmern mit langsamer regelmäßiger Kammerfrequenz und intermittierend breitem QRS-Komplex. Dieser Befund stellt auch bei einem asymptomatischen Patienten eine Schrittmacherindikation dar.

Diagnosestellung

Die Symptome der unterschiedlichen SVT sind mannigfaltig und unspezifisch. Daraus ergibt sich, dass die Anamnese zwar richtungsweisend sein kann, aber keine spezifische Diagnose zulässt. Ziel der diagnostischen Bemühungen sollte daher sein, ein Anfalls-EKG zu dokumentieren. Hierzu stehen neben dem klassischen 12-Kanal-EKG, 24h-Langzeit-EKG und externe Ereignisrekorder zur Verfügung. Im Einzelfall kann sogar die subkutane Implantation eines Looprekorders gerechtfertigt sein, der eine lückenlose Rhythmusüberwachung über bis zu drei Jahren ermöglicht.

Bei Vorliegen der Arrhythmie („im Anfall“) sind aus differentialdiagnostischen Gründen die Demaskierung von P-Wellen und deren zeitliches Verhältnis zum QRS-Komplex essenziell. Hieraus ergeben sich kritische Infomationen über die elektrische Erregung der Vorhöfe. Dazu muss versucht werden, die AV-Überleitung zu bremsen bzw. kurzfristig zu blockieren. Neben nicht-pharmakologischen Maßnahmen wie Valsalva-Manövern oder dem Trinken kalter Flüssigkeit steht Adenosin (Adrekar®) als Mittel der ersten Wahl zur Verfügung. Adenosin ist ein sehr kurz wirksames Mittel, das für Sekunden eine komplette AV-Blockierung hervorruft. Es sollte – während EKG-Dokumentation – in einer Dosis von 6-18 mg als Bolusinjektion verabreicht werden. Wichtig ist die vorherige Information des Patienten über etwaige Atemnot (Bronchospasmus), Angina pectoris und/oder kurzzeitige Asystolie. Bei Beachtung von Kontraindikationen (obstruktive Atemwegserkrankung) ist Adenosin ein sicheres und effizientes Pharmakon zur Terminierung von SVT (Abb. 4), bedarf aber der Verfügbarkeit von Notfallmedikamenten, eines Defibrillator und geschultem ärztlichen Personal [3].

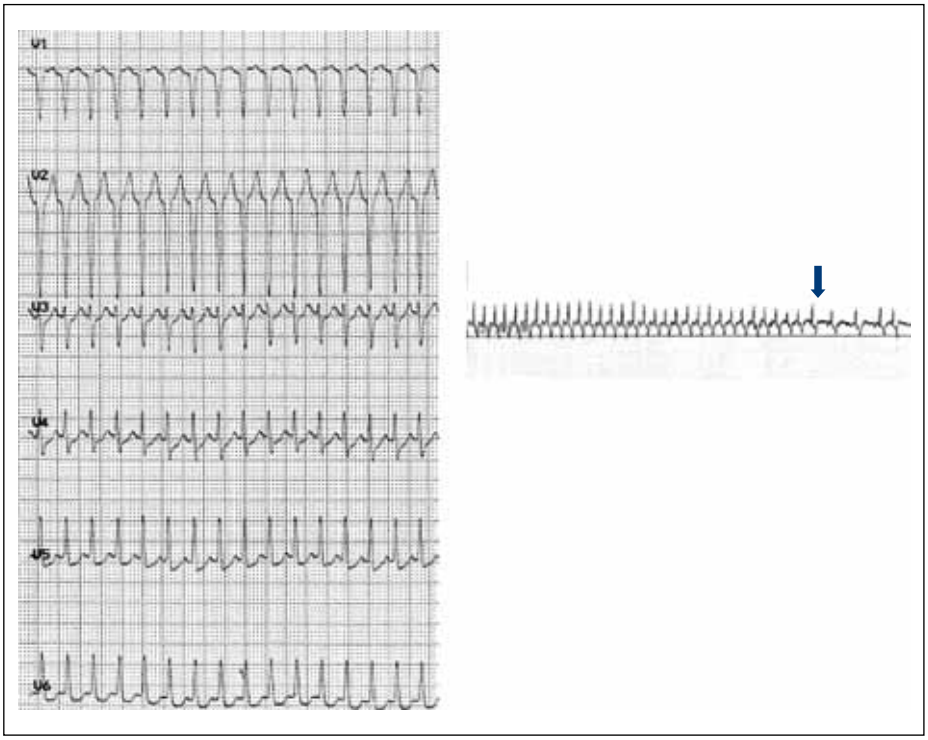


Abbildung 4: Schmalkomplextachykardie ohne erkennbare P Wellen im Sinne einer AV Knoten-Reentrytachykardie und Terminierung in Sinusrhythmus mit Hilfe von Adenosin (i.v.).

Atrio-ventrikulo-nodale-Reentrytachykardie (AVNRT)

Die AVNRT ist die häufigste Form der anfallsartigen, regelmäßigen Schmalkomplextachykardien und betrifft häufiger Frauen als Männer [4]. Pathophysiologische Grundlage ist eine duale AV-Knotenleitungseigenschaft mit einer langsam und einer schnell leitenden Bahn im AV-Knoten mit unterschiedlichen Refraktärzeiten. Durch Extrasystolen kommt es zur Induktion der Reentrytachykardie mit Herzfrequenzen zwischen 140 und 220 min^{-1}. Typischerweise ist im EKG keine P-Welle zu erkennen, da Vorhof- und Kammererregung zeitgleich stattfinden und die P-Welle im QRS-Komplex verschwindet. Ursächlich ist die retrograde Erregung der Vorhöfe über die schnelle AV-Knotenleitung. Manchmal findet sich als Zeichen dieser retrograden Vorhoferregung ein Pseudo r’ in V1. Bei Vorliegen einer atypischen AVNRT findet der Reentrymechanismus umgekehrt statt, d.h. der Impuls wird auf der schnellen Leitungsbahn auf die Ventrikel geleitet und benutzt die langsame Leitung für die retrograde Vorhoferregung. Daher findet sich im Tachykardie-EKG zwischen den QRS-Komplexen eine negative P-Welle in den inferioren Ableitungen.

Therapie der Wahl (Klasse I, Level of Evidence B) ist die Katheterablation im Sinne einer Modulation/Ablation der langsamen AV-Knotenleitungsbahn mit einer Erfolgsrate >95 %. Das Risiko für die Notwendigkeit einer Herzschrittmacher-Implantation infolge einer solchen Ablation liegt bei <1 % in erfahrenen Zentren.

AV-Reentrytachykardie (AVRT)

Zur Entstehung einer AVRT bedarf es einer zusätzlichen (akzessorischen) Leitungsbahn. Diese kann ante- und retrograd elektrisch leiten. Im Falle einer antegraden Leitung entsteht im Oberflächen-EKG

eine sog. Präexzitation im Sinne einer δ-Welle. Die Kombination aus anfallsartigem Herzrasen mit paroxysmalen Schmalkomplextachykardien und einer Präexzitation im Ruhe-EKG nennt man Wolff-Parkinson-White Syndrom (WPW-Syndrom).

Ursächlich ist eine Reentrytachykardie mit einer antegraden Errregung der Ventrikel über das spezifische Reizleitungssystem und einer retrograden Erregung der Vorhöfe über die akzessorische Leitungsbahn. Es entsteht eine Tachykardie mit schmalem QRS-Komplex und meist sichtbarer negativer P-Welle in einem Abstand von ≥ 80 ms nach dem QRS-Komplex (orthodrome Tachykardie). Bei umgekehrter Erregungsausbreitung entsteht eine antidrome Tachykardie mit breitem QRS-Komplex.
Die akzessorische Leitungsbahn kann auch nur retrograde Leitungseigenschaften aufweisen (= verborgenes WPW) und ist dadurch mittels Ruhe-EKG nicht zu diagnostizieren.
Bei Vorliegen einer antegrad leitenden akzessorischen Leitungsbahn und Vorhofflimmern kann es zu einer sehr schnellen und irregulären Erregung der Ventrikel mit Risiko für die Entstehung von Kammerflimmern kommen. Im EKG zeigt sich die als unregelmäßige Breitkomplextachykardie („fast, broad, irregular“; FBI; Abb. 5). Das Risiko am plötzlichen Herztod zu versterben liegt bei Patienten mit WPW-Syndrom zwischen 0,15 und 0,39 % [4].

Als Sonderformen von AVRT gibt es noch Tachykardien über nodo-faszikuläre Behnen (Mahaim-Fasern), die typischerweise eine Linksschenkelblock-Morphologie aufweisen.
Therapie der Wahl bei WPW-Syndrom ist die Katheterablation (Klasse I, B). Diese kann mit sehr hohem Erfolg und niedrigem Risiko durchgeführt werden.

Abbildung 5: Fast, broad, irregular (FBI). Tachykard übergeleitetes VHF über eine links gelegene akzessorische Leitungsbahn bei WPW-Syndrom.

Typisches Vorhofflattern

Typisches Vorhofflattern ist eine Makro-Reentrytachykardie im rechten Vorhof. Bei Erregungsausbreitung gegen den Uhrzeigersinn um die Trikuspidalklappe entstehen negative Flatterwellen in den Ableitungen II, III und aVF („Sägezähne“ Abb. 6). Bei Erregungsausbreitung im Uhrzeigersinn sind die Flatterwellen in den inferioren Ableitungen positiv, jedoch

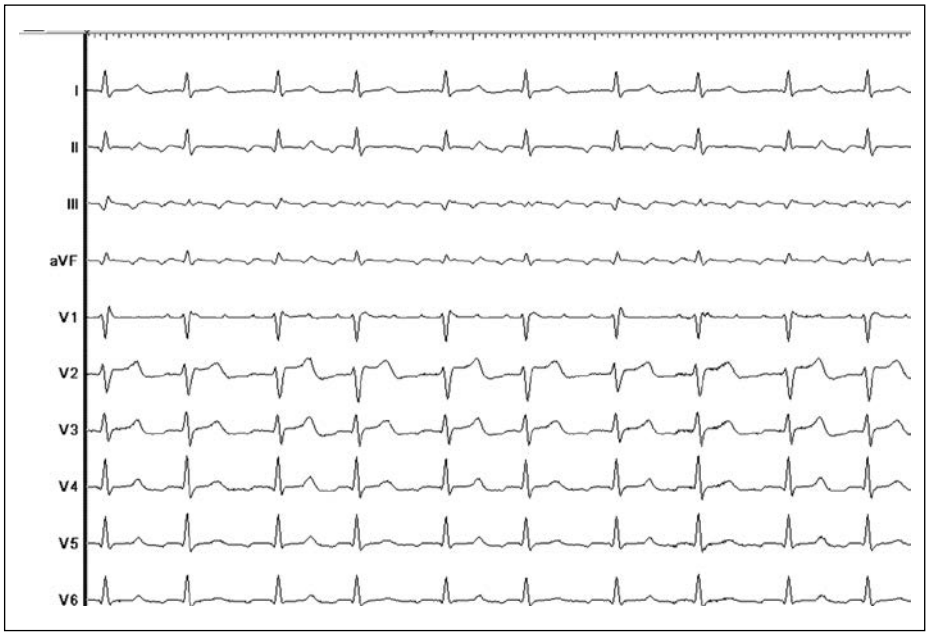


Abbildung 6: Typisches Vorhofflattern mit 3:1 Überleitung.

in V1 negativ. Während die Vorhoffrequenz zwischen 250-350 min^{-1} liegt, hängt die Kammerfrequenz von den Leitungseigenschaften des AV-Knotens ab. Typisch ist eine 2:1 Überleitung mit Herzfrequenzen von 140-150 min^{-1}. Hierbei kann die Abgrenzung der Flatterwellen vom QRS-Komplex oder der T-Welle schwierig sein. Zur Diagnosestellung kann dann ebenfalls Adenosin herangezogen werden.

Es ist zu beachten, dass Vorhofflattern mit 2:1 Überleitung einen rhythmologischen Notfall darstellt, da bei zusätzlich positiv dromotroper Stimulation (Katecholamine) eine 1:1 Überleitung mit akuter Kreislaufinsuffizienz entstehen kann.

Das Rezidivrisiko von Vorhofflattern nach Elektrokardioversion liegt selbst unter Rezidivprophylaxe mit Amiodaron bei ca. 30 % [5]. Die Katheterablation mit linearer Läsion zwischen Trikuspidalklappe und unterer Hohlvene (kavo-trikuspidaler Isthmus) ist die überlegene invasive Alternative mit einem Rezidivrisiko von ca. 4 %. Aus Sicht der Leitlinien ist daher die Katheterablation auch als first-line Therapie gerechtfertigt (Klasse II, A; [4]).

Atriale Tachykardien

Atriale Tachykardien (AT) werden unterteilt in nicht-anhaltende (‹ 30 s) und anhaltende AT (› 30 s). Als Pathomechanismus sind fokale (ektope) AT, Mikroreentry AT und Makroreentry AT bekannt. Fokale AT sind selten und treten meist bei Patienten mit struktureller Herzerkrankung auf. Im EKG zeigt sich häufig eine 1:1 Überleitung mit normalem oder verlängertem PQ-Intervall. Die P-Wellen Morphologie wird durch den Ursprungsort der AT determiniert und hilft bei der Planung einer eventuellen Katheterablation. Es gibt keine großen randomisierten Studien zur Therapie von AT. Akut kann neben der Gabe von bradykardisierenden Substanzen ebenfalls Adenosin appliziert werden. Zur Sekundärprophylaxe können spezifische Antiarrhythmika eingesetzt werden. Eine sehr effektive Alternative mit hohen Erfolgsraten stellt die Katheterablation dar. Dies trifft insbesondere auf die Ablation von AT nach vorausgegangenen VHF Ablationen zu. Hierbei kann es infolge inkompletter linearer Läsionen oder Veränderungen des myokardialen Substrates zu AT kommen, die quasi nur durch eine zweite Ablation kuriert werden können [6,7].

Vorhofflimmern

Vorhofflimmern (VHF) ist weltweit die häufigste Herzrhythmusstörung mit einer Prävalenz von ca. 1 %. Im Folgenden sollen die therapeutischen Optionen zur Rhythmustherapie beleuchtet werden. Auf die Thrombembolieprophylaxe wird nicht eingegangen.

VHF ist im EKG an fehlenden P-Wellen und unregelmäßigen QRS-Abständen erkennbar (absolute Arryhthmie). Es werden anfallsartige Formen (paroxysmales VHF, Dauer ‹ 7 Tage) und andauernde Formen (persistierendes VHF; Dauer › 7 Tage bis ein Jahr) differenziert [8].

Akuttherapie

Bei der Akuttherapie von VHF entscheidet die Schwere der Symptome über die Therapiestrategie. Wird zunächst eine Frequenzkontrolle angestrebt, sollten Betablocker oder Verapamil intravenös appliziert werden, mit dem Ziel eine Herzfrequenz zwischen 80-100 min^{-1} zu erreichen.
Zur akuten Rhythmuskontrolle stehen neben der Elektrokardioversion spezifische Antiarrhythmika zur Verfügung. Bei Patienten ohne strukturelle Herzerkrankung stellt die intravenöse Gabe von Flecainid oder Propafenon die bevorzugte Alternative dar (Klasse 1, A; [9]). Liegt eine strukturelle Herzerkrankung vor, sollte Amiodaron intravenös gegeben werden (Klasse 1, A; [10]). In 2011 wurde außerdem Vernakalant für die chemische Konversion von kürzlich (‹ 7 Tage) aufgetretenem VHF zugelassen. Erste Studien zeigten einen sehr raschen Wirkungseintritt mit einer Konversionsrate von 52 % innerhalb von 90 Minuten [11,12]. Damit ist es durchaus mit der Wirksamkeit von Flecainid vergleichbar bei jedoch deutlich höheren Kosten.

Rezidivprophylaxe

Bei der Behandlung von VHF werden zwei Strategien unterschieden: Frequenz- und

Rhythmuskontrolle. Während erstere eine Symptomkontrolle durch bradykardisierende Substanzen anstrebt, zielt letztere auf die Wiederherstellung des Sinusrhythmus. Hinsichtlich der Prognose ist keine der beiden Therapien überlegen [13]. Andererseits zeigen post-hoc Analysen den Erhalt des Sinusrhythmus als eindeutigen Prädiktor für eine geringere Mortalität an [14]. Dieser Vorteil wird jedoch durch die negativen Einflüsse der spezifischen Antiarrhythmika vollends aufgebraucht. Eine Ausnahme scheint Dronedaron zu spielen, das bei Patienten mit paroxysmalem VHF zu einer verminderten Hospitalisationsrate und kardiovaskulären Mortalität führt, jedoch durch erhebliche Anwendungsbeschränkungen im klinischen Einsatz limitiert ist [15]. Bei Patienten mit chronischem VHF darf es gar nicht angewendet werden, da eine erhöhte Rate unerwünschter Ereignisse aufgetreten ist [16].

Als nicht medikamentöse Alternative steht die Katheterablation von VHF zur Verfügung. In mehreren Studien konnte die Überlegenheit der Katheterablation gegenüber einer antiarrhythmischen Therapie hinsichtlich der VHF Rezidivfreiheit belegt werden [17,18,19]. Insbesondere bei Patienten mit paroxysmalem VHF kann auch im Langzeitverlauf über fünf Jahre in ca. 80 % der Patienten ein Sinusrhythmus erhalten werden [20]. Darüber hinaus wird eine Progression des paroxysmalen Vorhofflimmerns zu chronischen Formen verhindert. Hieraus darf geschlossen werden, dass eine frühe Intervention möglicherweise einen sehr positiven Einfluss auf den natürlichen Krankheitsverlauf nimmt. Des Weiteren zeigen Neuentwicklungen, wie z.B. die Laserballon geführte Pulmonalvenenisolation vielversprechende Ergebnisse [21] (Abb. 7). Hierbei hat der Untersucher über ein Endoskop einen direkten Blick ins schlagende Herz [22].

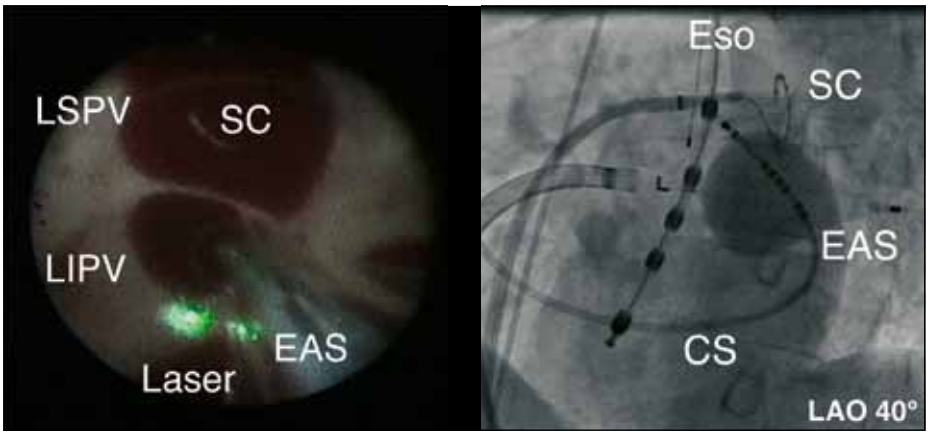


Abbildung 7: Links: Endoskopisches Bild auf die lateralen Lungenvenen (obere: LSPV; untere: LIPV) während Ablation mit dem Laserballon (EAS). Der EAS ist in der LIPV, ein Spiralkatheter (SC) in der LSPV positioniert. Rechts: Korrespondierendes Durchleuchtungsbild in LAO 40°. CS: Diagnostikkatheter im Koronarvenensinus. Eso: Temperatursonde im Ösophagus.

Die Daten des deutschen Ablationsregisters zeigen, dass die Katheterablation von VHF eine sichere Intervention geworden ist. An erfahrenen Zentren liegt die Inzidenz schwerwiegender Komplikationen bei ca. 0,3 %.

Ausstehend sind noch Ergebnisse hinsichtlich des Einflusses der Katheterablation auf Prognose und Inzidenz von Schlaganfällen, die aktuell in der CABANA Studie untersucht werden.

Fazit

Nach der Dokumentation und Diagnose einer SVT stellt die intravenöse Gabe von Adenosin eine effektive und sichere Akuttherapie oder aber liefert wichtige diagnostische Informationen dar. Zur Rezidivprophylaxe stellt die kurative Katheterablation in den meisten Fällen eine überlegene Alternative zur medikamentösen Therapie dar. Dies gilt auch für eine Rhythmus kontrollierende Strategie bei der Therapie des VHF.

Ventrikuläre Arrhythmien

Herzrhythmusstörungen, die in den Herzkammern entstehen, werden als ventrikuläre Arrhythmien bezeichnet. Unter diesem Begriff werden sowohl vereinzelte ventrikuläre Extrasystolen (VES), ventrikuläre Tachykardien (VT) aber auch Kammerflimmern (VF) zusammengefasst. Je nach Ausprägung der Arrhythmie und der zugrunde liegenden kardialen Grunderkrankung können ventrikuläre Arrhythmien lebensbedrohlich (plötzlicher Herztod) sein. Entscheidend ist es daher benigne von malignen Formen zu unterscheiden, da sich Prognose und Therapie deutlich unterscheiden [23].

Definitionen

Ventrikuläre Tachykardie:
›3 ventrikuläre Schläge
Nicht-anhaltende ventrikuläre Tachykardie:
‹30 s Dauer
Anhaltende ventrikuläre Tachykardie:
›30 s Dauer
Monomorphe ventrikuläre Tachykardie:
gleichförmige EKG Morphologie
Polymorphe ventrikuläre Tachykardie:
wechselnde EKG Morphologie
Torsade-de-pointes Arrhythmie:
spiralförmige EKG Windungen um isoelektrische Linie

Klinik

Die klinische Symptomatik wird von der Art der ventrikulären Arrhythmie und der

zugrunde liegenden strukturellen Herzerkrankung bestimmt. Die Beschwerden können von Palpitationen, Herzrasen, Luftnot bis hin zum plötzlichen Herztod reichen.

Diagnostik

Im Zentrum der Diagnostik steht die Dokumentation der ventrikulären Arrhythmie im 12-Kanal-EKG. Entscheidende Information stellen dabei Herzfrequenz und EKG Morphologie dar. Zudem muss ein EKG unter Ruhebedingungen abgeleitet werden, um nach einer möglichen kardialen Grunderkrankung, Präsenz einer akzessorischen Leitungsbahn (delta-Welle) oder Hinweise für elektrische Erkrankungen (QT Zeit, J-Welle, Brugada-EKG etc.) zu fahnden [23]. Differentialdiagnostisch müssen supraventrikuläre Tachykardien mit aberranter Leitung, eine antidrome Leitung über eine akzessorische Leitungsbahn oder eine Mahaim-Faser vermittelte Tachykardie abgegrenzt werden (siehe Kapitel SVT). Bis zum Beweis des Gegenteils sollte aber jede Breitkomplex-Tachykardie wie eine VT behandelt werden. Das Vorliegen einer strukturellen Herzerkrankung muss im weiteren Verlauf dringlich abgeklärt werden damit eine kausale Therapie erfolgen kann [23].

Idiopathische Ventrikuläre Tachykardien

Ausflusstrakt Tachykardien

Ventrikuläre Tachykardien oder VES in Abwesenheit einer strukturellen Herzerkrankung werden als idiopathische VT bezeichnet und entstehen oftmals im rechts- oder linksventrikulären Ausflusstrakt (RVOT, LVOT) [24,25]. Als zugrundeliegender Mechanismus liegt dabei typischerweise eine getriggerte Aktivität vor. Diese Form der VT/VES ist im 12-Kanal-EKG durch eine inferiore Achse (Steiltyp) mit Linksschenkelblock Morphologie (Abb. 8) gekennzeichnet. Eine detaillierte Analyse der R-Welle in V1/V2 und des R/S Umschlags kann einen RVOT von einem LVOT Ursprung aus der Aortenwurzel unterscheiden [25]. Diese Ausflusstrakt VT/VES sind in der Regel durch einen benignen klinischen Verlauf gekennzeichnet, obgleich für sehr seltene Fälle auch letale Verläufe beschrieben sind. Therapeutisch sollte neben einem medikamentösen Therapieversuch mit Betablockern ggf. in Kombination mit Flecainid oder Propafenon vor allem die Katheterablation als potentiell kurative Verfahren erwogen werden [26]. Die Katheterablation stellt bei symptomatischen Patienten mit Ausflusstrakt VT/VES eine Klasse IC Indikation dar [23] und sollte unserer Einschätzung nach symptomatischen Patienten angeboten werden, um eine lebenslange antiarrhythmische Medikation zu vermeiden.

Idiopathische linksventrikuläre Tachykardie (ILVT)

Eine andere benigne VT entspringt meist im spezifischen Reizleitungssystem am linksventrikulären Septum. Sie betrifft überwiegend junge Männer ohne strukturelle Herzerkrankung. Die ILVT hat typischerweise einen relativ schmalen QRS Komplex mit rechtsschenkelblockartiger Konfiguration und superiorer Achse. Es handelt sich hierbei um eine Reentrytachykardie unter Einbeziehung des linksseitigen Faszikel-Systems. Die ILVT ist charakteristischerweise durch Verapamil zu terminieren, die Katheterablation weist in erfahrenen Zentren eine sehr hohe Erfolgsrate auf und sollte unserer Einschätzung nach ebenfalls angestrebt werden [27].

Ventrikuläre Tachykardie bei strukureller Herzerkrankung

Ventrikuläre Tachykardien können bei unterschiedlichen kardialen Grunderkrankungen entstehen. Dabei kreist die Erregung typischerweise um anatomische Barrieren, myokardiale Narben und/oder fibrosierte Areale mit Regionen verlangsamter elektrischer Leitung (Reentry-Mechanismus).

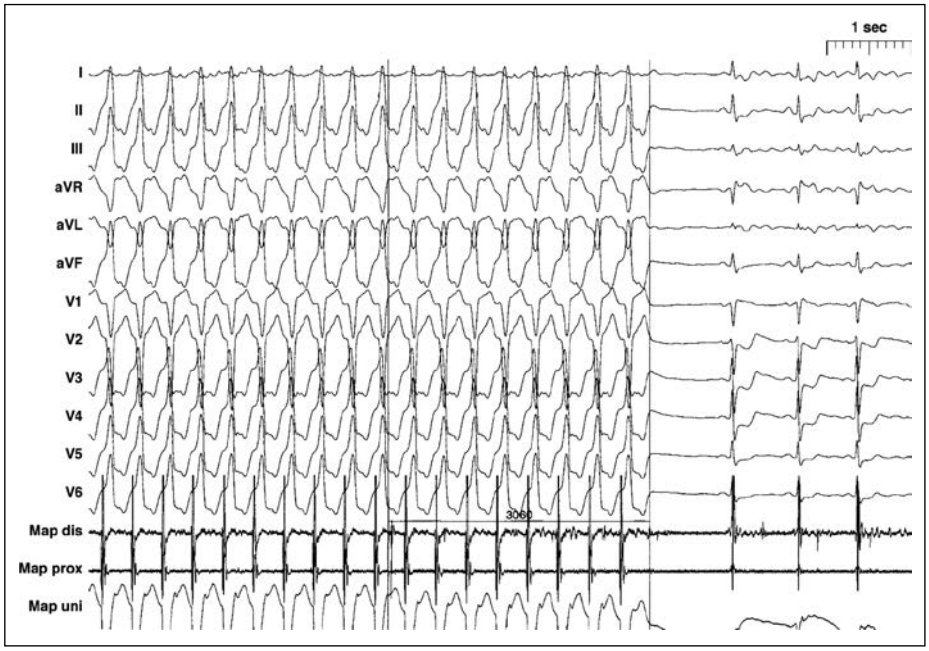


Abbildung 8: 12 Kanal EKG einer RVOT VT mit erfolgreicher Terminierung unter Ablation in SR nach ca. drei Sekunden. Es zeigt sich eine typische inferiore Achse mit LSB Morpholgie. SR-Sinusrhythmus, RVOT-rechtsventrikulärer Ausflusstrakt, LSB-Linksschenkelblock.

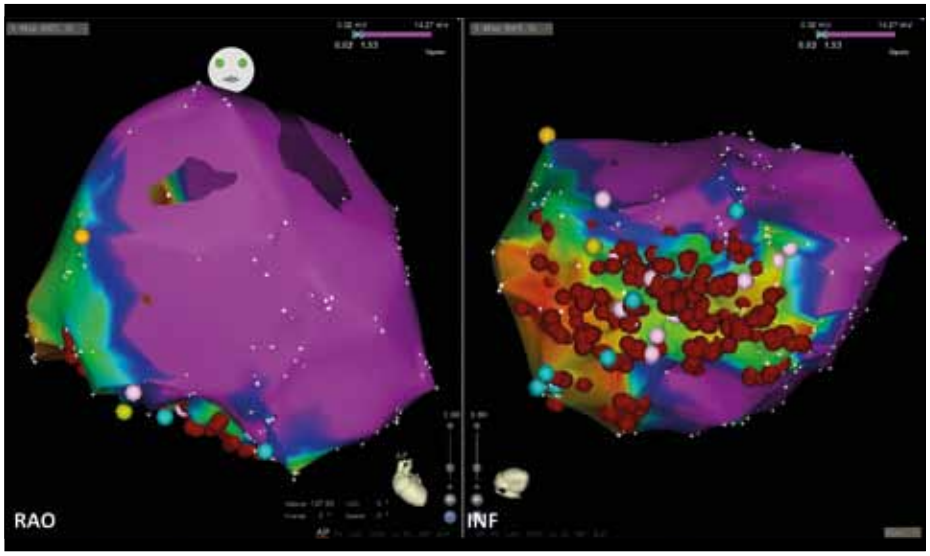


Abbildung 9: Elektroanatomische 3D Rekonstruktion eines linken Ventrikel (LV) in RAO und INF Projektion. Endokardiales Substratmap mit Unterscheidung von erkrankten und gesunden Arealen im bipolaren Spannungsmap bei einer ischämischen Kardiomyopathie. Gesunde LV Areale sind farblich lila, erkrankte LV Areale sind nicht lila markiert. Die roten Punkte kennzeichnen Ablationsstellen im LV. LV-linker Ventrikel , RAO-right anterior oblique, INF-inferior.

Die am häufigsten zugrundeliegende Erkrankung stellt eine reduzierte linksventrikuläre (LV) Pumpfunktion nach Myokardinfarkt dar, ebenso aber treten ventrikuläre Arrhythmien bei speziellen Erkrankungen (dilatative Kardiomyopathie, hypertrophobstruktive Kardiomyopathie, arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie, Ionenkanalerkrankungen wie Brugada- oder long QT-Syndrom) auf. Kreislaufinstabile ventrikuläre Arrhythmien wie Torsade de pointes Arrhythmien können einen plötzlichen Herztod bedingen.

Therapie

Akuttherapie

Die Akuttherapie der VT sollte bei kreislaufstabilen Patienten erst nach Dokumentation der VT (12-Kanal-EKG) erfolgen und besteht in der Kardioversion. Dazu kann ein medikamentöser Therapieversuch mittels Ajmalin (i.v.) durchgeführt werden (Indikation: Klasse IIA). Der Vorteil liegt in der nicht zwingenden Notwendigkeit einer Kurznarkose und der relativ einfachen Verfügbarkeit der Medikation, allerdings kann der gewünschte Effekt erst verzögert oder gar nicht einsetzen. Weitere Nachteile liegen in einer möglichen hämodynamischen Beeinträchtigung sowie einer möglichen pro-arrhythmogenen Wirkung. Bei kreislaufinstabilen Patienten muss dagegen immer eine rasche elektrische Kardioversion durchgeführt werden (Indikation: Klasse IC). Ein Dokumentationsversuch der VT (12-Kanal-EKG) sollte dennoch stets angestrebt werden. Dieses Dokument kann entscheidenden Einfluss auf die Planung der weiterführenden Therapie nehmen.

Dauertherapie / Vermeidung des plötzlichen Herztod

Medikamentöse Therapie

Die spezifische antiarrhythmische Dauermedikation spielt für diese Konstellation eine nur untergeordnete Rolle. Spezifische Antiarrhythmika der Klasse I (z.B. Flecainid) oder Klasse III (Dronedaron, Sotalol) sind nach Erfahrungen aus unterschiedlichen Studien bei strukturellen Herzerkrankungen/eingeschränkter LV Funktion nicht indiziert. Neben der gut etablierten Betablockade [28] kommt lediglich Amiodaron als Klasse III Antiarrhythmikum in speziellen klinischen Situationen zum Einsatz.

Nicht-medikamentöse Therapie

Die Hauptsäule der Therapie einer relevanten ventrikulären Arrhythmie bei Vorliegen einer strukturellen Herzerkrankung stellt der „Implantierbare Cardioverter Defibrillator“ (ICD) dar. Dabei wird zwischen einer primär-, und sekundärprophylaktischen Indikation unterschieden. Die Ergebnisse zur Sekundärprophylaxe nach ventrikulären Arrhythmien (ICD vs. medikamentöse Therapie) aus den CIDS und der CASH Studien [29,30] zeigten aufgrund der relativ geringen Fallzahlen nur einen Trend für die Überlegenheit des ICD. Einen statistisch signifikanten Vorteil des ICD gegenüber einer medikamentösen Therapie (zumeist Amiodaron) konnte allerdings sowohl in der AVID-Studie [31] als auch in der nachfolgenden Metaanalyse mit ›1.800 Patienten (relative Risikoreduktion: 28 % für Endpunkt Tod) belegt werden [32]. Der überlebte plötzliche Herztod aufgrund einer ventrikulären Arrhythmie stellt somit eine generell akzeptierte Klasse IA Indikation für einen ICD dar [33].

Die VT Katheterablation bei struktureller Herzerkrankung stellt einen technisch komplexen Eingriff dar, der oftmals einer elektroanatomischen Rekonstruktion (3D Mapping System, Abb. 9) bedarf [34] und mit Komplikationen vergesellschaftet ist [35]. Die Katheterablation versucht, erkrankte ventrikuläre Areale zu identifizieren und den Mechanismus der VT aufzuklären. Die VT Ablation kann für die betroffenen Patienten einen sehr wichtigen therapeutischen Beitrag leisten. In unter-

schiedlichen Untersuchungen konnte eindeutig belegt werden, dass die Katheterablation die Zahl der ICD Therapien hocheffektiv reduzieren kann [36,37,38]. Daher sollte die VT Ablation für alle Patienten mit ICD-Schocks/Therapien erwogen werden [23,35]. Der ideale Zeitpunkt, wann eine Katheterablation durchgeführt werden sollte, ist allerdings unklar.

In der Primärprophylaxe konnten zuletzt große Studien einen signifikanten Mortalitätsvorteil für die ICD Therapie bei Patienten mit reduzierter LV Funktion zeigen. Heute sollten gemäß der Leitlinien bei allen Patienten mit einer EF ‹ 35 % eine primärprophylaktische ICD Implantation erwogen werden [23,33].

Fazit

Ventrikuläre Arrhythmien stellen ein heterogenes Krankheitsbild mit potentiell lebensbedrohlichen Folgen dar. Die Abklärung einer möglichen strukturellen Herzerkrankung und EKG Dokumentation ist entscheidend um die Therapie individuell steuern zu können.

Korrespondenzadresse
Professor Dr. med. Bernd Nowak
CCB, Cardioangiologisches
Centrum Bethanien
Markus-Krankenhaus
Wilhelm-Epstein-Straße 4
60431 Frankfurt am Main
Tel.: 069 945028-0
E-Mail: b.nowak@ccb.de

Über die Vorgehensweise der online-Fortbildung mit Abgabeschluss informiert Sie unser Mitglieder Portal unter https://portal.laekh.de

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

Multiple Choice-Fragen *(Nur eine Antwort ist richtig)*

? 1.) Welche Kriterien sind für die Schrittmacherindikation bei Patienten mit Vorhofflimmern von Bedeutung?

a. Symptome.
b. Pausendauer.
c. Frequenzanstieg unter Belastung.
d. Breite des QRS-Komplexes.
e. Kardiale Grunderkrankung.

1. Alle Aussagen treffen zu.
2. Nur Aussagen b, c und d treffen zu.
3. Nur Aussagen a, b, d und e treffen zu.
4. Nur Aussagen a, b und d treffen zu.
5. Nur Aussagen a, b, c und d treffen zu.

? 2.) Welche Aussage zum Sinusknotensyndrom trifft nicht zu?

1. Die Behandlung des Sinusknotensyndroms erfolgt symptomorientiert.
2. Patienten mit Sinusknotensyndrom haben eine verkürzte Lebenserwartung.
3. Ein Patient mit einer maximalen Belastungsfrequenz von 105/min ist chronotrop kompetent.
4. Der Sinusarrest und der sinuatriale Block gehören zum Sinusknotensyndrom.
5. Das Bradykardie-Tachykardie-Syndrom besteht aus einer Kombination von Sinusknotensyndrom und paroxysmalem Vorhofflimmern.

? 3.) Welche Aussage zum AV-Block trifft nicht zu?

1. Bei Patienten mit AV-Block kann auch bei beschwerdefreien Patienten eine Schrittmacherindikation bestehen.
2. Eine langsame regelmäßige Kammerfrequenz bei Vorhofflimmern deutet auf eine AV-Blockierung hin.
3. Eine infra-hissäre Blockierung hat eine günstige Prognose.
4. Ein Ersatzrhythmus mit breitem QRS-Komplex hat eine schlechte Prognose.
5. Der AV-Block III stellt in der Regel eine Schrittmacherindikation dar.

Fortbildung

4.) Welche Aussage zum Thema Vorhofflattern trifft zu?

1. Bei Vorliegen von Vorhofflattern ist die Gabe von Adenosin kontraindiziert.
2. Vorhofflattern ist ungefährlich, da die Überleitung auf die Ventrikel meist sehr langsam erfolgt.
3. Die Katheterablation ist die Therapie der Wahl zur Rezidivprophylaxe.
4. Die Therapie mit Amiodaron weist die besten Erfolgsraten auf.
5. Die Prädisposition zu Vorhofflattern ist angeboren.

5.) Welche Aussagen sind richtig?

a) Die Dokumentation einer SVT im 12-Kanal-EKG ist für die weitere Therapieplanung unerlässlich.
b) Ein Patient mit WPW-Syndrom muss in jedem Fall abladiert werden.
c) Atriale Tachykardien können in beiden Vorhöfen entstehen.
d) Die Gabe von Adenosin ist diagnostisch und therapeutisch bedeutsam.
e) Ventrikuläre Extrasystolen können SVT induzieren.

1. Nur a) und b) sind richtig.
2. Nur b) ist richtig.
3. Nur b), c) und d) sind richtig.
4. Nur c), d) und e) sind richtig.
5. Alle sind richtig.

6.) Welche Aussage zum Vorhofflimmern ist falsch?

1. Die medikamentöse Rhythmuskontrolle ist der Frequenzkontrolle nicht überlegen.
2. Die Elektrokardioversion ist eine effektive Methode zur Rhythmisierung.
3. Vernakalant kann bei kürzlich aufgetretenem VHF zur chemischen Kardioversion sicher und effektiv eingesetzt werden.
4. Die Katheterablation ist hinsichtlich der Rezidivfreiheit einer medikamentösen Therapie überlegen.
5. Die Katheterablation ersetzt die orale Antikoagulation.

7.) Welche Aussage ist richtig?

1. Implantierbare Ereignisrekorder können zur Dokumentation einer SVT erforderlich werden.
2. Die Gabe von Flecainid ist die Therapie der Wahl beim WPW-Syndrom.
3. Jede Breitkomplex-Tachykardie ist eine ventrikuläre Tachykardie.
4. Patienten mit VHF müssen antiarrhythmisch behandelt werden.
5. Die Katheterablation von VHF kann einfach und komplikationslos durchgeführt werden.

8.) Welche Aussage ist richtig?
Differentialdiagnostisch können folgende Rhythmusstörungen wie ventrikuläre Tachyarrhythmien erscheinen:

1. Mahaim Faser assoziierte Tachykardien.
2. Supraventrikuläre Tachykardien mit Aberration.
3. Typisches Vorhofflattern mit 1:1 Überleitung.
4. Vorhofflimmern bei WPW Syndrom mit antegrader Überleitung.
5. Alle.

9.) Welche Aussage ist richtig?

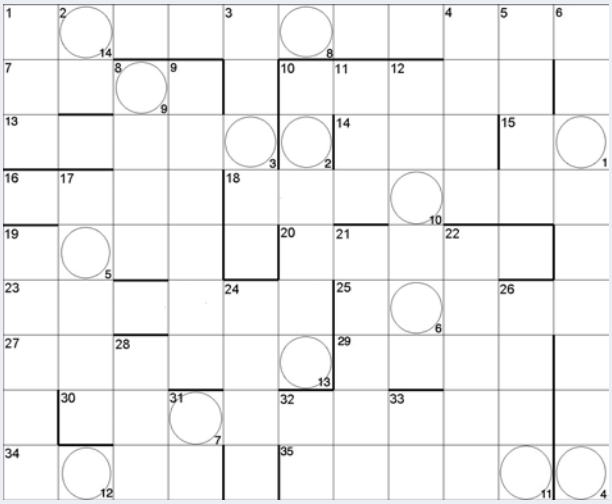
1. Ventrikuläre Tachykardien sind immer eine akut lebensbedrohliche Situation.
2. Ventrikuläre Tachykardien kommen nur bei kardial erkrankten Patienten vor.
3. Ventrikuläre Tachykardien sollten stets mit einem ICD behandelt werden.
4. Die Katheterablation kann ventrikuläre Tachykardien kurieren.
5. Ventrikuläre Tachykardien müssen zunächst stets mit einem Antiarrhythmikum vorbehandelt werden.

10.) Welche Aussage(n) bzgl. ventrikulärer Arrhythmien ist/sind falsch?

a) Ventrikuläre Tachykardien aus dem Ausflusstrakt sind immer harmlos.
b) Es ist entscheidend nach der Präsenz einer strukturellen Herzerkrankung zu fahnden.
c) Vor einer elektrischen Kardioversion sollte ein Antiarrhythmikum verwendet werden.
d) Ein ICD zur Prophylaxe des plötzlichen Herztods ist immer indiziert.
e) Die Katheterablation kann die Rate der ICD Interventionen deutlich reduzieren.

1. Nur a) und b) sind falsch.
2. Nur b) ist falsch.
3. Nur a), c) und d) sind falsch.
4. Nur a), b) und c) sind falsch.
5. Alle sind falsch.

Medizinisches Kreuzworträtsel



Lösungswort:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Waagerecht

1 Botenstoff im Immunsystem • 7 Speicheldrüsenentzündung = ...adenitis • 10 Klinisches Entzündungszeichen (lat.) • 13 Wasseransammlung im Gewebe • 14 Unwillkürliche Muskelzuckung • 15 Abk. für die Residualkapazität der Lungen • 16 Aurikulotemporales Nervenirritationssyndrom (Eponym) • 18 Oberste Schleimhautschicht der harnableitenden Wege • 19 Entzündungsstelle = Inflammations... • 20 Den epileptischen Anfall betreffend • 23 Zentrale Atemregulationsstörung mit Apnoephasen in der Aufwachphase: ...-Fluch-Syndrom (Eponym) • 25 Luftnot, die durch Aufsitzen besser wird: ...pnoe • 27 Gängiger parenteraler Flüssigkeitsersatz : ...-Lösung • 29 Papulöser Hautausschlag bei Bartonellosis: ...warze • 30 Calciumantagonist zur schnellen Blutdrucksenkung (Wirkstoff) • 34 Gewebeschicht (Lat.) • 35 Arzneimittel mit gezielt verlängerter Wirkweise: ...präparat

Senkrecht

1 Inhalationsnarkotikum: ...fluran • 2 Allergenes Leichtmetall (Chem. Elementsymbol) • 3 Gefäßast (lat.) • 4 Entdecker des Tuberkulose-Erregers • 5 Geisteskrank • 6 Untereinheit eines Chromosoms • 8 Gefäß • 9 Gutartiger, endokrin aktiver Hodentumor: ...-Zell-Tumor (Eponym) • 10 Erbliche Verhornungsstörung der Haut: Morbus ... (Eponym) • 11 Austritt von Nervenwasser aus dem äußeren Gehörgang: ...liquorrhoe • 12 Divertikelartige Ausstülpung eines Darmwandabschnitts durch die Bauchwand: ...-Hernie (Eponym) • 17 In den Zellen des juxtaglomerulären Apparates gebildete Proteinase • 19 Schlucksonde zur Bougierung einer Ösophagusstriktur (Eponym) • 21 Genetische Vervielfältigung = DNS-... • 22 Teil des Herzerregungsleitungssystems: ...ventrikularknoten • 24 Klinische Einteilung der proximalen Humerusfrakturen nach ... (Eponym) • 26 Klinische Einteilung der Subarachnoidalblutung nach ... und Hess (Eponym) • 28 Form der kutanen Leishmaniose = ...beule • 31 Abk. für Fluoreszenzangiographie • 32 Abk. für Differentialdiagnose • 33 Abk. für post partum

© Özgür Yaldizli

Nils-Ilja-Richter-Preis 2012 ausgeschrieben

Der Nils-Ilja-Richter-Preis 2012 wird ausgeschrieben von der Deutschen Gesellschaft für Autoimmun-Erkrankungen e.V.. Er ist mit 10.000 Euro dotiert und zeichnet wissenschaftliche Arbeiten zur Entstehung und/oder Behandlung von Autoimmun-Erkrankungen aus, die innovativ oder interdisziplinär auf diesem Gebiet sind. Es werden Arbeiten gefördert, die klinische Fortschritte bei Autoimmun-Erkrankungen erbringen bzw. Grundlagen für neue Behandlungsstrategien erarbeitet haben.

Bewerbungsschluss ist der 30. April 2012.
Weitere Informationen und Einreichung der Bewerbungsunterlagen in dreifacher Ausfertigung für Autoimmun-Erkrankungen e.V., z.Hd. Frau Höse, Hopfenstraße 1d, 24114 Kiel und www.autoimmun.org

Diabetes-Präventionsprojekt der Landesärztekammer Hessen

„Fit und gesund älter werden“

Einladung zum

Präventionstag

am 28. April 2012
10:00 bis 16:00 Uhr

im Rathaus Offenbach, Berliner Straße 100

Geboten wird ein umfangreiches Programm für alle über 45 mit Experten-Vorträgen, Diskussionsrunden, Beratung, Workshops zu Bewegung und Ernährung, einem Markt der Möglichkeiten, Musik (zwei Senioren-Rockbands aus Offenbach) und Kabarett (Mediziner-Kabarett „elephant toilet“ aus Gießen).

Fortbildung

Stellungnahme zum Beitrag „Inkretinbasierte Therapien – sinnvoll und nützlich?“ aus der März-Ausgabe

Inkretinbasierte Therapie – sinnvoll und nützlich?

Anmerkungen zur Wertigkeit und Wirtschaftlichkeit dieser Therapie

Inkretinbasierte Therapie mit **GLP1-Analoga** wie Liraglutid/Victoza® oder Exenatid/Byetta® sowie die DPP4-Hemmer (z.B. Sitagliptin/Januvia®, Vildagliptin/Galvus®, Saxagliptin/Onglyza®) stellen neue Therapieoptionen bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ II dar. Dies in Kombination mit Metformin, Sulfonylharnstoffen, Thiazolidinen, mit Insulin sowie als Monotherapie (Sitagliptin).

Die GLP1-Analoga (Victoza®, Byetta®) haben die Zulassung für die Kombinationstherapie mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff bei Patienten mit einer unzureichenden Blutzuckerkontrolle trotz maximaler verträglicher Dosis der Monotherapie mit Metformin oder Sulfonylharnstoff sowie in Kombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff (oder Metformin und einem Thiazolidin) bei Patienten mit unzureichender Blutzuckerkontrolle trotz Therapie mit zwei oralen Antidiabetika.

Zur Beurteilung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise beispielsweise von Liraglutid sind folgende Punkte zu beachten:

- Als Add-on-Therapie wird das HbA1c um 0,6 bis 1,1 % gesenkt
- Endpunktstudien zur Prävention diabetischer Komplikationen liegen genauso wenig vor, wie zur Langzeitsicherheit oder Letalität. Bezüglich kardiovaskulärer Erkrankungen gibt es Hinweise auf eine Kardioprotektion, die aber erst nach Vorlage der zurzeit laufenden kardiovaskulären Endpunktstudien beurteilt werden können.
- Das Körpergewicht kann gesenkt werden. Deswegen kann Liraglutid (z.B. Victoza®) in begründeten Einzelfällen durch nicht medikamentöse Maßnahmen nicht zu beeinflussende Adipositas mit BMI ›30 Kg/m², deutlichem Gewichtsanstieg von mehr als sechs Kilogramm innerhalb von sechs Monaten nach Beginn einer Insulintherapie sowie einer Hypoglykämieneigung unter Insulin indiziert sein.
- In Kombination mit Metformin besteht kein größeres Hypoglykämierisiko, in Kombination mit Sulfonylharnstoffen kann es zu schweren Hypoglykämien kommen.
- Vermehrt treten Magen-Darm-Störungen – u.a. Durchfälle – auf, die den Einsatz einschränken können.
- Im Tiermodell wurde ein vermehrtes Auftreten von C-Cell-Tumoren unter therapeutischer Dosierung von Liraglutid beobachtet. Die Relevanz für den Menschen ist noch nicht geklärt.

Unter Berücksichtigung dieser Daten ist noch unklar, in wie weit die Blutzuckersenkung und/oder die Gewichtsabnahme zu einem langfristigen Zusatznutzen für den Patienten bezüglich der Folgekomplikationen des Diabetes mellitus Typ II führt. Eine Langzeitnutzen/Schadensbewertung ist zurzeit nicht möglich. Da die GLP1-Analoga gegenüber einer Therapie mit NPH-Insulin bzw. langwirksamen Analoginsulinen drei bis zweimal Teurer sind, sollten die kostenintensiven Präparate Victoza® und Byetta® nur als Mittel der Reserve bei strenger Indikationsstellung eingesetzt werden.

Die Gliptine **(DPP4-Hemmer)** sind zur Monotherapie (Sitagliptin) und zur Kombinationstherapie mit Metformin, Sulfonylharnstoff und Thiazolidinen zugelassen (Sitagliptin, Vildagliptin und Saxagliptin). Darüber hinaus wird Sitagliptin ggf. mit Metformin zusätzlich zu einer Insulintherapie eingesetzt, wenn Diät und Bewegung sowie eine stabile Insulindosis den Blutzucker nicht ausreichend senken.

Hauptindikation der Gliptine sind nach dem Therapiehinweis zu Sitagliptin die

- Kombination mit Metformin, wenn Diät und Bewegung plus Metformin den Blutzucker nicht ausreichend senken.
- Die Kombination mit Sulfonylharnstoffen, wenn Metformin kontraindiziert ist oder nicht toleriert werden kann sowie Diät und Bewegung unter einer maximal tolerierbaren Monotherapie mit Sulfonylharnstoffen nicht zu einer ausreichenden Blutzuckersenkung führen, sowie
- Die Kombination mit Metformin und Sulfonylharnstoffen wenn Diät und Bewegung und eine duale Therapie mit Metformin und Sulfonylharnstoffen nicht zu einer ausreichenden Blutzuckerkontrolle führen.
- Der Therapieeffekt ist eher moderat, dass HbA1c wird um 0,65 bis 0,74 % gesenkt.
- In der Kombination mit einem Sulfonylharnstoff (Glimepirid) treten wesentlich häufiger Hypoglykämien auf als in der Kombination Glimepirid plus Placebo (12,2 % versus 1,8 %).

Sitagliptin (Januvia®, Xelevia®) ist zur **Monotherapie** bei Patienten indiziert, wenn Diät und Bewegung allein den Blutzucker nicht ausreichend senken und Metformin aufgrund von Gegenanzeichen oder Unverträglichkeiten nicht eingesetzt werden kann.

- Die zugrunde liegende Studie ergibt Anhaltspunkte dafür, dass Sitagliptin weniger wirksam ist als Metformin. So

wurde das HbA1c unter Sitagliptin nach 24 Wochen Behandlung um 0,37 % gegenüber 0,55 % bei Metformin gesenkt.
- Sitagliptin macht weniger Magen-Darm-Störungen als Metformin.

Ob dies eine ausreichende Grundlage für die Monotherapie mit Sitagliptin bezüglich patientenrelevanter Endpunkte bei fehlenden Studien zum Langzeitnutzen und ob diese Therapie dem Patienten eher nutzt oder schadet kann zurzeit nicht beurteilt werden.

Sitagliptin (Januvia®, Xelevia®) und die Kombination mit Metformin (Janumet®, Velmetia®) sind zur Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ II zugelassen **zusätzlich** zur Insulintherapie, wenn Diät und Bewegung und eine stabile Insulindosis den Blutzucker nicht ausreichend senken.
- Hierunter wurde unter der Einzelsubstanz Sitagliptin das HbA1c um 0,53 % bei der Fixkombination um 0,65 % gegenüber Placebo gesenkt.
- Es traten gegenüber der Kontrollbehandlung deutlich mehr Hypoglykämien (15,5 % versus 7,8 %) auf.

Hier ist die Frage zu stellen, ob die geringe Wirkung auf die HbA1c Absenkung und die vermehrten Hypoglykämien bei fehlenden Studien zur Langzeitwirkung diese Therapie gerechtfertigt bzw. wirtschaftlich ist.
Die Behandlung mit Gliptinen verteuert die Therapie erheblich. Metformin und Sulfonylharnstoffe sind bei belegten Langzeitnutzen und günstigen Kosten nach wie vor orale Antidiabetika der ersten Wahl. Dies auch wenn zurzeit mögliche kardiovaskuläre Risiken einer Sulfonylharnstofftherapie vermehrt diskutiert werden.
Eine Verordnung von Gliptinen ist nur unter strenger Indikationsstellung und Berücksichtigung obiger Punkte zur Wirksamkeit und Nebenwirkungen und Berücksichtigung der Kosten wirtschaftlich.
Bezüglich der Verordnung der GLP1-Analoga hat die KV Hessen mit den Krankenkassenverbänden einen Zielwert von maximal 1,2 % Verordnungsvolumen an der Arzneimittelgruppe Antidiabetika exklusiv Insuline abgeschlossen. Zum Abschluss derartiger Zielvereinbarungen ist die KV Hessen gesetzlich verpflichtet.

Dr. med. Wolfgang LangHeinrich
Referat Pharmakotherapie der KV Hessen

Literatur

KBV Wirkstoff aktuell zu Liraglutid 01/2011

Therapiehinweis zu Sitagliptin, G-BA vom 10. April 2008

Orales Antidiabetikum Vildagliptin, Arzneimitteltelegramm 6/2008

Neue Arzneimittel, Information der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Januvia®, Xelevia® vom 7. August 2009

Neue Arzneimittel, Information der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Januvia®, Xelevia® – neu zugelassene Indikation – vom 15. Januar 2010

Neue Arzneimittel, Information der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Janumet®, Velmetia® sowie Januvia®, Xelevia® – neu zugelassene Indikation – vom 2. März 2010

Inkretinbasierte Therapien – sinnvoll und nützlich? Hessisches Ärzteblatt 3/2012

Sicherheitsprobleme bei Arzneimitteln – BfArM leitet ein Stufenplanverfahren bei mehreren Arzneimitteln ein

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat für mehrere Wirkstoffe ein Stufenplanverfahren eingeleitet, da sie ein erhöhtes Risiko für das Auftreten des Stevens-Johnson-Syndroms und der toxischen epidermalen Nekrolyse aufweisen. In Deutschland sind die Wirkstoffe Allopurinol, Carbamazepin, Lamotrigin, Phenobarbital, Phenytoin, Sulfamethoxazol, Sulfasalazin, Sulfadiazin, Meloxicam, Piroxicam sowie Nevirapin betroffen. Die Hersteller sollen entsprechende Warnhinweise in die Produktinformationen aufnehmen. Zudem fordert das BfArM, dass Patienten regelmäßig auf Anzeichen der Arzneimittelallergie untersucht werden. Mit der Einleitung des Stufenplanverfahrens folgt das BfArM einer Empfehlung der Europäischen Arzneimittelagentur. Das Stevens-Johnson-Syndrom ist eine lebensbedrohliche Arzneimittelallergie, bei der die Keratozyten der Oberhaut nekrosieren. Dabei kommt es neben Fieber zu Erythemen und schmerzhaften Blasen an den Schleimhäuten. Das Syndrom kann in die toxische epidermale Nekrolyse übergehen, bei der sich die Haut durch die Nekrose ablöst. Zudem treten schwere Flüssigkeits- und Elektrolytverluste auf. Die Patienten können durch eine Infektion der nekrotisierten Haut eine lebensbedrohliche Sepsis erleiden (Pressemitteilung des BfArM vom 7. Februar 2012).

Dr. med. Wolfgang LangHeinrich
Referat Pharmakotherapie der KV Hessen

Fortbildung

Sicherer Verordnen

Informationen der europäischen Arzneimittelbehörde EMA

Im November 2011 tagte die Pharmacovigilance Working Party der EMA. Einige Ergebnisse aus dieser Sitzung sollen kurz vorgestellt und kommentiert werden.

• Atomoxetin – Erhöhung der Herzfrequenz und des Blutdruckes

Bei ungefähr 6-12 % der Kinder und Erwachsenen mit ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom) treten unter der Therapie mit Atomoxetin (Strattera®) Herzfrequenzerhöhungen mit über 20 Schlägen und/oder Blutdruckerhöhungen über 15-20 mmHg auf. Diese negativen Effekte können bei 15-20 % der Patienten andauern oder sich verschlimmern. Der Hersteller hat mit einem Rote-Hand-Brief reagiert, dem u.a. ein Leitfaden zur Beurteilung und Überwachung kardiovaskulärer Risiken bei Verordnung dieses Arzneistoffes beigelegt ist.

Trotz fehlender Nachweise in retrospektiven Studien (mit vermutlichem Bias) rät die amerikanische Arzneimittelbehörde FDA bei allen Medikamenten zur Therapie einer ADHS (u.a. auch Methylphenidat, Ritalin® und viele Generika) zu einer regelmäßigen Kontrolle von Herzfrequenz und Blutdruck und zählt schwere Herzerkrankungen zu den Kontraindikationen.

• Escitalopram – QT-Intervall-Verlängerung

Eine dosisabhängige QT-Intervall-Verlängerung unter der Therapie des selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmers Escitalopram (Cipralex®) hat zu der Empfehlung geführt, bei älteren Patienten 10 mg/d als Höchstdosis einzusetzen und eine Kombination mit anderen Arzneimitteln mit ähnlicher UAW als Kontraindikation aufzuführen. Auch hier hat der Hersteller mit einem Rote-Hand-Brief reagiert und auf erhöhte Vorsicht bei Patienten mit z.B. mit einer Torsade-de-Pointes-Tachykardie oder anderen Herzerkrankungen hingewiesen, wobei vor allem weibliche Patienten betroffen sein könnten.

Eine erste einstweilige Entscheidung eines Landessozialgerichtes gegen einen Festbetrag von Escitalopram (u.a. wegen eines verbesserten Nebenwirkungsprofils) scheint in Bezug auf Verlängerungen des QT-Intervalls nicht nachvollziehbar: auch unter dem Racemat Citalopram (Cipramil®, viele Generika) ist diese UAW beschrieben. Man darf auf die Entscheidung in der Hauptsache gespannt sein.

• Rosuvastatin – Gynäkomastie

Bei älteren oder übergewichtigen Patienten kann in seltenen Fällen eine Gynäkomastie unter der Therapie mit Rosuvastatin (Crestor®) auftreten. Diese UAW ist grundsätzlich bei Statinen bekannt, hingewiesen wird hier nur auf Atorvastatin (Sortis®).

• Topiramat – Teratogenität

Aufgrund von neuen Daten aus zwei Registern über kongenitale Missbildungen unter Antiepileptikatherapie hat sich der Verdacht kongenitaler Missbildungen (u.a. Lippen-/Gaumenspalten, Hypospadie) unter der alleinigen Einnahme von Topiramat (Topamax®, viele Generika) erhärtet.

• Tibolon – ähnliche Risiken wie andere Mittel zur Hormonersatztherapie

Nach einer aktuellen Evaluation vorhandener Daten ist Tibolon (Liviella®) zur Therapie postmenopausaler Symptome mit ähnlichen UAW verbunden wie andere Arzneistoffe in dieser Indikation, insbesondere besteht kein Schutz vor Myokardinfarkt und ein ähnliches erhöhtes Risiko für Ovarialkarzinome, Brustkrebs und Schlaganfall. Einzig für ein vermehrtes Auftreten von Thromboembolien gab es keine direkten Hinweise, die Datenlage kann ein erhöhtes Risiko jedoch derzeit nicht ausschließen.

Quellen: EMA/CHMP/PhVWP/909637/2011, www.aerzteblatt.de/nachrichten/48411, AkdÄ Drug Safety Mail 2011-186

Wenn Patienten nach „Ukrain“ fragen …

so lautete die Überschrift einer kritischen Bekanntgabe der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) bereits 1989 zu einem obskuren Krebsmittel unklarer Zusammensetzung, unklarer Wirkungsweise und unklarem Standort des Herstellers (erst Österreich, dann Ukraine und die Vereinigten Arabischen Emirate).

Das BfArM hat es nun für notwendig erachtet, erneut vor der Anwendung dieses vermutlich semisynthetischen Mischpräparates aus dem alten Zytostatikum Thiotepa und aus Alkaloiden des Schöllkrautes in ungenauer Zusammensetzung dringend zu warnen. Weder in Deutschland noch in der EU ist dieses Mittel zugelassen, z.B. trotz Antrag, es in der EU als Orphan Drug (für seltene Erkrankungen) einzuführen und trotz Klage beim Europäischen Gerichtshof. Auch in der Ukraine wurde die Zulassung am 14. November 2011 widerrufen.

Anlass für die akute Warnung des BfArM schien eine verstärkte Werbung im Internet zu sein und Informationen über große Mengen von Ukrain, die in Deutschland und anderen EU-Staaten ungesetzlich in den Verkehr gebracht werden.

Wissenschaftliche Gesellschaften warnen, durchgeführte klinische Studien wurden nach Prüfung als ungenügend verworfen und Werbeaussagen wie „Krebs kann rückgängig gemacht werden“ oder „Ukrain kann eine Chemotherapie bei fast allen Krebsarten ersetzen“ sprechen für sich selbst.

Nachdem Ukrain intravenös appliziert werden muss, stellt sich die Frage, welche Ärztinnen und Ärzte Patienten mit diesem Mittel eine trügerische Hoffnung suggerieren. Den Krebspatienten, die in ihrer verzweifelten Lage nach jedem Strohhalm greifen, kann keine Vorwurf gemacht werden. Wohl aber denen, die dieses Mittel empfehlen und anwenden.

Quelle: www.aerzteblatt.de/Nachrichten/48207

Thiazid- vs. Thiazidartige Diuretika

Die Bedeutung der Thiazide wie Hydrochlorothiazid „Esidrix®, Generika) in der Monotherapie der Hypertonie hat abgenommen bzw. war bei den Thiazidartigen wie Chlortalidon (Hygroton® oder Indapamid (Natrilix®, Generika) nicht ausgeprägt. In der Kombinationsbehandlung mit drei Antihypertensiva sind beide Substanzgruppen jedoch weiterhin fast ein obligater Bestandteil. In einer neuen Bewertung wird empfohlen, insbesondere Chlortalidon aufgrund seiner langen Halbwertszeit, eventuell auch hinsichtlich seiner kardiovaskulären Protektion vorzuziehen. Nach Ansicht des Autors sollten in Zukunft in Leitlinien zwischen beiden Substanzgruppen differenziert werden.

Quelle: Internist 2011; 52:1484-91

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 2/2012

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

Das Robert Koch-Institut bittet um Ihre Mithilfe

AGI-Sentinelpraxis werden

Seit Anfang Oktober berichtet die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI, http://influenza.rki.de/) am Robert Koch-Institut (RKI) wieder wöchentlich über die aktuelle Situation der Aktivität von akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) im Allgemeinen und der Influenza-Aktivität im Speziellen. Das Winterhalbjahr ist durch die Zirkulation saisonaler Influenza und weiterer Atemwegserreger der übliche Zeitraum erhöhter ARE-Aktivität.

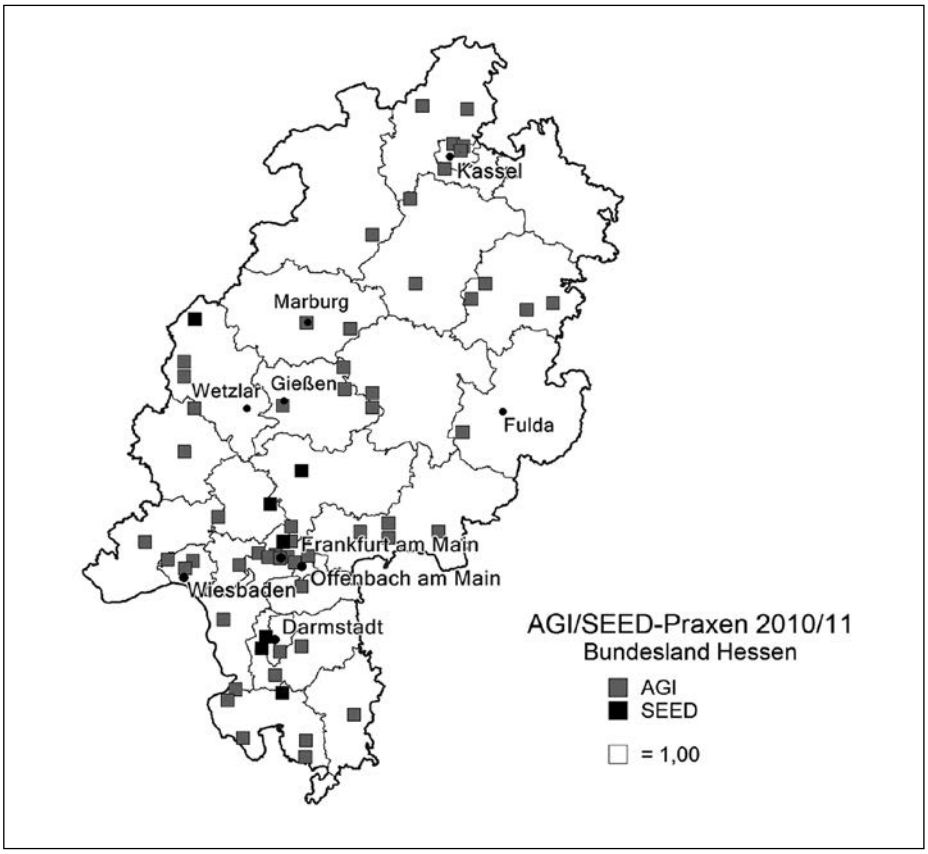
Die Influenza bedingt im Winterhalbjahr (in Deutschland in der Regel zwischen Dezember und März) den größten Anteil der Krankheitslast durch ARE im ambulanten Bereich. Akute respiratorische Erkrankungen treten jedoch auch außerhalb dieses engen Zeitraums auf und es können, wie sich im Jahr 2009 während der Influenzapandemie gezeigt hat, Erkrankungen durch Influenzaviren vermehrt auch im Sommer auftreten.

Aus diesen Gründen betreibt die Arbeitsgemeinschaft Influenza seit dem Jahr 2006 die Influenzaüberwachung ganzjährig. Durch die seit 2006 gesammelten Informationen zur ARE-Aktivität in den Sommermonaten standen wertvolle Informationen zur Verfügung, um die Situation epidemiologisch beurteilen zu können. Eine geografisch differenzierte Einschätzung kann umso spezifischer erfolgen, je mehr primärversorgende (allgemeinmedizinische, pädiatrische und hausärztlich tätige, internistische) Praxen sich an der AGI beteiligen. An der Überwachung der Krankheitslast (syndromische Surveillance) durch das RKI können interessierte Praxen auf zwei Wegen teilnehmen: Erstens über eine Fax- oder Onlinemeldung aggregierter Daten über die Anzahl von Patienten mit ARE oder zweitens – falls die Praxis über eine Arztsoftware verfügt, die bereits die notwendige Schnittstelle integriert hat – über das automatisierte Erheben fallbasierter, anonymisierter Daten von ARE-Patienten. Angaben zu Arztinformationssystemen, die geeignet sind, sind beim RKI erhältlich oder im Internet zu finden unter www.rki.de unter → Das Institut → Organisation → Abteilung 3 → Fachgebiet 36 → Dokumentation der Schnittstelle. Die Daten werden als E-Mail-Anhang verschlüsselt an das RKI gesendet.

Dieser zweite, innovative Arm der syndromischen Surveillance wurde als SEEDARE-System am RKI etabliert und stellt neben der erweiterten Analysemöglichkeit der fallbasierten Daten eine Arbeitserleichterung für die Sentinelpraxen dar. Weitere Informationen sind auf der AGI-Internetseite abrufbar (http://influenza.rki.de/Sentinelpraxis.aspx) und können auch gerne per E-Mail angefordert werden (AGI@rki.de).

Um aus der Aktivität akuter Atemwegserkrankungen spezifisch die Influenza-Aktivität beurteilen zu können, untersucht das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Influenza am RKI Proben aus dem Sentinel im Rahmen der virologischen Surveillance. Ein Teil der Sentinelpraxen meldet nicht nur akute Atemwegserkrankungen, sondern entnimmt Nasenabstrichproben bei Patienten mit influenza-typischer Symptomatik und sendet sie an das NRZ. Das NRZ für Influenza führt als nationales Referenzlabor auch weitergehende Untersuchungen der nachgewiesenen Influenzaviren durch und testet z.B. auf antivirale Resistenz.

Robert Koch-Institut, Berlin



Verteilung der in der Saison 2010/11 aktiven Sentinelpraxen in Hessen.

„Es ist nie zu spät, mit Bewegung anzufangen“

Bad Nauheimer Gespräch mit Professor Dr. Dr. Winfried Banzer in der FAZ

„Leben ist Bewegung und ohne Bewegung findet Leben nicht statt“. Dass der Referent des ersten Bad Nauheimer Gesprächs in diesem Jahr das Credo von Moshé Feldenkrais verinnerlicht hat, machte sein Vortragsstil deutlich. Selten stand der Frankfurter Sportmediziner Professor Dr. Dr. med. Winfried Banzer bei seinem Vortrag „Körperlich mobil – geistig fit und gesund“ still, sondern lief federnden Schrittes zwischen seinem Rednerpult im Konferenzsaal der Frankfurter Allgemeinen Zeitung und der Leinwand hin und her. Motivierte seine Zuhörer zu kurzen Bewegungseinlagen, die täglich beim Zähneputzen praktiziert werden könnten – „Stehen Sie bitte auf, stellen Sie sich erst auf das eine Bein, dann auf das andere und balancieren Sie: das ist die Sturzprophylaxe per se“ – und verführte gelegentlich zum Schmunzeln: Mit jenem Foto eines Hundebesitzers etwa, der seine Vierbeiner im Jeep sitzend an langen Leinen Gassi führt. Oder mit der Ansicht eines Freizeitfußballers, der seinem Lieblingssport vom Fernsehsessel aus frönt.

Zum Laufen geboren

Nicht zuletzt die technischen Möglichkeiten der modernen Zivilisationsgesellschaft haben die Notwendigkeit, sich zu bewegen, auf ein Minimum beschränkt. Dabei, so Banzer, sei der Mensch zum Laufen geboren. Bis zu 15 km hätten unsere Vorfahren täglich zurückgelegt. Hinzu kamen Heben, Tragen, Klettern und Springen – körperliche Aktivitäten, die heute als „Crosstraining“ bezeichnet würden. „Und noch immer haben wir dieselbe genetische Ausstattung wie damals“, betonte der Chefarzt der Abteilung Sportmedizin der Frankfurter Johann Wolfgang Goethe-Universität, der auch Beauftragter für Sport und Gesundheit im Landessportbund Hessen ist und dem Deutschen Olympischen Sportbund als Beiratsmitglied angehört.

Für Banzer ist Sitzen ein Risikofaktor per se. Wer sein Leben vorwiegend sitzend zubringe, nehme in Kauf, dass sein Stoffwechsel dadurch negativ beeinflusst werde. Die WHO habe Bewegungsmangel gar als eigenständigen Risikofaktor deklariert, der jährlich rund 3,2 Todesfälle fordere. „Weltweit sterben 70 % der Menschen an verhaltensbedingten Erkrankungen; in Europa sind es sogar 80 %“ ergänzte Banzer und wies auf die dramatische Zunahme von Übergewichtigkeit und Fettleibigkeit in Deutschland hin. „Man kann von einer Pandemie sprechen.“ Ursache sei die positive Energiebilanz, die vor allem aus mangelnder Bewegung resultiere. „Deshalb ist es wichtig, dass das ‚Sitzen-Unterbrechen’ in unseren Alltag einzieht“, forderte der Referent. Sport und Bewegung müssten selbstverständlich werden.

Wenn schon fett, dann fit

Zugleich erteilte Banzer einseitigen Diäten zur Gewichtsabnahme eine deutliche Absage. Diese bewirkten häufig das Gegenteil ihrer Zielsetzung: Je mehr Diäten ein Abnahmewilliger durchleide, desto mehr Gewicht horte der Körper anschließend. Wichtiger noch als abzunehmen, sei es, sich zu bewegen. Tatsächlich zeigten aktuelle wissenschaftliche Untersuchungen, dass aktive Übergewichtige ein niedrigeres Sterberisiko aufwiesen als inaktive Normalgewichtige. „Wenn schon fett, dann fit“, brachte Banzer die Ergebnisse lächelnd auf den Punkt. „Bewegung ist auch ohne Gewichtsreduktion gesund.“ Selbst im Falle des Typ-2-Diabetes, der wie ein Tsunami auf die Bevölkerung zurolle – mit erheblichen, auch finanziellen Folgen – erweise sich Bewegung als geeignetes Mittel zur Prävention und Therapie: Untersuchungen hätten gezeigt, dass 150 Minuten körperlicher Aktivität die Entwicklung von Typ-2-Diabetes um 58 % reduziere.

Und nicht nur das: Angesicht der steigenden Zahl demenzieller Erkrankungen, komme Bewegung ebenfalls eine große Bedeutung zu, denn sie verbessere Aufmerk-

samkeit und Gedächtnisfunktion. Außerdem spiele sie eine bedeutsame Rolle sowohl bei der Vorbeugung als auch bei der Behandlung von Tumorerkrankungen; sie mindere die Nebenwirkungen der Therapie und erhöhe die Lebensqualität.
Bewegung habe sich als das beste Mittel zur Lebensverlängerung erwiesen, fasste Banzer in seinem Vortrag zusammen. Bewegung senke das Sterberisiko und damit die Gesamtmortalität der Bevölkerung um 30 %. Wie viel Bewegung ist notwendig? Nach Auskunft des Referenten reichen mindestens 150 Minuten moderater Bewegung pro Woche aus. Am besten sei es, an drei Tagen in der Woche so zu trainieren, dass alle großen Muskelgruppen beansprucht würden, führte Banzer weiter aus. Auch müsse das moderate Bewegungstraining nicht an einem Stück erfolgen, sondern könne vielmehr durch das Addieren von zehnminütigen Einheiten erreicht werden. „Es ist nie zu spät, mit Bewegung anzufangen“, unterstrich der Sportmediziner.

Deutschland kein Vorbild bei Prävention

Mit scharfen Worten kritisierte Banzer, dass Deutschland hinsichtlich der Prävention kein Vorbild sei. Von Schaufensterreden abgesehen, komme auf Bundesebene nur wenig von der Politik. Das Land Hessen stelle mit zahlreichen Initiativen im Schulterschluss mit anderen Einrichtungen, darunter auch dem Diabetes- Präventionsprojekt „Fit und gesund älter werden“ der Landesärztekammer Hessen, eine der positiven Ausnahmen dar. „Was uns fehlt, ist ein nationales Interesse an Prävention“, sagte Banzer. Mit Nachdruck appellierte Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, 1. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Bad Nauheimer Gespräche, daher an Politik, Familien, Schulen, Kindergärten, Ärzte und Sportvereine neue Wege zu beschreiten, um Kinder und Erwachsene zu Bewegung zu motivieren. „Es muss ein so genannter Ruck durch unser Land gehen.“

Katja Möhrle

Ausschreibung

Innovationspreis der deutschen Hochschulmedizin 2012, gestiftet von Roche Diagnostics Deutschland

VUD
Verband der Universitätsklinika Deutschlands

Mit der Vergabe des Innovationspreises möchte der VIII. Innovationskongress der deutschen Hochschulmedizin (28./29. Juni 2012 in Berlin) Wissenschaftlerinnen oder Wissenschaftler auszeichnen und so in ihrer Arbeit unterstützen. Damit soll die Bedeutung der Forschung in der Hochschulmedizin am Standort Deutschland gestärkt werden.

Bewerbungsfrist: 1. Mai 2012

Der Forschungspreis richtet sich an wissenschaftliche Arbeiten aus der gesamten Hochschulmedizin: Es sollen Innovationen aus der

- Grundlagenforschung
- klinischen Forschung und
- der translationalen Forschung

ausgezeichnet und gefördert werden.

Der Preis ist teilbar. Das Preisgeld ist nicht zweckgebunden. Der Preisträger muss den Preis persönlich während des VIII. Innovationskongresses am 28. Juni 2012 in Berlin entgegennehmen.
Ausgezeichnet wird die Leistung einer Nachwuchsforscherin oder eines Nachwuchsforschers. Die Bewertung erfolgt auf Grundlage einer in den Jahren 2009 bis 2012 veröffentlichten Arbeit.
Die eingesandten Arbeiten werden zur Begutachtung einem Preisrichterkollegium vorgelegt, das die besten Arbeiten auswählt. Danach entscheidet der Beirat des VIII. Innovationskongresses über die Preisvergabe.
Der Innovationspreis 2012, gestiftet von Roche Diagnostics Deutschland, ist mit einer Preissumme von 10.000 Euro dotiert und wird im Rahmen des VIII. Innovationskongresses der deutschen Hochschulmedizin am 28. Juni 2012 in Berlin verliehen.

Ausschreibung: 1. Bewerbungsfrist bis zum 1. Mai 2012.

Die ausführlichen Ausschreibungsunterlagen finden Sie unter www.uniklinika.de

Eins für alle und gegen alles: Was mir noch alles atypisch vorkommt am Einsatz eines Atypikums in diesen Zeiten

Spannungsfeld im Verordnungsalltag eines hessischen Psychiaters, aber auch der Allgemeinmediziner

Peter Laß-Tegethoff

Typische Situation: An der Patientenanmeldung steht ein bisher unbekannter Patient, kürzlich aus der Klinik für Psychiatrie und/oder Psychotherapie XY entlassen, ersucht um einen Termin und ein sofortiges Rezept zur Weiterführung seiner Medikation. Er/sie hat beim Hausarzt schon an der Anmeldung erfahren „das (Medikament) **können** (nicht selten: **„dürfen!“**) wir Ihnen nicht aufschreiben, das **muss** der Facharzt machen“.

Beim Nervenarzt gibt es auch aus dem Stand oder zeitnah keinen Termin, der zeitlich ausreicht, sich der Krankengeschichte angemessen zu widmen.

Oder Patient XY ist in der Praxis bekannt, war in der Klinik und kommt nun mit einem neuen Medikamentenplan.

Wenn die Fachangestellten aus einer solchen Konstellation heraus ins Sprechzimmer kommen und ich ein Rezept unterschreiben soll, ist mir schon klar, worum es geht, bevor ich den Kurzbrief gelesen habe: Sicher nicht um ein bisschen Citalopram und Lithium oder Valproinsäure.

Der Patient erhält Quetiapin, gerne in Kombination mit einem Antidepressivum, das unter Patentschutz steht, Tagestherapiekosten über 5 Euro.

Sind das alles Psychosepatienten, Schizophrene oder mit einer bipolaren affektiven Störung nach einer akuten Manie? Mitnichten! Häufig sind es eher andere Diagnosen, die zur Verordnung führten: Anpassungsstörungen, depressive Episoden, emotional instabile Persönlichkeitsstörungen, teils Suchterkrankungen. Oder gerontopsychiatrische Patienten mit kleineren Dosierungen, die den Schlaf fördern und Unruhe dämpfen, aber keine antischizophrene, antimanische oder antidepressive Wirkung haben.

Ich als potentieller Weiterbehandler hole tief Luft und frage mich, welcher Umgang mit dem Tsunami an diesen Verordnungen der beste wäre. Den Patienten kann man nicht gleich konfrontieren, er hat sich weder die Diagnose noch die Medikation ausgesucht, sondern auf die Klinik vertraut und kann mit der Irritation meist gar nicht umgehen.

In der Klinik anzurufen und nachzufragen, was der trifftige Grund für die Auswahl des hochpreisigen Präparates war und warum das teils nicht mit der Diagnose kompatibel ist oder ob Alternativen geprüft wurden, fruchtet auch nicht immer, etwa weil der Behandler gerade im Dienstfrei ist, er den Fall auch vom Kollegen übernommen hat oder der Oberarzt das so „angesetzt“ hat. Die Erklärung würde im Grunde auch nichts ändern an der Notwendigkeit, in diesem Moment die Verordnung zu tätigen.

Hier geht es nicht ums Cholesterin, sondern um die Rückkehr in den Alltag, an den Arbeitsplatz und so weiter.

Man will das Ergebnis einer teuren stationären Behandlung auch nicht gerade über den Haufen werfen, indem man Umstellungen vornimmt, die potentiell in den Rückfall führen können. Um sofort vorzubeugen: Die Verordnungen kommen nicht nur aus Kliniken, aber sie haben extrem zugenommen.

Nach der Haloperidol-Zeit, die sicher keiner zurück haben möchte, oder der Risperidon-Zeit bzw. Olanzapin oder Amisulprid ist die „Ära Quetiapin“ gekommen, wobei letzteres das erste Antipsychotikum zu sein scheint, das breit und flächendeckend über die Generationen und Indikationen hinweg eingesetzt wird. Das mag im Sinne derer sein, die es nehmen „müssen“, aber eben nicht derer, die das in jedem Einzelfall verantworten müssen.

Ich kann eine Praxisbesonderheit eben nur bei der „Behandlung der Schizophrenie“ mit atypischen Neuroleptika geltend machen, nicht aber ohne diese Diagnose! Und die Kennzeichnung als Besonderheit schützt in Hessen nicht vor Prüfung bzw. Androhung eines Arzneimittelregresses.
Die guten alten Zeiten von „90er Jahre Atypika“, die jetzt preisgünstig zu haben sind, ich frage mich, was damals anders war? Und die Zeiten, in denen sich ohne kritische Abwehrhaltung kein Neuroleptikum aufschreiben ließ, sie scheinen auch vorbei?
Ich möchte wissen, wo eigentlich die kritischen Beipackzettelleser geblieben sind, die datailreiche Nachfragen haben, nach der Verordnung alles gelb angemarkert noch mal nachfragen wollen, um Bedenken auszuräumen, bevor sie überhaupt eine einzige Pille das erste Mal einnehmen. Liegt das daran, dass in der Klinik die Tabletten im Dosett bunt durcheinander dargereicht werden und die Leute gar nicht erst die „Waschzettel“ in die Hand kriegen? Oder dass das alles schon ausdiskutiert ist?
Jedenfalls sind wir hier mit einer Welle von kostentreibenden Verordnungen konfrontiert, die kritisch hinterfragt werden muss. Ich wünsche mir, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot in Kliniken Einzug findet, damit die, die Innovationen brauchen, sie auch erhalten können und damit den fachfremden Pharmakoberatern, die allein auf Amitriptylin und Haloperidol, nein: jetzt geht auch Risperidon, setzen, nicht noch durch unser Verhalten Argumente zugespielt werden.

Anschrift des Verfassers
Peter Laß-Tegethoff
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
GPR Dres. Emrich Kollegen
Frankfurter Straße 71, 35625 Hüttenberg
Tel. 06441 9779711, E-Mail:
tegethoff@neuropraxis-rechtenbach.de

Die *Beiträge in der Rubrik „Ansichten und Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.*

KV Hessen: Dramatischer Diabetesanstieg in Hessen

Die Erkrankung Diabetes mellitus nimmt seit Jahren zu. Wie dramatisch dieser Anstieg ist, zeigt sich nun besonders in Hessen: Die Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) des Diabetes mellitus stieg in den Jahren 2000 bis 2009 von 6,5 % auf 9,7 %. Das entspricht einem Anstieg um 49 %! Diese erschreckenden Ergebnisse lieferte jetzt die repräsentative „Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen“, welche seit dem Jahr 1998 vom PMV Institut der Universität Köln kontinuierlich durchgeführt und vom Hessischen Sozialministerium finanziell gefördert wird.

Absolut betrachtet fanden sich die höchsten Anstiege der Diabetikerzahlen in den Altersgruppen ab dem 60. Lebensjahr. Der Anstieg in der Prävalenz zeigt sich bei Männern wie bei Frauen. Bei Frauen in der Altersgruppe ab 60 Jahre beträgt die Prävalenz nunmehr 12 % und hat damit dramatische Ausmaße erreicht. „Noch vor einigen Jahren war es undenkbar, dass die 10 %-Marke geknackt wird. Da liegen wir nun deutlich darüber“, erläuterten die beiden Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Frank-Rüdiger Zimmeck und Dr. med. Gerd W. Zimmermann.

Der nunmehr 14-jährige Beobachtungszeitraum ist in der Versorgungsforschung in Deutschland einmalig. Die Besonderheit der Stichprobe in Hessen liegt darin, Diagnose, Leistungs- und Verordnungsdaten sowie Krankenhaus- und Arbeitsunfähigkeits-Diagnosen und die Leistungen zum Bereich „Pflege“ personenbezogen und sektorenübergreifend über einen langen Zeitraum zu analysieren. Bei der Frage, woher dieser starke Anstieg kommt, sind sich selbst die Experten nicht einig. Mögliche Gründe könnten vermehrte Adipositas, Bewegungsmangel, ein westlich geprägter Lebensstil und/oder das Altern der Bevölkerung sein.
Für die beiden Vorstände ist jedoch klar: „Wo auch immer der Anstieg herkommt, er ist Fakt und er verursacht in den Arztpraxen einen erhöhten Aufwand, der zurzeit nicht ausreichend vergütet wird. Der Anstieg behandlungsbedürftiger Diabetiker in Hessen in Höhe von 49 % steht nämlich im krassen Gegensatz zu dem gesetzlich vorgegebenen Honorarplus von 1,25 % für das Jahr 2012.“ Sie kündigten an, die Daten der hessischen Versichertenstichprobe in die anstehenden Honorarverhandlungen als Beleg für die Notwendigkeit eines höheren Honoraranstiegs einzubringen.

KV Hessen

Die *Beiträge in der Rubrik „Ansichten und Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.*

Parlando

Der andere Munch

Die Ausstellung „Der moderne Blick“ in der Frankfurter Schirn

Wie eine Schlafwandlerin mutet die junge Frau an. Nackt, mit hängendem, in rote Farbenflut getauchten Kopf entfernt sie sich von ihrem Bett. Nicht erotisch wirkt der Akt, sondern verschlossen und in sich gekehrt. Immer wieder hat sich der norwegische Maler Edvard Munch (1863-1944) mit dem Motiv „Weinende Frau“ auseinandergesetzt. Mit knabenhaftem Körper in leuchtenden Pastelltönen oder mit ausgemergeltem Leib vor düsterem Hintergrund gemalt und als „Weinender Akt“ in Bronze gegossen.

Die Wiederholung eines Themas auf einer Klaviatur verschiedener Darstellungsformen – Zeichnungen, Gemälde, Skulptur, Fotographie und Film – ist charakteristisch für das künstlerische Schaffen Edvard Munchs. Während die meisten Retrospektiven vor allem Werke der 1890er Jahre – Der Kuss, Der Schrei, Vampir – zeigen, liegt der Fokus der in Zusammenarbeit mit dem Centre Pompidou Musée National d`Art Moderne in Paris und dem Munch Museet Oslo entstandenen Ausstellung „Der moderne Blick“, die bis zum 13. Mai in der Frankfurter Schirn zu sehen ist, auf dem Spätwerk des Malers. Mit einer beeindruckenden Auswahl von Arbeiten unterschiedlicher Genres, darunter auch frühe Gemälde, wird Munch als Künstler des 20. Jahrhunderts präsentiert: Ein Wegbereiter für die expressionistische Malerei der Moderne, der sich von zeitgenössischer visueller Kultur inspirieren ließ.

Reger Anteil am Zeitgeschehen

Auch wenn Bilder wie „Pubertät“, das in unterschiedlichen Variationen ein schüchternes, nacktes Mädchen an der Schwelle zur Frau darstellt, oder „Vampir“, die wiederkehrenden Motive Einsamkeit, Verletzlichkeit und Beklemmung spiegeln, war Munch nicht ausschließlich und nicht zeitlebens der introvertierte, angsterfüllte und am Leben verzweifelnde Einzelgänger, als den ihn die Nachwelt häufig sieht. Autobiografisches Erleben wie die gewalttätige Auseinandersetzung mit seiner Verlobten Tulla, die schmerzhafte Trennung von ihr, seine Depressionen und Alkoholexzesse und der Aufenthalt in einer Nervenklinik wirkten auf das künstlerische Schaffen ein, das jedoch auch von anderen Erfahrungen geformt wurde. Dem Klischee vom einsamen Nordeuropäer, das dazu verleitet, Munchs Bilder in erster Linie psychoanalytisch zu deuten, setzt die Frankfurter Ausstellung den „anderen“ Munch entgegen: Einen Künstler, der früh ins Kino ging, zeitlebens Reisen unternahm, sich intensiv mit der Fotografie beschäftigte, Theatervorstellungen besuchte, Zeitungen las, alles in allem regen Anteil am Zeitgeschehen nahm und seine Eindrücke in Farben schwelgend in seinen Gemälden wiedergab. Nicht chronologisch sondern thematisch aufgebaut und in zwölf Teile untergliedert, zeichnet die Ausstellung diese Einflüsse auf Munchs Werk nach, regt zu einem facettenreichen Dialog zwischen Betrachter und Bild an und lässt die „Modernität“ des Malers spürbar werden.

Eine winterliche „Allee im Schneegestöber“ (1906), im Vordergrund der friedlichen Szenerie eine rot- und eine blaugekleidete Gestalt. Etliche Jahre später ein fast identisches Motiv: Doch nun ist die Allee mit den entlaubten Bäumen in eine Landschaft eingebettet, und der Blick des Betrachters richtet sich auf das ausdruckslose Männergesicht im Vordergrund. „Der Mörder in der Allee“ ist das Ölbild aus dem Jahr 1919 betitelt. Munch vermag zu irritieren und zu verstören, aber er zieht auch mit Bildern von fast heiterer Schönheit in seinen Bann: So mit „Mädchen auf der Brücke“ oder der faszinierenden „Sternennacht“.

Intensität und Dynamik von Munchs künstlerischem Schaffen in den Jahren von 1900 bis 1944 rühren unter anderem von seiner Zusammenarbeit mit Max Reinhard, dem Gründer der Berliner Kammerspiele, her. Reinhart beauftragte ihn u.a. mit der Ausmalung eines Festsaals in den Kammerspielen und mit „Stimmungsskizzen“ zu Ibsens „Gespenster“, die Regisseur und Schauspielern bei der Gestaltung der Rollen helfen sollten. Munch begleitete zwei Inszenierungen an dem Theater und lernte dadurch aus nächster Nähe eine auf Lichteffekte und Farbstimmungen setzende moderne, visionäre Bühne kennen. Mit dem wie eine Theaterszene aufgebauten Bild „Tod im Krankenzimmer“ stellte Munch erstmals mit den Mitteln der Malerei eine intime Theatersituation nach und rückte neben dem Korbstuhl mit der Sterbenden die Figur der Schwester in den Mittelpunkt. In der „Grünen-Zimmer-Serie“ inszenierte er die Rolle von Gegenständen immer deutlicher. So wird etwa die Einsamkeit eines äußeren Zwängen ausgeliefert erscheinenden Paares in „Begierde“ durch wuchtige Möbel im Bild merklich verstärkt.

Einfluss der neuen Medien

Munch beschränkte die Reproduzierbarkeit der ausgewählten Sujets keineswegs nur auf die Malerei sondern nutzte die Möglichkeiten der neuen Medien. Auf einigen Filmaufnahmen, die der Norweger während eines Paris-Aufenthaltes machte, versuchte er das Großstadtleben einzufangen. Die verschwimmenden Konturen der bewegten Bilder finden ebenso Eingang in seine Gemälde wie die Schwarz-Weiß-Kontraste der Fotografie. Wie lei-

denschaftlich sich Munch mit Fotografie beschäftigte, machen die aneinandergereihten Fotosequenzen im Zentrum der Ausstellung deutlich.

Vorwiegend sind es Selbstportraits, zwischen 1902 bis in die 1930er Jahre hinein entstanden, die ihn zumeist im Profil oder in Dreiviertelansicht zeigen. Den Blick dem Betrachter entrückt in eine unbestimmte Ferne gerichtet, oder wie aufgeschreckt vom Krankenbett aus zugewandt, durch Mehrfachbelichtung wie ein Geisterwesen durch das Atelier schreitend, oder das Augenmerk auf die „Schicksalshand“, den durch eine Schießerei verkrüppelten Mittelfinger der linken Hand, richtend: Die Fotografie bot Munch eine neue Form der Innenschau und diente ihm – wie die über 70 gezeichneten und gemalten Selbstportraits – dazu, die eigene Entwicklung über sechs Jahrzehnte hinweg zu beobachten. Schonungslos erforschte er sein Ich, portraitierte sich in „Selbstbildnis zwischen Uhr und Bett“ als alten Mann und nahm in der Gouache „Viertel nach zwei Uhr nachts“ den eigenen Tod vorweg. Die Ausstellung in der Schirn beleuchtet seine im 20. Jahrhundert entstandenen Werke aus einer neuen Perspektive.

Katja Möhrle

Die Kritiker der Elche

Ein Jubiläum droht übersehen zu werden. Die „Neue Frankfurter Schule“ hat die 50 überschritten

Über die Frage was Humor ist, was ihn von der Satire unterscheidet, wie offensiv oder gar aggressiv darf Satire sein? Wo werden Grenzen berührt? Was ist noch guter Geschmack, was überschreitet diesen? kann man sich getrost streiten. Genauso über die Frage, ob wir in Deutschland mehr oder weniger Humor haben, als unsere Nachbarn im Ausland oder gar welche Menschen innerhalb Deutschlands den besten Sinn für Humor haben. Sind es die Friesen, sind es Juden, wer waren die größten Komiker? Was hat in der jeweiligen geschichtlichen Periode, die jeweils ihre Komiker liebte oder verachtete, spezifische Ausbildungen des Sujets „Humor“? Wenn Robert Gernhardt feststellte: „Florierender Humor ist eine Kulturleistung“, so hat er sicherlich Recht.

Was als komisch empfunden wird, ist gewiss Ansichtssache. Geschmäcker sind auch verschieden. Das Fell ist sicherlich auch unterschiedlich dick. Nicht jeder, der gut austeilen kann, kann auch gut einstecken. Wenn es witzig wird, versagt die Kritik, so meinen viele. Die Grundbegriffe des Komischen: Humor, Ironie, Satire, Nonsens, Polemik, Kalauer, Pointe, Parodie, sie sind zu unterschiedlichen Zeiten verschieden vertreten gewesen. Fakt ist, dass Satire und Humor auch in der Literatur, oft anspruchsvoll, seit es Printmedien gab, vertreten waren. Es sei an den Simplizissimus erinnert, an den Eulenspiegel in der DDR, oder an Karl Kraus oder gar an einen der Heroen, Kurt Tucholsky.

Die Bedeutung von Witz und Karikatur, auch im Politischen, wird gerne übersehen, die Bedeutung des Humorvollen im Comic und die Annahme des Komischen und des Tragischen in allen Kulturmedien, sind inzwischen vollzogen, so zum Beispiel in den Cartoons von Art Spiegelmann, die unter dem Namen „Maus“ erschienen sind und über die Geschichte des Vaters von Spiegelmann berichten und sein Schicksal in der Verfolgung in der nationalsozialistischen Zeit.

Im Oktober 1961 erschien die Nullnummer der Zeitschrift „Pardon“. Relativ rasch war, in Anlehnung und unter Bezugnahme auf die kritische Theorie, die „Frankfurter Schule“ vertreten von Adorno und Horkheimer, später Habermas und andere, ein neuer Name gefunden: „Neue Frankfurter Schule“. Diese hatte keine Struktur, keine Vereinssatzung, wurde jedoch im deutschsprachigen Raum und auch darüber hinaus als ein Zentrum des publizistisch und mit reichen Ergebnissen ausgestatteten Bemühens um Humor, Karikatur und Sprachspiele verstanden.

Neben der Zeitschrift „Pardon“ war es die „Titanic“, die ab November 1979 erschien. Daneben produzierten die Hauptvertreter dieser „NFS“ Radiosendungen wie die Sendreihe „Dr. Seltsams Sonntagssortiment“: „Hörrohr klar zum Gefecht“ und statteten den vermutlich bekanntesten zeitgenössischen deutschen Komiker, Otto Waalkes, mit Texten, die die Jahrzehnte überdauert haben, aus.

Insgesamt erschienen aus deren Hand mehr als 250 Bücher, unzählige Radiosendungen wurden produziert, unzählige Filme gedreht. Der erste Otto-Film: „Otto – der

Parlando

Film“ war 1985 mit mehr als 13 Millionen Zuschauern der bis dahin erfolgreichste deutsche Nachkriegsfilm. Eines der am häufigsten zitierten Sprüche: „Die schärfsten Kritiker der Elche waren früher selber welche!“ stammt aus ihrer Feder, unzählige weitere ließen sich zitieren.
Bekannte Werke aus der Hand der Autoren der „Neue Frankfurter Schule“ waren darüber hinaus: Traxlers „Die Wahrheit über Hänsel und Gretel“, 1973 E. Henscheidts „Die Vollidioten“ und die „Trilogie des fortlaufenden Schwachsinns“ und viele andere mehr.
Der bekannteste Autor war der in Frankfurt wohnende Robert Gernhardt.

Warum der Mensch gerne lacht und welche Bedeutung philosophisch dem Lachen zugewiesen wird, mag Punkt unterschiedlicher und heftiger Auseinandersetzungen sein. Im Buch „Der Name der Rose“ von Umberto Eco ging es um ein Buch Aristoteles über das Lachen.

Das Lachen ist möglicher Weise eine Selbstbelohnung dafür, dass man eine Denkaufgabe, ein Rätsel, nichts anderes ist ein guter Witz, schnell gelöst hat und sich selbst und seine Umgebung eventuell mit in einer Lösung, einem Hakenschlag überrascht hat. Er solidarisiert. Humor, so Oliver Maria Schmitt, in einem Buch über die „Neue Frankfurter Schule“ sei ein „zuverlässiger Schmierstoff für die Mühle des Lebens. Er ist der Humus, der die Erde gedeihlicher macht ...“.
Im Humor ist Trost und Hoffnung und der Aufruf zur Friedfertigkeit enthalten. Er ist gemeinschaftsstiftend und sympathieerzeugend.

Die Wahrscheinlichkeit, dass zwei Menschen, die miteinander lachen, sich die Köpfe einschlagen, ist gering. Das vermag diejenigen, die sich viele Fragen nach dem Sinn des Lebens stellen, zu trösten.

Dr. med. Siegmund Drexler

© F.K.Waechter. *Provenienz des Blattes: Wilhelm Busch – Deutsches Museum für Karikatur und Zeichenkunst, Hannover.*

Deutscher Heilpraktikertag 2012

Der 29. Deutsche Heilpraktikertag findet am 21. April 2012 in der Stadthalle im Congress Center Düsseldorf statt. Erwartet werden zu dieser bedeutenden Veranstaltung wieder rund 2.500-2.800 Heilpraktiker aus dem gesamten deutschen Bundesgebiet. Geboten werden rund 70 Vorträge sowie 12 Seminare und Workshops. Ideell getragen wird der Heilpraktikertag von der Kooperation der deutschen Heilpraktiker-Verbände. Begleitet wird der Deutsche Heilpraktikertag von der CAM, der europäischen Fachmesse für alternative und integrative Medizin. Auf dieser Messe werden wieder über 200 Aussteller ihre Produkte und Dienstleistungen präsentieren.

Weitere Informationen über den Deutschen Heilpraktikertag unter:
www.Heilpraktikertag.de

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!

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. Jaursch-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*

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*

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*

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 Hausärzteverband 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)

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

4. Pädiatrisch-kinderpsychologisches Forum
Samstag, 02. Juni 2012, 09:00 – 13:00 Uhr
Leitung: Dr. med. Dipl.-Psych. D. Mallmann, Eltville
Teilnahmebeitrag: je € 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*

Durchführung und Auswertung von internen Audits

Theoretische Grundlagen und Praxisbeispiele

Donnerstag, 03. Mai 2011, 09:00 – 17:00 Uhr

Leitung: Dr. Dipl.-Psych. C. Kuch, Köln
Teilnahmebeitrag: € 180 (Akademiemitgl. € 162)
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*

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mittwoch, 23. Mai 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: 29. Aug., 31. Okt., 28. Nov., 12. Dez.

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs

Freitag, 25. Mai 2012 von 13:00 – 21:00 Uhr **11 P**

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechtheim
Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen
Teilnahmebeitrag: € 170 (Akademiemitgl. € 153)
(inkl. Pausenverpflegung) zzgl. € 70 Schulungsmaterial
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*

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*

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. *(siehe Seite 255)*

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*

Betriebswirtschaftliche Planung der Niederlassung

Freitag, 21. – Samstag, 22. Sep. 2012

Leitung: Prof. Dr. med. V. Liebig, Ulm
Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)
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*

Workshop „Psychiatrie und Philosophie“

Mittwoch, 31. Okt. 2012 **10 P**

Leitung: Dr. med. F. Bossong, Hadamar
Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)
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*

II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

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 Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V.
Fon: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: *bauss@daegfa.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 Hönmann, 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 Hönmann, Frankfurt a. M.

Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 16 Kurs A wird anerkannt / Block 17 Kurs B wird anerkannt
Teilnahmebeitrag: 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*

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*

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*

Qualifikation zur fachgebundene genetische Beratung im Kontext der vorgeburtlichen Risikoabklärung

Samstag, 28. Apr. 2012
Teilnahmebeitrag: € 70 (Akademiemitgl. € 60,
Ärzte, die nicht in Hessen tätig sind: € 80)
Tagungsort: Frankfurt a. M.
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
E-Mail: *heike.cichon@laekh.de*

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

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 II € 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*

Aktuelle Diabetologie

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

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

Teil 5: **Herz, Blutdruck und Gefäße**
Teil 6: **Auge, Niere, Fuß**
Leitung: Dr. med. M. Braun, Schlüchtern
Dr. med. M. Eckhard, Gießen
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*

weitere Termine 2012:
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: Rauischholzhausen, Schloß Rauischholzhausen
Ferdinand-von-Stumm-Str., Ebsdorfergrund-Rauischholzhausen
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 Rauischholzhausen
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 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*

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*

Medizinische Rehabilitation

16-Stunden-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V)
Mittwoch, 10. Okt. 2012, 13:30 – 20:45 Uhr **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*

Didaktik

Moderatorentraining **20 P**
Freitag, 26. Okt. – Samstag, 27. Okt. 2012
Leitung: Dr. med. Wolfgang Zeckey, Fulda
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*

Notfallmedizinische Fortbildung

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

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD
Freitag, 28. – Sonntag, 30. Sept.2012
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg/M. Leimbeck, Braunfels
Teilnahmebeitrag: € 400 (Akademiemitgl. € 360)
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*

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, 05. – Samstag, 13. Okt. 2012
Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg
Tagungsort: Marburg, Universitätsklinikum Gießen/Marburg, Hörsaalgebäude 3, Conradistr.
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*

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

18. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Freitag, 16. – Sonntag, 18. 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 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 **16 P**
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 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*

Interventionen an Becken- und Beingefäßen (Simulatortraining)

Mittwoch, 25. Apr. 2012, 08:30 – 17:45 Uhr **13 P**
Leitung: Dr. med. T. Umscheid, Bad Nauheim
Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)
max. Teilnehmerzahl: 6
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*

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, 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*

Krankenhaushygiene

Modul II: Montag, 16. – Freitag, 20. Apr. 2012 **40 P**
Leitung: Prof. Dr. med. Kempf, Dr. med. C. Brandt, Frankfurt/M.
Tagungsort: Frankfurt/M., Klinikum der Goethe-Universität

Modul III: Montag, 27. – 31. Aug. 2012
Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen
Tagungsort: Gießen

Teilnahmebeitrag: je Modul € 650 (Akademiemitgl. € 585)
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
E-Mail: *heike.cichon@laekh.de*

weitere Termine in Planung!

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*

Ultraschallkurse

Abdomen
Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Prof. Dr. med. C. Dietrich,
Dr. med. H. Sattler, Dr. med. W. Stelzel

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*

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*

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

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer. **32 P**
Freitag, 05. – Samstag, 06. Okt. 2012
Freitag, 16. – Samstag, 17. Nov. 2012
Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 432)
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*

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

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)
Inhalte: Die in der eintägigen Fortbildung vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten sollen die Teilnehmer/innen befähigen, Gespräche professionell und zielgerichtet zu führen. Durch das Training in der Gruppe erhält der/die Teilnehmer/in Anregungen zur Optimierung seiner/ihrer Fragen- und Antworttechniken sowie Unterstützung zur Verbesserung der Rhetorik.
Termin: Freitag, 14.09.2012, 10:00 – 17:30 Uhr
Teilnahmegebühr: € 95

Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)
Inhalte: Die Teilnehmer/innen der Fortbildung werden systematisch in die Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie eingeführt und erwerben über diese Kenntnisse die Fähigkeit, Bedürfnisse des Gesprächspartners zu erkennen und die Patientencompliance durch Motivation zu verbessern.
Termin: Samstag, 15.09.2012, 10:00 – 17:30 Uhr
Teilnahmegebühr: € 95

Wiedereinstieg in das Berufsleben (PAT 10)
Ziel der Fortbildung ist es, mutig und selbstbewusst wieder in der Praxis einsteigen zu können. Erneuern Sie ihr eigenes Verständnis zum Beruf, bringen Sie sich die häufigsten Krankheitsbilder wieder in Erinnerung. Sie erfahren die Neuerungen der Abrechnung, das Wichtigste zum Thema Arbeits- und Praxishygiene und frischen Ihre Kenntnisse zur Blutentnahme und Präanalytik wieder auf.
Termine: Donnerstag, 30.08.2012 bis Samstag, 01.09.2012 und
Donnerstag, 13.09.2012 bis Samstag, 15.09.2012 (44 Std.)
Teilnahmegebühr: € 550

Information: Annegret Werling, Fon: 06032 782-193, Fax -180

Schwerpunkt Medizin

Herz und Lunge (MED 3)
Inhalte: Ruhe-EKG, Langzeitmessung-EKG, Langzeitblutdruckmessung, Spirometrie, Inhalationstherapie, Fehlermöglichkeiten. Die Fortbildung wird anerkannt bei der Qualifizierung **„Nichtärztliche Praxisassistenz"**
Termin: Interessentenliste, samstags 8 Stunden
Teilnahmegebühr: € 95

Injektionen/Infusionen (MED 5)
Inhalte: Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion, unter Beachtung von hygienischen Maßnahmen, steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt der Veranstaltung. Hierbei werden die rechtlichen Aspekte zu delegationsfähigen ärztlichen Leistungen sowie die aktuellen Forderungen der TRBA 250 berücksichtigt und als Lerninhalte vermittelt.
Termin: Interessentenliste, samstags, 10:00 – 16:30 Uhr
Teilnahmegebühr: € 95

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

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

Schwerpunkt Medizin

Impfungen (MED 10)
Inhalte: Impfkalender der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmüdigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplikationen, Imfpschäden, 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

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Die Fortbildungen **„AVÄ"** werden anerkannt bei den Qualifizierungen **„Nichtärztliche Praxisassistenz"** und **„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 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
Termine: 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

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

Ernährungsmedizin (120 Stunden)

Die nachfolgenden Themen werden als Blockveranstaltung vermittelt:

Inhalte: Überblick über Ernährungs- und Stoffwechselphysiologie, Ernährungspyramide nach Vorgabe der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Ernährung in besonderen Lebensabschnitten, Krankheitsbilder und mögliche ernährungs-therapeutische Maßnahmen, angewandte Ernährungsmedizin, Kooperation und Koordination
Termin: ab Montag, 20.08.2012
Teilnahmegebühr Blockveranstaltung: € 950 zuzügl. € 60 Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Themen: Kommunikation und Gesprächsführung, Wahrnehmung und Motivation sowie Moderation zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden.

Ansprechpartner: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

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

Case Management in der ambulanten Versorgung

Zur Spezialisierung auf die chronische Erkrankung Depression (CMA 1)
Die Teilnahme an der 14-stündigen Fortbildung „Depression“ setzt den Nachweis der Teilnahme am Qualifizierungslehrgang „Patientenbegleitung und Koordination“ voraus.

Inhalte: Krankheitslehre zur Erkrankung „Depression“, endogene und reaktive Muster unterscheiden, Suizidalität erkennen, Besonderheiten in der Interaktion mit depressiven Patienten, Interaktionsmuster (-modelle) kennen und in Interaktionen anwenden, individuelle Lebenssituation in der Kommunikation berücksichtigen.
Termine: 29.06.2012, 09:30 – 16:00 Uhr und
30.06.2012, 08:30 – 15:00 Uhr (14 Stunden)
Teilnahmegebühr: € 185

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

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

Inhalte: Mikrobiologie und Grundlagen der Epidemiologie, infektionsprophylaktische Maßnahmen zum Schutz des Patienten und des Personals, Fehlerquellen und Probleme, Handhabung und Aufbereitung von Medizinprodukten, Qualitätsmanagement, rechtliche Aspekte
Termin in Bad Nauheim (SAC 2): Fr. 15.06. bis Sa. 16.06.2012 und Do. 28.06. bis Sa 30.06.2012
Teilnahmegebühr: € 410 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung

Die Aufstiegsfortbildung richtet sich an Medizinische Fachangestellte oder Arzthelfer/innen, die spezifische Fach- und Führungsaufgaben im Praxisteam oder in mittleren Gesundheitseinrichtungen bereits übernommen haben oder eine leitende Position anstreben. Durch die Kombination von 300 Stunden Pflichtteil und 120 Stunden medizinischen Wahlteil hat der/die Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Bereich des Praxismanagement, wie auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin. Eine Tätigkeitsbeschreibung finden Sie auch unter: www.fortbildung-mfa.de

Als medizinischer Wahlteil werden u.a. Fortbildungskurse gemäß den Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Gerne übersenden wir Ihnen das Fortbildungsprogramm 2012 der Carl-Oelemann-Schule, in dem u.a. die Qualifizierungslehrgänge, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden, beschrieben sind.

Der Pflichtteil der Aufstiegsfortbildung umfasst folgende Module:

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

Beginn: 23.08.2012
Teilnahmegebühr Pflichtteil: € 1.480
Prüfungsgebühren: € 200

Es besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einzelnen Modulen. Teilnahmegebühr auf Anfrage.

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

Repetitorium Allgemeinmedizin

An nur zwei Tagen wird am 16. und 17. Juni 2012 das jährlich stattfindende, sehr erfolgreiche Repetitorium Allgemeinmedizin im Fortbildungszentrum der LÄK Hessen in Bad Nauheim angeboten (siehe Seite 248). Komprimiert werden typisch allgemeinmedizinische Themen dargestellt: „spezifisch allgemeinmedizinische Vorgehensweisen und Handlungswege, sogenannte Befindlichkeitsstörungen, Fieberzustände, Infekte der Atemwege und Lungenerkrankungen, gastro-intestinale Leitsymptome, neurologische Kreislauferkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Akutfälle in Urologie und Gynäkologie, Beschwerden des Muskel-Skelett-Gelenk-Systems und Osteoporose. Selbstverständlich wird auch die Palliativmedizin thematisiert, ebenso wie die Schmerztherapie. Hausärztliche Leitlinien der Leitliniengruppe Hessen oder der DEGAM werden – so vorhanden – in die Vorträge eingebunden. So wird z.B. die gemeinsame neue hausärztliche Leitlinie kardio-vaskuläre Prävention vorgestellt. Eventuell liegt zur rationalen Pharmakotherapie schon die Leitlinie zur Multimedikation vor. Abgerundet wird die Veranstaltung durch Arbeit in Kleingruppen über die genannten Themen.

Viele gestandene Allgemeinärztinnen und -ärzte nutzten 2011 das Repetitorium Allgemeinmedizin, um ihr Wissen aufzufrischen und neueste Tendenzen in der Allgemeinmedizin zu erfahren. Weitere Kolleginnen und Kollegen nutzten die Veranstaltung, um sich für die Facharztprüfung in Allgemeinmedizin vorzubereiten.

Die Referenten sind überzeugte Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, die als Moderatoren in der Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin tätig sind oder an den hausärztlichen Leitlinien der KV Hessen und den DEGAM-Leitlinien mitgearbeitet haben oder Prüfer der Facharztprüfung Allgemeinmedizin sind.

Im Vordergrund steht für uns, dass eine in der Praxis verwertbare Mischung aus allgemeinmedizinischer Vorgehensweise, praktischer Erfahrung, evidenced based medicine und hausärztlichen Leitlinien vorgetragen wird.

Dr. Gert Vetter, Frankfurt

Medizin-Management-Preis 2012 ausgeschrieben

Unter der Schirmherrschaft des langjährigen Bundesforschungsministers Professor Dr. Heinz Riesenhuber, MdB, ist der Medizin-Management-Preis 2012 ausgeschrieben. Der Preis zeichnet Innovationen aus, die die Potentiale der Gesundheitsbranche wecken und Ergebnisse verbessern, indem sie neue Wege des Steuerns, Führens und Leitens aufzeigen.

Als Preisträger in Frage kommen Projekte und Konzepte jeglicher Segmente des Medizinmarktes:

- Forschung
- Verfahren
- Versorgungs- und Kooperationsformen
- Qualitätssicherung und Produktion
- Informationstechnologie (IT)
- Kommunikation
- Human Resources.

Der jährlich vergebene Preis ist mit 2.000 Euro dotiert. Die Teilnahme am Wettbewerb ist kostenfrei. Bewerbungsschluss ist der 1. Juni 2012.

Rückblick: Im vergangenen Jahr ging der Medizin-Management-Preis an das Strahlen-Therapiegerät INTRABEAM der Carl Zeiss Meditec AG. Das Gerät ermöglicht es, die übliche sechs- bis siebenwöchige Brustkrebs-Strahlentherapie durch eine einmalige 30-minütige Belichtung zu ersetzen.

Ausführliche Informationen zum Preis, dem Bewerbungsverfahren sowie weiteren prämierten Innovationen des letzten Jahres finden Sie unter:
www.medizin-management-verband.de/medizin-management-preis

Arzt- und Kassenarztrecht

Versorgungsstrukturgesetz 2012 – Was ändert sich tatsächlich?

A. Wienke, A. Stenger

Das vieldiskutierte Versorgungsstrukturgesetz ist Ende des vergangenen Jahres vom Bundestag beschlossen und vom Bundesrat gebilligt worden. Seit Jahresbeginn 2012 sind wesentliche Teile des Gesetzes in Kraft. Im Großen und Ganzen entspricht das Gesetz dem bereits im Juni des vergangenen Jahres vorgelegten Referentenentwurf. Dennoch sind kurz vor der Beschlussfassung des Bundestages noch einige geplante Änderungen weggefallen und dafür andere hinzugetreten. Nachfolgend stellen wir die wesentlichen Änderungen im Krankenversicherungsrecht (SGB V) sowie im Zulassungswesen der Ärzte (Ärzte-ZV) vor:

Delegation ärztlicher Leistungen (§ 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 20. Oktober 2011 die Richtlinie zur Heilkundeübertragung im Rahmen von Modellvorhaben und damit die **Substitution** ärztlicher Leistungen auf Angehörige der Kranken- und Altenpflegeberufe beschlossen. Die Neufassung des § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V sieht demgegenüber vor, dass die Partner der Bundesmantelverträge eine Liste von delegationsfähigen Leistungen erstellen sollen. Nach Auffassung des Gesetzgebers würden die bestehenden Möglichkeiten zur **Delegation** noch nicht in ausreichendem Umfang genutzt. Daher soll für die ambulante Versorgung beispielhaft festgelegt werden, bei welchen Tätigkeiten nichtärztliches Kranken- und Pflegepersonal ärztliche Leistungen erbringen kann, und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Grundsätzlich gilt zwar bei der ärztlichen Behandlung in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung. Das bedeutet allerdings nicht, dass der Arzt alle Leistungen in vollem Umfang eigenhändig erbringen muss. Vielmehr kann er ärztliche Leistungen an nichtärztliches Personal delegieren. Die Letztverantwortung des Arztes bleibt dabei – im Gegensatz zur Substitution – jedoch erhalten, was bedeutet, dass er die Hilfsperson je nach den Erfordernissen überwachen und anleiten muss.

Ärzte können ärztliche Leistungen an nichtärztliches Personal delegieren, müssen jedoch die Hilfspersonen je nach den Erfordernissen überwachen und anleiten. Die Partner der Bundesmantelverträge sollen eine Liste von delegationsfähigen Leistungen erstellen.

Entlassmanagement (§ 39 SGB V)

Mit einer Ergänzung in § 39 SGB V wurde ein verbindlicher Anspruch der Versicherten auf das Entlassmanagement nach einem Krankenhausaufenthalt eingeführt. Der Gesetzgeber sah die bisherige Vorschrift als nicht ausreichend an, da es Probleme beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche gegeben habe. Ziel des Entlassmanagements sei es, die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten und stationären Versorgungsbereichen zu verbessern sowie einen möglichen „Drehtüreffekt“ zu vermeiden. Daher sollen in die Verträge der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land zukünftig Einzelheiten zum Entlassmanagement festgelegt werden.

Das Entlassmanagement nach einem stationären Aufenthalt muss verbindlich geregelt werden, da Patienten zukünftig einen gesetzlichen Anspruch auf eine organisierte Entlassung in die ambulante Versorgung haben.

Zuweisungsverbot (§ 73 Abs. 7 SGB V)

Das bereits berufsrechtlich bestehende Verbot der Zuweisung gegen Entgelt ist jetzt auch in das SGB V aufgenommen worden. § 73 Abs. 7 SGB V sieht eine § 31 der ärztlichen Berufsordnung vergleichbare Regelung vor, wonach es Vertragsärzten nicht gestattet ist, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

Damit hat der Gesetzgeber klargestellt, dass ein Verstoß gegen das Zuweisungsverbot gleichzeitig immer auch einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellt. Durch die Regelung soll insbesondere ermöglicht werden, im Rahmen der Zulassung von (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften zu prüfen, ob diese nicht allein zu dem Zweck gegründet wurden, unzulässige Zuweisungen gegen Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile zu verschleiern.

Die Annahme von Geld oder anderen Vorteilen für die Zuweisung von Patienten stellt einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten dar.

Honorarverteilung (§ 87 b SGB V)

Das vertragsärztliche Vergütungssystem wird flexibilisiert und regionalisiert. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen wie-

der die Kompetenz, die Honorarverteilung eigenständig und nur noch **im Benehmen mit den Krankenkassen** festzulegen. Zugleich soll der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) durch eine bedarfsgerechtere Verteilung der Vergütungen schrittweise weiterentwickelt werden, um dem speziellen Versorgungsbedarf der Patienten und dem Leistungsspektrum der niedergelassenen Ärzte besser gerecht zu werden. Damit geht die Kompetenz für die Honorarverteilung von der Bundesebene auf die Landesebene über. Der Bewertungsausschuss wird zukünftig nur noch unverbindliche Empfehlungen abgeben. Die vertragsärztliche Vergütung erfolgt wieder im Rahmen eines regionalen Honorarverteilungsmaßstabs durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, wobei die Trennung nach haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen beibehalten wird. Ab dem Jahr 2013 erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen auch bei der regionalen Verhandlung über die Höhe der Gesamtvergütung mit den Krankenkassen mehr Gestaltungsspielräume. Bis die Vergütungssystematik durch die Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzt worden ist, gelten die alten Regelleistungsvolumina allerdings noch fort.

Um weitere Anreize für eine vertragsärztliche Tätigkeit in unterversorgten Gebieten zu fördern, hat der Gesetzgeber in diesen Gebieten auf eine Mengenbegrenzung verzichtet und Leistungen von Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung und Fallzahlminderung ausgenommen. Zudem werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, auf der Basis von Einzelfallprüfungen bei Bedarf weitergehende Ausnahmen vorzusehen (z.B. Ausnahme von der Abstaffelung des Punktwertes).
Darüber hinaus wird die Deckelung für extrabudgetäre Leistungen wieder aufgehoben, wodurch insbesondere das ambulante Operieren als ambulante Leistung gefördert werden soll.

Die Honorarverteilung geht von der Bundes- auf die Landesebene über, d.h. die Kassenärztlichen Vereinigungen regeln künftig wieder die Verteilung des ärztlichen Honorars autonom ohne die ausdrücklich erforderliche Zustimmung der Krankenkassen.

Beteiligung der medizinischen Fachgesellschaften vor der Neubewertung von Behandlungsmethoden durch den G-BA (§ 92 Abs. 7 d SGB V)

Vor der Beschlussfassung zu einer nichtmedikamentösen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode erhalten zukünftig neben den Ärztekammern auch die jeweils einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften ein Recht zur Stellungnahme. Neben der bereits bisher auf der Grundlage der Verfahrensordnung erfolgenden Beteiligung der Fachkreise am Anfang eines neuen Beratungsverfahrens bedarf es auch vor der abschließenden Beschlussfassung im G-BA der Einbeziehung der einschlägigen Fachgesellschaften. Das Recht zur Stellungnahme und Anhörung soll nach dem Willen des Gesetzgebers die Gewähr dafür erhöhen, dass die Entscheidungen des G-BA über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf einer fachlich fundierten und die realen Versorgungsaspekte berücksichtigenden Grundlage getroffen werden. Maßgeblicher Ansprechpartner für den G-BA

wird nach der zwischenzeitig bereits überarbeiteten Verfahrensordnung die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) sein.

Bevor der Gemeinsame Bundesausschuss eine neue, nichtmedikamentöse Untersuchungs- oder Behandlungsmethode bewertet, muss er den jeweils einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme geben.

Medizinische Versorgungszentren – MVZ (§ 95 Abs. 1, 1 a, 6 SGB V)

Bereits nach geltendem Recht handelt es sich bei Medizinischen Versorgungszentren um ärztlich geleitete Einrichtungen. Durch die Änderungen des Versorgungsstrukturgesetzes wird nunmehr vorgegeben, dass der ärztliche Leiter in dem Medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein muss und in medizinischen Fragen keinen Weisungen unterliegen darf. Hierdurch soll die ärztliche Therapie- und Weisungsfreiheit gewährleistet werden.

Darüber hinaus werden die Gründungsvoraussetzungen für Medizinische Versorgungszentren neu gefasst. Künftig können Medizinische Versorgungszentren nur noch von zugelassenen Vertragsärzten und von zugelassenen Krankenhäusern gegründet werden. Die Gründungsberechtigung wird dadurch nach dem Willen des Gesetzgebers auf Leistungserbringer konzentriert, die den Großteil der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung der Versicherten leisten. Sonstige Leistungserbringer nach dem SGB V, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind künftig nicht mehr berechtigt, Medizinische Versorgungszentren zu gründen. Eine Ausnahme gilt nur für gemeinnützige Trägerorganisationen. Zudem sind künftig als zulässige Rechtsformen für Medizinische Versorgungszentren nur noch Personengesellschaften, d.h. Gesellschaften bürgerlichen Rechts, Partnerschaftsgesellschaften oder Ärztegesellschaften nach der Musterberufsordnung der Ärzte sowie Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH) zugelassen. Ziel des Gesetzgebers ist es, durch den Ausschluss von Aktiengesellschaften als zulässiger Rechtsform für Medizinische Versorgungszentren die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen von reinen Kapitalinteressen zu gewährleisten.

Allerdings gibt es einen umfassenden Bestandsschutz für Medizinische Versorgungszentren, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Neuregelung bereits zugelassen waren. Diese Zulassungen gelten unabhängig von der Rechtsform und der Trägerstruktur des bestehenden Medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Eine Ausnahme von diesem umfassenden Bestandsschutz bildet lediglich die neue Voraussetzung, dass der ärztliche Leiter eines Medizinischen Versorgungszentrums auch in diesem tätig sein muss. Kommen bestehende Medizinische Versorgungszentren dieser Voraussetzung nicht bis zum 30. Juni 2012 nach, droht der Entzug der Zulassung.

Medizinische Versorgungszentren dürfen künftig nur noch von zugelassenen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern gegründet werden. Außerdem muss der ärztliche Leiter in dem Medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein.

Rückumwandlung von Arztstellen (§ 95 Abs. 9 b SGB V i.V.m. § 32b Ärzte-ZV)

Nach bisher geltendem Recht war die (Rück-)Umwandlung einer genehmigten Angestelltenstelle in einen eigenständigen Vertragsarztsitz nicht möglich. Zukünftig soll es Vertragsärzten ermöglicht werden, eine genehmigte Anstellung zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung umwandeln zu lassen. Hierzu sieht die Vorschrift vor, dass die genehmigte Anstellung vom Zulassungsausschuss auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes in eine Zulassung umzuwandeln ist. Als Inhaber der bisherigen Arztstelle für einen angestellten Arzt kann der anstellende Vertragsarzt entscheiden, ob der bisher angestellte Arzt Inhaber der neuen Zulassung werden soll, oder ob er die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens möchte, so dass er eine nicht mehr benötigte Arztstelle im Zuge des Nachbesetzungsverfahrens wirtschaftlich verwerten kann. Beantragt der anstellende Vertragsarzt keine Nachbesetzung hat der Zulassungsausschuss die Zulassung dem bisher angestellten Arzt zu erteilen. Hierdurch erhalten Vertragsärzte die flexible Möglichkeit, nach einer Bewährungsphase und bei entsprechendem Interesse zunächst angestellte Ärzte als Vertragsärzte gleichberechtigt in die Praxis zu integrieren. Diese Regelung gilt entsprechend für Medizinische Versorgungszentren, so dass auch ein Vertragsarzt, der in einem gesperrten Planungsbereich auf seine Zulassung verzichtet hat, um in einem Medizinischen Versorgungszentrum als angestellter Arzt zu arbeiten, die Angestelltenstelle zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung zurück umwandeln kann.

Genehmigte Arztstellen dürfen zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung umgewandelt werden.

Befristung von Zulassungen (§ 98 SGB V i.V.m. § 19 Ärzte-ZV)

Durch die Änderungen des Versorgungsstrukturgesetzes wird erstmals die Mög-

lichkeit geschaffen, Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung zu befristen. Die Voraussetzungen für eine Befristung von Zulassungen werden in § 19 Abs. 4 der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) geregelt. Diese Regelung soll nach der Auffassung des Gesetzgebers dem Ziel dienen, perspektivisch die Entstehung und Festschreibung von Überversorgung zu reduzieren. Daher ist eine Befristung von Zulassungen nur in offenen Planungsbereichen möglich, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad mindestens 100 Prozent erreicht.

Über die Befristung einer Zulassung soll der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden. Insoweit macht das Gesetz keine Vorgaben über den Befristungszeitraum; daher ist auch dieser nach pflichtgemäßem Ermessen des Zulassungsausschusses festzulegen. Dabei sollen neben den Versorgungsbedürfnissen die Interessen des zugelassenen Vertragsarztes berücksichtigt werden, da es ihm möglich sein soll, die mit der Praxisgründung typischerweise verbundenen Investitionskosten während der Dauer der Zulassung zu refinanzieren. Daher hat der Zulassungsausschuss die Möglichkeit, die Befristung an das Erreichen eines bestimmten Lebensalters des Vertragsarztes oder das Ende der beruflichen Tätigkeit zu knüpfen.

In offenen Planungsbereichen, in denen der Versorgungsgrad 100 Prozent erreicht, können Zulassungen befristet vergeben werden.

Bedarfsplanung (§§ 99 ff. SGB V)

Den Beteiligten wird ein größerer gesetzlicher Gestaltungsspielraum für die Bedarfsplanung eingeräumt, um regionale Besonderheiten (z.B. regionale demographische Entwicklung oder Morbiditätsstrukturen) für eine bedarfsgerechte Versorgung berücksichtigen zu können. Zu diesem Zweck kann von der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA abgewichen werden (z.B. abweichende Abgrenzungen der Planungsbereiche oder abweichende Verhältniszahlen für den bedarfsgerechten Versorgungsgrad).

Daneben wird in der Bedarfsplanung auch der mit dem Versorgungsstrukturgesetz eingeführten ambulanten spezialärztlichen Versorgung (vgl. § 116 b SGB V) Rechnung getragen. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte, die spezialärztliche Leistungen erbringen, stehen eingedenk diese Leistungen nicht mehr im vollen Umfang zur Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen zur Verfügung, so dass diese Tätigkeit bei der Berechnung des Versorgungsgrades in Abzug zu bringen ist. Der G-BA erhält deshalb den Auftrag, in der Bedarfsplanungsrichtlinie Bestimmungen über den Umfang der Berücksichtigung dieser Tätigkeit zu treffen.

Umgekehrt sollen zukünftig neben zugelassenen und bei einem Vertragsarzt oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellte Ärzte alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der Bedarfsplanung erfasst werden. Daher hat der G-BA den Auftrag, in der Bedarfsplanungsrichtlinie Bestimmungen zur Berücksichtigung auch der durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades zu treffen. Dies betrifft sowohl Ärztinnen und Ärzte, die über eine individuelle Ermächtigung verfügen (z.B. nach § 116 ermächtigte Krankenhausärzte) als auch Ärztinnen und Ärzte, die in einer ermächtigten Einrichtung (z.B. in einem Krankenhaus, einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder einem sozialpädiatrischen Zentrum) tätig sind.

Letztlich wird die bisherige Regelung, die vorschreibt, dass die regionalen Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen, durch eine flexiblere Regelung ersetzt. Daher ist es künftig auch möglich, bei der Größe der Planungsbereiche nach Arztgruppen oder auch nach hausärztlicher, allgemeiner fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung zu differenzieren. Diese Neuregelung soll zum 1. Januar 2013 wirksam werden.

Die Bedarfsplanung soll kleinräumiger werden, um flexibler auf den Versorgungsbedarf vor Ort reagieren zu können. Um das zu erreichen, darf gegebenenfalls die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses außer Acht gelassen werden.

Vorkaufsrecht von Zulassungen durch die KV´en (§ 103 SGB V)

Für viele Diskussionen hat bereits die Ankündigung gesorgt, den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit einzuräumen, nach Beendigung eines Ausschreibungsverfahrens zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ein Vorkaufsrecht auszuüben. Zwar sieht auch die endgültige Fassung des Versorgungsstrukturgesetzes ein solches Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen vor, allerdings erhält der Zulassungsausschuss die Aufgabe, im Vorfeld über die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem Planungsbereich, in dem wegen Überversorgung Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zu entscheiden.

Endet künftig die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung und soll die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden, haben der Vertragsarzt oder seine Erben einen Antrag beim Zulassungsausschuss auf Durch-

führung eines Nachbesetzungsverfahrens zu stellen. Liegt dem Zulassungsausschuss ein Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens vor, hat er zu prüfen, ob auf eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen verzichtet werden kann. Im Rahmen seiner Prüfung hat der Zulassungsausschuss jedoch auch wirtschaftliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Hat er z.B. darüber zu entscheiden, ob ein Vertragsarztsitz innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft nachbesetzt werden soll, sind auch die Auswirkungen seiner Entscheidung auf die Berufsausübungsgemeinschaft zu berücksichtigen. Haben der Vertragsarzt oder seine Erben dargelegt, dass sich als Praxisnachfolger eine oder mehrere Personen bewerben werden, bei denen es sich um den Ehegatten, Lebenspartner bzw. ein Kind oder um einen angestellten Arzt des bisherigen Vertragsarztes handelt, muss ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden.

Im Übrigen kann der Zulassungsausschuss das Unterlassen eines Nachbesetzungsverfahrens nur mit der Mehrheit der Stimmen im Zulassungsausschuss beschließen. Hat der Zulassungsausschuss beschlossen, kein Nachbesetzungsverfahren durchzuführen, hat die Kassenärztliche Vereinigung dem Vertragsarzt oder den Erben eine Entschädigung zu zahlen. Allerdings wird aufgrund der paritätischen Besetzung des Zulassungsausschusses mit je drei Vertretern der Ärzte und der Kassen in der Regel nicht mit der Ablehnung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens zu rechnen sein.

Scheidet in überversorgten Regionen ein Praxisinhaber aus seinem Berufsleben aus und möchte seine Zulassung abgeben, erhält die KV ein eingeschränktes Vorkaufsrecht.

Beratung vor Regress (§ 106 Abs. 5 e SGB V)

Bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 v.H. soll zukünftig zunächst kein Regress festgesetzt werden, bevor den betroffenen Vertragsärzten nicht zuvor zumindest eine einmalige Beratung angeboten wurde. Damit das wirtschaftliche Risiko infolge einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens kalkulierbar bleibt und insoweit Rechtssicherheit besteht, wird Vertragsärzten dabei zudem die Möglichkeit eingeräumt, in begründeten Fällen bereits im Rahmen dieser Beratung eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten zu beantragen. Ein Feststellungsinteresse kann beispielsweise für geltend gemachte Praxisbesonderheiten bestehen, die nicht vorab anerkannt oder bereits Gegenstand von Prüfungsverfahren gewesen sind.

Überschreitet ein Vertragsarzt erstmals das Richtgrößenvolumen um mehr als 25 Prozent, muss ihm eine Beratung angeboten werden, bevor ein Regress festgesetzt werden darf.

Vor- und Nachstationäre Behandlung (§ 115 a SGB V)

§ 115 a SGB V richtet sich an die Krankenhäuser und regelt die gesetzlichen Voraussetzungen der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus und deren Abgrenzung zur vertragsärztlichen Versorgung. Die Auslagerung von Leistungen auf niedergelassene Vertragsärzte durch Krankenhäuser im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung des Krankenhauses nach § 115 a war bereits bisher auf der Grundlage einer ausdrücklichen Beauftragung des niedergelassenen Vertragsarztes durch das behandelnde Krankenhaus möglich. Bei der Neuregelung handelt es sich daher um eine gesetzliche Klarstellung zur Flexibilisierung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten im Rahmen von Kooperationen bei der vor- und nachstationären Behandlung.

Kooperationsmöglichkeiten von Krankenhäusern und Vertragsärzten bei der vor- und nachstationären Behandlung werden gesetzlich verankert.

Ambulante Operationen im Krankenhaus (§ 115 b SGB V)

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 24. März 2011 - B 6 KA 6/10 R -) ließ die bisherige Regelung zum ambulanten Operierens im Krankenhaus nach § 115 b in Verbindung mit dem dreiseitigen AOP-Vertrag nur zu, dass ambulante Operationen durch Operateure des Krankenhauses oder durch Belegärzte, jeweils in Verbindung mit einem Anästhesisten des Krankenhauses, erbracht werden. Danach durften weder niedergelassene Vertragsärzte ohne Belegarztstatus ihre Patienten ambulant im Krankenhaus operieren noch durften Krankenhäuser zur Durchführung ihrer ambulanten Operationen solche Ärzte einsetzen. Insbesondere waren Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten mit dem Ziel, solche Kooperationen zu ermöglichen, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts mit der geltenden Rechtslage nicht vereinbar.

Da der Gesetzgeber auch in diesem Bereich eine Flexibilisierung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten herbeiführen möchte, hat er nun eine ausdrückliche gesetzliche Vorgabe an die Parteien des AOP-Vertrages aufgenommen, wonach ambulant durchführbare Operationen im Krankenhaus auch auf der Grundlage derartiger vertraglicher Kooperationen des Krankenhauses mit nieder-

gelassenen Vertragsärzten erfolgen können. Vertragsarztrechtliche Vorschriften stehen einer solchen Regelung nun nicht mehr entgegen. Daher ist es zukünftig möglich, ambulante Operationen im Krankenhaus auch vor Vertragsärzten auf der Grundlage von Honorararztverträgen erbringen zu lassen. Diese Neuregelung lässt allerdings offen, ob auch stationäre Krankenhausleistungen durch Honorarärzte erbracht werden dürfen. Daher ist bei stationären Leistungen bis zu einer Entscheidung des BSG beim Einsatz von Honorarärzten Zurückhaltung geboten.

Ambulante Operationen im Krankenhaus können auf der Grundlage vertraglicher Kooperationen des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten erfolgen.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116 b SGB V)

An die Stelle des bisherigen § 116 b SGB V (Ambulante Behandlung im Krankenhaus) tritt eine völlig neu konzipierte ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Damit soll stufenweise eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen als eigenständiger Versorgungsbereich sowohl für niedergelassene Vertragsärzte als auch für Krankenhausärzte unter gleichen Qualitäts- und Vergütungsbedingungen eingeführt werden.

Nach heftiger Kritik an der im Referentenentwurf vorgesehenen Regelung hat der Gesetzgeber die Regelung noch einmal entsprechend überarbeitet. In dem Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sollen seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit schweren Verlaufsformen wie Krebs, HIV/AIDS, Mukoviszidose und Multiple Sklerose behandelt werden, wobei die Versorgung sowohl in der Praxis des Vertragsarztes als auch im Krankenhaus ambulant erfolgen kann. Nicht erfasst sind dagegen ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe. Voraussetzung für die spezialfachärztliche Behandlung am Krankenhaus ist ein vertragsärztlicher Überweisungsvorbehalt, der jedoch noch der Ausgestaltung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bedarf.

Für die Vergütung der Leistungen soll eine Kalkulationssystematik mit diagnosebezogenen Gebührenpositionen in Euro vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam eingeführt werden. Bis dahin erfolgt die Vergütung vorläufig nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Die Abrechnung erfolgt direkt über die Krankenkassen. Vertragsärzte können stattdessen auch über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen.

Die Rahmenbedingungen für die spezialfachärztliche Versorgung soll der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2012 festlegen. Darin sollen für alle Leistungserbringer einheitliche Anforderungen sowie besondere Maßnahmen zur Qualitätssicherung enthalten sein. Für

die Entscheidung über die Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung ist zukünftig nicht mehr die Bezirksregierung, sondern ein um Vertreter der Landeskrankenhausgesellschaften erweiterter Landesausschuss zuständig. Für eine Übergangszeit von zwei Jahren gelten die den Krankenhäusern bereits erteilten Genehmigungen nach § 116 b SGB V fort. Danach erfolgt die Teilnahme durch die entsprechende Anzeige bei dem zuständigen Landesausschuss, sofern die gesetzlichen Vorgaben erfüllt sind.

Für seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit schweren Verlaufsformen wie Krebs, HIV/AIDS, Mukoviszidose und Multiple Sklerose wird sowohl für niedergelassene Vertragsärzte als auch für Krankenhausärzte ein eigenständiger Versorgungsbereich geschaffen.

Beteiligung an Unternehmen von Leistungserbringern (§ 128 SGB V)

Die Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern haben eine weitere Verschärfung erfahren. Danach stellen nunmehr auch Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen, unerlaubte Zuwendungen dar. Nach Auffassung des Gesetzgebers sei diese Änderung notwendig gewesen, um zu verhindern, dass Vertragsärzte das Zuwendungsverbot durch Beteiligung an Unternehmen von Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich umgehen. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber nunmehr auch klargestellt, dass Zuwiderhandlungen gegen die Verbote des § 128 SGB V einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellen, von dem die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu unterrichten ist.

Einkünfte von Vertragsärzten aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern gelten als unerlaubte Zuwendungen, wenn der Vertragsarzt durch sein Verordnungs- und Zuweisungsverhalten die Höhe der Einkünfte selbst beeinflussen kann.

Bewertung von Behandlungsmethoden – Erprobungsphase (§ 137 c SGB V)

Der Ausschluss einer bestimmten Untersuchungs- oder Behandlungsmethode aus der stationären Krankenhausversorgung kann grundsätzlich nur dann erfolgen, wenn nach Feststellung des G-BA die überprüfte Methode kein Potential als erforderliche Behandlungsmethode in der stationären Versorgung bietet. Ein Potential für eine Erforderlichkeit kann sich etwa daraus ergeben, dass die Methode aufgrund ihres Wirkprinzips und der bisher vorliegenden Erkenntnisse mit der Erwartung verbunden ist, dass andere aufwändigere, für den Patienten invasivere oder bei bestimmten Patienten nicht erfolgreiche Methoden ersetzt werden können, die Methode weniger Nebenwirkungen hat, sie eine Optimierung der Behandlung bedeutet oder die Methode in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermöglichen kann. Die Feststellung, dass der Nutzen der Methode für eine Anerkennung noch nicht hinreichend belegt ist, reicht dagegen nicht aus, um sie unmittelbar aus der Krankenhausversorgung auszuschließen.
Ist daher der Nutzen der überprüften Methode für eine positive Anerkennung nicht hinreichend belegt, weist sie aber das Potential als erforderliche Behandlungsalternative auf, so hat der G-BA zukünftig eine Richtlinie zur Erprobung zu beschließen.

Wenn das Potential einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode noch nicht hinreichend belegt ist, muss der Gemeinsame Bundesausschuss eine Erprobungsphase veranlassen. Erst wenn dabei der medizinische Nutzen oder Zusatznutzen nicht hinreichend belegt wird, kann er die Methode aus der Krankenhausversorgung streichen.

Wegfall der Residenzpflicht (§ 24 Ärzte-ZV)

Bislang waren Vertragsärzte verpflichtet, ihren Wohnort so zu wählen, dass sie auch in sprechstundenfreien Zeiten ihren Vertragsarztsitz in angemessener Zeit erreichen konnten, wenn dies zur Versorgung der Versicherten erforderlich war. Diese Verpflichtung wurde ersatzlos gestrichen, so dass der Wohnort nunmehr unabhängig von Praxissitz gewählt werden kann. Die Aufhebung dieser sogenannten Residenzpflicht lässt jedoch die Regelungen zur Teilnahme am organisierten Notdienst unberührt.

Der Wohnort kann unabhängig vom Praxissitz gewählt werden. Die Teilnahme am Notdienst bleibt davon unberührt.

Vereinfachung der Eröffnung von Zweigpraxen (§ 24 Ärzte-ZV)

Künftig wird es leichter sein eine Zweigpraxis zu eröffnen. Der Gesetzgeber hat die Voraussetzungen für die Eröffnung von Zweigpraxen etwas weicher gestaltet, da nun auch eine geringfügige Beeinträchtigung der Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes unbeachtlich ist, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden kann. Durch diese Änderung sollen die Zulassungsausschüsse stärker als bisher dazu angehalten werden, bei der Genehmigungsentscheidung die Versorgungssituation an beiden Tätigkeitsorten zu berücksichtigen und den Versorgungsbe-

darf am Ort der Zweigpraxis ins Verhältnis zu einer eventuellen Beeinträchtigung der Versorgung am Vertragsarztsitz zu setzen. Je größer der Versorgungsbedarf am Ort der Zweigpraxis sei, desto eher seien Beeinträchtigungen der Versorgung am Vertragsarztsitz hinzunehmen, so die Gesetzesbegründung. Durch die Ergänzung erhielten die Zulassungsausschüsse die nötige Flexibilität, um die Eröffnung von Zweigpraxen vor allem dort zu genehmigen, wo dies zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung und zur Vermeidung von Unterversorgung besonders sinnvoll sei.

Eine geringfügige Beeinträchtigung der Versorgung am Vertragsarztsitz kann durch eine Verbesserung der Versorgung am Ort der Zweigpraxis aufgewogen werden.

Erschwerung der Sitzverlegung (§ 24 Ärzte-ZV)

Umgekehrt wird es in Zukunft jedoch erschwert, den Praxissitz zu verlegen. Das bisherige Recht gewährte einem Vertragsarzt die Möglichkeit, seinen Vertragsarztsitz innerhalb eines Bedarfsplanungsbezirks zu verlegen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Mit der Novellierung stellt der Gesetzgeber nun klar, dass die Zulassungsausschüsse bei der Prüfung eines Antrages auf Verlegung des Vertragsarztsitzes vorrangig darauf zu achten haben, dass Versorgungsgesichtspunkte einer Verlegung des Vertragsarztsitzes nicht entgegenstehen. Führt damit z.B. die Verlegung eines Vertragsarztsitzes in einen anderen Stadtteil zu Versorgungsproblemen in dem Stadtteil, in dem sich der Vertragsarztsitz bisher befand, hat der Zulassungsausschuss den Verlegungsantrag abzulehnen.

Wenn der Umzug einer Praxis von einem Stadtteil in den anderen zu Versorgungsproblemen im bisherigen Stadtteil führen würde, muss der Zulassungsausschuss die Verlegung des Praxissitzes ablehnen.

Gewinnverteilung in Teil-Berufsausübungsgemeinschaften (§ 33 Ärzte-ZV)

In § 33 Ärzte-ZV wurde das bereits in den Berufsordnungen enthaltene Verbot aufgenommen, dass Teil-Berufsausübungsgemeinschaften nicht mit dem Ziel einer Umgehung des Verbots der Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt gegründet werden dürfen. Die gemeinsame Berufsausübung, bezogen auf einzelne Leistungen, ist daher nur dann zulässig, wenn sie nicht einer Umgehung des Verbots der Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile dient. Dies betrifft insbesondere Teil-Berufsausübungsgemeinschaften mit Ärzten, deren Beitrag sich auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft beschränkt. Ebenso unzulässig ist die Verteilung von Gewinnen aus der gemeinsamen Berufsausübung in Abhängigkeit von Zuweisungszahlen. Entscheidend ist bei solchen Berufsausübungsgemeinschaften daher, dass die Gewinnverteilung der tatsächlichen Leitungserbringung des jeweiligen Vertragsarztes entspricht. Durch die Aufnahme dieser Regelung in die Zulassungsverordnung soll es zukünftig dem Zulassungsausschuss möglich sein, Teil-Berufsausübungsgemeinschaften, die gegen dieses Verbot verstoßen, die Genehmigung zu versagen bzw. die Genehmigung mit Auflagen zu versehen.

Berufsausübungsgemeinschaften dürfen nicht dazu dienen, das Zuweisungsgebot zu umgehen. Das heißt, dass zum Beispiel ein Orthopäde und ein Radiologie, die eine Gemeinschaftspraxis haben, sich die Patienten nicht gegenseitig zuweisen dürfen.

Anschrift der Verfasser
Rechtsanwalt Dr. A. Wienke
Fachanwalt für Medizinrecht
Rechtsanwältin A. Stenger
LL.M. Medizinrecht
Wienke & Becker – Köln
Sachsenring 6, 50677 Köln
Tel.: 0221 3765310, Fax: 0221 3765312
E-Mail: AWienke@Kanzlei-WBK.de

Welt Hypertonie Tag 2012

Am Donnerstag, den **17. Mai 2012** ist Welt Hypertonie Tag.

Damit rückt in diesem Jahr „die natürliche Blutdrucksenkung“, vor allem aber die „Vermeidung von Bluthochdruck“ in den Mittelpunkt. Das Motto 2012 lautet:

Gesunder Lebensstil –
Gesunder Bluthochdruck.

Bluthochdruck ist die Volkskrankheit Nr. 1 in Deutschland. Ziel der Deutschen Hochdruckliga ist es, in der Bevölkerung ein Bewusstsein für die eigenen Blutdruckwerte zu schaffen und so erfolgreich gegen Bluthochdruck und dessen Folgeerkrankungen, wie z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Nieren- und Gefäßschädigungen zu sein. Die Deutsche Hochdruckliga möchte den Welt-Hypertonie Tag nutzen, um die Bevölkerung über die Gefahren, die von Bluthochdruck ausgehen, zu informieren und Möglichkeiten der Blutdruckkontrolle und -senkung aufzuzeigen.

Zum Welthypertonie Tag wird wieder eine bundesweite Informationskampagne (Plakate, Anzeigen und Flyer) durchgeführt. Von ganz besonderer Bedeutung ist die Aufklärung der Bevölkerung vor Ort. Weitere Informationen finden Sie unter www.hypertonietag.de

Satire

Der Osterhase als Unternehmer

Klaus Britting

Weil des Osterhasen Frau mit ihrem Fell nicht mehr zufrieden war und unbedingt Nerz tragen wollte, trieb sie ihren Mann an, zum Fest doch mehr Eier zu produzieren. Doch das konnte der Osterhase nicht selbst. Und weil seine Frau danach auch noch auf den Osterinseln Urlaub machen wollte, war der Osterhase gezwungen, sein Geschäft auszubauen, um mehr Geld zu verdienen.

Natürlich fragte der Osterhase sofort das Huhn. Das Huhn grinste, denn es wusste, dass des Osterhasen Kapazität begrenzt war. Der Osterhase kann ja nur in der Osterwoche Eier legen, und zwar täglich nur eines, was die meisten gar nicht wissen. Um einen günstigen Preis zu erzielen, musste er sich dem Huhn gegenüber verpflichten, hundert Eier abzunehmen. Doch die hundert Eier konnte der Osterhase weder allein bemalen noch liefern. Also engagierte er eine ihm flüchtig bekannte Graugans, die in der Toskana letztes Jahr angeblich einen Malkurs besucht hatte. Die Graugans sicherte ihm zu, die hundert Eier unter Mithilfe ihrer außergewöhnlich kunstsinnigen Töchter, wie sie versicherte, zu bemalen. Für den Transport holte sich der Osterhase die Unterstützung eines älteren Ziegenbocks. Dieser versprach, die Eier mit einem kleinen Wägelchen zu transportieren, das er im Stall stehen hatte, und vor das die Kinder ihn gern spannten. In der Osterwoche hoppelte der Osterhase zum Huhn, um die fertigen Eier zu besichtigen. Sein Schrecken war groß, als das Huhn ihm nur lächerliche dreißig Eier präsentieren konnte. „Mehr ist nicht möglich gewesen, denn vor drei Wochen ist ein junger Hahn auf dem Hof erschienen und hat meine vier Töchter, die mit produzieren sollten, so verwirrt, dass sie jetzt auf ihren angebrüteten Eiern sitzen und nichts mehr legen“, gackerte das Huhn und lief dabei puterrot an. Als Mann von Welt merkte der Osterhase sofort, dass auch dieses an dem jungen Hahn starken Gefallen gefunden hatte. „Diese dummen Hühner!“, schimpfte der Osterhase und begab sich zur Graugans.

„Ich habe jetzt leider nur dreißig Eier zum Bemalen“, sagte er zu ihr. „Das ist ohnehin zu viel für mich, weil meine Familie letzte Woche wegen des schlechten Wetters in den Süden geflogen ist“, schnatterte die Graugans, „aber ich werde mich beeilen, vielleicht schaffe ich die Menge ja doch“. Der Osterhase lief sofort zum Ziegenbock, der immerhin sein Wort hielt und die Eier vom Huhn zur Graugans transportierte. Natürlich konnte der Osterhase für die fehlenden Eier keinen Ersatz mehr finden und deshalb Nächte lang nicht schlafen. Was sollte er seinen Kunden nur sagen?

Am Ostersamstag lief der Osterhase, schon etwas aufgeregt, zur Graugans, um die bemalten Eier zu besichtigen. Entsetzen packte ihn, als er die Malerei sah. Alles nur hingeschmiert, nichts fein ausgemalt, wie er es gewohnt war und wie seine Kunden es auch von ihm erwarteten. „Bei dem Zeitdruck war einfach nicht mehr möglich“, krächzte die Graugans. „Dumme Gans“, dachte der Osterhase und ahnte, dass der Malkurs in der Toskana ganz anderen Zwecken gedient hatte. Nun aber rasch zum Ziegenbock, seinem Spediteur!

Als er sich dem Hof näherte, sah er schon von weitem auf dem Feld den Ziegenbock mit einer ihm bis dahin nicht bekannten äußerst jungen Ziege. Und wie der Bock um sie herum sprang! Er rief ihm zu: „Hey, du musst jetzt die Eier an meine Kunden liefern, wie wir es vereinbart haben.“ Doch der Ziegenbock wackelte nur mit dem Kopf und torkelte wie betrunken ständig im Kreis um die junge Ziege. „Dieser alte Bock!“, ärgerte sich der Osterhase. Denn nun musste er die ganze Nacht selbst die Eier in Kleinstmengen zu den Kunden transportieren und sich anhören, wie hässlich sie aussahen.

Der Osterhase beschränkt sich dieses Jahr wieder auf seine eigenen Eier – selbst gelegt und selbst bemalt. Garantiert!

Anschrift des Verfassers
Klaus Britting, Busdorf
(Anschrift ist der Redaktion bekannt)

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Bela Jakus, Mainz, am 14. Mai.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Tip Dr./Univ.Istanbul Aydin Arin, Frankfurt, am 10. Mai,
Dr. med. Dieter Spranger, Königstein, am 10. Mai,
Dr. med. Knut Ewald, Offenbach, am 22. Mai,
Dr. med. Mihailo Krakovic, Frankfurt, am 31. Mai.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Ruth Eckhardt, Kassel, am 16. Mai,
Professor Dr. med. Eide-Dittmar Lübs, Kassel, am 24. Mai.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Mohammed-Ali Khosrowi, Wiesbaden, am 21. Mai,
Dr. med. Bernhard Siemer, Wiesbaden, am 22. Mai.

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

Landesärztekammer Hessen

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Hans-Dietrich Berger, Marburg
* 14.12.1948 † 8.2.2012

Dr. med. Friedrich-Franz Bode, Schotten
* 8.9.1930 † 9.12.2011

Dr. med. Werner Dietz, Frankfurt
* 13.10.1925 † 6.2.2012

Dr. med. Ursula Emrich-Greve, Bensheim
* 22.10.1940 † 2.1.2012

Dr. med. Leonhard Faber, Hünfeld
* 22.8.1926 † 11.1.2012

Dr. med. Albert Harding, Wiesbaden
* 22.11.1919 † 20.12.2011

Professor Dr. med. Gert Jacobi, Aschaffenburg
* 10.2.1933 † 22.12.2011

Dr. med. Berend Klotsch, Frankfurt
* 10.6.1931 † 15.10.2011

Dr. med. Kurt Knies, Darmstadt
* 25.2.1956 † 10.2.2012

Dr. med. Marianne Knöll, Wiesbaden
* 29.11.1925 † 26.10.2011

Medizinaldirektor Friedrich Mäser, Gießen
* 6.2.1919 † 3.2.2011

Dr. med. Sepp Müller, Frankfurt
* 12.12.1915 † 3.1.2012

Dr. med. Annemarie Dorothea Neukirch, Oberursel
* 7.11.1924 † 27.3.2011

Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Karl-Friedrich Schäfer, Kassel
* 11.10.1919 † 1.8.2011

Dr. med. Jutta Schwemer, Bad Homburg
* 18.6.1932 † 16.1.2012

Gesundheit ein ganzes Leben lang

10. Gersfelder Gesundheitstage am 12./13. Mai 2012

Glücklich, vital, lebensfroh und erfolgreich durchs Leben gehen – das wünscht sich wohl jeder. Entscheidende Voraussetzung hierfür ist die Gesundheit. Was jeder für sich dazu beitragen kann, diese ein ganzes Leben lang zu erhalten, darüber informieren bereits zum zehnten Mal die Gersfelder Gesundheitstage am 12./13. Mai in Ausstellung, Vorträgen und Vorführungen.

Im Mittelpunkt der Publikumsveranstaltung in der hessischen Rhön, die stets mehrere Tausend Besucher aus ganz Deutschland anzieht, stehen eine natürliche Lebensweise zur Vorbeugung von Beschwerden sowie die Naturheilkunde als sanfte Behandlungsform.

Initiator der deutschlandweit wohl einzigartigen Veranstaltung ist der auf naturgemäße Ganzheitsmedizin spezialisierte Schulmediziner Dr. med. Jürgen Freiherr von Rosen. Veranstalter der Gersfelder Gesundheitstage sind die Schlosspark-Klinik Gersfeld sowie die Gesellschaft zur Entwicklung und Förderung der Naturheilkunde e.V.

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.gersfelder-gesundheitstage.de

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Jessica Klees, tätig bei Dr. med. T. Beerboom, Herborn

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

Annika Kurr, seit 13 Jahren tätig bei G. Jeschke,
vormals Praxis G. Jeschke und K. Hessemer, Bad Vilbel

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

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

Angelika Weber, tätig beim gng Gesundheitsnetz Gießen (MVZ),
vormals Praxis Dr. med. P. Rosenkranz, Gießen

und zum **mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum**

Ursula Hafenrichter, seit 50 Jahren tätig bei Dr. med. C. Meyer,
vormals Praxis Dr. med. J. Meyer, Bensheim

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

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

Mandatsverzicht	mit Datum vom:	Nachrücker
Dr. med. Gerhard Peleska Liste 8 Die Hausärzte (Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Hausärztliche Internisten)	22.3.2012	Dr. med. Burckhard Dietz-Magel Liste 8 Die Hausärzte (Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Hausärztliche Internisten)

Ärztewoche Thüringen 2012

27. – 28. April 2012 in Weimar

Themen: Plenarveranstaltung „Infektionen und Infektionskrankheiten in der täglichen Praxis“, 28. April 2012 Kurse (u.a. Notfallmanagement, Trauer, Balint, Untersuchungen bei Schmerzen der oberen Körperhälfte, Arzneimittelsicherheit, Kommunikation, Schweigepflicht) 2. Thüringer Krankenhaustag, Pflegetagung, Seminare für Medizinische Fachangestellte, Firmenseminare.

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

Tagungspräsident: Professor Dr. med. Stein, Jena

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

Warten oder Starten?

Fortbildung „Praxisassistenz“ für MFA

Ärztinnen und Ärzte machen deutlich: Wir wollen die Delegation und lehnen die Substitution von ärztlichen Aufgaben ab!

Der Hessische Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung legt u.a. fest, dass Modellprojekte zur Delegation ärztlicher Leistungen initiiert werden sollen und hierfür Gelder des Landes zur Erprobung und Evaluation zur Verfügung gestellt werden. Die Vereinbarung umfasst den Zeitraum von 2012 bis 2014.

In diesem Zusammenhang stellt sich für viele Ärztinnen und Ärzte die Frage, welche Fortbildungen der Mitarbeiter/innen erstrebenswert sind, wann der beste Zeitpunkt für eine Anmeldung der Mitarbeiter/innen ist und wie teuer die Fortbildungen sind.

Ein besonderer Vorteil der Fortbildung „Praxisassistent/in“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer liegt im modularen Aufbau der Fortbildung. D.h., dass zum Beispiel die Qualifikation „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ (60 Stunden) vollständig im Lehrgang „Praxisassistenz“ anerkannt wird.

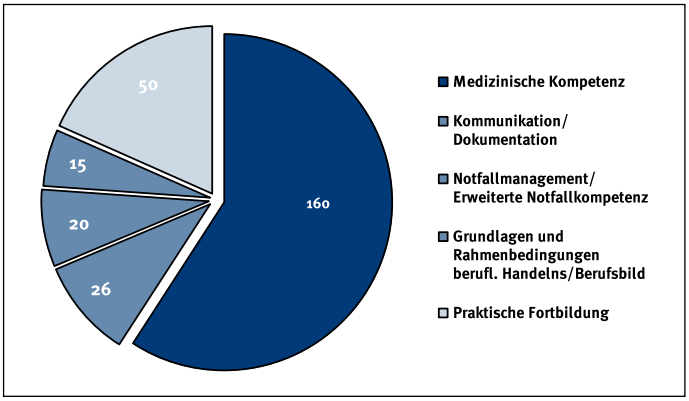
In einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V. wurden „neue Tätigkeitsprofile für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte in der Versorgung älterer Menschen“ untersucht (Das Hessische Ärzteblatt berichtete in der Ausgabe 2/2009). Die Ergebnisse der Studie, an der 63 Ärzte, 65 Medizinische Fachangestellte (MFA) und 669 Patienten teilgenommen haben, sind auf der Homepage der LAEKH veröffentlicht. Am Forschungsprojekt beteiligt waren die Landesärztekammer Hessen durch die Carl-Oelemann-Schule, die Ärztekammer Schleswig-Holstein, die Ärztekammer Westfalen-Lippe und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe.

Der Abschlussbericht belegt:

- Fachkompetenz, Sozialkompetenz bzw. Handlungssicherheit der MFA wurden, z.B. im Bereich Wundmanagement durch die Fortbildung erhöht.
- Die Studie belegt, dass die Zufriedenheit im Praxisteam und die Berufszufriedenheit des Praxisinhabers durch die Fortbildung der MFA und die daraus resultierende Übernahme von delegationsfähigen Leistungen deutlich gestiegen ist.
- Befürchtungen einer Verschlechterung der Arzt-Patienten-Beziehung durch die Übernahme von delegierten Aufgaben wie beispielsweise Hausbesuche wurden durch die Studie widerlegt. Die befragten Ärzte stellen im Gegenteil eine Verstärkung der Bindung des Patienten an sie bzw. die Praxis fest.
- Die Ergebnisse belegen weiterhin die Verbesserung der Patienten-Compliance durch die Hausbesuche der MFA.

Aus der Studien-Evaluation resultiert die eindeutige Empfehlung, das Modell in der Breite der hausärztlichen Versorgung älterer Menschen umzusetzen. Auf der Grundlage des Konzepts wird empfohlen, die Implementierung auf die fachärztliche Versorgung und die Ausrichtung auf die sektorübergreifende Versorgung auszuweiten.
Die Ergebnisse belegen jedoch nicht nur die positiven Seiten und die damit verbundenen neuen Tätigkeitsprofile der MFA, sondern enthalten auch den dringenden Appell, die rechtlichen und honorarpolitischen Hemmnisse zu beseitigen um dem Konzept den Weg zu ebnen.

Die Studie zeigt, dass die Berufsgruppe der Medizinischen Fachangestellten Ärztinnen und Ärzte in der Primärversorgung im Zuständigkeitsbereich der Ärztekammern entlastet.
Durch das Baustein- und Modulkonzept der Carl-Oelemann-Schule im Fortbildungsbereich besteht daher die Möglichkeit, die Mitarbeiter/innen stufenweise zu qualifizieren. Z.B. durch Teilnahme am Qualifizierungslehrgang „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ bei Fortbildungsbeginn oder an dem Lehrgang „Patientenbegleitung und Koordination“. Aufbauend darauf können dann Fortbildungsbausteine besucht werden, um mittel- oder langfristig das Ziel „Praxisassistent/in“ (270 Stunden) zu erreichen.



Themengebiete in den Kompetenzbereichen des Lehrgang „Praxisassistent/in“:

Medizinische Kompetenz (160 U.-Std.)

- Häufigste Krankheitsbilder in der hausärztlichen Praxis (20 U.-Std.)
- Geriatrische Syndrome und Krankheitsfolgen im Alter/ Diagnoseverfahren (20 U.-Std.)
- Versorgung und Betreuung von Onkologie- und Palliativpatienten (9 U.-Std.)
- Palliativmedizinische Zusammenarbeit und Koordination (8 U.-Std.)
- Psychosomatische und psychosoziale Versorgung (15 U.-Std.)
- Grundlagen der Ernährung (16 U.-Std.)
- Arzneimittelversorgung (8 U.-Std.)
- Wundpflege und Wundversorgung (10 U.-Std.)
- Grundlagen der Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen (20 U.-Std.)
- Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen/ Strukturierte Schulungen (24 U.-Std.)
- Telemedizinische Grundlagen (10 U.-Std.)

Kommunikation/Dokumentation (26 U.-Std.)

- Kommunikation und Gesprächsführung (8 U.-Std.)
- Wahrnehmung und Motivation (8 U.-Std.)
- Medizinische Dokumentation/Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (10 U.-Std.)

Grundlagen und Rahmenbedingungen beruflichen Handelns/Berufsbild (15 U.-Std.)
Notfallmanagement/Erweiterte Notfallkompetenz (20 U.-Std.)
Praktische Fortbildung (50 Std.)

Zur besseren Planung von Fortbildungen für MFA hat die Bundesärztekammer die Broschüre erarbeitet „Weiter geht’s – fortbilden und durchstarten“ erarbeitet. Die Broschüre kann über die Carl-Oelemann-Schule angefordert werden. Auskünfte zu den Fortbildungscurricula erhalten Sie auch unter www.fortbildung-mfa.de

Termine für die Fortbildungslehrgänge in der Landesärztekammer Hessen finden Sie im Jahresprogramm 2012 der Carl-Oelemann-Schule sowie auf der Homepage.

LÄK Hessen

Landesärztekammer Hessen

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr: HS/M/37/2004, ausgestellt am 8.3.2004
für Professor Dr. med. Ilhan Celik, Dieburg,

Arztausweis Nr. HS/G/5913, ausgestellt am 16.3.2004
für PD Dr. med. Peter Danos, Offenbach,

Arztausweis Nr. 060013016, ausgestellt am 15.6.2009
für Enayatollah Aazami Gilan, Mainz,

Arztausweis Nr. 060024077, ausgestellt am 16.1.2012
für Dr. med. Philippe Grieshaber, Marburg,

Arztausweis Nr. 060016788, ausgestellt am 4.5.2010
für Dr. med. Irma Hebeler, Edertal,

Arztausweis Nr. 060024269, ausgestellt am 20.1.2012
für Dr. med. Ursula Hohmann-Heinz, Aura,

Arztausweis Nr. 060015443, ausgestellt am 21.1.2010
für Mehmet Koc, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/K/5312, ausgestellt am 19.6.2000
für Alexandra Mansmann, Kassel,

Arztausweis Nr. 060013830, ausgestellt am 25.8.2009
für Dr. med. Alexandra Pierskalla, Petersberg,

Arztausweis Nr. 060016245, ausgestellt am 25.3.2010
für Dr. med. Andreas Thonke, Kelkheim

Chinesische Regierung bietet in Zusammenarbeit mit der Chinesischen Akademie für Naturheilkunde in Kulmbach ein **einmaliges Stipendium (MD)** für EU Mediziner berufsbegleitend an.

Seit 2005 bietet die Chinesische Naturheilkunde Akademie (CNA) e. V. in Zusammenarbeit mit der staatlichen TCM-Universität Guangxi erfolgreich Masterstudiengänge auf dem Gebiet der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) an. Vor zwei Jahren hat die Kulmbacher Bildungsstätte auf vielfachen Wunsch ihrer Studenten das Angebot erweitert. Die Absolventen, die ihren „Master of Medicine“ in der Tasche haben, können seitdem ein berufsbegleitendes Promotionsstudium dranhängen. Der angehende **„Doctor of Medicine“** kann aus fünf verschiedenen TCM-Studiengängen auswählen, die von den Universitäten in Shandong und Hubei angeboten werden. Zugelassen sind alle die einen medizinischen Masterabschluss einer staatlichen Hochschule vorweisen können.

Auch dieses Studium wird, wie die Masterstudiengänge auch, in deutscher Sprache durchgeführt. Hochqualifizierte chinesische Fachprofessoren werden die Studenten in der Kulmbacher Akademie mit ausschließlich authentischem TCM-Wissen versorgen. „Der Lehrstoff wird bei uns von Dolmetschern übersetzt“, erläutert der Präsident der Akademie, Professor (Uni. Peking) Dietmar G. Kummer.

Wer das TCM-Doctoratsstudium in Angriff nimmt, den belohnt das chinesische Bildungsministerium mit einem **einmaligen Stipendium.** „Das dürfte es in dieser Form wohl kein zweites Mal geben“, betont Kummer. Wir können nur eine begrenzte Anzahl an Studienplätzen zur Verfügung stellen“, macht der Akademie-Präsident deutlich.

Weitere Informationen über das Doctoratsstudium finden Sie unter www.chinesische-naturheilkunde.de, unter dem Link „News“

Praktikanten in Arztpraxen

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

Ein Informationsblatt für Ärzte

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

Betriebspraktika leisten aber immer auch einen Beitrag zu einer gut vorbereiteten und begründeten Berufswahl. Im Folgenden wollen wir einen kurzen Überblick über Praktika für Schüler geben und auf die dabei in einer Arztpraxis zu beachtenden Verordnungen und Vorschriften sowie auf mögliche Probleme hinweisen.

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

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

Alle Schüler sind gemäß SGB VII gegen Arbeitsunfälle versichert. Desgleichen sind die Schüler gegen Ansprüche aus der gesetzlichen Haftpflicht versichert. Im Rahmen der Vorbereitung der Schüler sind diese über mögliche

Unfallgefahren zu unterrichten und zu sicherheitsbewusstem Verhalten anzuhalten. Wenn das Praktikum innerhalb der letzten neun Monate vor Aufnahme einer Beschäftigung durchgeführt wird, kann die Untersuchung mit der Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz verbunden werden, sofern der Schüler das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

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

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

Folgende Maßnahmen des Gesundheitsschutzes sind zu beachten:

1. Die Schüler müssen zu Beginn des Praktikums von der Schule **und** dem Betrieb in für sie verständlicher Weise über die Unfallverhütungsvorschriften einschließlich Hygiene, sowie über die Unfall- und Gesundheitsgefahren, denen sie während des Praktikums ausgesetzt sein können, belehrt werden. Hier trifft auch die BGR 250/TRBA 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ zu, wonach in bestimmten Fällen ein Antikörperschutz vorhanden sein muss bzw. eine Impfung durchgeführt werden soll.

Es wird dringend empfohlen, bei Schülerpraktikanten den Impf- und Immun-Status gegen verschiedene Infektionskrankheiten zu überprüfen, um zu gewährleisten, dass einerseits vom Praktikanten keine Infektionskrankheiten auf die Patienten übertragen werden, andererseits aber die Praktikanten durch sie nicht gefährdet sind.

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

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

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

3. Praktikanten (insbesondere im Rahmen des kurzzeitigen Schülerbetriebspraktika der allgemeinbildenden Schulen) dürfen keinen Umgang mit Blut, Urin, Speichel u.a. Ausscheidungen haben. Ihnen dürfen keine Tätigkeit mit schneidenden und stechenden Gegenständen übertragen werden.

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

Der Einsatz von Praktikanten könnte somit nur bei solchen niedergelassenen Ärzten erfolgen, für die obige Bedingungen nicht zutreffen. Im übrigen ist eine Beschäftigung nur im Bereich des Empfangs, in Bestrahlungsräumen (mit Ausnahme von Kontrollbereichen i.S. der Strahlenschutz- und Röntgenverordnung), Gipszimmern u.ä. und mit administrativen Tätigkeiten möglich. Darüber hinaus sind Praktikanten in jedem Fall, insbesondere weil sie im Unterschied zu Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer/innen und Auszubildenden nicht der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen, besonders umfassend und eindringlich über die Verpflichtung zur Verschwiegenheit aufzuklären sowie über die Bedeutung des Patientengeheimnisses zu unterrichten. Der Praktikant muss sich verpflichten, über alles, was er in der Praxis erfährt, für die Zeit des Praktikums und danach, Stillschweigen zu bewahren. Es empfiehlt sich, die Belehrung und die Verpflichtung schriftlich (s. Formblatt) zu fixieren.
Der Praktikant in der Arztpraxis sollte im Hinblick auf die Schweigepflichterklärung und wegen der erforderlichen sittlichen und geistigen Reife mindestens 14 Jahre alt sein.
Jeder Arzt sollte im Einzelfall unter Abwägung aller beteiligten Interessen selbst entscheiden, ob er einen Praktikanten in seiner Praxis zur Berufsfindung aufnehmen will.

Landesärztekammer Hessen
Abt. Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Meldedaten der Landesärztekammer Hessen

Landesärztekammer Hessen
– Meldewesen –
Postfach 90 06 69
60446 Frankfurt

Sehr geehrte Kollegin,
sehr geehrter Kollege,

Ihre Adresse ändert sich? Sie haben eine neue E-Mail-Adresse oder Handynummer? Bitte teilen Sie uns diese Änderung mit.
Sie können uns nachstehendes Formular übersenden per Post, online über das Formular Adressänderungen unter www.laekh.de, per Mail an meldewesen@laekh.de oder selbstverständlich per Fax 069 97672-128.

Vielen Dank!

Mitgliedsnummer			
Name			
Vorname(n)			
ggf. Geburtsname			
Titel/Akademische Grade			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Privatadresse	seit		
	Straße		
	Postleitzahl		
	Ort		
	Fon		
	Fax		
	Mobiltelefon		
	E-Mail		
	Homepage	http://www.	
Dienstadresse	seit		
	Straße		
	Postleitzahl		
	Ort		
	Dienststelle		
	Fon		
	Fax		
	Mobiltelefon		
	E-Mail		
	Homepage	http://www.	
Datum	Unterschrift des Mitgliedes		

NACHWUCHS SUCHT WISSENSSPENDER

Vielen Studierenden fehlen aktuelle medizinische Fachbücher – und Sie können helfen! Bei allen Unterschieden haben Deutschlands Hochschulbibliotheken eines gemeinsam: Sie haben zu wenig Geld. Und das, obwohl eine gute Ausstattung an Fachliteratur die Grundlage für ein erfolgreiches Studium ist.

Ohne exzellente Lehre gibt es keine Spitzenmedizin

Ärztliches Handeln verlangt zuverlässiges und aktuelles Wissen. Deshalb ist es wichtig, dass die hohe Qualität der Ausbildung erhalten bleibt und weiter verbessert werden kann. Schon seit Jahren kann die Ausstattung der medizinischen Fachbibliotheken mit der überdurchschnittlichen Preisentwicklung wissenschaftlicher Publikationen nicht mehr Schritt halten. Vor allem die für Forschung und Lehre dringend erforderliche Neuanschaffung von Lehrbüchern und Zeitschriften, aber auch die immer wichtiger werdende Bereitstellung von digitalen Diensten kommt zu kurz. Damit die neuen Lerninhalte in das medizinische Studium integriert werden können, brauchen wir gut ausgestattete Hochschulbibliotheken. Neben der staatlichen Grundfinanzierung der Bibliotheken ist daher ergänzende private Förderung ebenso wünschenswert wie notwendig. Exzellenter wissenschaftlicher Nachwuchs ist eine Grundvoraussetzung für den medizinischen Fortschritt von morgen. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer

So funktioniert Ihre Wissensspende:

- Bitte wählen Sie einen oder mehrere Titel aus, die Sie spenden möchten.
- Zur Zuordnung der Spende bitte die ausgefüllte Liste an Wissen schaffen e. V. senden.
- Bitte überweisen Sie den Spendenbetrag, über den Sie eine steuerlich wirksame Zuwendungsbescheinigung erhalten, auf das angegebene Spendenkonto.
- Zum Dank werden die neuen Bücher mit Ihrem Namen gekennzeichnet.
- Unter www.wissenschaffen.de nehmen wir Sie in die Spendergalerie auf.

Adresse / Kontakt:

Wissen schaffen e.V.
Postfach 131010
20110 Hamburg
☏ 040 220 40 64
🖷 040 227 15508
info@wissenschaffen.de
www.wissenschaffen.de

Spenden-Konto:

Wissen schaffen e.V.
Postbank Hamburg
BLZ 200 100 20
Konto-Nr. 42 208 208

Häufige Spendenwünsche medizinischer Fachbibliotheken:

Anzahl	Titel	Preis
	Deetjen/Speckmann/Hescheler, Physiologie mit CD-ROM	€ 69,95
	Horn, Biochemie des Menschen	€ 39,95
	Klinke/Pape/Silbernagl, Physiologie	€ 79,95
	Löffler/Petrides/Heinrich, Biochemie und Pathobiochemie	€ 79,95
	Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch mit CD-ROM	€ 59,95
	Schünke/Schulte/Schumacher, Prometheus Lernatlas der Anatomie	€ 69,95
	Bd.: Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem	€ 64,95
	Bd.: Hals und Innere Organe	€ 49,95
	Sobotta, Anatomie d. Menschen (Der kompl. Atlas in einem Bd.)	€ 69,95
	Taschenatlas d. Anatomie Bd. 1. Bewegungsapparat	€ 29,95
	Taschenatlas d. Anatomie Bd. 2. Innere Organe	€ 29,95
	Taschenatl. d. Anatomie Bd. 3. Nervensystem u. Sinnesorgane	€ 29,95

Ich unterstütze folgende Hochschule:

Vorname / Name / Firma:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Telefon: E-Mail:

Für die großzügige Förderung danken wir:

Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft

schweitzer Fachinformationen

Öffentliche Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen:

Vergabe eines Versorgungsauftrages an eine(n) zweite(n) Programmverantwortliche(n) Vertragsärztin oder Vertragsarzt für die Screening-Einheit 2 in Hessen im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch **Mammographie-Screening**

gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien – KFU-R) vom 1. Mai 2010 und der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge (BMV-Ä/EKV) vom 17. März 2011.
Für die Ausschreibung ist der jeweils aktuelle Stand der KFU-R, der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) maßgebend.

Präambel
Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat zum 1. Januar 2004 in dem Abschnitt B Nr. 4 der KFU-R ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening eingeführt. Die weitere Ausgestaltung wurde in der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV festgelegt.
Ziel des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening ist die deutliche Senkung der Brustkrebssterblichkeit in der anspruchsberechtigten Bevölkerungsgruppe (Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres). Gleichzeitig sollen die Belastungen, die mit einem Mammographie-Screening verbunden sein können, minimiert werden.
Das Programm ist in regionale Versorgungsprogramme gegliedert, das für Hessen die Grenzen des Bundeslandes Hessen und damit das Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) umfasst. Ein regionales Versorgungsprogramm ist wiederum in regionale Screening-Einheiten untergliedert, für die sog. Programmverantwortliche Ärzte Versorgungsaufträge erhalten können.
Gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV kann ein Versorgungsauftrag auch von zwei Programmverantwortlichen Ärzten, die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, übernommen werden.
Der Versorgungsauftrag für die Screening-Einheit 2 wird seit 2008 durch zwei Programmverantwortliche Ärztinnen wahrgenommen.
Für die Screening-Einheit 2 wird zum 1. Juli 2012 ein/e Nachfolger/in für eine Programmverantwortliche Ärztin gesucht. Die Berufsausübungsgemeinschaft wird zwischen dem/der Bewerber/in und der verbleibenden Programmverantwortlichen Ärztin geschlossen.

1. Verfahren der Ausschreibung
Die KV Hessen führt für die Nachfolge ein öffentliches Ausschreibungsverfahren für den Versorgungsauftrag der Screening-Einheit 2 durch.
Das Verfahren verläuft zweistufig (§ 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV):

1. Bei Erfüllung der Voraussetzungen für eine Bewerbung nach § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erhält der Bewerber Ausschreibungsunterlagen zugesandt, die er bis **14. Mai 2012, 12:00 Uhr,** bei der KV Hessen in Wiesbaden einreicht.
2. Gem. § 4 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Verbänden der hessischen Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Bewerbungen eine Genehmigung (unter Auflagen) zur Übernahme des Versorgungsauftrages erteilen.

Ein Konzept zur Organisation des Versorgungsauftrages nach § 4 Abs. 2 b) i.V.m. § 5 Abs. 2 b) und c) Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist entbehrlich, sofern die Voraussetzungen an die Verfügbarkeit und Qualifikation der im Rahmen des Versorgungsauftrages kooperierenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte in der jeweiligen Screening-Einheit sowie die sachlichen Voraussetzungen zur Praxisausstattung und apparativer Ausstattung bereits durch die in der jeweiligen Screening-Einheit tätigen Programmverantwortlichen Ärzte erfüllt und nachgewiesen wurden. Der Bewerber muss jedoch detaillierte Angaben zu den persönlichen Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 2 a) Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV machen.

Im Fall der Nachfolge eines/r Programmverantwortlichen Arztes/Ärztin ist Entscheidungsgrundlage die persönliche Qualifikation der Bewerber und deren zeitliche Verfügbarkeit zur Erfüllung des Versorgungsauftrages. Bei mehreren gleich geeigneten Bewerbern, die einen Versorgungsauftrag übernehmen wollen, ist ausschlaggebend, ob und wie sich der Bewerber in den schon vorhandenen Versorgungsauftrag mit dem jetzigen Programmverantwortlichen in einer Berufsausübungsgemeinschaft einbinden lässt. Gem. § 5 Abs. 6 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist der Versorgungsauftrag an den Praxisnachfolger übertragbar, wenn die entsprechenden Voraussetzungen nach diesem Vertrag erfüllt sind.

2. Versorgungsauftrag / Screening-Einheiten
Der Versorgungsauftrag wird für die folgende Screening-Einheit ausgeschrieben:

Screening-Einheit 2[1]
Frankfurt Stadt
Main-Taunus-Kreis

3. Inhalt des Versorgungsauftrages
Der Versorgungsauftrag umfasst die notwendige ärztliche Behandlung und Betreuung der Frauen einschließlich Aufklärung und Information sowie die übergreifende Versorgungsorganisation und -steuerung. Er ist umfassend und vollständig zu erfüllen.
Einzelheiten des Versorgungsauftrages ergeben sich aus Abschnitt B Nr. 4 i der KFU-R bzw. § 3 Absatz 3 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV (die folgenden §-Angaben beziehen sich auf die Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV):

1. Kooperation mit der Zentralen Stelle, der Kooperationsgemeinschaft und dem Referenzzentrum (§ 7)
2. Überprüfung des Anspruchs der Frau auf Teilnahme am Früherkennungsprogramm vor Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 8)
3. Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 9)
4. Organisation und Durchführung der Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 10)
5. Durchführung der Konsensuskonferenz (§ 11)
6. Durchführung der Abklärungsdiagnostik (§ 12)
7. Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen (§ 13)

[1] *Zur Einteilung der Screening-Einheiten in Hessen siehe Heft 9/2004 des Hessischen Ärzteblattes.*

8. Ergänzende ärztliche Aufklärung (§ 14)
9. Organisation und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 15)

4. Ablauf der Versorgungsschritte

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

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

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

- Pflicht zur Übermittlung der Daten (§ 7 i.V. mit Anhang 9 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV) und zwar im Rahmen des Einladungswesens, der ärztlichen Untersuchung, der Qualitätssicherung (diagnostische Bildqualität, Beurteilung der Fallsammlung, Selbstüberprüfung) und der Evaluation.
- Dokumentation gem. Anlage VI der KFU-R (Erstellung und Befundung der Mammographie-Aufnahmen und Teilschritte der Abklärungsdiagnostik)
- Dokumentation der Konferenzen (gem. Anhang 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV)
- Nachweise der fachlichen Befähigung gem. Abschnitt E der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, soweit von den programmverantwortlichen Ärzten selbst gegenüber der KV Hessen vorzulegen. Kooperierende Ärzte müssen den Nachweis selbst führen.
- Nachweise der Voraussetzungen der technischen Qualitätssicherung gem. Abschnitt H der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV
- Teilnahme an den Verfahren zur Selbstüberprüfung gem. § 15 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV.

5. Kooperation

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

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

Der Programmverantwortliche Arzt sollte auch mit angestellten Krankenhausärzten kooperieren, die nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV an den prä- und postoperativen multidisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen und dafür eine Ermächtigung nach § 29 erhalten.

6. Radiologische Fachkräfte

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

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

7. Vergütung und Abrechnung

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

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

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

Die Programmverantwortlichen Ärzte sowie andere Ärzte, die Leistungen im Rahmen des Screenings erbringen, rechnen die Screening-Leistungen jeweils über ihre lebenslange Arztnummer (LANR) sowie eine eigene Betriebsstättennummer (BSNR) mit der KV Hessen ab.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Die Vergütung der EBM-Ziffern 01750 bis 01759 erfolgt extrabudgetär. In dieser Vergütung wird ab 1. April 2012 ein Aufschlag in Höhe von 5,2 Prozent zur Finanzierung der sog. Overhead-Kosten im Rahmen der KFU-R (u.a. für die Kooperationsgemeinschaft und die Referenzzentren) enthalten.
Die Höhe des Punktwertes richtet sich nach den jeweils gültigen Bestimmungen des EBM sowie dem jeweils gültigen Honorarvertrag der KV Hessen abzüglich des Aufschlages für den Overhead. Sachkostenziffern sind davon nicht betroffen.
Auf die abgerechneten Leistungen werden die satzungsgemäßen Umlagen und Verwaltungskosten der KV Hessen erhoben.

8. Bewerber

Um einen Versorgungsauftrag bewerben können sich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte für Diagnostische Radiologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Der/die Bewerber(in) ist / wird mit der jetzigen Programmverantwortlichen Ärztin in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig (sein).
Dabei ist zu beachten, dass der Arzt/die Ärztin die Voraussetzungen für die Übernahme des Versorgungsauftrages als Programmverantwortliche/r Arzt/Ärztin zu erfüllen hat und dafür eine Genehmigung benötigt.

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

9. Bewerbungsvoraussetzungen

Wenn Sie sich um den Versorgungsauftrag als Programmverantwortlicher Arzt/Ärztin in der Screening-Einheit 2 als Nachfolger bewerben wollen, so erhalten Sie von uns die Bewerbungsunterlagen, wenn Sie die folgenden Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV erfüllen und **bis zum 30. April 2012** gegenüber der KV Hessen vollständig nachweisen:

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

Die Bewerbungsunterlagen werden Ihnen nur auf Ihren schriftlichen Antrag hin zugeschickt.

10. Genehmigungsverfahren

10.1 Bewerbung

Sie haben bis zum **14. Mai 2012, 12:00 Uhr,** Zeit, Ihre Bewerbungsunterlagen für die Screening-Einheit 2 bei der KV Hessen einzureichen.
Ihre Bewerbungsunterlagen müssen nach § 5 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV detaillierte Angaben zu Ihren persönlichen Voraussetzungen enthalten, insbesondere:

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

10.2 Genehmigung unter Auflagen

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

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

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

Zusätzlich wird der Programmverantwortliche Arzt in den ersten drei Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit durch den Leiter des Referenzzentrums spezifisch betreut (§ 5 Abs. 5 i der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV).
Die Genehmigung für die Übernahme eines Versorgungsauftrages wird unbefristet erteilt.

11. Bewerbungsfristen und Anschrift

Interessierte Ärzte haben bis 30. April 2012 die Möglichkeit, Bewerbungsunterlagen anzufordern. Vollständige Bewerbungen müssen schriftlich in einem geschlossenen Umschlag bis zum **14. Mai 2012, 12:00 Uhr,** bei der

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

eingereicht werden. Nach diesem Zeitpunkt können keine Bewerbungen mehr angenommen werden.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Groß-Umstadt	Frauenärztin/Frauenarzt (Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Odenwaldkreis

Erbach	Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Erbach	Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Mörfelden-Walldorf	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Riedstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Rüsselsheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Rödermark	Augenärztin/Augenarzt

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

Sachsenhausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Sachsenhausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Seckbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Nordend	Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Eschersheim	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt-Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Sachsenhausen	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Ginnheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Westend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Westend	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Eschersheim	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Bornheim	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Höchst	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Bornheim	Radiologin/Radiologe (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Bad Soden	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Bad Soden	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag – mit hälftig angestelltem Arzt – Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Bad Soden	Chirurgin/Chirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Kelkheim	Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Oberursel	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Königstein	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach-Innenstadt	Kinderärztin/Kinderarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Offenbach-Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Offenbach-Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Langen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Langen	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Bad Orb	Orthopädin/Orthopäde

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

Gießen	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Hungen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Lich	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Pohlheim	Chirurgin/Chirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Lollar	Kinderärztin/Kinderarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Lollar	Kinderärztin/Kinderarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Lahnau	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Wetzlar	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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 Landkreis Fulda

Fulda	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Ebersburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Kassel	Internistin/Internist Schwerpunkt Nephrologie (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Kassel	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Kassel	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Kassel

Hofgeismar	Augenärztin/Augenarzt

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 Wiesbaden

Wiesbaden	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Wiesbaden	Orthopädin/Orthopäde

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.

Durch die KV Hessen für ungültig erklärte Arztausweise / Stempel:

Stempel Nummer 427511200, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Kassel (Volker Bornmann, Kassel).