



# Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: [www.laekh.de](http://www.laekh.de)

1 | 2013

Januar 2013

74. Jahrgang



- **Delegiertenversammlung der LÄK Hessen**  
Lebhafte Diskussion und positive Jahresbilanz
- **Hauptgeschäftsführer der BÄK besuchte Fortbildungszentrum in Bad Nauheim**
- **Zur Verbreitung des hochvirulenten *Clostridium difficile* Ribotyps 027 in Hessen**
- **Zertifizierte Fortbildung: Nichtsteroidale Antirheumatika und Gastrointestinaltrakt**
- **Neues zur Weiterbildung Allgemeinmedizin**
- **Parlando: Fotografischer Blick auf Paris**

---

Gustave Caillebotte  
Boulevard Haussmann bei Schnee, 1879/1881  
Boulevard Haussmann, effet de neige  
Öl auf Leinwand, 81 x 66 cm

© + Foto: © Musée du Château de Flers

**Hessisches Ärzteblatt**

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

**Impressum****Herausgeber:**

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

**Schriftleitung (verantwortlich):**

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

**Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:**

Katja Möhrle, M. A.

**Redaktions-Beirat:**

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

**Arzt- und Kassenarztrecht:**

Dr. Katharina Deppert,  
Gutachter- und Schlichtungsstelle  
Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen

**Anschrift der Redaktion:**

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

**Redaktionsschluss:**

fünf Wochen vor Erscheinen

**Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:**

Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig  
Fon: 0341 710039-90, Fax: 0341 710039-74 u. -99  
Internet: www.l-va.de, E-Mail: lk@l-va.de

**Verlagsleitung:**

Dr. Rainer Stumpe

**Anzeigendisposition:**

Livia Kummer, Fon: 0341 710039-92, E-Mail: lk@l-va.de

**Druck:**

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

**Layout-Design:**

Kathrin Artmann, Heidesheim  
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2013 vom 1.1.2013 gültig.

**Bezugspreis / Abonnementspreise:**

Der Bezugspreis im Inland beträgt 125,50 € inkl. Versandkosten (12 Ausgaben), im Ausland 125,50 € zzgl. Versand, Einzelheft 13,00 € zzgl. 2,50 € Versandkosten. Kündigung des Bezugs 2 Monate vor Ablauf des Abonnements. Für die Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

# Hessisches Ärzteblatt

**Editorial**

4

**Landesärztekammer Hessen**

Lebhafte Diskussionen und positive Jahresbilanz –

Delegiertenversammlung der LÄKH

5

Hauptgeschäftsführer der BÄK besuchte Fortbildungszentrum

in Bad Nauheim

13

Aktualisierung der Meldedaten unserer Mitglieder – ein voller Erfolg

14

25-jähriges Dienstjubiläum bei der LÄKH

15

Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten

15

**Bücher**

13

**Aktuelles**

Zur Verbreitung des hochvirulenten

*Clostridium difficile* Ribotyps 027 in Hessen

16

50 Jahre Arbeitsgemeinschaft der

Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.

30

Journalisten-Workshop „Recherche Pharma Lobby“:

Webfehler im System beheben, neue Fundamente schaffen

42

Neues zur Weiterbildung Allgemeinmedizin

44

**Fortbildung**

Zertifizierte Fortbildung:

Nichtsteroidale Antirheumatika und Gastrointestinaltrakt

19

Sicherer Verordnen

32

Hämochromatose und ihre Therapie

41

**Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Bad Nauheim**

33

**Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim**

39

**Parlando**

Fotografischer Blick auf Paris / Raffael und seine Grafiken

45

**Arzt- und Kassenarztrecht**

Infektionskrankheit oder Arzneimittellexanthem?

47

**Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen**

51

**Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen**

58

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

## Liebe Kolleginnen und Kollegen!



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

Einmal mehr sitze ich in der adventlich geschmückten Stube und schreibe meine Gedanken nieder, die das neue Jahr im Hessischen Ärzteblatt einleiten werden. Sie merken es schon, die Kammer ist ihrer Zeit immer ein kleines Stückchen voraus.

Hinter uns liegt eine voll gepackte Delegiertenversammlung, über deren wichtigste Themen und Beschlüsse Sie in diesem Heft einen entsprechenden Beitrag finden. Dass nicht nur die Delegiertenversammlung voll gepackt war, sondern das gesamte vergangene Jahr, ist sicher auch Ihr Eindruck. Und natürlich wird auch das neue Jahr bestimmt nicht langweilig werden.

Vor einem Jahr habe ich an dieser Stelle – wie auch bei anderen Gelegenheiten – über die in Folge der demographischen Entwicklung wachsende Diskrepanz zwischen einer abnehmenden Zahl von Ärztinnen und Ärzten im Beruf und der zunehmenden Zahl der älteren zu versorgenden Menschen geschrieben. Zunehmend kommt diese Entwicklung auch in den Köpfen von Politik und Gesellschaft an, und das nicht nur in Deutschland. Mit gemischten Gefühlen sehe ich das aktuelle EU-Vorhaben, die Ausbildungszeit sprich das Studium für angehende Ärzte europaweit zu vereinheitlichen. Hinter diesem Vorhaben steht der Plan, das Studium bei unveränderter Stundenzahl von sechs auf fünf Jahre zu verkürzen. So käme der dringend benötigte Nachwuchs schneller auf den Arbeitsmarkt, doch zu welchem Preis? Schon jetzt will die Zeit für das Medizin-

studium gut eingeteilt sein, sind doch neben Vorlesungen, Seminaren, Testaten und Prüfungen auch noch Praktika und Famulaturen zu absolvieren.

Eine 2010 im Rahmen einer Dissertation veröffentlichte Studie der Universität Gießen zur Lebensqualität von Medizinstudierenden ergab interessante Hinweise (<http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2010/7452/index.html>). Anlass für diese Arbeit waren vorangegangene Studien zum Gesundheitsverhalten und der Lebensqualität von Medizinern, in denen erhebliche gesundheitliche Belastungen sowie Einbußen der Lebensqualität beschrieben wurden. Das bei Ärzten beschriebene überhöhte Maß an Arbeitseinsatz fand sich auch bei den Medizinstudierenden. Daraus ergab sich die Frage, in wie weit die beeinträchtigte Sozialisation der Mediziner bereits im Studium besteht, aber auch nach dem Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und der Lebensqualität der Studierenden sowie den unterschiedlichen Bewältigungskonzepten und Verhaltensstrategien im Umgang mit dem Studium.

Im Ergebnis zeigte sich eine subjektiv hohe Arbeitsbelastung im Medizinstudium, die in den unteren Studiensemestern stärker als in den oberen Semestern zu beobachten war. Letztere wiederum wiesen eine geringere Studienzufriedenheit und eine geringere Lebensqualität im Studium auf. Der Autor sieht dies als Hinweis auf die Akzeptanz der hohen Anforderungen im Studium mit einer entsprechenden Anpassung des Verhaltens zu einem vermehrt leistungsorientierten und konkurrierenden Interaktionsstil.

Auch wenn es sich hier nur um das Ergebnis einer einzelnen Studie handelt, die auf

einer Querschnittsbefragung von mehr als 200 Studierenden der Universität Gießen basiert, nehme ich diese doch sehr ernst. Lässt eine Verkürzung der Studienzeit da für die Zukunft bessere Ergebnisse erwarten? Sollte nicht vielmehr ausreichend Zeit zum Lernen, zur Reflexion und für praktische Übungen vorhanden sein? Nicht nur die Aneignung des Lernstoffs, sondern auch der Blick über den eigenen Tellerrand, kurz gesagt die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit benötigt ausreichend Zeit.

Andererseits heißt es, dass der Mensch mit seinen Aufgaben wächst. Natürlich geht das nicht von selbst. Mit einer Portion Optimismus, zwei Portionen Disziplin und drei Portionen Ausdauer ausgerüstet, lassen sich große Ziele in kleinere Teilziele aufteilen. Jeder Teilerfolg motiviert zum Weitermachen. Allerdings sollte der von dem Schweizer Publizisten Dr. Ernst Reinhard stammende Aphorismus „Der Mensch wächst mit seinen Aufgaben, aber manchmal wachsen diese schneller als er“ nicht eintreten.

Deshalb wünsche ich Ihnen allen, liebe Kolleginnen und Kollegen, deren Studium schon mehr oder minder lange zurückliegt, genügend Freiraum für Familie und Freizeit, und weiterhin viel Freude an einem der schönsten Berufe. Dafür lohnt es sich, auch 2013 mit voller Kraft für gute Bedingungen in Klinik, Praxis und Studium einzutreten.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach  
Präsident

# Lebhafte Diskussionen und positive Jahresbilanz

## Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

„Europa ist wie ein Fahrrad. Man muss es in Bewegung halten – sonst fällt es um“, warnte der frühere EU-Kommissionspräsident Jacques Delors einst salopp. Inzwischen hat dieses Fahrrad in einigen Bereichen so viel Eigendynamik entwickelt, dass man den Fahrtwind bis nach Hessen spürt. Der Einfluss europäischer Entscheidungen auf Bund und Länder spiegelte sich auch in den Beratungen der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 24. November in Bad Nauheim wieder. „Das, was von Europa kommt, hat auch für uns Ärzte Gewicht“, stellte Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach in seinem Bericht zur Lage fest. Beispiel Europäische Normierung: Obwohl Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung versucht hatten, dies zu verhindern, fallen Gesundheitsdienstleistungen ab dem 1. Januar 2013 in den Anwendungsbereich der Verordnung zur europäischen Normung.

Damit werden medizinische Leistungen zum Gegenstand der Normung. Im Unterschied zu den bisherigen Richtlinien, die von den Mitgliedstaaten in eigener Verantwortung in nationales Recht umgesetzt werden, handelt es sich bei den Verordnungen um unmittelbar geltendes Recht. Auch die geplanten Änderungen der Vorschriften zu Medizinprodukten drohten die Souveränität der Einzelstaaten erheblich einzuschränken, erklärte von Knoblauch zu Hatzbach. „Wir sind uns in der Kritik daran mit dem Hessischen Sozialministerium weitgehend einig.“ Ebenso in der Ablehnung des Entwurfs einer Verordnung über Klinische Studien mit Humanarzneimitteln, in dem keine eigenständigen Prüfungen durch unabhängige Ethikkommissionen mehr vorgesehen seien. Man begrüße die europäischen Harmonisierungsbestrebungen zwar grundsätzlich, so von Knoblauch zu Hatzbach weiter. Zum Wohle des Patienten dürfe es jedoch nicht zu einer

Absenkung des Schutzniveaus kommen. Eine Position, die PD Dr. med. Andreas Scholz (Marburger Bund Hessen) in der anschließenden Diskussion ausdrücklich bekräftigte. In den vergangenen Jahren sei Deutschland das Land mit den meisten klinischen Studien geworden. „Das, was wir hierzulande als Standard geschaffen haben, muss beibehalten und zum Standard in Europa werden“, forderte Scholz.

### Nichts Neues in Sachen GOÄ

Wie sehen die Folgen bundesweiter Entscheidungen und Gesetzesvorhaben für Ärztinnen und Ärzte aus? Zu den wichtigsten Änderungen, über die von Knoblauch zu Hatzbach die Delegierten informierte, zählt die Novellierung der Approbationsordnung. Damit wird künftig u.a. das sogenannte „Hammerexamen“ wegfallen und die Möglichkeit geboten, das Praktische Jahr in Teilzeit zu absolvieren. Erleichterungen im Praxisalltag sind von der



Vorankündigung



Landesärztekammer Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Landesärztekammer Hessen lädt ein zum  
**Hessischen Ärztetag**

„Dschungel Gesundheitssystem“

am 20. April 2013 von 10 - 16 Uhr in den  
Mainarcaden Frankfurt  
Kurt-Schumacher-Str. 10, 60311 Frankfurt

**Vorträge und Diskussionen**

mit prominenten Referenten aus Politik, Ärzteschaft  
und Wirtschaft

Mitveranstalterin: Kassenärztliche Vereinigung Hessen



Die Veranstaltung ist mit 5 Fortbildungspunkten zertifiziert.



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach  
Foto: Manuel Maier

Abschaffung der Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 zu erwarten. Nachbesserungsbedarf sah von Knoblauch zu Hatzbach bei dem zum Zeitpunkt der Delegiertenversammlung noch nicht verabschiedeten Patientenrechtegesetz. Ein effektiver Patientenschutz hinsichtlich der Sicherstellung ausreichender Haftpflichtversicherung behandelnder Ärzte erfordere geeignete Mechanismen für das Ruhenlassen der Approbation beim Fehlen einer solchen. Dies sei Aufgabe der Approbationsbehörde und nicht der Kammer.

Mit der „Dauerbaustelle GOÄ“ verhalte es sich so wie mit der Echternacher Springprozession – es gäbe nichts Neues zu berichten, bedauerte von Knoblauch zu Hatzbach. Trotz unverminderter Anstrengungen der Bundesärztekammer, die einen Entwurf zur GOÄ erarbeitet habe, habe die PKV keine eigene Vorlage erstellt. Deutlich wurde auf der Delegiertenversammlung die gesetzlich vorgesehene Einordnung des neuen Berufsbildes des Notfallsanitäters in einen zur begrenzt selbstständigen Heilkundenausübung befugten Fachberuf kritisiert. Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (Marburger Bund Hessen) bat darum, in dieser Angelegenheit nochmals über die Bundesärztekammer Einfluss zu

nehmen, auch wenn das Notfallsanitäter-Gesetz wohl nicht mehr zu verhindern sein werde. „Ja, wir müssen uns hier ganz deutlich positionieren“, pflichtete ihm LÄKH-Vizepräsident Martin Leimbeck (Die Hausärzte) bei. Das Gesetz breche das ärztliche Behandlungsmonopol auf.

### Boni-Verträge und Transplantationskandale

Chefarztverträge, Bonussysteme und Mitarbeiterbeteiligung – welche Auswirkungen falsche Anreizsysteme haben können, machten die Transplantationskandale in den letzten Monaten deutlich. „Das, was wir bisher wissen, ist nach meinen Informationen nur die Spitze des Eisbergs“, sagte von Knoblauch zu Hatzbach in Bad Nauheim. „Die Boni-Zahlungen haben die Transplantationskandale mit hervorgerufen“, urteilte PD Dr. Scholz. Auf seine Frage, ob die LÄKH entsprechende Regelungen in Hessen geprüft habe, teilte Dr. med. Roland Kaiser, Ärztlicher Geschäftsführer der Kammer mit, dass die befragten Kolleginnen und Kollegen in den Transplantationszentren in Hessen keine solchen Verträge erhalten hätten. Eine Umfrage des Hessischen Sozialministeriums bei allen Transplantationszentren haben ergeben, dass keine Boni-Zahlungen erfolgt seien,



Dr. med. Albrecht Encke

Foto: Manuel Maier

fügte Professor Dr. med. Albrecht Encke (Ältere Ärzte 60+) hinzu. „Wir würden es begrüßen, wenn unserer Rechtsabteilung wie früher die Verträge zur Prüfung vorgelegt würden“, unterstrich Martin Leimbeck. Jedoch habe die Kammer leider keine Sanktionsmöglichkeiten.

Das am 1. August 2012 in Kraft getretene geänderte Transplantationsgesetz konkretisiert die Anforderungen an die Entnahmekrankenhäuser und die Transplantationszentren sowie die Aufgaben der Deutschen Gesellschaft für Organspende (DSO). Ausdrücklich begrüßten die Delegierten die Bestimmung, dass jedes Krankenhaus, an dem Spenderorgane entnommen werden, mindestens einen ärztlichen Transplantationsbeauftragten benennen soll. Allerdings dürfe die Funktion nur von erfahrenen und qualifizierten Kolleginnen und Kollegen ausgeübt werden, erklärten die Ärzteevertreter. Das Ärzteparlament verabschiedete einen Antrag von Dr. med. Susanne Johna und Dr. med. Lars Bodammer (Marburger Bund Hessen), in dem der Krankenhausausschuss gemeinsam mit der „Kommission Transplantation und Organspende“ beauftragt wurde, Empfehlungen für den Transplantationsbeauftragten auszuarbeiten. Diese Empfehlungen sollen auch Vorschläge für vertragliche Regelungen, Fortbildungsfreistellungen und -inhalte enthalten.

### Erhalt der Trägervielfalt gefordert

Ausführlich setzten sich die Delegierten mit der Lage der Kliniken in Hessen auseinander. Nach engagierten Redebeiträgen forderte das Hessische Ärzteparlament in einer von PD Dr. med. Andreas Scholz und Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund Hessen) eingebrachten Resolution die Sicherung der Trägervielfalt in Hessen. Die angestrebte Trägervielfalt bei der Kranken-



Dr. med. Susanne Johna

Foto: Manuel Maier

hausversorgung der Bevölkerung werde in § 1 Abs. 3 des Hessischen Krankenhausgesetzes explizit erwähnt.

Er bitte bei dem folgenden Antrag um etwas mehr Reflexion, hatte Dr. med. Andreas Fach (Fachärzte Hessen) angesichts der Komplexität des Sachverhalts zu bedenken gegeben. Dennoch verabschiedete die Delegiertenversammlung mit großer Mehrheit eine von PD Dr. Scholz und Dr. Johna (Marburger Bund Hessen) eingebrachte Resolution mit der Forderung, keine zusätzlichen Steuergelder für die Rhön-Kliniken AG fließen zu lassen.

Obwohl der Rhön-Konzern bei der Übernahme des Universitätsklinikums vor sechs Jahren eine Verzichtserklärung für Investitionsmittel unterschrieben habe, solle jetzt der börsennotierte Klinikbetreiber mit hessischen Steuermitteln unterstützt werden, kritisierten die Ärztevertreter. Dies stehe im Widerspruch zu der Tatsache, dass das Land Hessen die notwendigen Investitionen an kommunalen Kliniken über viele Jahre verzögert und damit zur wirtschaftlichen Schieflage und drohenden Insolvenz dieser Kliniken beigetragen habe.

Außerdem sprach sich das Hessische Ärztenparlament in einer von Dr. med. Susanne Johna und Dr. med. Christian Piper (Mar-

burger Bund Hessen) beantragten Resolution entschieden gegen einen weiteren Stellenabbau an den Universitätskliniken Gießen-Marburg aus.

## Sprachliche Qualifikationsregeln

Einig waren sich die Delegierten in der Kritik an den unzureichenden Sprachanforderungen für aus dem Ausland kommende Ärztinnen und Ärzte. Grundkenntnisse der deutschen Sprache reichten im klinischen Alltag nicht aus. Das Ärztenparlament beschloss daher einen Antrag von Dr. med. Hans-Martin Hübner (Sichere Renten für Klinik und Praxis – NAV-Virchow-Bund) und Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund Hessen), mit dem das Präsidium der Landesärztekammer beauftragt wurde, gemeinsam mit der Akademie für Fort- und Weiterbildung ein Konzept für die Überprüfung der sprachlichen Qualifikation im Rahmen der Zulassung zur Berufsausübung zu erarbeiten. Außerdem sollen Standards für die fachsprachliche Prüfung erarbeitet werden.

## Blick auf Hessen

Die im Juni 2012 in Kraft getretene Apothekenbetriebsordnung wurde in der Hessischen Vereinbarung zwischen dem Land und den Apothekenverbänden nicht nur konkretisiert; darüber hinaus stimmte die gemeinsame Initiative der Landesärztekammer Hessen, der Deutschen PalliativStiftung, und der Landesapothekerkammer Hessen mit dem Hessischen Sozialministerium eine über die bundesweite Verpflichtung hinausgehende Liste essentieller Medikamente in der Palliativversorgung ab. Keine positive Bilanz zog von Knoblauch zu Hatzbach dagegen bei der Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes. Anders als vom Hessischen Sozialministerium ursprünglich in Aussicht gestellt, seien Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung nicht als Mitglieder mit vol-

lem Mitwirkungsrecht beteiligt, sondern allenfalls als Berater vorgesehen. Aus Sicht der Landesärztekammer hätten die regionalen Gesundheitskonferenzen bislang noch kaum Ergebnisse zu verzeichnen, fügte von Knoblauch zu Hatzbach hinzu.

## Nachwahlen für Präsidium und Finanzausschuss

Mit klarer Mehrheit wählte die Delegiertenversammlung den Gießener Arzt Dr. med. Edgar Pinkowski (Fachärzte Hessen) bis zum Ende der Legislaturperiode 2008 – 2013 in das Präsidium der Landesärztekammer Hessen. Die Wahl war notwendig geworden, nachdem Frank-Rüdiger Zimmeck sein Ausscheiden als Mitglied des Präsidiums erklärt hatte. Um sich seiner neuen Aufgabe engagiert widmen zu können, trat Dr. Pinkowski von dem Amt des Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Gießen, das er seit 2004 innehatte, zurück. Zum neuen Vorsitzenden wurde der Gießener Hautarzt Dr. med. Hans-Martin Hübner (Sichere Renten für Klinik und Praxis – NAV-Virchow) gewählt. Auch für den Finanzausschuss der Landesärztekammer musste nach dem Wegzug von Professor Dr. med. Manuela Koch eine Nachwahl durchgeführt werden. Die Delegierten wählten die Darmstädter Internistin Christiane



Dr. med. Edgar Pinkowski

Foto: Katja Kölsch



Dr. med. Hans-Martin Hübner

Foto: Katja Kölsch

Hidas (Fachärzte Hessen) in diesen Ausschuss.

### Vertrauen ausgesprochen

Einem Antrag von Dr. med. Sigmund Drexler, Dr. med. Brigitte Ende (beide LDÄÄ) und Dr. med. Alfred Möhrle (Fachärzte 60+) folgend, sprachen die Delegierten Dr. med. Ernst Girth in seiner Funktion als Menschenrechtsbeauftragter und als Vertreter der LÄK Hessen in der Härtefallkommission ihr Vertrauen aus. Girth, der weiterhin die Position des Menschenrechtsbeauftragten der LÄKH innehat, dankte in der Delegiertenversammlung für die breite Unterstützung.



Dr. med. Ernst Girth

Foto: Katja Möhrle



Delegierte an der Wahlurne

Foto: Katja Kölsch

### Landesärztekammer Hessen aktuell

Was hat sich in den vergangenen Monaten in der Landesärztekammer getan? Ärztekammerpräsident von Knoblauch zu Hatzbach zog eine positive Jahresbilanz und informierte die Delegierten über aktuelle Entwicklungen wie etwa den Ausbau und die Intensivierung der Kooperation mit der Ärztekammer des Saarlandes. Die Diskussion zur Kooperation fokussiert sich u.a. auf die Kurse Arbeitsmedizin und Krankenhaushygiene, Curriculum Ärztliches Peer Review sowie Angebote für ärztliche Berufsanfänger und Zuwanderer. Im April 2012 wurde ein erster Block des 200 Std.-Weiterbildungskurses Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene und Krankenhaushygieneverordnung durchgeführt. Mit Stand vom 20. November 2012 hatten 25 Ärztinnen und Ärzte die Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene erworben.

### Befragung von Prüfungs-Absolventen

Mit Unterstützung des Hessischen Landesprüfungsamtes für Heilberufe (HLPUG) läuft derzeit die 7. Welle der regelmäßigen Befragung aller Absolventen der ärztlichen Prüfung an hessischen Universitä-

ten zu deren Studiererfahrungen, Motivation und Berufsplänen. Dieses in dieser Form in Deutschland einzigartige Projekt wird noch weiter ausgebaut.

Untersuchung zur Zufriedenheit von Absolventen der Facharztprüfung: Im Oktober 2012 wurden rund 235 Mitglieder aus unterschiedlichen Fachgebieten, die zwischen April und Juli 2012 ihre Facharztprüfung in Hessen abgelegt hatten, schriftlich befragt, um zu untersuchen, wie die Serviceleistung der Weiterbildungsabteilung wahrgenommen wird.

Zur Aktualisierung und zum Ausbaus des „Hessischen Weiterbildungsregisters“ werden in der zweiten Jahreshälfte alle Weiterbildungsbefugten angeschrieben. Die Bundesärztekammer hat die nächste Evaluation der Weiterbildung vorerst auf 2014 verschoben. Genauere Planungen sind noch nicht erfolgt.

### Engagement für Prävention

Im Jahr 2012 ist das Diabetes-Präventionsprojekt „Fit und gesund älter werden“ der Landesärztekammer Hessen unter der Schirmherrschaft des Hessischen Sozialministers Stefan Grüttner erfolgreich gestartet. Für 2013 sind bereits Aktionen in Kassel und Frankfurt geplant, weitere fol-

gen. In einem nächsten Schritt wird das von der Presseabteilung betreute Projekt auch Firmen und Verwaltungen angeboten. Im Krebspräventionsjahr 2012 beteiligte sich die Landesärztekammer an der vom Hessischen Sozialministerium, der Hessische Krebsgesellschaft und der Stiftung Leben mit Krebs initiierten Aktion „Du bist kostbar – Hessen gegen Krebs“. Dazu gehören u.a. die Darmkrebs-Präventionsaktion „1.000 mutige Männer für Offenbach“ sowie hessenweite Schulungen an Brustkrebsmodellen zur Selbstuntersuchung der Brust.

### Unangekündigte Praxis- hygienebegehungen durch Gesundheitsämter

Der Appell Michael Waldecks (Liste der Niedergelassenen Operateure), die Gesundheitsämter in diesem Zusammenhang für die Belange der Ärzte zu sensibilisieren, stieß auf Zustimmung der Delegiertenversammlung. Wie von Knoblauch zu Hatzbach berichtete, wurden bei Gesprächen von Vertretern der Landesärztekammer mit einem hessischen Gesundheitsamt mögliche gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen des Amtes mit der LÄKH in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung erörtert und avisiert.

### EDV

Von Knoblauch zu Hatzbach gratulierte dem Leiter der EDV-Abteilung, Thomas Friedl, zu den innovativen Entwicklungen seiner Abteilung. So wird das in Hessen entwickelte Modell zur Prüfung des Arztausweises derzeit bundesweit etabliert. Auch die Entwicklung des neuen elektronischen QSIG-Arzttausweises für Hessen schreitet voran. Aktuell findet die letzte Testphase durch Ärztinnen und Ärzte statt. Außerdem baut die Landesärztekammer einen Zertifikatsdienst auf, der alle E-Mail-Verschlüsselungszertifikate für eine siche-

re medizinische elektronische Kommunikation im Mitglieder Portal bereitstellt. Ergänzend teilte von Knoblauch zu Hatzbach mit, dass inzwischen über 16.000 Ärztinnen und Ärzte im online-Portal der Kammer angemeldet seien. Für die Bundesärztekammer wurde eine Idee der Stabsstelle umgesetzt, die es ermöglicht, über eine Internetplattform alle zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen zu finden. Diese Möglichkeit wird auch in der neuen Fortbildungsapplikation – Fobi@pp erhalten sein, die seit Ende Oktober 2012 zunächst kostenlos im APP Store von Apple



Dr. med. Peter Zürner

Foto: Manuel Maier

zur Verfügung steht und das Procedere um das „Einsammeln“ der Teilnehmer erheblich erleichtert. Dr. med. Peter Zürner informierte die Delegierten darüber, dass perspektivisch auch das Hessische Ärzteblatt online-Medien wie die Homepage der Kammer stärker als bisher nutzen werde.

### Akademie

Professor Dr. med. Klaus-Reinhard Genth, Vorstandsvorsitzender der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH, informierte die Delegierten, dass im Rahmen der Kooperation der Ärztekammern Saarland und Hessen bereits das erste Projekt „Ärztliches Peer Review“ gestartet sei. In seinem Bericht teilte Genth außerdem mit, dass sich die Teilnehmerzahl der Akademie im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht habe. Besonders hob er die Perspektiven der zukünftigen Entwicklung hervor. So müsse die Kernkompetenz der Akademie im Wettbewerb mit anderen Akteuren auf dem Bildungsmarkt auch zukünftig gestärkt werden. Zur Sicherung der hohen Qualität der Fortbildungsmaßnahmen sei die Beibehaltung von Produktneutralität und Industrieunabhängigkeit bei Programmgestaltung und Themenaus-



Professor Dr. med. Klaus-Reinhard Genth  
Foto: Katja Kölsch

wahl von zentraler Bedeutung. Zur Orientierung des Programmangebots an den Fortbildungsbedürfnissen der Ärztinnen und Ärzte gehöre beispielsweise die Erweiterung des bestehenden e-learning Angebotes. Außerdem sollen im Fortbildungsprogramm auch zunehmend Themen gewählt werden, die geeignet sind, Defizite der Facharztweiterbildung aufzunehmen und diese Lücken zu schließen.

Der Antrag des Präsidiums, aus Vereinfachungs- und Praktikabilitätsgründen eine Namensänderung der Akademie in „Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung“ und eine Neuregelung der Wahl des Vorstandes der Akademie vorzunehmen, wurde von der Delegiertenversammlung einstimmig angenommen.

Katja Möhrle

### Haushaltsvoranschlag 2013

Den Haushaltsplan 2013 stellte Michael Thomas Knoll, Vorsitzender des Finanzausschusses, vor. Knoll berichtete, dass das positive Jahresergebnis 2011 in Höhe von 1.345 T Euro und die damit verbundene

deutliche Überschreitung eines geplanten Haushaltsdefizits in Höhe von -660 T Euro zu einer ungeplanten Zunahme der Allgemeinen Rücklage geführt hat. Die zu erwartenden Mehrkosten im Verwaltungshaushalt 2013 – z.B. durch die Neuregelung der Aufwandsentschädigungen, durch Personalmaßnahmen, die Sanierung des Akademiegebäudes, die Kammerwahl 2013, die Erhöhung des Beitrags für die Bundesärztekammer und Mieterhöhungen – führen zu einem geplanten Jahresdefizit in Höhe von 2.340 T Euro. Dieses soll durch eine Entnahme aus der Allgemeinen Rücklage ausgeglichen werden.

Nach zwei Senkungen der Mitgliederbeiträge sollen die Beitragssätze nun stabil bleiben. Auch die übrigen Gebührensätze blieben unverändert, teilte Knoll weiter mit. Der im Finanzausschuss beratene Haushaltsvoranschlag 2013 wurde von den Delegierten einstimmig angenommen.

### Hilfsfonds-Richtsätze 2013

Der Ausschuss „Hilfsfonds“ hat im Jahr 2012 die Höhe der Unterstützungsleistungen für laufend unterstützte Hilfsfondsempfängerinnen sowie die Richtsätze für das Jahr 2013 festgelegt und über die Finanzlage der Jahre 2011 – 2013 beraten. Der Richtsatz für Alleinstehende wurde leicht erhöht. Einstimmig beschloss die Delegiertenversammlung die ab 1. Januar 2013 geltenden Richtsätze wie folgt: Ehepaare erhalten 1.840 Euro, Alleinstehende 1.100 Euro und Halbwaisen 880 Euro. Alleinlebende Hilfsfondsempfängerinnen über 70 Jahre erhalten weiterhin einen Zuschuss in Höhe von 100 Euro.

### Änderung der Kostensatzung

Der Antrag zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wurde von der Delegiertenversammlung einstimmig angenommen. Die Änderung sieht vor, nun auch im Bereich der Fort- und

Weiterbildung der Ärzte einen Gebührenabschnitt in die Kostensatzung aufzunehmen, der Rahmengebühren für die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Landesärztekammer Hessen beinhaltet.

### Übertragung von Aufgaben nach dem BQFG an die Ärztekammer Westfalen-Lippe

Auf Antrag des Präsidiums beschloss das Hessische Ärzteparlament einstimmig, dass die Landesärztekammer Hessen gem. § 8 Abs. 5 Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG) die ihr auf der Grundlage des BQFG obliegende Aufgabe der Feststellung der Gleichwertigkeit (MFA) auf die Ärztekammer Westfalen-Lippe überträgt. Die Vorteile der Aufgabenübertragung an eine zentrale Stelle sind die Aufgabenbefreiung der übertragenden Ärztekammer, die Kostenfreiheit des Verfahrens für die übertragende Ärztekammer durch reine Gebührenfinanzierung, sowie die Kompetenzbündelung und Einheitlichkeit der Entscheidung in Parallelfällen.

### Positionswechsel im Berufsbildungsausschuss – Medizinische Fachangestellte

Für die laufende Amtsperiode 2011 – 2015 des Berufsbildungsausschusses beschloss die Delegiertenversammlung einstimmig einen Positionswechsel: Dr. med. Hans-Martin Hübner ist demnach von der stellvertretenden auf die ordentliche Mitgliederposition gewechselt. Dr. med. Detlev Steinger wechselte von seiner bisherigen ordentlichen Position auf die stellvertretende Position.

### Delegierte zum 116. Deutschen Ärztetag gewählt

Die Delegierten nahmen einstimmig die Vorschläge zur Wahl der 18 hessischen Delegierten zum 116. Deutschen Ärztetag, der vom 28. – 31. Mai 2013 in Hannover stattfindet, an.

## Kinderbetreuung während ärztlicher Veranstaltungen

In der Delegiertenversammlung vom 26. November 2011 war das Präsidium beauftragt worden, der Delegiertenversammlung Planungen für eine Betreuungsmöglichkeit von Kindern vorzulegen, deren Eltern an Fortbildungsveranstaltungen der Akademie teilnehmen. Eine von der Stabsstelle Qualitätssicherung im Jahr 2012 durchgeführte Befragung hatte ergeben, dass ein Bedarf an

Kinderbetreuung insbesondere an Freitagen und Samstagen besteht. Nach eingehender Diskussion des Präsidiums-Antrags entschieden die Delegierten auf Antrag des Marburger Bundes, dass während eines vom Präsidium vorgeschlagenen sechsmonatigen Modellprojektes Kinderbetreuung in den Räumlichkeiten der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung stattfinden soll. Als Sofortlösung stimmten die Delegierten dem Vorschlag des Präsidiums zu, mit diesem

Modellprojekt ab Jahresbeginn 2013 an Freitagen und Samstagen eine für Veranstaltungsteilnehmer/innen der Akademie gebührenfreie Kinderbetreuung zunächst im Mütter- und Familienzentrum e.V. Bad Nauheim (Müfaz) anzubieten. Das Müfaz liegt ca. 900 Meter vom Fortbildungszentrum entfernt und bietet alle Voraussetzungen für eine qualifizierte kindgerechte Betreuung.

*Katja Kölsch*

## Bericht des Versorgungswerkes

Die Vorsitzende des Vorstandes des Versorgungswerkes, Dr. med. Brigitte Ende, informierte die Delegierten in einer berufspolitischen Tour d'horizon zunächst über wichtige Neuerungen, die das Versorgungswerk betreffen.

Der Beitragssatz zur Deutschen Rentenversicherung (und damit automatisch auch der Beitrag zum Versorgungswerk) wird zum 1. Januar 2013 von 19,6 auf 18,9 % sinken. Dementsprechend kann die Hochrechnung für die spätere Rente niedriger ausfallen. Die Mitglieder sollten deshalb einmal mehr darüber nachdenken, freiwillig höhere Beiträge zu zahlen, um sich eine Rente zu sichern, die auf ihre Lebensplanung abgestimmt ist.

### Versorgungswerke in der Presseberichterstattung

In den vergangenen Monaten haben sich diverse Zeitschriften und Zeitungen mit dem Thema Versorgungswerke auseinandergesetzt. Dabei wurde insbesondere darauf hingewiesen, dass auch die berufsständischen Versorgungswerke von dem Rückgang des allgemeinen Zinsniveaus betroffen sind und dementsprechend dargestellt,



*Dr. med. Brigitte Ende*

*Foto: Katja Kölsch*

welche Maßnahmen die Versorgungswerke ergreifen, um in diesem schwierigen Umfeld die Leistungsversprechen zu sichern. Teilweise wurde behauptet, die Renten der Versorgungswerke seien nicht sicher und es würden finanzielle Zusagen gemacht, die nicht eingehalten werden könnten. Dies entspricht allerdings nicht den Tatsachen. Deshalb hat das Versorgungswerk der LÄKH reagiert und wie viele andere Versorgungswerke auch auf seiner Internetseite eine Richtigstellung veröffentlicht.

Dr. Ende ging auch auf eine wichtige Änderung der Befreiungspraxis der Deutschen Rentenversicherung ein (siehe Kasten S. 12).

### Schwieriges Umfeld

Wie bereits erwähnt, erschwert die Situation an den Finanzmärkten dem Versorgungswerk die Kapitalanlage. Nach wie vor sind etwa die Leitzinsen der wichtigsten Notenbanken auf einem historisch niedrigen Niveau: Nachdem der Leitzins der Europäischen Zentralbank Mitte des Jahres 2011 immerhin auf 1,50 % angehoben wurde, ist er inzwischen wieder auf 0,75 % gesunken. Die Leitzinsen des amerikanischen Federal Reserve System sind noch niedriger und verharren seit Jahren bei 0 bis 0,25 %. Eine lahrende Konjunktur sowie hohe Arbeitslosigkeitsquoten und Staatsschulden in vielen Ländern drücken weiterhin die Stimmung von Marktteilnehmern und führen zu Verunsicherung.

### Jahresabschluss 2011

Das Versorgungswerk konnte im Geschäftsjahr 2011 einen Überschuss von 17,5 Mio. € erwirtschaften. Dieser blieb damit unter dem Niveau des Vorjahres.

Verantwortlich dafür waren vor allem höhere Abschreibungen auf Kapitalanlagen. Höhere Ergebnisschwankungen sind vor allem eine Folge geänderter Bilanzierungsvorschriften durch das Bilanzrechtsmodernisierungsgesetz (BilMoG). Die Bilanzsumme ist auf 6,9 Mrd. € angestiegen. Die Verlustrücklage konnte weiter aufgestockt werden und ist nun mit 298 Mio. € dotiert. Dies entspricht 4,58 % der Deckungsrückstellung. Damit ist das satzungsgemäße Ziel von 5 % fast erreicht. Die Deckungsrückstellung belief sich zum Ende des Geschäftsjahres auf 6,5 Mrd. €. Die Zahl der aktiven Mitglieder stieg von 24.407 auf 24.827 und die der Rentempfänger von 7.018 auf 7.422. Von der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft RölfsPartner, die für das zentrale Risikocontrolling zuständig ist, wurde dem Versorgungswerk erneut bescheinigt, über ein angemessenes Risikomanagementsystem zu verfügen, durch das alle erkennbaren und wesentlichen Risiken identifiziert, analysiert, bewertet, überwacht sowie kommuniziert werden. Der Jahresabschluss 2011 wurde von der Delegiertenversammlung förmlich festgestellt und dem Vorstand Entlastung erteilt. Die für die Prüfung des Jahresabschlusses

zuständigen Wirtschaftsprüfer (KPMG) haben dem Versorgungswerk einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk für das Geschäftsjahr 2011 erteilt und wurden von der Delegiertenversammlung für ein weiteres Jahr bestellt.

### Erhöhung der Renten und Anwartschaften

Aufgrund der Überschüsse des Geschäftsjahres 2011 war es dem Versorgungswerk erneut möglich, der Delegiertenversammlung eine Erhöhung der Renten und Anwartschaften vorzuschlagen. Dementsprechend wurde eine Erhöhung der Renten zum 1. Januar 2013 um 1 % beschlossen. Von dieser Erhöhung profitieren alle diejenigen Mitglieder, die zum Stichtag 31. Dezember 2012 Leistungen des Versorgungswerkes bezogen. Ferner wurde beschlossen, die Anwartschaften zu erhöhen. Entsprechend der Grundsatzentscheidung der Delegiertenversammlung vom 28. September 2011 werden die Anwartschaften generationengerecht verteilt. Das bedeutet, dass jedes Mitglied des Versorgungswerkes, dessen Mitgliedschaft vor dem 1. Januar 2012 begonnen hat und das zum 31. Dezember 2012 noch keine Rente be-

zogen, eine einmalige zusätzliche Rentenanwartschaft in Höhe von 1,0 % für Beiträge des Zeitraumes 1. Januar 2010 bis 31. Dezember 2011 sowie in Höhe von 0,5 % für Beiträge des Zeitraumes 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2009 erhält. Dadurch werden die Beiträge rückwirkend für das Kalenderjahr 2011 auf eine Verzinsung von 4 % angehoben.

### Kinderzuschüsse

Aufgrund eines Antrages einer Delegierten in der Delegiertenversammlung vom 5. September 2012 wurden der Versammlung verschiedene Zahlen zu den gewährten Kinderzuschüssen vorgestellt. Insgesamt erhielten im Jahr 2011 579 Rentnerinnen und Rentner Kinderzuschüsse. Zwischen den Jahren 2000 und 2011 hat sich die Zahl der Empfänger von Kinderzuschüssen mehr als verdreifacht. Dr. Ende teilte mit, dass sich der Vorstand in seinen Sitzungen mit dem Thema Kinderzuschüsse mehrfach beschäftigt hat und dass er der Delegiertenversammlung voraussichtlich im nächsten Jahr Änderungen hierzu vorschlagen werde.

### Überarbeitung von Satzung und Versorgungsordnung

Die Delegiertenversammlung hat am 5. September 2012 einige redaktionelle Änderungen von Satzung und Versorgungsordnung beschlossen. Um den Text lesbarer zu machen, wurde u.a. auf eine doppelte Nennung von personenbezogenen Substantiven verzichtet. Dies wurde inzwischen von einigen Mitgliedern kritisiert. Die Delegiertenversammlung hat das Versorgungswerk deshalb aufgrund eines Antrages mehrerer Ärztinnen beauftragt, Satzung und Versorgungsordnung so zu überarbeiten, das sich Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen angesprochen fühlen.

Johannes Prien

### Neu: Änderung der Befreiungspraxis der Deutschen Rentenversicherung

Aufgrund von Entscheidungen des Bundessozialgerichtes vom 31. Oktober 2012 ergeben sich für angestellte Ärztinnen und Ärzte, die sich von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) befreien lassen möchten, wahrscheinlich grundlegende Neuerungen. Danach soll eine einmal erteilte Befreiung immer nur für die Tätigkeit gelten, für die sie erteilt wurde.

Obwohl die ausführliche Urteilsbegründung und eine Stellungnahme der DRV noch aussteht, wird allen Mitgliedern des Versorgungswerkes empfohlen, ab sofort bei jedem Tätigkeitswechsel einen neuen Befreiungsantrag bei der DRV zu stellen. Der Antrag muss jedes Mal unter Einhaltung der Drei-Monatsfrist des § 6 Abs. 4 SGB VI gestellt werden, da andernfalls die Befreiung nur noch ab dem Zeitpunkt der Antragstellung rechtliche Wirksamkeit entfalten kann (unabhängig davon, ob zuvor bereits die Voraussetzungen für eine Befreiung erfüllt waren).

## Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer besuchte Fortbildungszentrum in Bad Nauheim

Am 20. November 2012 besuchte Kollege Dr. med. Bernhard Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, die Landesärztekammer Hessen und unser Fortbildungszentrum in Bad Nauheim. Der Gast aus Berlin zeigte sich beeindruckt vom Engagement der Landesärztekammer für die ärztliche Fortbildung und die Aus- und Weiterbildung der Medizinischen Fachangestellten, das er nach eigener Aussage, bei seinen Besuchen während der letzten Monate so noch in keiner anderen Landesärztekammer angetroffen habe.



*Hintere Reihe v.r.:* Dr. med. von Knoblauch zu Hatzbach (Präsident LÄKH), Dr. med. Rochell (Hauptgeschäftsführer BÄK), Prof. Dr. med. Genth (1. Vorsitzender Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH), H.-P. Hauck (Kaufmännischer Geschäftsführer LÄKH), Dr. med. Glatzel (Präsidium LÄKH)  
*Vordere Reihe v.l.:* M. Maier, Dr. Zetsche und S. Bauer (Leiterinnen der Akademie der LÄKH), S. Goldschmidt (Referentin des Präsidiums der LÄKH), S. Happel (Leiterin der Carl-Oelemann-Schule der LÄKH), Dr. med. Kaiser (Ärztlicher Geschäftsführer LÄKH)  
 Foto: Mitarbeiterin FBZ

### Bücher

Hans-Günter Nobis, Roman Rolke, Toni Graf-Baumann (Hrsg.): **Schmerz – eine Herausforderung.** SpringerMedizin, Heidelberg. ISBN 978-3-89935-275-7. Euro 9,95.

Die Herausgeber Hans-Günther Nobis, Roman Rolke und Toni Graf-Baumann fassen gemeinsam mit zahlreichen namhaften Autoren der deutschen Schmerztherapie-szene in diesem Ratgeber auf 156 Seiten die wichtigsten Grundelemente der modernen Schmerztherapie zusammen. Bereits auf den ersten Seiten verdeutlichen die Autoren, dass ein rein medizinischer Behandlungsansatz nicht in jedem Falle zu einem zufriedenstellenden Behandlungsergebnis führen kann, da Schmerz als Sinnes- und Gefühlserlebnis mit emotio-

nen Anteilen in dem Bereich der Psychologie beheimatet ist. Der Patient wird als Mensch mit seiner individuellen Persönlichkeit, Lerngeschichte, seinen Lebensumständen und auch Belastungen wahrgenommen. Die Autoren stellen auf verständliche Art die Zusammenarbeit beteiligter Fachbereiche sowie vielfältiger Behandlungsansätze vor. Sie vermitteln dadurch ein Behandlungskonzept, in welchem sie den Menschen als Ganzes zu verstehen versuchen und leiten daran biologische, psychologische wie auch soziale Behandlungsmöglichkeiten ab („Bio-Psycho-Soziales Schmerzmodell“). Ihnen gelingt es zum Beispiel durch Verweise auf Internetadressen („WebTipps“) die Kompetenzen der Patienten zu stärken und sie auf die-

sem Weg zu Experten in eigener Sache zu machen.

Der Ratgeber ist sehr anschaulich, leicht verständlich und ehrlich geschrieben. Er vermittelt Betroffenen und Angehörigen realistische Ziele der Schmerzbehandlung, nämlich den Schmerz zu akzeptieren und mit ihm ein lebenswertes Leben zu führen statt ihn als Gegner anzusehen, die Augen zu verschließen oder zu resignieren. Ich kann diesen Ratgeber nur empfehlen.

*Dipl.-Psych. Lena Richter  
 Migräne- und Kopfschmerzklinik  
 Königstein  
 Königstein i.T.  
 www.migraene-klinik.de*

## Aktualisierung der Meldedaten unserer Mitglieder – ein voller Erfolg

Sehr verehrte Kolleginnen,  
sehr geehrte Kollegen,

im November 2012 hatte ich – unter anderem im Rahmen der Vorbereitung der Kammerwahl 2013 – alle Mitglieder der Landesärztekammer Hessen persönlich angeschrieben mit der Bitte um

- Aktualisierung ihrer persönlichen Meldedaten
- Zustimmung oder Ablehnung der Weitergabe ihrer Anschriften an die bei der Kammerwahl 2013 kandidierenden Listen.

Die Resonanz übertraf bei weitem unsere Erwartungen. Bis zum 6. Dezember 2012 antworteten mehr als 21.000 Kolleginnen und Kollegen auf unsere Anfrage. **Dafür Ihnen allen meinen herzlichen Dank.**

Wir werden alle eingegangenen Informationen natürlich möglichst rasch einpflegen. Dies stellt aber die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Meldewesens, der Bezirksärztekammern und anderer Abteilungen der Landesärztekammer vor eine enorme Aufgabe unter erheblichem Zeitdruck. In den nächsten Wochen kann es deshalb noch vorkommen, dass Sie Post von uns

erhalten, die möglicherweise Ihre uns kürzlich übermittelten Änderungen noch nicht oder noch nicht vollständig berücksichtigt. Für solche Fälle bitte ich bereits im voraus um Verständnis, und Sie brauchen dann zunächst auch nichts weiter zu tun.

Mit freundlichem kollegialen Grüßen  
Ihr



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

### Verleihung des 1. Hessischen Gesundheitspreises

Am 8. November 2012 vergab der Hessische Gesundheitsminister Stefan Grüttner zum ersten Mal den Hessischen Gesundheitspreis der Landesregierung. Ausgezeichnet wurden vier herausragende Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention, die als Vorbild für eine Umsetzung auch an anderen Orten in Hessen dienen sollen.

- Gewinner in der Kategorie „Gesund Aufwachsen“ ist das Projekt „NULL bis SECHS – Präventive Beratung für Eltern & Kindertagesstätten“ vom Kinderzentrum Weißer Stein Marburg, Landkreis Marburg-Biedenkopf. Unter Beteiligung der Städte und Gemeinden des Kreises Marburg-Biedenkopf beschreitet das Projekt neue Wege in der Vorbeugung, Früherkennung und frühen Förderung von Kindern mit besonderem Förderbedarf.
- Das Projekt „AGILer – Aktivierende Gesundheitsinitiative für Langzeiterwerbslose“ der Abteilung Sportmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main, das sich an die Altersgruppe 50+ wendet, ist Gewinner in der Kategorie „Gesund Leben“.

- „Präventive Hausbesuche – Gesundheitsberatung für Seniorinnen und Senioren“ heißt das Projekt des Caritasverband Frankfurt e.V., das in der Kategorie „Gesund altern“ gewonnen hat. Es greift die Lebenssituation älterer Menschen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit auf.
- Gewinner der Kategorie „Über die Lebensphasen hinweg“ ist das vom Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Wiesbaden in Kooperation mit dem Praxisverbund Wiesbaden initiierte Projekt „Verständliche Medizin – Gesundheitsthema des Monats“. In monatlichen Veranstaltungen werden gesundheitsrelevante Themen verständlich aufbereitet und vermittelt.

Weitere Informationen unter [www.hage.de](http://www.hage.de)

Alle ausgezeichneten Projekte – aber auch die anderen Bewerber – sind in dem Hessischen Projekt-Atlas eingetragen und können über [www.adressen-in-hessen.de](http://www.adressen-in-hessen.de) eingesehen werden.

moeh

## 25-jähriges Dienstjubiläum bei der Landesärztekammer Hessen



**Roswitha Barthel**, geb. Lindau, Leiterin der MFA-Abteilung der Landesärztekammer Hessen, vollendet zum 1. Januar 2013 25 Jahre im Dienst

der Landesärztekammer Hessen. Am 1. Januar 1988 begann die Juristin Roswitha Lindau unter dem damaligen Präsidenten Dr. med. Hel-

muth Klotz ihre Tätigkeit in der Rechtsabteilung der Landesärztekammer an deren damaligem Sitz in der Broßstraße 6 in Frankfurt.

Präsidium und Geschäftsführung gratulieren Roswitha Barthel zu diesem besonderen Jubiläum und danken ihr im Namen der hessischen Ärzteschaft, Arzthelfer/innen und Medizinischen Fachangestellten für die vielen Jahre, in denen sie sich mit großem Engagement und profunder Sachkenntnis

um die Belange der Auszubildenden bei hessischen Ärztinnen und Ärzten kümmert.

Wir wünschen Roswitha Barthel noch viele weitere Jahre erfolgreicher und erfüllter Tätigkeit bei der Landesärztekammer.

*Dr. med. Gottfried von Knoblauch  
zu Hatzbach (Präsident)*

*H.-P. Hauck, M. Maier und*

*Dr. med. R. Kaiser (Geschäftsführer)*

### Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten

Telefonsprechstunde mit  
**Dr. med. Gottfried von Knoblauch  
zu Hatzbach**

Sie haben Ideen, Vorschläge, Lob oder auch Kritik? Wie kann sich die Landesärztekammer noch besser für Sie und Ihre Anliegen engagieren?

Die „Telefonsprechstunde“ bietet Ihnen die Möglichkeit, direkt mit Kammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach Kontakt aufzunehmen.

Am Dienstag, 15. Januar 2013, wird der Präsident der Landesärztekammer Hessen von 19:00 bis 20:00 Uhr unter der **Tel.-Nr. 069 97672-777** für Sie erreichbar sein.

**Die nächsten Telefonsprechstunden sind:**

**22. und 29. Januar 2013**

**5., 12., 19., und 26. Februar 2013**

**jeweils von 19:00 – 20:00 Uhr.**



# Zur Verbreitung des hochvirulenten *Clostridium difficile* Ribotyps 027 in Hessen

Doreen Vollandt, Mardjan Arvand

Nosokomiale Infektionen sowie Erreger mit besonderen Resistenzen stehen zunehmend im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit. *Clostridium difficile* ist einer der häufigsten Erreger nosokomialer Infektionen in der industrialisierten Welt. Der Erreger, ein sporenbildendes anaerobes Bakterium, ist verantwortlich für ca. 20-30 % der Antibiotika-assoziierten Diarrhöen im Krankenhaus, kommt jedoch zunehmend auch bei ambulanten Patienten vor. Das klinische Spektrum der *C. difficile*-Infektion (CDI) umfasst neben der häufig mild verlaufenden *C. difficile*-assoziierten Diarrhö (CDAD) auch schwere Verlaufsformen wie pseudomembranöse Kolitis und toxisches Megakolon, die mit höherer Letalität einhergehen. Eine vorausgegangene antibiotische Therapie, Komorbiditäten und hohes Alter sind wichtige Risikofaktoren für eine CDI. In den letzten Jahren wurden vor allem in Nordamerika Ausbrüche mit einem neuen hochvirulenten *C. difficile*-Stamm beschrieben, der als PCR-Ribotyp (RT) 027 bezeichnet wird. Infektionen mit diesem Stamm zeichneten sich durch eine

höhere Morbidität und Letalität aus. Seit 2005 konnte der neue Stamm auch in Großbritannien, den Niederlanden, Belgien und Österreich isoliert werden. In Deutschland wurde er erstmalig 2007 in Verbindung mit einem Ausbruch in Rheinland-Pfalz nachgewiesen [1]. Seitdem wurde der RT 027 sporadisch, vor allem in Zusammenhang mit schweren Verläufen, beschrieben [2]. Seit 2007 besteht nach dem Infektionsschutzgesetz §6 Abs. 1 Nr. 5a eine Meldepflicht für schwer verlaufende *C. difficile*-Infektionen sowie für den Labornachweis des RT 027 [3].

Im Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen in Dillenburg befassen wir uns im Rahmen eines durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts mit der molekularen Epidemiologie von *C. difficile* in Hessen [4]. Im Rahmen dieser Studie wurden zwischen dem 1. Januar 2008 und 30. Juni 2012 Stuhlproben bzw. Isolate von 127 Patienten mit CDI, die in hessischen Einrichtungen behandelt wurden, untersucht. Aus diesen Proben wurden 101 Toxin-

bildende (virulente) *C. difficile*-Isolate nachgewiesen und mittels PCR-Ribotypisierung charakterisiert, um die Prävalenz des RT 027 und anderer Ribotypen in Hessen zu analysieren.

## Patientencharakteristika

Die kulturell positiven Proben stammten von Patienten mit CDI, die in 32 verschiedenen Einrichtungen in Hessen behandelt wurden. Den größten Anteil unter den Einsendern machten Krankenhäuser aus (84 %), gefolgt von Rehabilitationskliniken (6 %), ambulanten Einsendern (4 %) und Seniorenpflegeheimen (3 %) (Abb. 1). Die Einsendungen aus Akutkrankenhäusern stammten zu 49 % von Stationen für Innere Medizin, zu 23 % von Intensivstationen, zu 9 % von chirurgischen und zu 7 % von geriatrischen Stationen.

Die Patienten waren zwischen 23 und 98 Jahre alt. Insgesamt 90 % der Patienten waren  $\geq 60$  Jahre alt. Am stärksten waren die Altersgruppen der 70 bis 79-jährigen (35 %) und 80 bis 89-jährigen (33 %) vertreten (Abb. 2). Dies spiegelt die typische Altersverteilung für Infektionen mit *C. difficile* wider. Die Geschlechterverteilung unter den Patienten war homogen: 49 % der kulturell positiven Proben stammten von männlichen und 51 % von weiblichen Patienten.

Von den 101 Patienten mit mikrobiologisch bestätigter Infektion wiesen 40 % eine milde bis moderate Symptomatik und 60 % einen schweren Verlauf auf. Die Klassifizierung als schwerer Verlauf erfolgte auf der Basis von klinischen Kriterien, die vom Robert Koch-Institut definiert wurden [3]. Von den Patienten mit schwerem Infektionsverlauf waren 49 % auf-

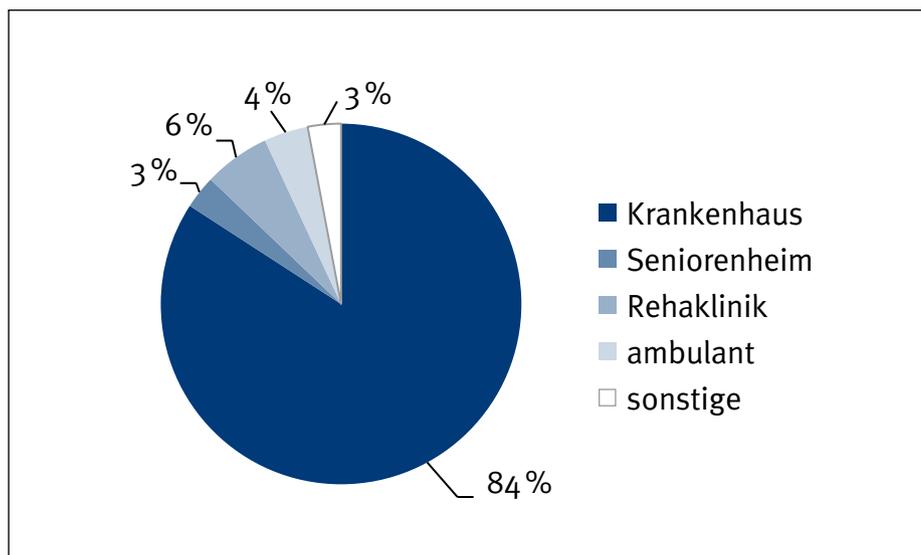


Abb. 1: Herkunft der *C. difficile*-Isolate in dieser Studie.

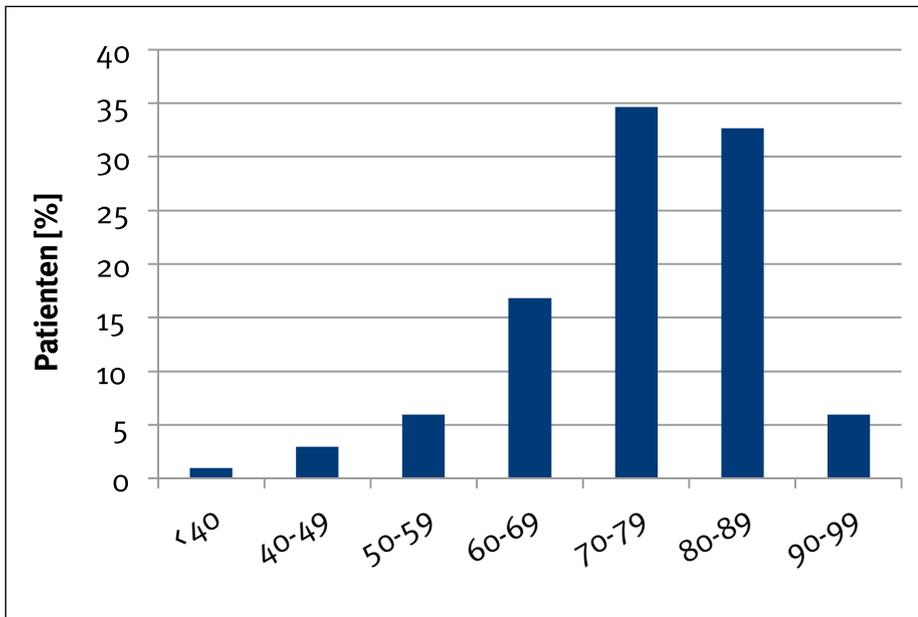


Abb. 2: Alter der Patienten (in Jahren) mit *C. difficile*-Infektion.

grund eines Rezidivs stationär aufgenommen worden, 36 % wurden wegen der CDI oder deren Komplikationen auf die Intensivstation verlegt, 11 % hatten einen chirurgischen Eingriff in Folge einer infektionsbedingten Komplikation (Megakolon, Perforation oder refraktäre Kolitis) und 21 % verstarben innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnosestellung der CDI.

### *Clostridium difficile*-Isolate

Insgesamt wurden 28 verschiedene PCR-Ribotypen nachgewiesen. Der am häufigsten vertretene Ribotyp war der RT 001 mit 36 % (Abb. 3). Dieses Ergebnis stimmt mit früheren Beobachtungen aus Deutschland überein. Der RT 027 wurde in 26 % der Proben nachgewiesen und war damit der zweithäufigste Ribotyp in dieser Studie. Dies ist ein klarer Anstieg im Vergleich zu früheren Studien aus Süd- bzw. Gesamtdeutschland, die für den RT 027 eine Prävalenz von 0 % bzw. 8 % zeigten [5, 6]. Weitere häufige Ribotypen waren RT 014 und 005 mit 8 % bzw. 4 %. Andere Ribotypen wurden jeweils nur bei ein bis zwei Patienten nachgewiesen. Unter den mit

einem schweren Verlauf der CDI assoziierten Isolaten waren der RT 001 mit 34 % und der RT 027 mit 28 % am häufigsten vertreten.

Die weite Verbreitung der Ribotypen 001 und 027 spiegelt sich auch in der räumlichen Verteilung in Hessen wider. In 15 von 17 Landkreisen bzw. kreisfreien Städten, von denen Proben eingegangen wa-

ren, trat mindestens einer der beiden Ribotypen auf (Abb. 4). Am weitesten war der RT 001 verbreitet (Kreise). Der RT 027 wurde in insgesamt acht Landkreisen nachgewiesen (Sterne). Alle Landkreise, die mit mehr als sechs Fällen vertreten waren, hatten mindestens einen Nachweis des RT 027. Es fällt auf, dass dieser Ribotyp vermehrt in den mittel- und osthessischen Landkreisen auftrat (Abb. 4). Eine mögliche Erklärung hierfür ist die höhere Anzahl an Einsendungen aus diesen Gebieten.

### Schlussfolgerung

Die vorliegende Studie zeigt, dass schwere *C. difficile*-Infektionen in Krankenhäusern und Gemeinschaftseinrichtungen in Hessen häufig vorkommen. Der hochvirulente Ribotyp 027, der vor 2008 in Hessen nicht aufgetreten war, wurde jetzt in vielen Regionen nachgewiesen. Weitere Untersuchungen unter Einbeziehung zusätzlicher Landkreise sind notwendig, um das Ausmaß der Verbreitung der virulenten *C. difficile*-Stämme in Hessen zu analysieren. Unsere Ergebnisse weisen auf die Notwendigkeit von effektiven Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle von CDI sowie

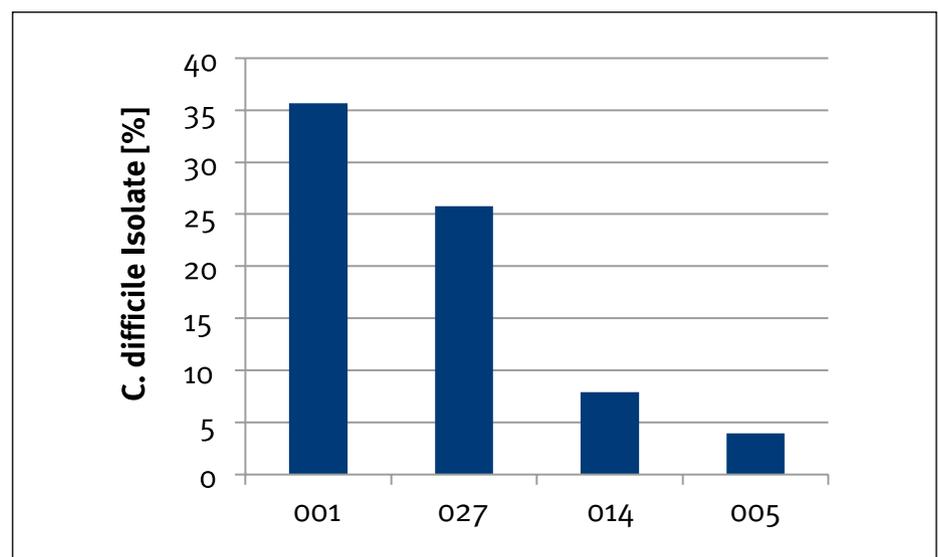


Abb. 3: Prävalenz der häufigsten *C. difficile*-Ribotypen in Hessen.

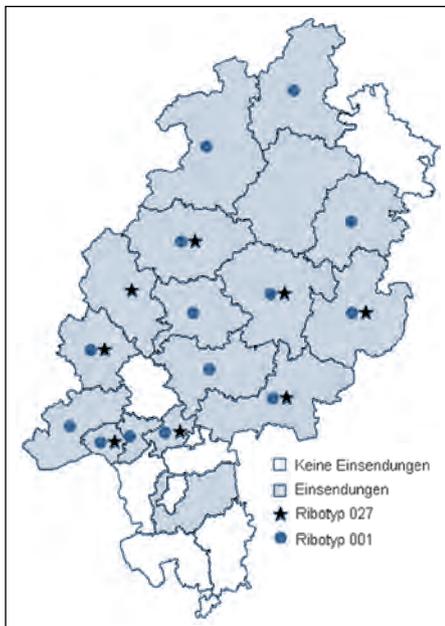


Abb. 4: Verbreitung der *C. difficile* Ribotypen 001 und 027 in Hessen.

zur Unterstützung eines kritischen Umgangs mit Antibiotika hin.

### Danksagung

Wir danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der beteiligten Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Seniorenheime, Praxen und Gesundheitsämter für die Überlassung der Proben und für die Unterstützung bei der Erfassung der klinischen Daten. Frau Bettge-Weller und Frau PD Dr. Heudorf danken wir für die kritische Durchsicht des Manuskripts und die konstruktiven Vorschläge.

### Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Mardjan Arvand  
Hessisches Landesprüfungs- und  
Untersuchungsamt im Gesundheitswesen  
Zentrum für Gesundheitsschutz  
Wolframstraße 33, 35683 Dillenburg  
Tel.: 02771 320631, Fax: 02771 36671  
E-Mail: mardjan.arvand@hlpug.hessen.de

### Literatur

1. Jansen A et al. (2010) *Clostridium-difficile*-Ribotyp 027: Epidemiologie und Klinik des erstmaligen endemischen Auftretens in Deutschland. *Zeitschrift für Gastroenterologie*. 48 (9), 1120-1125
2. Arvand M, Hauri AM, Zaiss NH, Witte W, Bettge-Weller G. (2009) *Clostridium difficile* ribotypes

001, 017, and 027 are associated with lethal *C. difficile* infection in Hessen, Germany. *Euro-surveillance*. 14 (45): pii=19403

3. Robert Koch-Institut. Schwer verlaufende Infektionen mit *Clostridium difficile*: Zur Meldepflicht. [http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/C/Clostridium\\_difficile/Flussdiagramm\\_Meldung.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/C/Clostridium_difficile/Flussdiagramm_Meldung.html)
4. Arvand M, Hauri AM, Zaiß NH, Witte W, Bettge-Weller G. (2010) Schwer verlaufende *Clostridium-difficile*-Infektionen in Hessen 2008-2009. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 135, 1963-1967
5. Borgmann S et al. (2008) Increased number of *Clostridium difficile* infections and prevalence of *Clostridium difficile* PCR ribotype 001 in southern Germany. *Eurosurveillance*. 13 (49): pii=19057
6. Zeiss NH, Witte W, Nübel U. (2010) Fluoroquinolone Resistance and *Clostridium difficile*, Germany. *Emerging Infectious Diseases*. 16, 675-677

### Das MRE-Netz Rhein-Main ruft Krankenhäuser zur Teilnahme an der *C. difficile*-Studie des HLPUG auf

Nicht nur Keime mit besonderen Resistenzen gegenüber Antibiotika, die sogenannten multiresistenten Keime (MRE) sind ein zunehmendes Problem in unserem Gesundheitswesen, auch Infektionen mit dem Darmkeim *Clostridium difficile* nehmen zu. Das MRE-Netz Rhein-Main möchte sich auch dieser Problematik stellen und regt vor diesem Hintergrund an, dass Einrichtungen aus der Netzwerk-Region an dem Projekt „Molekulare Epidemiologie von *C. difficile* in Hessischen Krankenhäusern“ des Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamtes im Gesundheitswesen (HLPUG) teilnehmen. Das HLPUG bietet im Rahmen einer befristeten Studie die Möglichkeit zur Typisierung von *C. difficile*-Isolaten von Patienten mit symptomatischer *C. difficile*-Infektion (CDI) aus Krankenhäusern bzw. anderen medizinischen Einrichtungen in Hessen an. Interessierte Einrichtungen (Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken) werden gebeten, sich beim Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen in Dillenburg anzumelden und einen festen Ansprechpartner für die Studie zu benennen. Für die Untersuchung wird eine frische Stuhlprobe von einem Patienten mit der Diagnose CDI, möglichst noch vor Einleitung der spezifischen antibiotischen Therapie, sowie ein ausgefüllter Datenerfassungsbogen benötigt. Die Untersuchung erfolgt im Rahmen der Studie für die teilnehmenden Einrichtungen kostenlos. Für weitere Informationen steht ihnen Frau PD Dr. Mardjan Arvand ([mardjan.arvand@hlpug.hessen.de](mailto:mardjan.arvand@hlpug.hessen.de)) zur Verfügung.

PD Dr. med. Ursel Heudorf, Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt

E-Mail: [lk@l-va.de](mailto:lk@l-va.de)  
Home: [www.l-va.de](http://www.l-va.de)



# ANZEIGENSCHLUSS

Ausgabe 2/2013: 7. Januar 2013

## Zertifizierte Fortbildung

## Redaktion

G. Gerken, Essen  
R. Schmid, München  
H.-J. Schulz, Berlin

**V. Schick · H.-J. Schulz**

Klinik für Innere Medizin I, Sana Klinikum Lichtenberg, Berlin

VNR 2760602013013630001

# Nichtsteroidale Antirheumatika und Gastrointestinaltrakt

## Zusammenfassung

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) wirken analgetisch, antipyretisch und antiphlogistisch. Weltweit werden sie vor allem zur Schmerzbekämpfung eingesetzt. Ihre Einnahme ist jedoch mit einer erheblichen Anzahl von Nebenwirkungen verbunden. Die Risiken von NSAR bestehen vor allem in Schleimhautläsionen, Dyspepsie, gastrointestinalen Blutungen, Ulzerationen, Perforationen und Stenosen. NSAR können in so genannte traditionelle NSAR, selektive NSAR (Zyklooxygenasehemmer, COX-1- und COX-2-Inhibitoren) und ASS unterteilt werden. Die Einführung von COX-2-Inhibitoren erfolgte zur Reduktion von Nebenwirkungen, jedoch zeigten große Studien eine zu hohe Anzahl von kardiovaskulären Ereignissen, was zur Rücknahme einiger Präparate vom Markt führte. Läsionen im oberen Gastrointestinaltrakt infolge von NSAR-Einnahme sind lange bekannt. Mit der Einführung der Kapselendoskopie, der Ballonenteroskopie und der stärkeren Beachtung von Kolonläsionen zeigte sich ein ähnlich häufiges Auftreten von Nebenwirkungen im mittleren und unteren Gastrointestinaltrakt. In diesem Artikel werden die gastrointestinalen Risiken vom Ösophagus bis zum Kolon erörtert und aktuelle Empfehlungen gegeben.

## Schlüsselwörter

Ulzera · Ösophagitis · Perforationsblutung · Magenausgangsstenoze · Nichtsteroidale Antirheumatika

## Non-steroidal antiinflammatory drugs and gastrointestinal tract

### Abstract

The administration of non-steroidal antiinflammatory drugs (NSAID) against pain is accepted worldwide, although it is well known that they cause potentially serious adverse effects. The risks from NSAIDs consist of mucosal lesions in the gastrointestinal (GI) tract, dyspepsia, gastrointestinal bleeding, ulcers, perforation and stenosis. NSAIDs can be classified into traditional and selective inhibitors of cyclooxygenase (COX-1 and COX-2 inhibitors) and aspirin. The discovery of COX-2 inhibitors was celebrated as a new desired improvement for adverse events for a short time period, but large studies revealed a significant incidence of cardiovascular events in combination with COX-2 inhibitors, which ended in a partial withdrawal of COX-2 inhibitors from the market. Adverse events were first only registered in the upper GI tract but with the introduction of balloon enteroscopy and capsule endoscopy and the intensified view on detected lesions in the colon, a similar number of adverse events from NSAIDs could be registered in the lower GI tract. In this article gastrointestinal adverse events from the esophagus up to the colon will be discussed. Finally an overview of the present recommendations is given.

### Keywords

Ulcer · Esophagitis · Perforation · Gastric outlet syndrome · Non-steroidal antiinflammatory drugs

### Nachdruck aus:

Gastroenterologie 2010 • 5:461-472  
Mit freundlicher Genehmigung der  
Springer Verlag GmbH

ASS inhibiert die Prostaglandinproduktion durch eine Blockade der Cyclooxygenase

NSAR werden unterschieden in traditionelle und selektive NSAR (Coxibe)

#### ► Kardiovaskuläre Ereignisse

**Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) werden weltweit aufgrund ihrer antiinflammatorischen, antipyretischen und analgetischen Wirkung eingesetzt. Vor über 100 Jahren wurde Aspirin als Schmerzmittel entdeckt. Die antikoagulierende Eigenschaft erweiterte später das Einsatzspektrum. Heute stehen mindestens 20 weitere NSAR mit aspirinähnlicher Wirkung zur Verfügung. Nachteilig sind Nebenwirkungen vor allem im Gastrointestinaltrakt, die zunehmend beobachtet und in Studien untersucht werden. Versuche, die Verträglichkeit von NSAR zu verbessern, führten bisher zu keiner signifikanten Nebenwirkungsreduktion [1].**

**Nach der Lektüre dieses Beitrags wird der Leser in der Lage sein, gastrointestinale Risikofaktoren zu identifizieren und schweren NSAR-Nebenwirkungen vorzubeugen.**

### Pathomechanismus

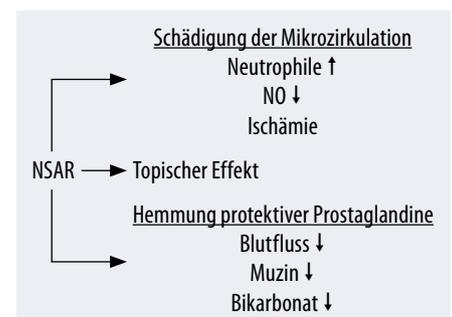
Acetylsalicylsäure (ASS) inhibiert die Produktion von Prostaglandinen, die für die Entstehung von Fieber, Schwellung und Entzündungen verantwortlich sind, durch eine Blockade der Cyclooxygenase (COX). Für diese Entdeckung erhielten Vane, Bergström und Samuelsson 1982 den Nobelpreis für Medizin [2]. Der genaue Pathomechanismus von NSAR und ASS-haltigen Präparaten ist nicht bekannt, sie wirken jedoch sowohl topisch als auch systemisch. Vermutlich gehen NSAR mit den Phospholipiden der Zellmembran eine Interaktion ein und unterbrechen somit die Integrität. Sie inhibieren die Prostaglandinsynthese durch Hemmung der Cyclooxygenase und entkoppeln die mitochondriale oxidative Phosphorylierung. Es kommt zu einer Verringerung von Adenosin-5'-triphosphat (ATP), zur Schädigung intrazellulärer Bindungen [3, 4, 5] und zur Freisetzung von vasokonstriktiven Leukotrienen, freien Radikalen, Plättchentromben und Proteasen. Es entsteht eine Störung der Mikrozirkulation und der Adhäsion von neutrophilen Granulozyten an das Endothel der kleinen Kapillaren. TNF- $\alpha$  wird ebenfalls durch NSAR freigesetzt, wodurch eine Freisetzung des intrazellulären Adhäsionsmoleküls 1 (ICAM-1) in den Gefäßwänden bewirkt wird. Dies kann zusätzlich zu lokalen Störungen in der Mikrozirkulation durch vaskuläre Spasmen führen [3] als auch zur Inhibition von Angiogenese.

In Tierexperimenten konnten NSAR-bedingte ischämische Erosionen, Ulzerationen und diaphragmatische Strikturen sowie eine erhöhte Letalität schon nach einmaliger NSAR-Gabe nachgewiesen werden [3]. Zu vermuten ist ein synergistisch wirkender Effekt der oben genannten Dysfunktionen, die durch NSAR hervorgerufen werden können. Der Prozess ist cyclooxygenasen- und leukozytenabhängig, zudem spielen Stickoxid (NO), die Angiogenese, Mukosalterationen und das Säuretrapping eine wesentliche Rolle (■ Abb. 1).

Es gibt zwei Isoformen der Cyclooxygenase:

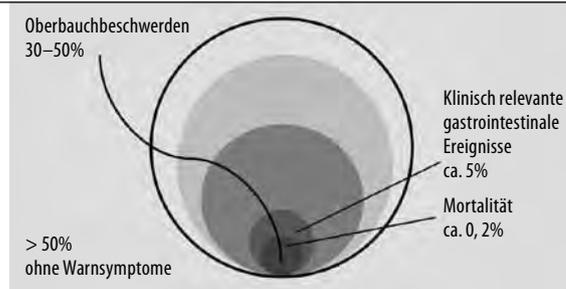
- COX-1 ist ein grundlegendes Enzym, das in vielen Körpergeweben vorkommt und im Magen die Produktion von Prostaglandinen kontrolliert, die zum Schutz der Magenschleimhaut benötigt werden.
- COX-2 ist ein Enzym, das überwiegend bei Entzündungen exprimiert wird, ausgelöst durch Zytokine, Endotoxine, Tumorpromoter, Wachstumsfaktoren sowie Gewebeerletzungen [5].

NSAR werden unterschieden in traditionelle NSAR (tNSAR), die COX-1 und COX-2 unterdrücken, und selektive NSAR, sog. Coxibe, die spezifisch COX-2 hemmen. tNSAR und ASS >325 mg/Tag unterdrücken beide Isoformen der Cyclooxygenase, ASS <325 mg/Tag inhibiert selektiv COX-1. Die Klasse der Coxibe wurde entwickelt, um selektiv die Cyclooxygenase COX-1 und Thrombozyten im Wirkungsspektrum auszusparen. Große Studien [1] zeigten die Reduzierung von schwerwiegenden Blutungen im Gastrointestinaltrakt um bis zu 2 Drittel. Nach einer längeren Behandlungsdauer mit COX-2-Inhibitoren traten jedoch vermehrt ► **kardiovaskuläre Ereignisse** auf, besonders Herzinfarkte [1]. Außerdem blockieren Coxibe selektiv, jedoch nicht exklusiv COX-2. Aufgrund der gleichen Anzahl von Dünndarmläsionen sowohl unter Coxiben, ASS als auch tNSAR muss auch von einem inhibitorischen Effekt auf COX-1 ausge-



**Abb. 1** ▲ Pathophysiologie von NSAR-induzierten Schäden. (Mod. nach Vieth [3])

**Abb. 1** ▶ Häufigkeit von NSAR-Nebenwirkungen im oberen Gastrointestinaltrakt



gangen werden [5]. In Tierexperimenten wurde gezeigt, dass COX-1-Knock-out-Mäuse keine spontanen gastrointestinalen Ulzera entwickelten, wohingegen COX-2-Mäuse eine hohe Mortalität innerhalb von 6 Monaten durch Entzündungen und Perforationen im Dünndarm aufzeigten [5].

Die Erforschung von Coxiben eröffnete noch ein weiteres Einsatzfeld. COX-2 wird während der Karzinogenese von mehreren Tumoren exprimiert, u. a. im Gastrointestinaltrakt, so dass eine Inhibierung des Enzyms die Krebsentstehung und den Progress verhindern könnte [6]. Hierzu wurden große klinische Studien initiiert, die klinisch die Reduktion von kolorektalen Karzinomen und Adenomen aufzeigen konnten. Wegen der kardiovaskulären Nebenwirkungen kann aber keine generelle medikamentöse Empfehlung für diese Indikation gegeben werden.

## NSAR-Wirkung auf den Gastrointestinaltrakt

Die Nebenwirkungen von NSAR auf den Gastrointestinaltrakt verursachen häufig Krankenhausaufenthalte und erhöhen das Mortalitätsrisiko.

### Ösophagus

Es gibt keine Studie, die das Entstehen von Ulzerationen und Entzündungen unter NSAR-Einnahme nur im Ösophagus untersucht. Die prospektiven Studien betreffen hauptsächlich den Magen und das Duodenum. Den Ösophagus haben sie nur zum Teil mit einbezogen. Bei Einnahme von ASS tritt vermehrt eine Ösophagitis auf, unabhängig von einer Refluxösophagitis [7]. In einem Fallbericht wird sogar von einer Ösophagusperforation durch NSAR (Ibuprofen) bei einem 18-jährigen gesunden Mann berichtet [9]. Die Reduktion der Magensäuresekretion durch Protonenpumpeninhibitoren (PPI) oder H<sub>2</sub>-Blocker vermindert das Risiko der Entwicklung eines Ulkusleidens und der Entstehung einer erosiven Ösophagitis bei Patienten mit Low-Dose-Aspirineinnahme [8].

### Magen

Eine große Anzahl von Patienten mit ASS- und/oder NSAR-Einnahme entwickeln akute ▶ **Mukosaläsionen**, wie Petechien und Erosionen, mit nur geringer klinischer Relevanz. Schwerwiegende Nebenwirkungen wie Magenblutungen, Perforationen und Magenausgangsstenosen treten bei 1–1,5% der Patienten innerhalb des ersten Jahres unter NSAR-Medikation auf. Bei symptomatischen Ulzera steigt das Risiko auf 4–5% [2]. Dyspeptische Symptome treten im oberen Gastrointestinaltrakt bei bis zu 50% der Patienten mit nichtselektiven NSAR auf. Bis zu 15% unterbrechen die Medikation aufgrund dyspeptischer Beschwerden. Andererseits korrelieren die Läsionen nicht mit den Symptomen, so dass bis zu 50% der Patienten mit einer Ulkusblutung keine Warnzeichen verspüren ([2], ■ **Abb. 2**).

Das ▶ **Blutungsrisiko** im oberen Gastrointestinaltrakt erhöht sich unter Einnahme von NSAR um das Fünffache. In aktuellen Studien wurde ein kumulatives Risiko von ca. 1% nach 12-monatiger NSAR-Einnahme festgestellt. In Großbritannien lag die Letalität nach zweimonatigem NSAR-Gebrauch bei einem von 2000 Patienten [10]. In einer epidemiologischen Studie konnte gezeigt werden, dass der Einsatz von niedrigdosiertem Aspirin (75–100 mg tgl.) das Risiko einer gastrointestinalen Blutung um das 2,4-fache erhöht, was aber immer noch dreimal niedriger ist als beim Gebrauch von anderen NSAR [10].

### ▶ Mukosaläsionen

Bis zu 15% der Patienten unterbrechen die Medikation aufgrund dyspeptischer Beschwerden

### ▶ Blutungsrisiko

Vor einer NSAR-Therapie sollte *Helicobacter pylori* eradiziert werden

#### ► Subklinischer Mukosaschaden

Vor allem Retardpräparate, die den Wirkstoff erst im tiefen Gastrointestinaltrakt freisetzen, scheinen dort ein erhöhtes Schädigungspotenzial zu haben

Hochgradige Stenosen durch konzentrische Diaphragmen gelten als pathognomonisch für NSAR-Nebenwirkungen

- Kapselendoskopie
- Ballonenteroskopie

**Tab. 1 Risikofaktoren und Komplikationen im Gastrointestinaltrakt durch NSAR. (Nach [2])**

Häufig	Weitere Risikofaktoren
Alter > 65	Hochdosierte NSAR
Ulkusleiden oder Ulkuskomplikationen in Eigenanamnese	NSAR und ASS mit weiteren Antikoagulanzen
Gleichzeitige Einnahme von NSAR und ASS	NSAR und Kortison
	NSAR und Antidepressiva (SSRI)

Im Rahmen einer NASA-Studie konnte gezeigt werden, dass Esomeprazol effektiv NSAR-bedingte Symptome im oberen Gastrointestinaltrakt wie Dyspepsie und Ulzera über einen kurzen als auch über einen langen Zeitraum reduziert [11]. Eine Metaanalyse von Fallkontrollstudien [12] zeigt einen Zusammenhang von Ulkusblutungen und dem Vorliegen von *Helicobacter pylori*-Infektionen und NSAR-Einnahme. Deshalb sollte *Helicobacter pylori* eradiziert werden, bevor mit einer NSAR-Therapie begonnen wird. Der Benefit einer Eradikation bei Patienten, die bereits über einen längeren Zeitraum NSAR einnehmen bzw. bei Patienten, die aufgrund eines Ulkusleidens schon PPI nehmen, ist jedoch deutlich geringer [2]. Ulzera, die innerhalb von 8 Wochen unter PPI-Therapie und nach *Helicobacter pylori*-Eradikation bei laufender NSAR-Einnahme nicht abheilen, sollten genauer untersucht werden.

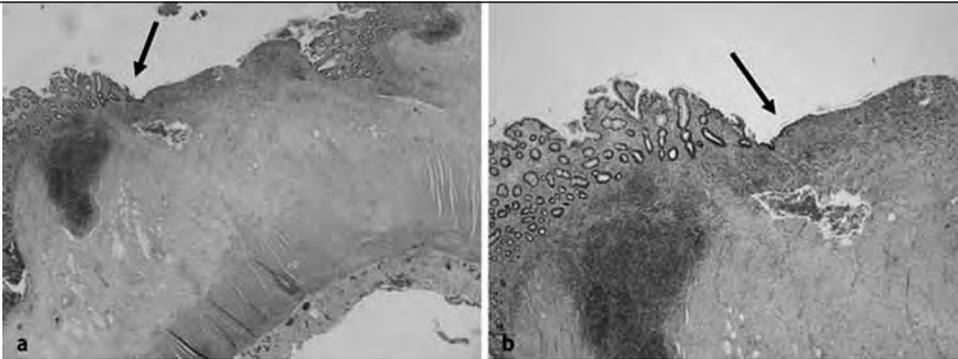
Ein erhöhtes Risiko für gastrointestinale Nebenwirkungen durch NSAR haben unter anderem Patienten, die älter sind als 65 Jahre, ein Ulkusleiden in der Vergangenheit aufweisen oder NSAR und Antikoagulanzen nehmen (■ **Tab. 1**). Eine vorangegangene Ulkusblutung stellt mit 38 Fällen pro 100 Patientenjahre das höchste Risiko dar.

### Dünndarm

Im Vergleich zum oberen Gastrointestinaltrakt liegt im unteren Gastrointestinaltrakt keine Säure vor, die den lokalen Prozess verschlimmern kann. Dennoch gibt es eine Reihe von NSAR-Nebenwirkungen auf den Dünndarm und Dickdarm. Bei 60–70% der Patienten mit NSAR-Einnahme tritt eine Enteropathie mit ► **subklinischem Mukosaschaden** auf [13]. Weiterführende Analysen von NSAR-Studien ergaben, dass sich 33–50% der schwerwiegenden Nebenwirkungen auf den unteren Gastrointestinaltrakt beziehen. Vor allem Retardpräparate, die den Wirkstoff erst im tiefen Gastrointestinaltrakt freisetzen, scheinen dort ein erhöhtes Schädigungspotenzial zu haben [3]. Der toxische Effekt von NSAR könnte auf den enterohepatischen Kreislauf zurückzuführen sein, der die epitheliale Permeabilität vergrößert. Somit können Toxine, Gallensäuren, Bakterien und Pankreassekret einen lokalen Entzündungsprozess auslösen [15]. Schon 12 Stunden nach einer Einzeldosis NSAR ist die Permeabilität erhöht, und dieser Effekt wird durch kontinuierliche NSAR-Einnahme aufrechterhalten [14]. In Tierversuchen wurde ein rascher Anstieg von TNF- $\alpha$  nach NSAR-Exposition gemessen, was die schnelle Entzündungsreaktion nach erhöhter Permeabilität erklären kann [13].

In einer Reihe von Studien wurde das Ausmaß der NSAR-Toxizität auf den unteren Gastrointestinaltrakt deutlich [13, 15, 16]. NSAR können im Dünndarm multiple Petechien, Reduktion der Villi, Erosionen, Ulzera, Perforationen, Strikturen in Form von Diaphragmen, eine Anämie und eine Hypoalbuminämie verursachen. Die Nebenwirkungen verlaufen teils subklinisch oder werden nur bei intensiver Diagnostik festgestellt. Hochgradige Stenosen durch konzentrische Diaphragmen gelten mittlerweile als pathognomonisch für NSAR-Nebenwirkungen. In der Histologie sieht man häufig eine submukosale Fibrose mit nur geringem Anteil akuter oder chronischer Entzündungszellen, jedoch können auch eine eosinophile Enteritis, ein fibrinoider Polyp, eine villöse Atrophie und/oder neuromuskuläre und vaskuläre hamartomartige Veränderungen auftreten [5, 17]. Ein histologisches Beispiel hierfür findet sich in ■ **Abb. 3**. Die Läsionen treten auch bei NSAR und Aspirin auf, die nicht dem enterohepatischen Kreislauf unterliegen. Bei verstorbenen Patienten mit NSAR-Einnahme wurde eine signifikant höhere Anzahl von Dünndarmulzerationen gefunden; bei 3 Patienten führten Perforationen der Ulzera zum Tode. Darüber hinaus können NSAR auch einen negativen Einfluss auf vorbestehende Läsionen haben, einen akuten Schub einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung und Blutungen aus Angiodysplasien auslösen [2].

NSAR-Läsionen können seit der Einführung von ► **Kapselendoskopie** und ► **Ballonenteroskopie** (■ **Abb. 4**) sicherer nachgewiesen werden. Aufgrund hoher Kosten und eines großen Zeitaufwandes sind diese Untersuchungstechniken eher in spezialisierten Zentren lokalisiert. Zudem



**Abb. 3** ▲ a, b Histologische Bilder eines singulären Kolonulkus nach NSAR-Einnahme. Dickdarmresektat mit einem chronischen, teilweise reepithelialisierten Ulkus mit riesenzellhaltiger Fremdkörperreaktion sowie texturgestörter Wandung. Der Ulkusrand (Pfeil) grenzt sich deutlich ab.

gibt es sicher eine hohe Anzahl von bisher nicht detektierten Patienten mit Dünndarmläsionen, die asymptomatisch sind. Es wurde gezeigt, dass die Anzahl der Krankenhauseinweisungen aufgrund von NSAR-Komplikationen im oberen Gastrointestinaltrakt von 1996 bis 2005 von 87 auf 47 pro 100.000 Patienten abnahm, die Anzahl der Krankenhausaufnahmen aufgrund von unteren gastrointestinalen Komplikationen jedoch von 20 auf 33 pro 100.000 anstieg.

Nebenwirkungen im unteren Gastrointestinaltrakt führten zu längeren Krankenhausaufenthalten, höheren Mortalitätsraten und einem höheren Verbrauch an Ressourcen im Vergleich zum oberen Gastrointestinaltrakt [18]. Ähnliche Daten ergab eine US-Studie: Über den Zeitraum von 1998 bis 2006 stieg die Anzahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund von Blutungen im unteren Gastrointestinaltrakt um 8% pro 100.000, während die Anzahl von gastrointestinalen Blutungen im oberen Gastrointestinaltrakt um 14% pro 100.000 sank [19]. Das Risiko einer unteren gastrointestinalen Blutung durch NSAR entspricht dem Risiko einer oberen gastrointestinalen Blutung [1].

Die Diagnose einer NSAR-Enteropathie kann durch eine Bestimmung von ► **Calprotectin** im Stuhl erfolgen. Die intestinale Permeabilität kann durch Chromium-51-markiertes EDTA, der Entzündungsgrad kann mit Hilfe von Indium-111-markierten Neutrophilen in einer Szintigraphie qualitativ gemessen werden [5]. Diese Untersuchungsmethoden sind jedoch eher studienrelevant und werden im klinischen Alltag eher keine Rolle spielen.

Endoskopische Untersuchungsmethoden wie Kapselendoskopie und Ballonenteroskopie sind praktikabler [5]. Schon nach 14-tägiger NSAR-Einnahme tritt nahezu eine ähnliche Häufung von Blutungen, Ulzerationen und Diaphragmen auf wie nach Langzeiteinnahme. Rund 68% der Patienten mit längerer NSAR-Medikation haben makroskopisch sichtbare Schleimhautschäden [5, 20]. Dünndarmläsionen durch NSAR sind unabhängig von Alter, Geschlecht oder Zeitraum der Therapie (nach 3 Monaten). Darüber hinaus gibt es keinen Vorteil von COX-2-Inhibitoren zur Prävention von Läsionen im Dünndarm, wie er im Gastroduodenaltrakt gezeigt wurde.

## Dickdarm

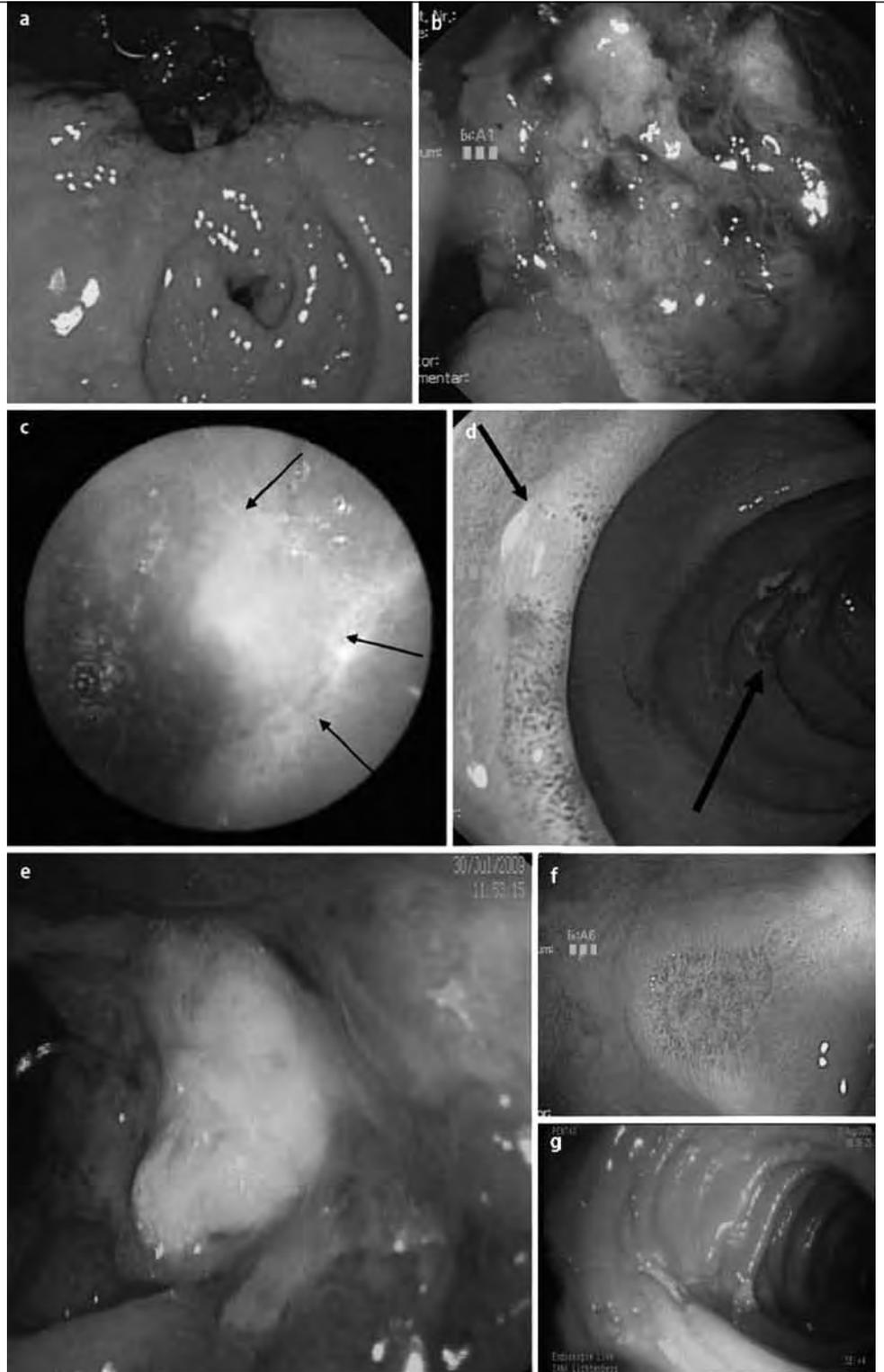
Nebenwirkungen von NSAR im Kolon sind im Vergleich zum oberen Gastrointestinaltrakt und Dünndarm eher selten. Koloskopiestudien haben gezeigt, dass unter NSAR-Einnahme singuläre und/oder diffuse Ulzera auftreten, die eine okkulte oder akute Blutung verursachen können, bis hin zur Darmperforation [1]. Rektal applizierte NSAR können eine Proktitis, Ulzera, Blutungen und Strikturen verursachen [1]. Differenzialdiagnostisch kommen eine Ischämie, ein singuläres Rektum-Ulkus-Syndrom, Bestrahlungsfolgen, Kotfisteln oder impaktierter Stuhl infrage. Infektiöse Erreger können Tuberkulose oder Amöben sein [21].

Die klinischen Symptome haben ein weites Spektrum von krampfartigen Schmerzen, Anämie, Erbrechen, Blutungen bis zu Perforationen. Gerade bei älteren Patienten können Komplikationen ohne Warnsymptomatik auftreten. Die schwerwiegenden Komplikationen im unteren Gastrointestinaltrakt sind Perforationen von Ulzera, verstärkte Blutungen und die Ausbildung von diaphragmatischen Stenosen vor allem im Colon ascendens [3, 4, 22]. In Fallberichten wird von einem longitudinalen Ulkus über 20 cm Länge [23] oder auch tumorverdächtigen Ulzera [24] referiert. In einer prospektiven Studie wurde 24 Patienten über 3 Monate NSAR

Das Risiko einer unteren gastrointestinalen Blutung durch NSAR entspricht dem Risiko einer oberen gastrointestinalen Blutung

### ► Calprotectinbestimmung

Bei älteren Patienten können Komplikationen ohne Warnsymptomatik auftreten



**Abb. 3** ▲ Endoskopische Bilder zu NSAR-Nebenwirkungen im Gastrointestinaltrakt. *Magen*: tiefes singuläres Ulkus im Antrum (a), fibrinbedecktes Ulkus präpylorisch (b). *Dünndarm*: oberflächlicher Mukosaschaden in der Kapselenteroskopie (c), fleckförmige Rötungen und fibrinbedeckte flache Ulzerationen in der Single-Ballon-Enteroskopie (d).

gegeben. In der anschließenden Koloskopie konnten bei über 50% der Patienten Entzündungszeichen, oberflächliche als auch tiefe Ulzera gesehen werden. In der Histologie fanden sich sowohl Erosionen als auch eine lymphozytäre Kolitis [25]. Eine Studie zeigte, dass bei Patienten mit kollagener Kolitis und mukosalen Läsionen häufig (77%) eine NSAR-Einnahme vorliegt [26]. Bei vorbestehenden Läsionen wie chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, Divertikulitis oder Angiodysplasien können unter NSAR-Therapie eine Exazerbation bzw. Schübe und Blutungen ausgelöst werden [1, 27]. Ebenfalls zeigte eine Metaanalyse, dass eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung einen kurzen Einsatz von selektiven Cox-1- oder Cox-2-Inhibitoren gut verträgt, jedoch bei längerer Einnahme unter beiden Substanzgruppen eine Verschlechterung eintritt. Diese wird vor allem durch die lang anhaltende Suppression der Prostaglandine hervorgerufen [27].

## Gegenwärtiger NSAR-Einsatz

Ärzte, die NSAR verschreiben, sind hinsichtlich der Prävention von Nebenwirkungen mit zwei Problemen konfrontiert:

1. Einschätzung des kardiovaskulären Risikos des Patienten,
2. Einschätzung des Risikos von Komplikationen im Gastrointestinaltrakt.

Es wird empfohlen, bei Patienten mit einem Risikofaktor für gastrointestinale Komplikationen entweder gleich einen PPI zu tNSAR zu geben oder COX-2-selektive Präparate ohne PPI zu wählen [2]. Patienten mit hohem gastrointestinales Risiko sollten sowohl ein COX-2-Präparat als auch einen PPI erhalten [28]. In einer Kosten-Nutzen-Analyse zeigte sich ein Vorteil für die Kombination von PPI mit einem NSAR im Vergleich zu alleiniger NSAR-Therapie aufgrund der statistisch zu erwartenden Nebenwirkungen [29]. Der Vorteil von COX-2-Inhibitoren im oberen Gastrointestinaltrakt gegenüber tNSAR relativiert sich, sobald Low-Dose-Aspirin zusätzlich genommen wird. Eine Helicobacter-pylori-Eradikation ist sinnvoll, jedoch ist im Alltag nicht bei jedem Patienten eine Testung möglich. Bei Patienten mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko sollten jegliche NSAR möglichst nur für einen kurzen Zeitraum und in niedrigster Dosis gegeben werden. Naproxen war als einziges NSAR nicht assoziiert mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko [30]. Da bei einem kardiovaskulären Risiko meistens schon Antikoagulanzen und Aspirin gegeben werden, sollte auf jeden Fall ein PPI zusätzlich verordnet werden [2].

Häufig leiden Patienten unter NSAR-Einnahme auch ohne den endoskopischen Nachweis von Mukosaläsionen unter Dyspepsie. In diesem Fall sollte ein H2-Blocker bzw. ein PPI verordnet werden [2, 31]. Die Vorteile der H2-Blocker- und der PPI-Therapie beschränken sich jedoch weitgehend auf den oberen Gastrointestinaltrakt und zeigen keinen Vorteil für Nebenwirkungen im unteren Gastrointestinaltrakt [5]. Ebenso verlieren die COX-2-Inhibitoren ihren Vorteil für weniger Läsionen im Dünndarm [5].

Verschiedene Komedikationen wie synthetische Prostaglandine, Prä-NSAR, Ernährungszusätze etc. wurden in diversen Studien als Ergänzung zur NSAR-Therapie erprobt, blieben jedoch alle ohne großen Erfolg [14]. So wird z. B. die Empfehlung für ► **Misoprostol** kontrovers in der Literatur diskutiert; es scheint somit keine sichere Hilfe bei der NSAR-Enteropathie zu sein. Jedoch wurde ein Vorteil bei hochdosierter Einnahme gegenüber den PPI bei der Entwicklung von Dünndarmläsionen und Magenulzera in Studien gezeigt [32]. Auf der anderen Seite wird der Vorteil von Misoprostol durch Unverträglichkeiten bei den Patienten relativiert, da gehäuft Diarrhö und krampfartige Bauchschmerzen auftreten [1].

In der Therapie der NSAR-Enteropathie scheinen ► **Sulphasalazine** einen guten Effekt auf den Entzündungsprozess und auf die Prävention einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung zu haben. Ebenso helfen kurzzeitig eingesetzte ► **Antibiotika** wie Metronidazol bei der Reduzierung des Entzündungsprozesses. Aufgrund der Resistenzentwicklung und des Nebenwirkungsspektrums können diese aber nur selten sinnvoll oder längerfristig zum Einsatz kommen [2].

Generell sollte bei einer NSAR-Nebenwirkung das Präparat, wenn möglich, abgesetzt werden. Ulzerationen und entzündliche Prozesse heilen dann häufig schnell ab, jedoch bilden sich diaphragmatische Stenosen und Strikturen nicht zurück und müssen ggf. mittels ► **Ballondilatation** aufgedehnt werden. Eine Operation sollte zunächst nur bei einer lebensbedrohlichen Komplikation oder bei einer therapierefraktären Erkrankung in Betracht gezogen werden.

Patienten mit hohem gastrointestinales Risiko sollten sowohl ein COX-2-Präparat als auch einen PPI erhalten

Bei Patienten mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko sollten NSAR nur für einen kurzen Zeitraum und in niedrigster Dosis gegeben werden

► **Misoprostol**

► **Sulphasalazine**

► **Antibiotika**

► **Ballondilatation**

**Tab. 2 CSULGIE-Endpunkte („clinical significant upper and lower gastrointestinal events“). (Nach Chan et al. [33])****Nachweis von Läsionen**

- Gastroduodenale Blutung
- Endoskopischer Nachweis von Gastroduodenalulzera oder Erosionen und klinischer Verdacht auf stattgehabte Blutung
- Magenausgangstenose
- Klinischer, operativer, endoskopischer oder radiologischer Hinweis auf eine symptomatische Obstruktion
- Gastroduodenal-, Dünndarm- oder Dickdarmperforation
- Klinische, operative oder radiologische Bestätigung einer symptomatischen Perforation
- Dickdarmlutung
- Offensichtliche Meläna oder rektaler Blutverlust ohne Hinweis auf eine obere Gastrointestinalblutung und Nachweis von Läsionen in der Koloskopie. Hämorrhoidale Blutung möglich, wenn klinisch signifikanter Abfall des Hämatokrits  $\geq 10\%$  und/oder Hämoglobinabfall  $\geq 2$  g/dl
- Dünndarmobstruktion
- Übelkeit und Erbrechen  $\geq 24$  h mit Hinweis auf Engstelle im Duodenum, Jejunum oder Ileum (bestätigt durch Radiologie, Endoskopie oder Chirurgie). Obstruktionen im unteren Gastrointestinaltrakt wie Kolonkarzinom, Divertikulitis oder postoperative Adhäsionen sind ausgeschlossen
- Klinisch signifikante Anämie mit gastrointestinaler Genese
- Kein Hinweis auf eine akute gastrointestinale Blutung, jedoch Abfall von Hämatokrit  $\geq 10\%$  und/oder Hämoglobin  $\geq 2$  g/dl und Nachweis von Läsionen in der Koloskopie, Gastroskopie und ggf. Dünndarmdiagnostik. Andere Anämieursachen wurden ausgeschlossen. Patienten mit rheumatoider Arthritis ohne akuten Schub
- Symptomatische Ulzera
- Keine Ulkuskomplikationen, jedoch endoskopischer Nachweis von gastrointestinalen Ulzera

**Kein Nachweis von Läsionen**

- Akute gastrointestinale Blutung unklarer Genese, eingeschlossen vermutete Dünndarmlutung
- Nachweis von Meläna, Hämatemesis oder rektalem Blutabgang ohne Zeichen einer Läsion in der Gastroskopie oder Koloskopie (oder ggf. Dünndarmdiagnostik)
- Klinisch signifikante Anämie bei okkultem Blutverlust aus dem Gastrointestinaltrakt
- Kein Hinweis auf eine akute gastrointestinale Blutung, jedoch Abfall von Hämatokrit  $\geq 10\%$  und/oder Hämoglobin  $\geq 2$  g/dl und fehlender Nachweis von Läsionen in der Koloskopie, Gastroskopie und ggf. Dünndarmdiagnostik. Andere Anämieursachen wurden ausgeschlossen. Patienten mit rheumatoider Arthritis ohne akuten Schub

Zur Frage, wann es sinnvoll ist eine Modifikation bei der Medikation vorzunehmen und ab wann weiterführende Untersuchungen eingeleitet werden sollten, entwarfen Chan et al. [33] einen sog. CSULGIE-Endpunkt („clinical significant upper and lower gastrointestinal events“), in den klinische und laborchemische Veränderungen einfließen (■ Tab. 2). Der CSULGIE-Endpunkt wird bereits in den Studien CONDOR und GI-REASONS eingesetzt, jedoch ist die klinische Relevanz noch nicht etabliert.

Eine Metaanalyse von 140 randomisierten Studien über 5 verschiedene Coxibe ergab [30], dass Cox-2-Inhibitoren als auch hochdosierte Einnahmen von Diclofenac und Ibuprofen ein moderat erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse tragen, inklusive eines zweifach erhöhten Herzinfarkttrisikos. Auf der anderen Seite ist auch hochdosiertes Naproxon nicht mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko assoziiert, was an seiner Pharmakokinetik und -dynamik liegen könnte [1].

Trotz umfangreicher Datenlage gibt es derzeit keine evidenzbasierten Richtlinien bezüglich des Einsatzes von NSAR mit einer Abstufung von Empfehlungen je nach Krankheitslage. Es gibt einzelne oder gruppierte Expertenmeinungen mit z. T. gegensätzlichen Empfehlungen [28, 34, 35]. Einerseits werden COX-2 als erste, andererseits als letzte Wahl empfohlen; und die Aussagen zum Einsatz bei Hochrisikopatienten differieren ebenfalls [1].

Der Einsatz von NSAR und ASS zur Prävention von gastrointestinalen Tumoren, vor allem Kolonadenomen und Kolonkarzinomen, ist obsolet geworden, da das kardiovaskuläre Risiko und die Nebenwirkungen im Gastrointestinaltrakt in großen Studien zu hoch waren [2].

## Ausblick

Der Fokus der Forschung wird unter anderem auf die Prävention der erhöhten Permeabilität der Mukosa gelegt werden. Naproxinod, ein Zykllooxygenaseinhibitor mit NO-Donator (CINOD), ist ein erster Repräsentant einer neuen NSAR-Klasse. Er wird derzeit in Phase-3-Studien getestet. Voraussichtlich müsste auch hier ein PPI ergänzend gegeben werden, jedoch könnte eine mögliche Blutdrucksenkung durch NO ein willkommener Nebeneffekt sein.

Der Einsatz von NSAR und ASS zur Prävention von gastrointestinalen Tumoren ist obsolet

Naproxinod, ein Zykllooxygenaseinhibitor mit NO-Donator (CINOD), ist der erste Repräsentant einer neuen NSAR-Klasse

Darüber hinaus werden neue Schmerzmittel im Bereich der membrangebundenen PGE-Synthase 1 getestet. Selektive E-Prostanoid-Rezeptor-Antagonisten sind ebenfalls im Fokus der klinischen Entwicklung [1, 14]. In einer japanischen randomisierten placebokontrollierten Studie wurde 10 Patienten Geranylgeranylaceton (GGA) zu NSAR (Diclofenac) und Rabeprazol über 7 Tage gegeben und mittels Kapselendoskopie kontrolliert. Die Ergebnisse zeigen signifikant weniger Läsionen im Magen und Dünndarm, müssen allerdings in größeren Studien reproduziert werden [36]. In einer tierexperimentellen Studie wurde gezeigt, dass Lansoprazol, jedoch nicht Omeprazol die Anzahl von Dünndarmulzera reduzieren kann [37]; jedoch muss hier ein humaner Studiennachweis noch erbracht werden.

## Fazit für die Praxis

- Die Hemmung der Zylooxygenase durch NSAR ist verantwortlich für die erwünschten und die unerwünschten Wirkungen.
- Ulzera und deren Komplikationen im oberen und unteren Gastrointestinaltrakt sind mit Abstand die häufigsten schweren Nebenwirkungen von NSAR.
- Durch die Kombination von NSAR und ASS steigt das Ulkusrisiko. Bei gastrointestinalen Risikofaktoren ist zu allen NSAR ein Magenschutz sinnvoll.
- Korrekte Indikationsstellung, zurückhaltende Dosierung und Verzicht auf intramuskuläre NSAR-Gaben sind die wichtigsten Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter NSAR-Wirkungen.
- Alle NSAR besitzen ein kardiovaskuläres Risiko.

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. H.-J. Schulz**

Klinik für Innere Medizin I, Sana Klinikum Lichtenberg  
Fanninger Str. 32, 10365 Berlin  
hj.schulz@sana-kl.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

1. Schick V, Schulz H-J (2010) NSAR Wirkungen auf den Gastrointestinaltrakt. *Endo heute* 23:59–65
2. Lanas A (2009) Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and cyclooxygenase inhibition in the gastrointestinal tract: a trip from peptic ulcer to colon cancer. *Am J Med Sci* 338: 96–106
3. Vieth M (2006) NSAR-Kolopathie. *Pathologe* 27: 65–72
4. Stolte M, Karimi D, Vieth M et al (2005) Strictures, diaphragms, erosions or ulcerations of ischemic type in the colon should always prompt consideration of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced lesions. *World J Gastroenterol* 11: 5828–5833
5. Maiden L (2009) Capsule endoscopic diagnosis of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced enteropathy. *J Gastroenterol* 44 (Suppl 19): 64–71
6. Thun MJ, Henley SJ, Patrono C (2002) Nonsteroidal anti-inflammatory drugs as anticancer agents: mechanistic, pharmacologic, and clinical issues. *J Natl Cancer Inst* 94: 252–266
7. Lanas A, Hirschowitz BI (1991) Significant role of aspirin use in patients with esophagitis. *J Clin Gastroenterol* 13: 622–627
8. Taha AS, McCloskey C, Prasad R, Bezlyak V (2009) Famotidine for the prevention of peptic ulcers and oesophagitis in patients taking low-dose aspirin (FAMOUS): a phase III, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 374: 119–125
9. Singh NP, Rizk JG (2008) Oesophageal perforation following ingestion of over-the-counter ibuprofen capsules. *J Laryngol Otol* 122: 864–866
10. Lanas A, Sopena F (2009) Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and lower gastrointestinal complications. *Gastroenterol Clin North Am* 38: 333–352
11. Hawkey CJ, Svedberg LE, Naesdal J, Byrne C (2009) Esomeprazole for the management of upper gastrointestinal symptoms in patients who require NSAIDs: a review of the NASA and SPACE double-blind, placebo-controlled studies. *Clin Drug Investig* 29: 677–687
12. Huang JQ, Sridhar S, Hunt RH (2002) Role of Helicobacter pylori infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis. *Lancet* 359: 14–22
13. Adebayo D, Bjarnason I (2006) Is non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) enteropathy clinically more important than NSAID gastropathy? *Postgrad Med J* 82: 186–191
14. Bjarnason I, Takeuchi K (2009) Intestinal permeability in the pathogenesis of NSAID-induced enteropathy. *J Gastroenterol* 44 (Suppl 19): 23–29
15. Laine L, Smith R, Min K et al (2006) Systematic review: the lower gastrointestinal adverse effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Aliment Pharmacol Ther* 24: 751–767

16. Maiden L, Thjodleifsson B, Theodoros A et al (2005) A quantitative analysis of NSAID-induced small bowel pathology by capsule enteroscopy. *Gastroenterology* 128: 1172–1178
17. De Petris G, Lopez JI (2008) Histopathology of diaphragm disease of the small intestine: a study of 10 cases from a single institution. *Am J Clin Pathol* 130: 518–525
18. Lanas A, Garcia-Rodriguez LA, Polotomas M et al (2009) Time trends and impact of upper and lower gastrointestinal bleeding and perforation in clinical practice. *Am J Gastroenterol* 104: 1633–1641
19. Zhao YEW (2006) Hospitalizations for gastrointestinal bleeding in 1998. Agency for healthcare research and quality, Rockville, MD 2009: <http://hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb65.pdf>
20. Garcia Rodriguez LA, Barreales Tolosa L (2007) Risk of upper gastrointestinal complications among users of traditional NSAIDs and COXIBs in the general population. *Gastroenterology* 132: 498–506
21. Nagar AB (2007) Isolated colonic ulcers: diagnosis and management. *Curr Gastroenterol Rep* 9: 422–428
22. Byrne MF, McGuinness J, Smyth CM et al (2002) Nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced diaphragms and ulceration in the colon. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 14: 1265–1269
23. Hogenauer C, Eherer A, Pfeifer J, Langner C (2008) Chronic longitudinal NSAID-related ulcer of the colon („colon single-stripe sign“) in Munchhausen syndrome. *Endoscopy* 40 (Suppl 2): E233
24. Schick V, Schröder G, Nauck C, Schulz H-J (2009) Die NSAR-Kolopathie. *Endoskopie heute* 22: 252–255
25. Geramizadeh B, Taghavi A, Banan B (2009) Clinical, endoscopic and pathologic spectrum of non-steroidal anti-inflammatory drug-induced colitis. *Indian J Gastroenterol*
26. Kakar S, Pardi DS, Burgart LJ (2003) Colonic ulcers accompanying collagenous colitis: implication of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Am J Gastroenterol* 98: 1834–1837
27. Kefalakes H, Stylianides TJ, Amanakis G, Kolios G (2009) Exacerbation of inflammatory bowel diseases associated with the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs: myth or reality? *Eur J Clin Pharmacol* 65: 963–970
28. Chan FK, Abraham NS, Scheiman JM, Laine L (2008) Management of patients on nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a clinical practice recommendation from the First International Working Party on Gastrointestinal and Cardiovascular Effects of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs and Anti-platelet Agents. *Am J Gastroenterol* 103: 2908–2918
29. Latimer N, Lord J, Grant RL et al (2009) Cost effectiveness of COX 2 selective inhibitors and traditional NSAIDs alone or in combination with a proton pump inhibitor for people with osteoarthritis. *BMJ* 339: b2538
30. Kearney PM, Baigent C, Godwin J et al (2006) Do selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors and traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs increase the risk of atherothrombosis? Meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 332: 1302–1308
31. Lai KC, Chu KM, Hui WM et al (2005) Celecoxib compared with lansoprazole and naproxen to prevent gastrointestinal ulcer complications. *Am J Med* 118: 1271–1278
32. Watanabe T, Sugimori S, Kameda Net al (2008) Small bowel injury by low-dose enteric-coated aspirin and treatment with misoprostol: a pilot study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 6: 1279–1282
33. Chan FK, Cryer B, Goldstein JL et al (o J) A novel composite endpoint to evaluate the gastrointestinal (GI) effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs through the entire GI tract. *J Rheumatol* 37: 167–174
34. Strand V (2007) Are COX-2 inhibitors preferable to non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs in patients with risk of cardiovascular events taking low-dose aspirin? *Lancet* 370: 2138–2151
35. Antman EM, Bennett JS, Daugherty A et al (2007) Use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: an update for clinicians: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 115: 1634–1642
36. (o A) (2008) Recommendations for use of selective and nonselective nonsteroidal anti-inflammatory drugs: an American College of Rheumatology white paper. *Arthritis Rheum* 59: 1058–1073
37. Niwa Y, Nakamura M, Miyahara R et al (2009) Geranylgeranylacetone protects against diclofenac-induced gastric and small intestinal mucosal injuries in healthy subjects: a prospective randomized placebo-controlled double-blind cross-over study. *Digestion* 80: 260–266
38. Higuchi K, Yoda Y, Amagase K et al (2009) Prevention of NSAID-Induced small intestinal mucosal injury: Prophylactic potential of lansoprazole. *J Clin Biochem Nutr* 45: 125–130

**Teilnahmemöglichkeit**

vom 1. Januar bis 28. Februar 2013

Den aktuellen Fragebogen und weitere Informationen der online-Fortbildung finden Sie im Mitglieder Portal unter <https://portal.laekh.de>

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

- ? 1.) In welchen Abschnitten des Gastrointestinaltrakts sind Nebenwirkungen von NSAR bekannt?**
1. Nur im Magen.
  2. Nur im Kolon.
  3. Magen und Kolon.
  4. Magen und Dünndarm.
  5. Ösophagus bis Rektum.
- ? 2.) Welche Nebenwirkungen von NSAR im Magen sind nicht bekannt?**
1. Blutung
  2. Perforation
  3. Magenausgangsstenose
  4. Ulzera
  5. Karzinome
- ? 3.) Wie wirken NSAR? Welche Aussage ist falsch?**
1. Hemmung der Zykllooxygenase.
  2. Hemmung der Prostaglandinsynthese.
  3. Nur lokale Wirkung.
  4. Beeinflussung der Mikrozirkulation.
  5. Reduktion der Bikarbonatproduktion.
- ? 4.) Welche Aussage zu Coxiben ist richtig?**
1. COX-2-Hemmer wirken ausschließlich bei Entzündungen.
  2. Nebenwirkungen durch Coxibe treten nur im Magen und Kolon auf.
  3. Eine erosive Ösophagitis kann nicht durch COX-2-Hemmer verursacht werden.
  4. Der Einsatz von Coxiben reduziert das gastrointestinale Blutungsrisiko von Magenläsionen im Vergleich zu tNSAR deutlich.
  5. COX-2-Hemmer führen nicht zu kardiovaskulären Nebenwirkungen.
- ? 5.) Folgende Untersuchungsmethoden können zur Detektion von NSAR-Nebenwirkungen herangezogen werden. Welche Aussage ist falsch?**
1. Gastroskopie
  2. Koloskopie
  3. Kapselendoskopie
  4. Single-Ballon-Enteroskopie
  5. 24-h-pH-Metrie
- ? 6.) Welche Aussage zu NSAR-bedingten Nebenwirkungen ist falsch?**
1. NSAR-Enteropathien werden am besten durch Calprotectinbestimmung im Stuhl diagnostiziert.
  2. Nach 14-tägiger NSAR-Einnahme zeigt sich ein ähnliches Nebenwirkungsprofil wie nach einem Jahr.
  3. Im Vergleich zu tNSAR reduzieren COX-2-Hemmer die Blutungsrate im Dünndarm.
  4. NSAR-Nebenwirkungen im Kolon sind seltener als im Dünndarm.
  5. Im Magen erhöht sich das Blutungsrisiko unter tNSAR um das Fünffache.
- ? 7.) Welche Nebenwirkung von NSAR gilt als pathognomonisch im Kolon?**
1. Rektale Blutungen.
  2. Kolonperforation im Colon ascendens.
  3. Proktitis.
  4. Singuläres Kolonulkus.
  5. Diaphragmale Stenose.
- ? 8.) Ein 65-jähriger Patient mit KHK und Zustand nach Myokardinfarkt stellt sich mit Oberbauchschmerzen und Teerstuhl bei regelmäßiger ASS-Einnahme vor. Er gibt an, häufig COX-2-Hemmer wegen Gelenkschmerzen einzunehmen. Welche Maßnahmen ergreifen Sie und welche Befunde erwarten Sie? Welche Aussage ist falsch?**
1. Eine Gastroskopie sollte erfolgen, um eine obere Gastrointestinalblutung auszuschließen.
  2. Eine Testung auf Helicobacter mit ggf. einer Eradikation ist sinnvoll. Die Reduktion des Risikos künftiger gastrointestinaler Blutungen durch Eradikation ist geringer als vor Beginn einer NSAR-Therapie.
  3. Durch die NSAR-Einnahme kann es zu Dyspepsiesymptomen ohne Erosionen in der Mukosa gekommen sein.
  4. Eine Blutung aus dem Dünndarm ist nicht zu erwarten.
  5. Es sollte künftig eine Komedikation mit PPI erfolgen.
- ? 9.) Welche Aussage ist falsch?**
1. Die langfristige Einnahme von Coxiben kann zu einem CED-Schub führen.
  2. Coxibe sollten in der Regel nicht zur Reduktion des Karzinomrisikos eingesetzt werden.
  3. Auch Naproxen ist mit einer deutlich erhöhten Herzinfarktrate assoziiert.
  4. Coxibe reduzieren das Auftreten von kolorektalen Adenomen.
  5. Es gibt keine Komedikation zu NSAR, die die Bildung von Schleimhautläsionen vollständig verhindert.
- ? 10.) NSAR-bedingte Nebenwirkungen können durch eine Komedikation beeinflusst werden. Welche Aussage ist falsch?**
1. Misoprostol ist kontraindiziert.
  2. H<sub>2</sub>-Blocker reduzieren nur die Nebenwirkungen im oberen Gastrointestinaltrakt.
  3. Sulphasalazine stellen eine Behandlungsoption bei der NSAR-Enteropathie dar.
  4. Misoprostol führt häufig zu gastrointestinalen Nebenwirkungen.
  5. Empfohlen wird eine sofortige Komedikation von PPI zu tNSAR bei hohem Risiko für gastrointestinale Blutungen.

Mit Absenden des Fragebogens bestätige ich, dass ich dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert habe.

# 50 Jahre Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)

## Ehrenmedaille für Dr. Rainer Hess

Am 10. November 1962 wurde die AWMF von 16 Fachgesellschaften in der BG-Unfallklinik Frankfurt/Main gegründet. Auf den Tag genau 50 Jahre später feierten die Delegierten der mittlerweile 163 Mitgliedsgesellschaften der AWMF – wieder in Frankfurt/Main – am 10. November 2012 das 50-jährige Bestehen des europaweit größten Dachverbands nationaler wissenschaftlicher Gesellschaften.

Im Rahmen des kleinen Festakts stellte der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Professor Dr. Frank-Ulrich Montgomery, in seinem Grußwort fest, dass AWMF und BÄK in vielen Feldern eng zusammengearbeitet haben und dies auch weiterhin tun; besonders zwei aktuelle Probleme hob er hervor: Einerseits die längst überfällige Anpassung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an die aktuellen diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Medizin, die nur von den Fachgesellschaften inhaltlich dargestellt werden können. Andererseits sind AWMF und BÄK einig in der Abwehr von Bestrebungen auf EU-Ebene, ärztliche Tätigkeiten und Qualifikationen in Normen festzuschreiben.

Auch der Präsident des Medizinischen Fakultätentages (MFT), Professor Dr. Heyo K. Kroemer, betonte die langjährige enge Zusammenarbeit mit der AWMF, da die Dachorganisation der Fachgesellschaften in der Medizin eine wichtige Ergänzung zum Zusammenschluss der medizinischen Fakultäten bilde, insbesondere in Zeiten des strukturellen Wandels an den Universitäten und den großen Veränderungen an den Universitätskliniken durch die Einführung des pauschalen Finanzierungssystems.



Erste Ehrenmedaille der AWMF an Dr. Rainer Hess vergeben

In seinem Festvortrag zu „Strukturfragen der Organisation klinischer Forschung“ stellte der Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Professor Dr. Peter Meier-Abt, die Überlegungen vor, die in der Schweiz zur Schaffung einer „Swiss Clinical Trial Organisation (SCTO)“ geführt haben. Die Anforderungen an die Qualifikation klinischer Forscher seien deutlich höher als an die Grundlagenforscher einerseits und die behandelnden Ärzte andererseits – klinische Forscher müssen Kenntnisse und Fähigkeiten aus beiden Bereichen in sich vereinigen und brauchen daher Unterstützung durch Strukturen, die ihnen die Durchführung klinischer Forschung erleichtern oder erst ermöglichen. Er stellte in seinem Vortrag die Lösungsansätze vor, die in der Schweiz an den Universitätskliniken geschaffen wurden, um durch klinische Forschung die Brücke zwischen Grundlagenforschung und Krankenbehandlung zu bauen.

Zum Anlass des 50-jährigen Bestehens der AWMF hatte das Präsidium beschlossen, eine „Ehrenmedaille der AWMF“ zu stiften, mit der die AWMF Persönlichkeiten auszeichnen kann, die sich um die Belange der wissenschaftlichen Medizin, insbesondere der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und der AWMF, verdient gemacht haben. Das Präsidium beschloss, die erste Ehrenmedaille der AWMF an Dr. Rainer Hess zu vergeben. Der amtierende Präsident der AWMF, Professor Dr. Karl Heinz Rahn, betonte in seiner Laudatio, dass Dr. Hess während seiner beruflichen Laufbahn als Jurist und in seinen Funktionen bei Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und als unabhängiger Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) regelmäßig auch mit der AWMF zusammengearbeitet hat. Vor allem in seiner zuletzt genannten Funktion habe Dr. Hess immer darauf geachtet, dass die wissenschaftliche Medizin in Entscheidungsprozesse

der Selbstverwaltung einbezogen wurde. Es sei insbesondere dem Einfluss von Dr. Hess zu danken, dass bei der letzten Reform des Sozialgesetzbuchs V endlich auch im Gesetz verankert wurde, dass die wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Recht zur Stellungnahme vor Entscheidungen des G-BA haben.

Dr. Hess bedankte sich für die Auszeichnung und betonte, dass es ihm eine besondere Ehre sei, als Erster und dann auch noch als Jurist mit der „Ehrenmedaille der AWMF“ ausgezeichnet zu werden. Er erinnerte daran, dass er schon vor knapp 40 Jahren die ersten intensiven Kontakte mit der AWMF hatte: Er wirkte – damals Leiter der gemeinsamen Rechtsabteilung von BÄK und KBV – von Anfang an in dem von der AWMF 1975 gegründeten Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ mit, der sich zu einem wichtigen Forum für den Dialog zwischen Ärzten und Juristen entwickelte. Dort war es möglich, wechselseitiges Verständnis für die Arbeitsweisen beider Seiten zu schaffen: Ärztliches Handeln einerseits, Gesetzgebung und Rechtsprechung andererseits. Seinen Einsatz für die Verankerung des Stellungnahmerechts der wissenschaftli-

chen Fachgesellschaften vor Entscheidungen des G-BA begründete er mit seiner Einstellung, dass es immer besser sei, die Wissenschaft vor Entscheidungen einzubeziehen, als sich hinterher konfrontativ mit ihr auseinandersetzen zu müssen. Damit sei aber auch eine Verpflichtung der Fachgesellschaften verbunden, ihr Wissen zur Verfügung zu stellen. Gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse seien immer eine gute Basis für normative Regelungen.

Zum Abschluss des Festakts blickte der Ehrenpräsident der AWMF, Professor Dr. Hans Reinauer, in die vergangenen 50 Jahre des Bestehens der AWMF zurück, erinnerte an einige Präsidien in dieser Zeit und hob einige wichtige Themengebiete (z.B. Förderung der Leitlinienentwicklung bei den Fachgesellschaften, Gründung des elektronischen Portals GMS German Medical Science) hervor. Dem amtierenden Präsidenten Professor Dr. Rahn blieb der Ausblick in die Zukunft: Neben der Fortsetzung der Leitlinienarbeit und den Aufgaben zur Koordination von Stellungnahmen der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften sollen die internatio-



Diese Broschüre kann unter [www.awmf.org](http://www.awmf.org) heruntergeladen werden.

nalen, insbesondere europäischen Kontakte gestärkt werden. Er hob abschließend besonders hervor, dass sich die AWMF auch weiterhin aktiv für die Verankerung der Wissenschaft in Aus-, Fort- und Weiterbildung einsetzen wird.

Wolfgang Müller M.A.  
AWMF-Geschäftsstelle

## Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine entsprechende Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben.“, oder: „Die Autoren XX und YY erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben. ZZ ist für die Firma ABC tätig.“ oder: „Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt.“

LÄKH

## Sicherer Verordnen

### Akute tubulointerstitielle Nephritis durch Arzneistoffe

Die interstitielle Nephritis kann als hypererge Reaktion der Niere durch systemische Autoimmunerkrankungen, systemische bakterielle oder virale Infekte (heute selten) und am häufigsten durch Arzneistoffe auftreten. Nach einer Zusammenfassung gelten

- Antibiotika, insbesondere  $\beta$ -Laktam-Antibiotika und Rifampicin
- Nichtsteroidale Antiphlogistika (NSAID)
- Andere Analgetika wie Metamizol und Paracetamol
- Thiazid-Diuretika

als häufigste Verursacher dieser UAW. Da die Symptome (Fieber, Flankenschmerz, Makrohämaturie, Oligoanurie) typischerweise erst Stunden nach der Einnahme auftreten oder auch nur diskret sein können (insbesondere bei entzündungshemmender NSAID-Einnahme), kann die akute in die chronische Form übergehen, wenn sie nicht rechtzeitig entdeckt wird. Nach Absetzen des Arzneistoffes kann eine kurzfristige Glukokortikoid-Gabe über ein bis drei Wochen indiziert sein. Die Niereninsuffizienz ist in 70 % der Fälle voll reversibel.

Quelle: *Internist* 2012; 53: 934-42

### Ösophagus-Läsionen – medikamenteninduziert

Läsionen des Ösophagus können bedingt sein durch einen gewebstoxischen Arzneistoff (u.a. Bisphosphonate, Tetrazykline, Kaliumchlorid, Eisensalze, NSAID), durch die Art des Präparates (große Tabletten, aufquellende Gelatine kapseln) oder durch Einnahmefehler (keine ausreichende Flüssigkeit von mindestens 125 ml, keine aufrechte Körperhaltung mindestens zehn Minuten nach der Einnahme). Besonders bei Patienten mit beeinträchtigter Ösophagusmotilität oder -obstruktion sollten obige Einnahmemodalitäten besprochen werden. Das Fallbeispiel des Autors (gesunder 17-jähriger, Doxycyclin-Einnahme wegen Akne) verdeutlicht, dass Schädigungen des Ösophagus auch ohne vorbestehende Grunderkrankung auftreten können.

Quelle: *tägl.prax.* 2012; 53: 493-7

### Milde Hypertonie – wann medikamentös therapieren?

In einem Cochrane Review wurde der Effekt einer antihypertensiven Therapie zur Primärprävention bei sonst gesunden Personen (RR syst. 140-159 mmHg, RR diast. 90-99 mmHg) überprüft. Eine Therapie über vier bis fünf Jahre reduzierte im Vergleich zu Placebo weder die Gesamtmortalität, die Rate der koronaren Herzerkrankungen, das Auftreten von Schlaganfällen noch die Gesamtrate kardiovaskulärer Ereignisse. Nur der Studienabbruch aufgrund unerwünschter Wirkungen (9 % der Patienten) war im Vergleich zu Placebo signifikant erhöht. Nicht signifikante kleine Verbesserungen der obigen Parameter in der Verumgruppe und der kurze Beobachtungszeitraum (Endorganschäden bei sonst gesunden Personen dürften sich erst spät entwickeln) sollten etwas nachdenklich machen. Den Autoren ist zuzustimmen, dass noch weitere Studien zu diesem Thema notwendig sind.

Quelle: *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Aug 15;8:CD006742

### Kodein – Vorsicht bei Tonsillektomien

In den USA starben drei Kinder nach der Gabe von Kodein-haltigen Präparaten in altersgemäßer Dosierung nach einer Tonsillektomie, eines erlitt eine lebensbedrohliche Atemdepression. Alle Kinder waren sogenannte ultraschnelle Metabolisierer, d.h. sie verstoffwechselten Kodein über ein doppeltes oder gar dreifach besetztes Cytochrom 2D6 Enzymsystem in erhöhtem Maß zu Morphin. Es stellt sich die Frage, ob dieser Arzneistoff generell für Kinder geeignet ist. Der Anteil der ultraschnellen Metabolisierer in der Bevölkerung schwankt nach Angaben der FDA zwischen 29 % bei Äthiopiern, 6 % bei Griechen, 3-6 % bei afrikanischen Amerikanern und Kaukasiern allgemein, 2 % bei Ungarn und 1-2 % bei Asiaten und Nordeuropäern. Die Symptome einer Morphinüberdosierung sind bekannt. Bei so niedrig wie möglicher Dosierung vor allem bei erstmaliger Gabe sollten die Kinder sorgfältig überwacht werden.

Quelle: [www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm313631](http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm313631)

### Fischöl in Kapselform – vergleichbar mit verkapselten Vitaminen?

Zweimal wöchentliche Mahlzeiten mit Meeresfisch sind unumstritten empfehlenswert – ebenso wie Gemüse und Obst zu einer gesunden Ernährung zählen. Die Hersteller von Multivitaminkapseln jedoch müssen sich schon länger fragen lassen, wo der wissenschaftliche Nachweis ihrer Indikationslyrik zu finden ist.

Nun trifft es die Fischöl-Hersteller. In einer neuen Metaanalyse müssen sie zur Kenntnis nehmen, dass ihre früheren positiven Studienergebnisse wohl eher dem Studiendesign oder einem nicht leitliniengerechten Therapiestandard zuzuschreiben sind. 400 bis 1.000 mg EPA/DHA (Eicosapentaen-/Docosahexaensäure, die als wirksam postulierten Omega-3-Fettsäuren im Fischöl) führten nach dieser neuen Metaanalyse bei Patienten mit einer kardiovaskulären Erkrankung im Vergleich zu Placebo zu keiner Senkung der kardiovaskulären Ereignisse, der Mortalität, eines plötzlichen Herztodes, eines Herzinfarktes, einer Herzinsuffizienz oder einer TIA.

Die Metaanalyse bestätigt die Ergebnisse großer Studien mit Postinfarktpatienten und ist im Gleichklang zu den Ergebnissen einer Studie zur Primär- und Sekundärprävention leitliniengerecht behandelter Diabetiker.

Die neue Herzinfarkt-Leitlinie der europäischen Kardiologen-Gesellschaft soll diese neuen Erkenntnisse bereits berücksichtigen.

Quellen: *JAMA* 2012; 308(10):1024-33; *Evidence updates*, <http://plus.mcmaster.ca/EvidenceUpdates>

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:  
*Rheinisches Ärzteblatt* 11/2012

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

## Kinderbetreuung für Kinder von drei bis acht Jahren ab 1. Januar 2013 Freitag nachmittags und Samstag ganztags möglich!

Im Modellprojekt vom 1. Januar – 30. Juni 2013 kostenfrei!

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

### I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 38!

#### Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

**Mittwoch, 30. Jan. 2013, 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](mailto:barbara.sebastian@laekh.de)

**Weitere Termine 2013:** 06. Feb., 13. März, 24. Apr., 15. Mai,  
12. Juni, 25. Sep., 30. Okt., 13. Nov., 11. Dez.

#### 21. Bad Nauheimer Symposium in der Klinischen Hämostaseologie

Gemeinschaftsveranstaltung der Fachgebiete Angiologie-  
Hämostaseologie, Kardiologie und Klinische Pharmakologie

**Praxisrelevante Entscheidungen bei Thromboembolien 2013**

Eine interaktive interdisziplinäre Veranstaltung mit  
Falldemonstrationen

**Samstag, 09. März 2013, 09:00 – 15:00 Uhr** **7 P**

**Themen:** Thrombophilie-Diagnostik bei venöser Thromboembolie;  
Nicht-fulminante Lungenembolie; Akute Therapie der Becken-  
venenthrombose; Primäre Thromboseprophylaxe bei erhöhtem  
kardiovaskulärem Risiko?; Vorhofflimmern

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

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

Prof. Dr. med. Thomas Wendt, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 80 (Akademiemitgl. € 30)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

Fon: 06032 782-223, Fax: 069 97672-223,

E-Mail: [christina.ittner@laekh.de](mailto:christina.ittner@laekh.de)

#### Ärztliches Peer-Review

**Weitere Termine auf Anfrage!**

**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](mailto:heike.cichon@laekh.de)

#### Depression vom Burnout – Typ – Geschlechtsspezifische Diagnostik und Therapie

**Samstag, 23. Feb. 2013, 09:30 – 16:00 Uhr** **9 P**

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

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

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

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

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

#### Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der  
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

**Freitag, 15. März 2013, 13:00 Uhr – 21:00 Uhr** **11 P**

**Leitung:** Dr. med. Philipp Deppert, Bechtheim

Dr. med. Katharina Wiest, Ludwigshafen

**Teilnahmebeitrag:** € 170 (Akademiemitgl. € 153)

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](mailto:claudia.cordes@laekh.de)

#### 28. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Klinikums  
der J. W. Goethe-Universität.

**Montag, 18. – Freitag, 22. März 2013**

**Leitung:** Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt a. M.

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

Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner, Frankfurt a. M.

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

**Tagungsort:** Frankfurt a. M., Universitätsklinikum

Seminarraum Zi. 330, Haus 11, 3. Stock

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

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

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





### 10. Kasseler Gesundheitstage

In Kooperation mit der Akademie der Landesärztekammer Hessen.

**Freitag, 22. – Samstag, 23. März 2013**

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

**Teilnahmebeitrag:** auf Anfrage

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

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

### Moderatorentaining

**Freitag, 19. – Samstag, 20. Apr. 2013** **20 P**

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

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

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

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

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

### EKG - Kurs mit praktischen Übungen

**Freitag, 03. – Samstag, 04. Mai. 2013** **22 P**

**Leitung:** PD Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden

**Teilnahmebeitrag:** € 320 (Akademiemitgl. € 288)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

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

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

### Rheumatologie

#### Rheuma an einem Tag

**Mittwoch, 30. Okt. 2013**

**Leitung:** Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim

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

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Kerckhoff-REHA-Zentrum

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

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

E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)

### 4. Neuroethik-Seminar

In Kooperation der Klinik für Neurologie der Dr. Horst Schmidt Klinik.

**Mittwoch, 20. März 2013, 17:00 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. G. F. Hamann, Wiesbaden

**Teilnahmebeitrag:** kostenfrei

**Tagungsort:** Wiesbaden, Dr. Horst Schmidt Klinik

**Auskunft und Anmeldung:** Frau Hannelore Noll,

Fon: 0611 43-2376, Fax: 0611 43-2732,

E-Mail: [hannelore.noll@hsk-wiesbaden.de](mailto:hannelore.noll@hsk-wiesbaden.de)

### Repetitorium Innere Medizin 2013

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

**Montag, 22. – Samstag, 27. Apr. 2013** **insg. 51 P**

**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 97672-227,

E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

### Repetitorium Allgemeinmedizin

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

**Samstag, 15. – Sonntag, 16. Juni 2013** **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](mailto:renate.hessler@laekh.de)

## II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 38!

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

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

Modul I **Freitag, 01. – Samstag, 02. März 2013** **12 P**

Modul II **Freitag, 26. – Samstag, 27. Apr. 2013** **12 P**

Modul III **Freitag, 21. – Samstag, 22. Juni 2013** **16 P**

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

**Teilnahmebeitrag:** Modul I/II je € 174 (Akademiemitgl. € 157)

Modul III € 232 (Akademiemitgl. € 208)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

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

E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

### Medizinische Rehabilitation

16-Stunden-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V)

**Mittwoch, 10. Apr. 2013, 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](mailto:renate.hessler@laekh.de)





**Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)**

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

**I. Teil Theorie (120 Std.)**

Freitag, 25. – Sonntag, 27. Jan. 2013	G1-G3
Freitag, 08. – Sonntag, 10. Feb. 2013	G4-G6
Freitag, 19. – Sonntag, 21. Apr. 2013	G7-G9
Freitag, 28. – Sonntag, 30. Juni 2013	G10- G12
Samstag, 24. – Sonntag, 26. Aug. 2013	G13-G14
Samstag, 14. Sep. 2013	G15

**II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)**

Samstag, 09. – Sonntag, 10. Feb. 2013	GP
Sonntag, 30. Juni 2013	GP
Sonntag, 15. Sep. 2013	GP

**Prüfungsvorbereitungskurse für die Prüfung vor der Ärztekammer**

**Termine in Planung!**

**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](mailto:melanie.turano@laekh.de)  
**oder** Frau A. Bauß, Deutsche Ärztesgesellschaft für Akupunktur e.V.  
 Fon: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: [bauss@daegfa.de](mailto:bauss@daegfa.de)

**Aktuelle Diabetologie**

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

**Mittwoch, 20. März 2013, 15:30 – 20:00 Uhr** **6 P**  
**Teile 5 / 6**

**Leitung:** C.-D. Möller, Frankfurt a. M.  
**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](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)  
**weitere Termine 2013:** 19. Juni 2013 Teile 1 / 2,  
 25. Sep. 2013 Teile 3 / 4, 27. Nov. 2013 Teile 5 / 6

**Hämotherapie**

**Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter**

**Freitag, 14. Juni – Samstag, 15. Juni 2013** **16 P**  
**Leitung:** Dr. med. M. Weippert-Kretschmer, Rostock  
**Teilnahmebeitrag:** € 340 (Akademiemitgl. € 306)  
**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](mailto:heike.cichon@laekh.de)

**Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)**

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35 100 / 35 110). Es handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung. Enthalten sind hierin die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken, 20 Stunden Wissen, d. h. insgesamt 80 Stunden. **Die Balintgruppenarbeit (Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung) ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.**

**19. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung**

Freitag, 18. – Sonntag, 20. Jan. 2013	<b>20 P</b>
Freitag, 08. – Sonntag, 10. März 2013	<b>20 P</b>
Freitag, 12. – Sonntag, 14. Apr. 2013	<b>20 P</b>
Freitag, 21. – Sonntag, 23. Juni 2013	<b>20 P</b>
Freitag, 23. – Sonntag, 25. Aug. 2013	<b>20 P</b>
Freitag, 08. – Sonntag, 10. Nov. 2013	<b>20 P</b>

**Leitung:** P. E. Frevert/Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
**Teilnahmebeitrag:** pro Block (20 h) € 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](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

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

„Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge“ ist im B1-Kurs als Blended-Learning-Veranstaltung integriert. „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen (G35)“ ist in den Kurs B2 integriert.

<b>A1 Samstag, 26. Jan. – Samstag, 02. Feb. 2013</b>	<b>60 P</b>
Die vorgeschaltete „Telelernphase“ für den Kurs G 20 bzw. den Kurs B1 beginnt zeitgleich mit dem A1-Kurs am 26. Jan. 2013.	
<b>B1 Samstag, 16. März – Samstag, 23. März 2013</b>	<b>60 P</b>
<b>C1 Samstag, 13. Apr. – Samstag, 20. Apr. 2013</b>	<b>60 P</b>
<b>A2 Samstag, 14. Sep. – Samstag, 21. Sep. 2013</b>	<b>60 P</b>
<b>B2 Samstag, 26. Okt. – Samstag, 02. Nov. 2013</b>	<b>60 P</b>
<b>C2 Samstag, 30. Nov. – Samstag, 07. Dez. 2013</b>	<b>60 P</b>

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

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

Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge im B1-Kurs als Blended-Learning-Veranstaltung in die arbeitsmedizinische Weiterbildung zum Facharzt für Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin integriert.

**Einführung** **insg. 30 P**  
**in die Telelernphase: Samstag, 26. Jan. 2013**  
**Telelernphase: 26. Jan. 2013 – 21. März 2013**  
**Präsenzphase: 22. März 2013 – 23. März 2013**  
 mit abschließender Lernerfolgskontrolle

**Leitung:** Dr. rer. nat. J. Kießling, Gießen,  
 Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt am Main  
**Teilnahmebeitrag:** € 320 (Akademiemitgl. € 288)  
**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](mailto:luise.stieler@laekh.de)



### Ernährungsmedizin (100 Std.)

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

**Teil I** Freitag, 08. – Samstag, 09. Feb. 2013

**Teil II** Freitag, 22. – Samstag, 23. Feb. 2013

**Teil III** Freitag, 08. – Samstag, 09. März 2013

**Teil IV** Freitag, 12. – Samstag, 13. Apr. 2013

**Teil V** Freitag, 14. – Samstag, 15. Juni 2013

plus Hospitation, plus Klausur

**Leitung:** Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. Stein, Frankfurt a. M.  
Dr. med. K. Winckler, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 1.500 (Akademiemitgl. € 1.350)

**Tagungsorte: Teil I bis IV: Bad Nauheim**, FBZ der LÄK Hessen

**Teil V und Hospitation: Frankfurt a. M.**,

Krankenhaus Sachsenhausen

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

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

E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

### Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

**Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005**

**Kurs C** 16. Feb. 2013 10 Std. 10 P

Psychosomatische Grundversorgung unter speziellen Gesichtspunkten der Allgemeinmedizin – verbale Interventionstechniken Entscheidungsfindung, Prävention, Hausbesuch, Multimorbidität und Priorisierung, Sterbegleitung, Angehörigengespräche, professionelles Selbstverständnis

**Leitung:** Prof. Dr. med. Erika Baum, Marburg  
Dr. med. Robert Gerst, Baden-Baden

**Kurs A** 07./08. Juni 2013 20 Std. 20 P

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

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

**Kurs B** 20./21. Sept. 2013 20 Std. 20 P

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

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

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

20 Std. € 300 (Akademiemitgl. € 270)

**Tagungsort: Bad Nauheim**, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

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

E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

### Notfallmedizinische Fortbildung

**Kurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst**

**Mittwoch, 06. – Samstag, 09. Feb. 2013** 33 P

**Leitung:** Dr. med. E. Wranze-Bielefeld, Dautphetal

**Teilnahmebeitrag:** € 480 (Akademiemitgl. € 432)

**Tagungsort: Bad Nauheim**, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

**Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD**

**Freitag, 01. – Sonntag, 03. März 2013**

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

**Teilnahmebeitrag:** € 400 (Akademiemitgl. € 360)

**Tagungsort: Bad Nauheim**, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

**Seminar Leitender Notarzt**

**Samstag, 02. – Dienstag, 05. Nov. 2013**

**Leitung:** D. Kann, N. Schmitz, Kassel

**Teilnahmebeitrag:** € 740 (Akademiemitgl. € 666)

**Tagungsort: Kassel**

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

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

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

**Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“**

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

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

**Freitag, 01. – Samstag, 09. März 2013**

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

**Teilnahmebeitrag:** € 770 (Akademiemitgl. € 695) inkl. Verpflegung

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

**Auskunft und Anmeldung:** DRK Rettungsdienst Mittelhessen, Bildungszentrum, Postfach 1720, 35007 Marburg,

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

### Palliativmedizin

– **Aufbaukurs Modul I:**

**Dienstag, 12. – Samstag, 16. März 2013**

– **Aufbaukurs Modul II:**

**Mittwoch, 12. – Sonntag, 16. Juni 2013**

– **Fallseminar Modul III:**

**Montag, 25. – Freitag, 29. Nov. 2013**

– **Basiskurs:**

**Dienstag, 03. – Samstag, 07. Dez. 2013**

**Teilnahmebeiträge:**

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

Fallseminar 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](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)



**Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)**

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

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

**Frühjahr 2013 Hessen**

Modul I	<b>Freitag, 18. – Samstag, 19. Jan. 2013</b>
Modul II/III	<b>Freitag, 01. – Samstag, 02. Feb. 2013</b>
Modul IV und Wahlthema	<b>Freitag, 15. – Samstag, 16. Feb. 2013</b>
Modul V	<b>Freitag, 01. – Samstag, 02. März 2013</b>

**Leitung:** D. Paul, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag pro Wochenende:** € 165

**Auskunft und Anmeldung:** Frau I. Krahe, Akademie,

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

E-Mail: [ingrid.krahe@laekh.de](mailto:ingrid.krahe@laekh.de)

**Sozialmedizin (insg. 320 Std.)**

Mit Wirkung vom 1. Juni 2012 müssen alle Teilnehmer zuerst die erforderlichen Grundkurse absolvieren um anschließend mit den Aufbaukursen abzuschließen. Von dieser Regelung ausgenommen bleibt aber die Reihenfolge innerhalb der Grund- und Aufbaukurse.

Für die Teilnehmer, die vor dem Stichtag (1. Juni 2012) bereits mit einem Aufbaukurs begonnen haben, werden Übergangsbestimmungen eingeräumt, so dass diese, ausgenommen der neuen Regelung, die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ erwerben können.

<b>AK II Mittwoch, 06. Feb. – Freitag, 15. Feb. 2013</b>	<b>80 P</b>
<b>GK I Mittwoch, 10. Apr. – Freitag, 19. Apr. 2013</b>	<b>80 P</b>
<b>GK II Mittwoch, 21. Aug. – Freitag, 30. Aug. 2013</b>	<b>80 P</b>
<b>AK I Mittwoch, 30. Okt. – Freitag, 08. Nov. 2013</b>	<b>80 P</b>

**Leitung:** Ltd. Med. Dir. 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](mailto:claudia.cordes@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 I:	<b>Dienstag, 12. – Samstag, 16. Feb. 2013</b>
Block II a:	<b>Mittwoch, 17. – Samstag, 20. Apr. 2013</b>
Block II b:	<b>Mittwoch, 19. – Samstag, 22. Juni 2013</b>
Block III a:	<b>Mittwoch, 25. – Samstag, 28. Sep. 2013</b>
Telelernphase:	<b>Sonntag, 29. Sep. – Sonntag, 13. Nov. 2013</b>
Block III b:	<b>Donnerstag, 14. – Samstag, 16. Nov. 2013</b>

**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](mailto:heike.cichon@laekh.de)

**Spezielle Schmerztherapie**

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

**Block A 09./10. März 2013** in Bad Nauheim **20 P**

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

Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf

**Block D 08./09. Juni 2013** in Bad Nauheim **20 P**

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

**Block C 14./15. Sep. 2013** in Bad Nauheim **20 P**

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

**Block B 02./03. Nov. 2013** in Kassel **20 P**

**Leitung:** Dr. med. M. Gehling, Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

**Teilnahmebeitrag pro Block:** € 240 (Akademiemitgl. € 216)

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

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

E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

**Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RÖV**

**Kenntniskurs** (theoretische und praktische Unterweisung)

**Samstag, 19. Jan. 2013** **8 P**

**Samstag, 30. Nov. 2013**

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

**Teilnahmebeitrag:** gesamt € 140 (Akademiemitgl. € 126)

**Theoretische Unterweisung:** € 100 (Akademiemitgl. € 90)

**Praktische Unterweisung:** € 50 (Akademiemitgl. € 45)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

**Grundkurs**

**Samstag, 16. – Sonntag, 17. Feb. 2013** **20 P**

Praktikumstermine zur Auswahl:

Montag, 18. Feb. 2013 oder Dienstag, 19. Feb. 2013

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

**Teilnahmebeitrag:** € 300 (Akademiemitgl. € 270)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: Hochwaldkrankenhaus Bad Nauheim

**Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde**

**Mittwoch, 20. Feb. 2013** **8 P**

**Samstag, 23. März 2013 in Kassel** **8 P**

**Samstag, 12. Okt. 2013**

**Teilnahmebeitrag:** auf Anfrage

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

**Teilnahmebeitrag:** € 130 (Akademiemitgl. € 117)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Kassel, Kongress Palais – Stadthalle

**Spezialkurs Röntgendiagnostik**

**Samstag, 17. – Sonntag, 18. Aug. 2013**

Praktikumstermine auf Anfrage

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

**Teilnahmebeitrag:** € 300 (Akademiemitgl. € 270)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: Krankenhaus Nordwest, Frankfurt

**Spezialkurs Computertomographie**

Termine in Planung

**Spezialkurs Interventionsradiologie**

Termine in Planung

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

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

E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)



## Ultraschallkurse

### Abdomen

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

**Grundkurs** 40 P

**Samstag, 19. und Sonntag, 27. Jan. 2013 (Theorie)**  
+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)

**Aufbaukurs** 40 P

**Samstag, 20. und Sonntag, 28. Apr. 2013 (Theorie)**  
+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)

**Abschlusskurs** 29 P

**Samstag, 02. Nov. 2013 (Theorie)**  
+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 320 (Akademiemitgl. € 288)

### Gefäße

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

**Interdisziplinärer Grundkurs** 29 P

**Donnerstag, 14. – Freitag, 15. Feb. 2013 (Theorie)**

**Samstag, 16. Feb. 2013 (Praktikum)**

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

**Aufbaukurs (periphere Arterien und Venen)** 25 P

**Donnerstag, 13. – Freitag, 14. Juni 2013 (Theorie)**

**Samstag, 15. Juni 2013 (Praktikum)**

**Teilnahmebeitrag:** € 380 (Akademiemitgl. € 342)

**Abschlusskurs (periphere Arterien und Venen)** 20 P

**Freitag, 29. – Samstag, 30. Nov. 2013 (Theorie + Praktikum)**

**Teilnahmebeitrag:** € 320 (Akademiemitgl. € 288)

**Auskunft und Anmeldung:** Frau M. Jost,  
Fon: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: [marianne.jost@laekh.de](mailto:marianne.jost@laekh.de)

## Aufbaumodul Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm

Das Modul baut auf das zwanzigstündige Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer auf, in dem Kenntnisse zur Tabakabhängigkeit und Beratungstechniken sowie Interventionstechniken zur Entwöhnung vermittelt werden.

**Samstag, 23. Feb. 2013, 09:00 Uhr – 16:15 Uhr** 8 P

**Samstag, 07. Dez. 2013, 09:00 Uhr – 16:15 Uhr** 8 P

**Leitung:** Dr. W. Köhler, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 170 (Akademiemitgl. € 153)

**max. Teilnehmerzahl:** 12

**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](mailto:ingrid.krahe@laekh.de)

## Verkehrsmedizinische Qualifikation

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

**Freitag, 28. – Samstag, 29. Juni 2013** 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](mailto:renate.hessler@laekh.de)

## Krankenhaushygiene

**Modul I: Montag, 18. – Freitag, 22. Feb. 2013, Gießen** 40 P

**Leitung:** Prof. Dr. med. T. Eikmann

Termine für Module II bis VI in Planung

**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](mailto:heike.cichon@laekh.de)

## Einführung in die Schlafmedizin – Qualifikation nach den BUB-Richtlinien

Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe nach den BUB-Richtlinien (anerkannt von der DGSM und der KV). In Kooperation mit der Gesellschaft für Schlafmedizin Hessen e.V. (GSMH).

**Freitag, 24. – Sonntag, 26. Mai 2013** insg. 30 P

**Samstag, 29. – Sonntag, 30. Juni 2013**

**Leitung:** Dr. med. J. Heitmann, Gießen

PD Dr. med. Dr. med. habil. T.O. Hirche, Wiesbaden

Prof. Dr. med. R. Schulz, Gießen

**Teilnahmebeitrag:** € 590 (Akademiemitgl. € 531)

**Max. Teilnehmerzahl:** 32

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: **Gießen**, UKGM GmbH Schlaflabor Med. Klinik II

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

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

E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)

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

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer 32 P

**Freitag, 27. – Samstag, 28. Sep. 2013**

**Freitag, 22. – Samstag, 23. Nov. 2013**

**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](mailto: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 ist auch im Internet unter <https://portal.laekh.de> oder auf der Homepage der Akademie [www.akademie-hessen.de](http://www.akademie-hessen.de) schnell und kostenfrei möglich.

**Kinderbetreuung:** Für Kinder von drei bis acht Jahren Freitag nachmittags und Samstag ganztags möglich! Im Modellprojekt vom 1. Januar – 30. Juni 2013 kostenfrei (siehe Seite 33, oben)! Telefonische Informationen: Frau C. Ittner, Akademie, Fon: 06032 782-223

**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](mailto:cornelia.thriene@laekh.de)



**Prüfungsvorbereitungskurse****Abrechnung: EBM (PVK 1)****Termin:** Sa., 09.03.2013, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)**Gebühr:** € 75**Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ (PVK 2)****Termin:** Sa., 20.04.2013, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)**Gebühr:** € 75**Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)****Termin:** Fr., 01.02.2013, 09:30 – 17:45 Uhr (9 Std.) oder

Sa., 02.02.2013, 09:30 – 17:45 Uhr (9 Std.)

Die beiden o.g. Termine sind vorrangig für die Teilnehmer/innen, die ihre praktische Abschlussprüfung im Frühjahr 2013 absolvieren.

**Termin:** Sa., 27.04.2013 (9 Std.) oder

Mo., 29.04.2013 (9 Std.) oder

Di., 30.04.2013 (9 Std.)

jeweils 09:00 – 17:45 Uhr

**Gebühr:** € 95**Medizinische Fachkunde (PVK 4)****Termin:** Sa., 16.03.2013 und Sa., 23.03.2013

jeweils 10:00 – 16:30 Uhr (insgesamt 14 Std.)

**Gebühr:** € 125**Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 5)****Termin:** Sa., 13.04.2013, 09:15 – 17:30 Uhr (9 Std.)**Gebühr:** € 75**Praxisorganisation Teil 1 Verwaltung und Wirtschaftskunde (PVK 6)****Termin:** Sa., 02.03.2013, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)**Gebühr:** € 75**Information:** Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180**Schwerpunkt Medizin****Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz nach § 18a Abs. 2 und 3 RöV**

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

**Termin:** Fr., 25.01.2013 – Sa., 26.01.2013 (insgesamt 16 Std.)**Gebühr:** € 245 inkl. Lernerfolgskontrolle**Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180**Notfallmanagement (MED 7)**

Die Fortbildung wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nichtärztliche Praxisassistenz“ und „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“.

- Inhalte:**
- Betreuung risikorelevanter und vulnerabler Patientengruppen
  - Notfallsituationen
  - Notfallmanagement
  - Notfallgeräte und -medikamente

**Termin:** Do., 24.01.2013 – Sa., 26.01.2013 (insgesamt 20 Stunden)**Gebühr:** € 255**Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180**Impfungen (MED 10)****Inhalte:** Impfkalender der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmündigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplikationen, Impfschäden, Impfmanagement, Praktische Übungen**Termin:** Mi., 30.01.2013, 09:30 – 16:45 Uhr (8 Std.)**Gebühr:** € 95**Information:** Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax: -180**Schwerpunkt 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, 22.02.2013, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)**Gebühr:** € 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:** Sa., 23.02.2013, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)**Gebühr:** € 95**Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180**Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)****Inhalte:** Die Fortbildung richtet sich insbesondere an Berufsanfänger und Wiedereinsteiger, für die das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Abrechnung neu ist. Durch praktische Übungen und anhand von Fallbeispielen werden die vermittelten Kenntnisse vertiefend geübt.**Termin:** Sa., 02.02.2013, 10:00 – 16:30 Uhr und

Sa., 09.02.2013, 09:15 – 17:30 Uhr (16 Stunden)

**Gebühr:** € 185**Information:** Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180**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.

**Termin:** Interessentenliste, 6 Termine (insgesamt 44 Std.)**Gebühr:** € 550**Information:** Annegret Werling, Fon: 06032 782-193, Fax: -180**Strahlenschutz gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 RöV (90 Stunden)****Inhalte theoretischer Teil:** Anatomie und Röntgenanatomie, Röntgenaufnahmetechnik, spezieller Strahlenschutz, Dokumentationspflichten, Rechtsvorschriften, Richtlinien und Empfehlungen**Inhalte praktischer Teil:** praktische Übungen zur Einstellung und Belichtung von Röntgenaufnahmen, praktische Übungen zur Qualitätssicherung, Demonstrationen**Termin:** ab Fr., 22.02.2013**Gebühr:** € 950 zzgl. € 50 Prüfungsgebühr**Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180



## Onkologie und Palliativversorgung für Medizinische Fachangestellte

Die Fortbildungen „ONK“ werden anerkannt beim Qualifizierungslehrgang „Onkologie“, die Fortbildungen „PAL“ werden anerkannt beim Qualifizierungslehrgang „Palliativversorgung“. Nähere Informationen hierzu finden Sie in unserem Fortbildungsprogramm und auf unserer Homepage.

### Dokumentation und rechtliche Grundlagen (ONK 2)

**Termin:** Fr., 01.02.2013, 10:15 – 15:00 Uhr (5 Std.)

**Gebühr:** € 70

### Therapeutische und pflegerische Interventionen (ONK 3)

**Termin:** Fr., 01.02.2013, 15:15 – 18:30 Uhr und  
Sa. 02.02.2013, 08:30 – 16:45 (insgesamt 13 Std.)

**Gebühr:** € 185

### Psychoonkologische Grundlagen (ONK 4)

**Termin:** Sa., 23.02.2013, 10:15 – 18:30 Uhr (9 Std.)

**Gebühr:** € 95

### Therapeutische und pflegerische Maßnahmen (PAL 3)

**Termin:** Fr., 08.02.2013, 10:15 – 16:45 Uhr und  
Sa. 09.02.2013, 09:30 – 15:00 Uhr (insgesamt 13 Std.)

**Gebühr:** € 185

### Sterben und Trauer (PAL 4)

**Termin:** Fr., 15.03.2013 und Sa., 16.03.2013, 09:30 – 15:00 Uhr  
(insgesamt 12 Std.)

**Gebühr:** € 150

### Ethik und Recht (PAL 5)

**Termin:** Fr., 12.04.2013, 09:30 – 15:00 Uhr (6 Std.)

**Gebühr:** € 95

**Information:** Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, 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](http://www.fortbildung-mfa.de)

Als medizinischer Wahlteil werden u.a. Fortbildungskurse gemäß den Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Gerne übersenden wir Ihnen das Fortbildungsprogramm 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

**Termin:** ab Do., 18.04.2013

**Gebühr 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

## 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, 24.04.2013, 09:30 – 12:45 Uhr

**Gebühr:** € 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, 24.04.2013, 13:30 – 16:45 Uhr

**Gebühr:** € 70

### Wundmanagement (AVÄ 4)

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

**Termin:** Do., 25.04.2013, 15:15 – 16:45 Uhr und

Fr., 26.04.2013, 09:30 – 16:45 Uhr (insgesamt 10 Std.)

**Gebühr:** € 150

### Krankheitsbilder in der ambulanten Versorgung älterer Menschen (AVÄ 1)

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

**Termin:** Do., 25.04.2013, 09:30 – 15:00 Uhr (6 Std.)

**Gebühr:** € 95

### Geriatrisches Basisassessment (AVÄ 2)

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

**Termin:** Sa., 27.04.2013, 09:30 – 15:00 Uhr

**Gebühr:** € 95

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

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

## ALLGEMEINE HINWEISE

**Anmeldung:** bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich. Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-0, Fax: 06032 782-180, Homepage: [www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de)

**Veranstaltungsort:** soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen im Seminargebäude 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](mailto:gaestehaus@fbz-hessen.de)



# Hämochromatose und ihre Therapie

Die idiopathische Hämochromatose – ein seltenes Krankheitsbild – führt durch eine erhöhte Aufnahme von Eisen im oberen Dünndarm zu einer Eisenüberladung des Körpers. Die Folgen sind multiple Organschädigungen, vor allem Leberschäden bis hin zur Leberzirrhose und einem zunehmenden Risiko für das Hepatozelluläre Karzinom, aber auch Herzinsuffizienz durch Kardiomyopathie, Diabetes mellitus auch in Form des Bronze Diabetes sowie Polyarthropathien und Enzephalopathien.

Die fortschreitende, nicht behandelte Hämochromatose führt letztlich zu schweren irreversiblen Organschäden und der Krankheitsverlauf ist infaust.

Die idiopathische Hämochromatose kommt bei Männern häufiger vor als bei Frauen. Sie wird durch einen Gendefekt – fünf verschiedene Gendefekte sind bekannt – verursacht. Sie wird autosomal rezessiv vererbt. Sehr selten gibt es eine neonatale Form der Hämochromatose, die wahrscheinlich über einen noch nicht bekannten Gendefekt autosomal rezessiv vererbt wird.

Darüber hinaus gibt es sekundäre Hämochromatosen als Folge von erworbener Eisenüberlastung des Körpers über z.B. viele Bluttransfusionen u.a. Porphyrie, Atransferrinämie und vor allem bei der Thallassämie.

Bei einer Hämochromatose steigt das Körperereisen von 2-6 Gramm massiv an und ab ca. 20 Gramm Körperereisen treten klinische Symptome auf. Das angereicherte Eisen schädigt u.a. die DNA und führt über Bildung von Radikalen zu intrazellulären Oxidationsvorgängen.

Das Krankheitsbild manifestiert sich als Lebererkrankung, aber auch als Herzerkrankung, Diabetes mellitus und als Polyarthropathie oder auch als Enzephalopathie. Verdächtig sind die Laborwerte erhöhtes Ferritin, erhöhte Transferrinsättigung – niedriges freies Transferrin – sowie ein

hohes Plasmaeisen. Der sensitivste Laborparameter ist die erhöhte Transferrinsättigung. Die Diagnose sollte durch einen Gentest gestellt werden und wenn dies nicht möglich ist, durch eine feingewebliche Untersuchung z.B. der Leber.

**Ziel der Behandlung** ist die Entleerung der Eisenspeicher des Körpers.

- **Therapie der Wahl** ist nach wie vor der Aderlass. Er ist effektiv, sicher und nebenwirkungsarm. Anfänglich werden ein bis zwei Aderlässe von 500 ml Blut bis zu einem Ferritinspiegel von unter 50 µg/Liter durchgeführt. Dies kann in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung jahrelang dauern. Anschließend sind lebenslang vier bis zwölf Aderlässe/Jahr als Erhaltungstherapie erforderlich, um den Ferritinspiegel zwischen 50 und 100 µg/Liter zu halten.
- Die maschinelle **Erythroapherese** zeigt den gleichen Therapieerfolg wie die Aderlasstherapie. Weil mehr Erythrozyten pro Behandlung entnommen werden, ist die Therapiefrequenz niedriger und der Ferritinwert sinkt schneller als bei der Aderlasstherapie. Die anderen Blutbestandteile müssen dem Patienten zurückgegeben werden. Eine Kostenübernahme dieses aufwändigen Verfahrens durch die Krankenkassen ist noch nicht gegeben.
- Mit **Desferroxamin** – Eisenchelatbildner – kann Eisen in Blut und Gewebe gebunden und über Galle und Niere ausgeschieden werden. Diese Therapie ist eindeutig nicht so wirksam wie die Aderlass- oder Apheresetherapie und muss als subkutane Dauerinfusion von zwölf bis 24 Stunden an fünf bis sieben Tagen in der Woche durchgeführt werden. Diese aufwändige Therapie mit ggf. erheblichen Nebenwirkungen ist nur bei Vorliegen einer Anämie oder Kardiomyopathie indiziert.
- Für den oralen Eisenchelatbildner **Desferasinox/Exjade®** gilt das Gleiche. Diese ist für die Behandlung der chronischen transfusionsbedingten Eisenüberlastung

zugelassen. Im Wirkstoff aktuell hat die KBV darauf hingewiesen, dass Exjade® nicht besser wirksam ist, als Desferroxamin. Es weist gravierende Nebenwirkungen bis hin zu tödlichen Zytopenien, Nierenversagen und Leberausfall auf. Der sehr hohe Preis ist als unwirtschaftlich anzusehen.

- **Protonenpumpenhemmer** und **NSAR** wie Diclofenac oder Ibuprofen vermindern die Eisenresorption im Dünndarm. Hiermit ist gelegentlich bei leichteren Verlaufsformen der Ferritinwert über Monate, manchmal auch Jahre im therapeutischen Bereich zu halten. In dieser Zeit sind keine Aderlässe erforderlich. Wichtig ist wie bei allen Therapieformen die regelmäßige Kontrolle des Ferritins.
- **Diätetische Maßnahmen** können die Behandlung unterstützen. So vermindert schwarzer Tee zu den Mahlzeiten die Eisenresorption. Auf Vitamin-C-haltige Getränke sollte zwei Stunden vor und zwei Stunden nach den Mahlzeiten verzichtet werden, da Vitamin-C die Eisenaufnahme begünstigt.
- Die Hämochromatose kann durch die Leberschädigung auch zu einem Leberversagen führen. Hier ist als Ultima ratio nur noch eine Lebertransplantation als Therapieoption möglich.

Wird die Hämochromatose vor Auftreten von Symptomen entdeckt und behandelt, ist sie letztlich ohne Folgeschäden behandelbar. Sind die Organschäden noch nicht irreversibel, ist die Lebenserwartung nicht deutlich beeinträchtigt. Das Hauptproblem Leberfibrose oder Leberzirrhose ist nicht mehr rückgängig zu machen und erfordert neben der Hämochromatose-therapie eine lebenslange spezifische Therapie.

*Dr. med. Wolfgang LangHeinrich  
Referat Pharmakotherapie der KV Hessen*

Literatur beim Verfasser, kein Interessenkonflikt.

## Journalisten-Workshop „Recherche Pharma Lobby“:

**Webfehler im System beheben, neue Fundamente schaffen**

Regine Schulte Strathaus

Wie groß ist die Grauzone zwischen Interessenkonflikten und Bestechlichkeit im Medizinbetrieb? Werden diese Konflikte zur Eintrittspforte für Korruption? In wieweit beeinflussen Geldgeber aus der Pharmaindustrie Forschung und Studienergebnisse, und wie können Medizinjournalisten missliche Zustände offenlegen? Diese und weitere brisante Themen diskutierten Mitglieder des Verbandes der Medizin- und Wissenschaftsjournalisten e.V. (VMWJ) mit Experten aus dem Gesundheitswesen in einem Workshop Ende November 2012 anlässlich der 9. Wissenswerte in Bremen.

Wie weit die Einflüsse der Pharma- und Medizinprodukte-Lobby auf Ärzte, Politiker und Patienten heute reichen, wurde anhand von Negativ-Beispielen verdeutlicht. Diese reichen von Neuzulassungen durch geschickt manipulierte Studien mit positiven Ergebnissen, über das Missachten von Risiken bei Neubewertung und Überprüfung bekannter Medikamente, bis hin zu fragwürdigen Empfehlungen seitens bestimmter Interessengruppen zur Therapie sowie das Erschleichen von Pharmageldern zur Förderung von Selbsthilfegruppen, die nur auf dem Papier existieren.

„Wir haben einen gewaltigen Ressourcen-Missbrauch bei Arzneimitteln, die zwischen 50.000 und 100.000 Euro pro Jahr bei neu zugelassenen Präparaten ausmachen, ohne genaue Kenntnis darüber zu haben, ob die möglichen Schäden für die Patienten überwiegen.“ Mit dieser Aussage eröffnete Professor Wolf-Dieter Ludwig, Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie im Helios Klinikum Berlin-Buch, die Diskussion mit den Medizinjournalisten. Der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft plädierte dafür, Studien von unabhängigen Instituten (z.B. in den USA) prüfen zu lassen, „da diese oftmals zu weniger günstigen Ergebnissen kommen als deutsche. Als Beispiel nannte der Onkologe die Diskussion um Bevacizumab (Avastin®) von Roche Pharma. Im Sommer vergangenen Jahres habe sich jedoch ge-

zeigt, dass der Nutzen bestenfalls als „mäßig“ anzusehen sei. Die US-Arzneimittelbehörde FDA habe daraufhin die Zulassung für diese Indikation 2011 entzogen. In Deutschland werde das Präparat jedoch nach wie vor eingesetzt.

*(Anm. d. Red: Bevacizumab ist für die Erst- und Zweitlinienchemotherapie bei metastasierendem Brustkrebs zugelassen. Nach einer Metaanalyse der Cochrane Collaboration von sechs Studien mit 4.032 Frauen argumentierte die FDA, dass der Therapieerfolg die Risiken der Behandlung nicht aufwiege. Zwar konnte das progressionsfreie Überleben der Patientinnen um bis zu 33 Prozent verbessert werden, jedoch nicht deren Gesamtüberleben).*

Ludwig betonte, dass zum Zusatznutzen bestimmter Wirkstoffe in Arzneimitteln zwar mittlerweile bessere Informationen abgerufen werden könnten (z.B. durch den Arzneimittelbrief und das BfArM), diese jedoch noch kein Merkmal für die qualitative Verbesserung der Studienlage für Medikamente darstellten.

Als weiteres Beispiel für Interessenkonflikte nannte der Onkologe die jüngsten Ereignisse rund um die Antidiabetika Glitazone mit dem Wirkstoff Rosiglitazon zur Therapie von Typ-2-Diabetes. Bei Nachprüfungen hätten sich bis dato unveröffentlichte kardiovaskuläre Risiken herausgestellt. *(Anm. d. Red.: Das BfArM rät seit Juni 2011 davon ab, rosiglitazonhaltige Arzneimittel mit dem Wirkstoff einzusetzen. Und auch die Europäische Arzneimittelbehörde EMA entschied bereits im September 2010, den Wirkstoff Rosiglitazon vom Markt zu nehmen, da unter dem Medikament vermehrt Herzerkrankungen und tödliche Herzinfarkte auftraten. Rosiglitazon habe, so die Behörde, insgesamt ein ungünstiges Nutzen-Schaden-Verhältnis).*

Dass in diesem Fall eine Grauzone zwischen Korruption und Bestechlichkeit existiert, liegt für Ludwig auf der Hand. „Wir müssen entscheiden, wie wir mit Interessenkonflikten umgehen, die sich auch auf die klinischen Leitlinien auswirken kön-

nen“. Dazu könnten auch Medizinjournalisten beitragen. Ihre Aufgabe sei es darzulegen, dass bei Arzneimittelzulassungen das Nutzen-Risiko-Verhältnis deutlich gemacht werde.

Zu Versäumnissen hinsichtlich des Grippeimpfstoffs Oseltamivir (Tamiflu®) von Roche äußerte sich Dr. med. Angela Spelsberg, Ärztliche Leiterin des Tumorzentrums Aachen und im Vorstand von Transparency International. Sie kritisierte die Vorgehensweise der Hersteller im Zuge der im Jahr 2009 ausgebrochenen Schweinegrippe als Panikmache. „Trotz aktueller neuer Erkenntnisse der Cochrane Collaboration anhand nachgereicherter Studien von Roche zur schwächeren Evidenz, wird dieses Medikament nach wie vor in horrenden Dosen in Deutschland eingelagert.“ Sie bezeichnete das Verhalten von Tamiflu® als Skandal, da dieses Mittel bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach wie vor als „essential medicine“ auf der Liste stehe. Auch das Robert Koch-Institut (RKI) habe seine Empfehlungen nicht geändert. Die Epidemiologin sieht daher die Evidenzkriterien stark gefährdet, so lange sie in den Händen der Hersteller lägen. Sie plädierte dafür, Studiendaten kritischer zu hinterfragen, Manuskripte vor einer Publikation unabhängig prüfen zu lassen und Studiendaten öffentlich zugänglich zu machen. Als positives Beispiel nannte Spelsberg die neue Regelung des British Medical Journal (BMJ). Ebenso machte sie sich stark für die „clinical trial regulation“, die seit dem Jahr 2001 vom Europäischen Parlament als Richtlinie für klinische Studien empfohlen wird, um mehr Transparenz und mehr Benefit für die Patienten zu erhalten. „Dort hinein gehören auch die Rohdaten und nicht nur manipulierte und interpretierte Ergebnisse wie bei Tamiflu®. Dies ist ein Modellprojekt hinsichtlich Ghostwriting und Ergebnis.“ Nur durch Offenlegung der Daten könne das Allgemeinwohl gestärkt und Missbrauch und Korruption ein Riegel vorgeschoben werden. „Gesundheit wird durch mehr Medikamente nicht verbessert. Sie ist nicht käuflich, und der Patient

sollte vor Gewinnstreben geschützt werden.“

Dass mehr Ausgaben für die Gesundheit der Bevölkerung keineswegs auch mehr Benefit bringen, führte die Epidemiologin an zwei Beispielen aus. Der Gesundheitszustand der Japaner mit ihrem Durchschnittsalter von 87 Jahren bleibe seit Jahren konstant, wobei diese für ihre Gesundheit rund acht Prozent des jährlichen Bruttoinlandsprodukts (BIP) aufwendeten. In den USA hingegen stiegen die BIP-Ausgaben für Gesundheit auf derzeit 16 Prozent (bis 2019 werden 19 % geschätzt), doch seien die Amerikaner keineswegs gesünder. Grundsätzlich, so Spelsberg, müssten die „Webfehler im System“ beseitigt werden. „So lange Interessenskonflikte als Eintrittspforte für Korruption dienen und die Medizin von Interessenskonflikten dominiert wird, so lange Forschung von Geldgebern aus der Industrie abhängig ist, wird die Gesundheit auf den Kopf gestellt und werden die Patienten kränker gemacht. Es wäre wünschenswert, dass sich in Zukunft ein System in der Forschung etabliert, das bislang fehlt, und dass neue Fundamente für eine unabhängige Forschung geschaffen werden. Denn es macht keinen Sinn, immer nur mit der Spitze des Eisbergs zu arbeiten und Dinge nicht konsequent zu Ende zu denken.“

Ein weiteres Negativ-Beispiel zu einem Antidepressivum (Edronax® mit dem Wirkstoff Reboxetin) von Pfizer schilderte Dr. rer. medic. Klaus Koch, Leiter des Ressorts Gesundheitsinformation beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und Mitglied im Vorstand des Deutschen Netzwerk evidenzbasierte Medizin e.V.. Das Pharmaunternehmen weigerte sich trotz wiederholter Bitte, dem IQWiG eine vollständige Liste aller veröffentlichten und unveröffentlichten Studien zu Reboxetin zur Verfügung zu stellen. Erst durch eigene Recherchen konnte herausgefunden werden, dass dieses Arzneimittel in mindestens 16 Studien getestet wurde, jedoch von neun dieser Studien wichtige Schlüsselinformationen fehlten. Von zwei Drittel der in die Studien eingeschlossenen Patienten fehlten somit die Ergebnisse. Erst durch politischen

Druck habe der Hersteller die Daten nachgeliefert. Diese belegten eindeutig, dass der positive Effekt des Medikaments nicht mehr gegeben war.

Auch der Wissenschaftsjournalist sprach sich vehement für eine umfangreiche Registrierung von Studiendaten aus, die öffentlich zugänglich sein sollten. Für ihn sei der Interessenkonflikt zwischen Forschern und Industrie nicht immer zwangsweise negativ oder deute auf Korruption hin. Vielmehr müsse der Umgang miteinander kritisch hinterfragt werden.

Für eine bessere Registrierung aller Studien plädierte auch Dr. Rolf Hömke, Wissenschaftspresse-Referent beim Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (vfa), Berlin. In seinem Verband wird er mit zahlreichen Journalistenanfragen konfrontiert. Diese muss er, wie im Falle Roche Pharma, an die dortige Pressestelle oder einen kompetenten Ansprechpartner weiterleiten. Auch er sprach sich für einen offeneren Umgang mit Studien aus, die registriert werden sollten. Der Trend zu dieser Offenlegung setze sich immer mehr durch. So sei zu erwarten, dass die Registrierung aller Studien und ihrer Ergebnisse bald in ein EU-Gesetz münden werde. Spätestens in der Phase-II-Studie sollten auch das Finanzielle unter den beteiligten Parteien geregelt, die Summen transparent gemacht und das Sponsoring von Selbsthilfegruppen und anderen Initiativen verdeutlicht werden.

Dass Selbsthilfegruppen als Marketing-Instrument für die Pharmaindustrie interessant sind und durch ihre Glaubwürdigkeit als wichtige Katalysatoren gelten, zeigten einige Zahlen der Wissenschaftsjournalistin Martina Keller aus Hamburg. Im Jahr 2011 flossen von den drei großen Pharmaherstellern Novartis, Pfizer und Roche rund 1,6 Millionen Euro an diese Patientenvereinigungen. Wie eng verknüpft die Selbsthilfegruppen mit der Pharma-Lobby wirklich sind, sei zwar beim B.A.G. Dachverband durch einen anonymen Bericht bekannt, werde jedoch unter der Decke gehalten. (Anm. d. Red.: In der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (B.A.G. SELBSTHILFE) sind 116 Organisationen vereint, in

den bundesweit rund eine Million behinderte und chronisch kranke Menschen samt ihren Angehörigen tätig sind. Gleichzeitig existieren rund 13 Landesarbeitsgemeinschaften und fünf Fachverbände).

Dass auch hier durch Briefkastengruppen Sponsorengelder aus der Pharmaindustrie erschlichen werden, schilderte die Journalistin anhand eines dreisten Patientenvertreters, der dem Dachverband als sehr aktives Mitglied bekannt war. Dieser initiierte auf dem Papier sechs Selbsthilfegruppen zu unterschiedlichen Indikationen und kassierte in den Jahren 2009 bis 2011 über 250.000 Euro Sponsorengelder. Mittlerweile sei dieser Patientenvertreter von allen Ämtern zurückgetreten. Die Journalistin plädierte dafür, dass alle Sponsorengelder aus Pharmakreisen in einen Topf gezahlt und dann von einem Gremium verteilt werden.

#### **Anschrift der Verfasserin**

*Regine Schulte Strathaus  
Medizinjournalistin, Buchautorin  
Mitglied im „Arbeitskreis Medizin-  
publizisten – Klub der Wissenschafts-  
journalisten“ (AKMED)  
im „Verband der Medizin- und Wissen-  
schaftsjournalisten e. V.“ (VMW)  
Faaker Straße 15, 65187 Wiesbaden  
Tel. 0611 719420, Fax: 0611 8100384  
E-Mail: r.schustra@t-online.de  
www.rheinmain-medizinjournalisten.de*

# Neues zur Weiterbildung Allgemeinmedizin

## In Hessen: Jobbörse steht online und Begleitseminare starten

Erika Baum<sup>1,2</sup>, Marischa Broermann<sup>2</sup>, Monika Buchalik<sup>1,5</sup>, Ferdinand Gerlach<sup>1,2</sup>, Rainer Greunke<sup>1,3</sup>, Martin Leimbeck<sup>1,4</sup>, Daniel Ottmann<sup>1</sup>, Armin Wunder<sup>2</sup>

Die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Kassenärztlicher Vereinigung Hessen (KVH) und Landesärztekammer Hessen (LÄK) sowie der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) und den Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an den Universitäten Frankfurt am Main und Marburg (Kompetenzzentren) trägt weitere Früchte. Auch mit der HESA, das ist der Zusammenschluss von Ärzten/innen in Weiterbildung (ÄiW) und solchen Kollegen/innen, die innerhalb der letzten zehn Jahre ihre Weiterbildung Allgemeinmedizin abgeschlossen haben, bestehen gute Kontakte. Inzwischen ist die **Jobbörse** unter <http://www.allgemeinmedizin-hessen.de/Ärzte+in+Weiterbildung/Jobbörse-p-22.html> bei der gemeinsamen Koordinierungsstelle online und erste Vermittlungen waren bereits sehr schnell erfolgreich. ÄiW sowie Weiterbildungsermächtigte können in einem durch Chiffre geschützten Verfahren somit ihre Wünsche beziehungsweise Angebote für Weiterbildungsstellen im Fachgebiet Allgemeinmedizin kostenlos publizieren.

In zwei gemeinsamen Veranstaltungen in Mittel- und Südhessen wurden im Novem-

<sup>1</sup> Koordinierungsstelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

<sup>2</sup> Kompetenzzentren

<sup>3</sup> Hessische Krankenhausgesellschaft

<sup>4</sup> Landesärztekammer Hessen

<sup>5</sup> Kassenärztliche Vereinigung

### Wichtige Web-Adressen mit allen weiterführenden Informationen

Koordinierungsstelle bei der KVH

[http://www.allgemeinmedizin-hessen.de/Allgemeinmedizin\\_Hessen.html](http://www.allgemeinmedizin-hessen.de/Allgemeinmedizin_Hessen.html)

Kompetenzzentren an den Universitäten Frankfurt am Main und Marburg

<http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/weiter/links.html>

HESA: <http://www.hessische-allgemeinmedizin.de/>

HKG: <http://www.hkg-online.de/>

LÄKH: <http://www.laekh.de/>

ber 2012 erste an **Weiterbündungsverbänden** Interessierte eingeladen und informiert. Inzwischen sind eine ganze Reihe von Verbänden etabliert oder im Entstehen. Unter FAQs finden sich auf der Homepage der Koordinierungsstelle Antworten auf häufig gestellte Fragen. Die Kompetenzzentren beraten individuell und haben bereits mehrere Links zu Weiterbündungsverbänden eingerichtet. Geplant ist eine Landkarte von Hessen auf der Homepage der Koordinierungsstelle, auf der man zukünftig schnell erkennen kann, wo aktive Weiterbündungsverbände existieren.

Am 1. Februar 2013 wird das erste **Begleitseminar** für ÄiW in Mittelhessen stattfinden und am 27. März startet die erste Mentorengruppe für ÄiW in Frankfurt am Main sowie eine zweite Gruppe am 10. April in Marburg. Wir bitten alle Interessierten (ÄiW und erfahrene Allgemeinmediziner/

innen als potentielle Dozenten/innen oder Mentoren/innen), sich bei den Kompetenzzentren zu melden. Die Seminarthemen werden an die Wünsche der Beteiligten angepasst. In der Regel sollen sie einmal im Quartal freitags ganztags an verschiedenen Orten in Hessen angeboten werden. Die eingetragenen Weiterbündungsverbände haben zugesagt, dass dieser Unterricht auf die Dienstzeit angerechnet und die ÄiW dafür freigestellt werden. Kollegen/innen aus benachbarten Bundesländern sind ebenfalls herzlich eingeladen. Die ersten Seminare sind kostenlos, danach müssen wir aber einen geringen, die Kosten deckenden Beitrag verlangen, der überwiegend durch die Weiterbilder finanziert werden sollte.

### Korrespondenzadresse

Professor Dr. med. Erika Baum

Dresdner Straße 34, 35444 Biebertal



Die redaktionellen Artikel und ärztlichen Rubrikanzeigen finden Sie ca. 1 Woche vor Erscheinen des Heftes auch im Internet unter [www.aerzteblatt-hessen.de](http://www.aerzteblatt-hessen.de)! Auch mobil unter <http://m.aebhessen.de>

# Fotografischer Blick auf Paris

## Das Werk des Impressionisten Gustave Caillebotte in der Frankfurter Schirn

Paris – Schauplatz einer wechselvollen Geschichte, Stadt der Künste, der Liebe und der Mode. Mit ihren prachtvollen Bauten und Boulevards versprüht die französische Hauptstadt in ihrem Zentrum den Glanz vergangener Zeiten, der die nüchterne Gegenwart überdeckt. Doch dieses Paris der breiten Flanierstraßen und großzügigen Plätze verdankt sein Erscheinungsbild einer umwälzenden Stadtsanierung im 19. Jahrhundert. Völlig neu und modern präsentierte sich die Stadt damals ihren Bewohnern.

Es waren die Maler des Impressionismus, die sich in ihren Bildern mit der radikal veränderten Stadt und ihrer urbanen Kultur auseinandersetzten. Unter ihnen Gustave Caillebotte (1848-1894), dessen Oeuvre die Frankfurter Kunsthalle Schirn in einer beeindruckenden Ausstellung zeigt. In seinen Gemälden und Zeichnungen, die zeitgenössische Betrachter durch ungewohnte Perspektiven und Sujets in Erstaunen versetzten, spiegeln sich Caillebottes Faszination von der Ästhetik des städtischen Alltags und von der Natur als Ort der Erholung. Für das deutsche Publikum ist der Franzose, der in seiner Auseinandersetzung mit Themen wie Bewegung und Abstraktion einen sich später entwickelnden fotografischen Blick vorwegnahm, eine Neuentdeckung. Die ergänzend zu seinen Bildern ausgestellten Fotografien aus dem ausgehenden 19. und dem beginnenden 20. Jahrhundert lassen den Zusammenhang zwischen Malerei und Fotografie deutlich werden.

### Ruhe in der Bewegung

Wie von einem Windhauch in sanfte Unschärfe getaucht, macht das Ölgemälde „Boulevard des Italiens“ (1880) die Straße und die sie säumenden Gebäude im „Hausmann-Stil“ selbst zu Protagonisten. Stimmungsvoll beleuchtet die Wintersonne die oberen Etagen der Häuser am „Boulevard Haussmann bei Schnee“, 1879/1881.

Nur vordergründig mutet der „Blick durch ein Balkongitter“, 1880, voyeuristisch an, denn tatsächlich gilt das Augenmerk nicht so sehr dem „Dahinter“, sondern dem zu verspielten Ornamenten verschlungenen Stahl. Die neue, weitläufige städtische Architektur mit ihren schnurgeraden Boulevards fängt Caillebotte in dem prosaisch mit „Straße in Paris, Regenwetter“, 1877, betitelten Gemälde ein. Flaneure unterm Regenschirm überqueren das regennasse Pflaster einer Kreuzung; die Augen vom Betrachter abgewandt, scheint ein bürgerliches Paar gemessenen Schrittes auf diesen zuzugehen. Trotz des ungemütlichen Wetters ist keiner der Passanten in Eile; der in Öl festgehaltenen Bewegung haftet etwas Gemächliches an.

Bewegung in Muße: So könnten auch die Bilder „Kanus auf der Yverres“, 1877, oder „Ruderer mit Zylinder“, ebenfalls 1877, überschrieben werden. In Ruhe ziehen drei Ruderer ihrer Bahnen über den Fluss im Südosten von Paris. Caillebotte, der selbst in seiner freien Zeit ruderte, sich vor allem aber für das Segeln begeisterte und eigene Schiffe konstruierte, studierte die Bewegungsabläufe bis ins Detail, bevor er sie zu Papier brachte. Um sportliche Betätigung geht es in dem Ölgemälde „Pont de l'Europe“ (1876), nicht, dessen Fokus auf einer Ingenieursleistung, dem imposanten Stahlgeländer der Brücke, liegt. Doch auch hier illustriert Caillebotte Bewegungsabläufe mit scheinbar müheloser Selbstverständlichkeit: den abrollenden Fuß eines Herrn in Gehrock und Zylinder, den einknickenden Gang eines von hinten abgebildeten Fußgängers und das Traben eines Hundes im Bildvordergrund. Lässig, mit angewinkeltem Bein, lehnt ein Passant an dem Geländer.

### Ästhetische Faszination

Für Furore sorgte Caillebotte in der Pariser Kunstwelt mit der Ausstellung seines Öl-

bildes „Parkettschleifer“ im Jahr 1876, das als sein Meisterwerk gilt. Die dargestellte Szene ist direkt aus dem Alltag gegriffen, frei von jeglicher romantischen Erhöhung, und doch geht eine ästhetische Faszination von den drei, mit freiem Oberkörper auf dem Boden einer großbürgerlichen Pariser Wohnung knienden Arbeitern aus. Auch sie ein Teil der Moderne, schwitzend ihrem Tagewerk nachgehend und dabei sinnlichen Genüssen nicht abgeneigt, wie die Flasche Rotwein im Bildvordergrund andeutet. Caillebotte lässt die halbnackten Arbeiter zu einem Motiv der Kunst werden; in Gemälden wie „Mann, sich das Bein trocknend“ (1884), macht er die Nacktheit eines durchtrainierten männlichen Körpers selbst zum Thema. Auch seine zahlreichen Portraits illustrieren und weniger illustrieren Zeitgenossen, die er in ihren intensiven Farben getauchten, privaten Wohnräumen beim Lesen, beim Klavierspiel oder anderen Beschäftigungen darstellt, begeistert in ihrer lässigen Natürlichkeit. Wieder nimmt Caillebotte die Perspektive eines Fotografen ein, wählt ungewöhnliche Bildausschnitte oder vergrößert den Bildvordergrund wie in „Interieur, lesende Frau“ aus dem Jahr 1880. Im Vergleich zu der Zeitung lesenden, das Bild dominierenden Frau im Vordergrund wirkt der in ein Buch vertiefte Mann auf dem Sofa erstaunlich klein – ein Tausch der Geschlechterrollen, der im 19. Jahrhundert für Aufsehen sorgte. Das um 1889 entstandene Selbstportrait des Malers, der im Alter von nur 45 Jahren starb, zeigt ein gutgeschnittenes, entschlossen wirkendes Gesicht; die Augen liegen prüfend auf dem Betrachter. Bis zum 20. Januar 2013 sind die Werke Gustave Caillebottes in der Schirn zu sehen. Ein Besuch lohnt!

Weitere Informationen unter [www.schirn.de](http://www.schirn.de)

Katja Möhrle

## Raffael und seine Grafiken

Der Renaissancearchitekt, Maler und Grafiker Raffael lebte von 1483 bis 1520. Berühmt wurde Raffael durch das Gemälde: „Die Sixtinische Madonna“, sein wichtigstes architektonisches Werk dürfte der Petersdom sein.

Für die vielen Madonnen- und Heiligenbilder fertigte er, vermutlich damals wie heute üblich, zahlreiche Skizzen in unterschiedlichen Techniken an: Pastellkreide, Bleistift oder Silberstift.

Über lange Zeit interessierten die grafischen Werke die Öffentlichkeit kaum. Im Vordergrund standen die Gemälde. Das Städel Museum in Frankfurt nimmt bezüglich der Sammlung des grafischen Werkes von Raffael eine Sonderstellung ein. Bereits der ehemalige Leiter des Städel, Johann David Passavant, von 1787 bis 1861, fing als erster das Sammeln des grafischen Werkes an.

Das eigene Material wurde um verschiedene Leihgaben ergänzt, so dass der gesamte Ausstellungsumfang auf 48 Grafiken erweitert wurde.

Die Ausstellung ist in vier Themenbereiche untergliedert. Die erste stellt Skizzen der Mutter Gottes mit dem Jesuskind dar, die zweite befasst sich mit der Darstellung abstrakter Begriffe aus der Dichtkunst und der Philosophie, in der dritten Abteilung sieht man zeichnerische Entwürfe zu verschiedenen geschichtlichen Szenen, zum Beispiel den Kindermord zu Bethlehem oder das Treffen zwischen Papst Leo I. und dem Hunnenkönig Attila.

Die vierte Abteilung widmet sich den Entwürfen zur Ausgestaltung von Kirchenbauten, zum Beispiel der Kirche Santa Maria della Pace.

War das grafische Werk von Raffael in seiner Bedeutung unterschätzt worden, so genießt diese Arbeit heute eine eigenständige Bedeutung. Dieses zu recht. Es sind nicht nur Hilfszeichnungen sondern haben einen eigenständigen künstlerischen Aussagewert.

Raffael, auch Raffael da Urbino oder Raffaello Santi genannt (Sanzio) starb sehr früh. Bereits mit 37 Jahren ist sein Tod

verbürgt, am 6. April 1520. Möglicherweise starb er nach einem Aderlass, der zur Kurierung einer Geschlechtskrankheit vorgenommen wurde. Andere Quellen geben an, er sei an einer Malaria nach einem Aufenthalt in den Sumpfgebieten um Rom gestorben. Historiker ziehen auch die Pest als Todesursache in Betracht. Die damals üblichen Beerdigungsrituale seien stark abgekürzt worden, um eine Ansteckung anderer Menschen zu verhindern.

Raffael wurde auf eigenen Wunsch im Pantheon, heute die Kirche Santa Maria ad Martyres in einem antiken Sarkophag bestattet. Die Inschrift des Grabmals lautet: „Ille hic est Raphael, timuit quo sospite vinci, rerum magna parens et moriente mori“. „Dieser hier ist Raphael, von dem, solange er lebte, die große Mutter aller Dinge (gemeint ist die Natur) fürchtete, übertroffen zu werden, und als er starb, dass sie zugleich mit ihm stürbe.“

Die Ausstellung ist noch bis 3. Februar 2013 geöffnet.

*Siegmond Drexler*

### 163. Jahrestagung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte

## Homöopathie – Klassik im 21. Jahrhundert

9. – 11. Mai 2013 in Weimar

Thematisch wollen wir auf dieser Jahrestagung die Wurzeln der Homöopathie in den Fokus nehmen und die Aktualität der Methode für das 21. Jahrhundert darstellen: Welche Impulse kommen aus der Medizin unseres Zeitalters, welche Antworten haben wir als homöopathische Ärzte, sind aus der modernen Diagnostik Therapieoptionen ableitbar? Wie setzen wir die klassische Homöopathie als moderne Therapieform heute um? Wo und wie zeigt sich der „Genius der Arznei“? Wie entwickeln

wir den „roten Faden“ Bönninghausens? Wie nähern wir uns der gewünschten „mathematischen Genauigkeit“ Hahnemanns heute an?

Für die Teilnahme am Homöopathie-Kongress vergibt der DZVhÄ bis zu 20 Punkte für das Homöopathie-Diplom. Die Zertifizierung ist beantragt.

Weitere Informationen unter [www.homoeopathie-kongress.de](http://www.homoeopathie-kongress.de)

# Infektionskrankheit oder Arzneimittelexanthem?

W. Rösch, H. Gießler

Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen bei der Landesärztekammer Hessen, Frankfurt am Main

Ein Arzneimittelexanthem tritt mit einer Häufigkeit von etwa ein bis vier Prozent meist zwischen dem siebten und zwölften Behandlungstag auf, bei mehrmaliger Einnahme der allergieauslösenden Wirkstoffe beziehungsweise bei vorheriger Sensibilisierung erscheinen die Hauteffloreszenzen in der Regel innerhalb von 48 Stunden. Das klinische Erscheinungsbild ist außerordentlich vielfältig und kann sich in einer scharlachähnlichen Rötung, einem masernähnlichen Hautausschlag oder kleinen Papeln äußern. Seltener sind Arzneimittelexantheme mit Erythemen, retikulären Effloreszenzen und großen Flecken. Fixe Arzneimittelexantheme treten jedesmal nach Medikamentenaufnahme an der gleichen Stelle auf, entweder in lokalisierter oder in generalisierter Form (multiformeartig, urticariell, nodös, bullös, haemorrhagisch, lichenoid, akneform) und imitieren häufig Virusexantheme.

Eine Sonderform stellt die toxische epidermale Nekrolyse (TEN), synonym Stevens-Johnson-Syndrom oder Lyell-Syndrom genannt, dar, ein lebensbedrohliches Krankheitsbild, bei dem sich die Epidermis großflächig abhebt.

Überwiegend sind Erwachsene zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr betroffen. Suchlisten (<http://www.alles-zur-allergologie.de>) listen die häufigsten Auslöser eines Arzneimittelexanthems auf und können dazu beitragen, bei einer Multimedikation den wahrscheinlichen Auslöser der allergischen oder pseudoallergischen Reaktion zu identifizieren. Eine Testung kann als Epikutantestung oder als Scratch-Test in Form einer intrafokalen Testung im Bereich der am Melanoderm erkennbaren abgeheilten Herde erfolgen. Allerdings zeigen nur 10 – 30 % der Patienten mit er-

wiesener medikamentöser Genese eine positive Reaktion.

Wie schwierig im Einzelfall die Diagnosestellung eines Arzneimittelexanthems sein kann und welche differenzialdiagnostischen Probleme sich ergeben können, zeigt die folgende Kasuistik.

Seit Mitte Februar 2009 ist bei dem 50-jährigen Patienten eine Colitis ulcerosa bekannt, die mit Claversal und Corticoiden behandelt wurde. Am 29. März 2010 wurde eine Therapie mit Azathioprin zum stufenweisen Abbau der Cortison-Therapie begonnen. Am 9. April 2010 erfolgte die Einlieferung in das örtliche Krankenhaus mit folgenden Symptomen: Fieber 40,5°, kleine rote Punkte am Körper, Arme stärker betroffen, Schüttelfrost, Schmerzen am ganzen Körper, kraftlos – konnte sich kaum auf den Beinen halten, starke Gewichtsabnahme. In der Klinik wurde der Verdacht auf Windpocken geäußert und der Patient isoliert. Sein Gesundheitszustand – so der Patient – habe sich zunehmend verschlechtert, die Pünktchen hätten sich zu wässrigen Blasen vergrößert, die sich dann geöffnet hätten, sodass das rohe Fleisch zum Vorschein gekommen sei. Bereits der Hausarzt habe eine antibiotische Behandlung mit Tavanic eingeleitet, das Antibiotikum sei dann in der Klinik gewechselt worden. Nach Aussage einer Schwester sei unklar gewesen, ob es sich um eine virale oder eine bakterielle Infektion gehandelt habe. Auf die Hautausschläge sei eine Zinkoxidtinktur aufgetragen worden.

Erst am 15. April 2010 sei mit einer verspätet eingeleiteten Blutuntersuchung festgestellt worden, dass die Diagnose Windpocken falsch gewesen sei. Zu diesem

Zeitpunkt sei die Haut an Armen und Beinen angeschwollen gewesen, habe geschmerzt und sei aufgeplatzt; es sei Brandsalbe aufgetragen worden. Bei einer Blutuntersuchung seien auch die Nierenwerte nicht in Ordnung gewesen.

Am 16. März sei das Medikament Azathioprin weggelassen worden, der Gesundheitszustand des Patienten habe sich daraufhin gebessert. Am 23. April 2010 sei er entlassen worden mit der Diagnose Hypersensitivitäts-Reaktion auf Azathioprin.

Während des stationären Aufenthaltes habe Lebensgefahr für den Patienten bestanden, die Diagnose der allergischen Reaktion hätte man gleich zu Anfang stellen müssen. Es sei versäumt worden, gleich bei Aufnahme einen Windpockentest vorzunehmen und Spezialisten hinzuzuziehen. Aufgrund dieser Vorgänge bestehe der Verdacht, dass ein Behandlungsfehler vorliege.

## Die beschuldigte Klinik nimmt wie folgt Stellung

Die stationäre Aufnahme sei am Karfreitag, den 9. April 2010 wegen seit knapp einer Woche bestehenden Fiebers bis 40° erfolgt. Am Vortag sei ein Hautausschlag am ganzen Körper aufgetreten, ebenfalls seit dem Vortag Beginn einer antibiotischen Therapie mit Tavanic. Klinisch hätten die Hautveränderungen mit gerötetem Hof, Ödem, Blasenbildung, teilweise mit Krusten abheilend wie Windpocken imponiert, zumal der Patient angegeben habe, als Kind keine Windpocken durchgemacht zu haben. CRP mit 24,5 mg/dl deutlich erhöht, keine Leukozytose, normochrome, normozytäre Anämie, erhöhte Leberwerte, etwas erhöhte Lipase.

Bei immunsuppressiver Therapie der Colitis ulcerosa mit Azathioprin sei aufgrund

der typisch erscheinenden Effloreszenzen zunächst der Verdacht auf das Vorliegen von Windpocken gestellt worden, eine Diagnose, welche der noch am Aufnahme-tag zugezogene pädiatrische Konsiliarius bestätigt habe. Darüberhinaus sei am Aufnahme-tag ein dermatologisches Konsil angefordert worden, das wegen der Osterfeiertage erst am 14. April 2010 durchgeführt worden sei. Auch der Dermatologe habe eine Erstinfektion mit Varizellen bei gleichzeitiger Immunsuppression vermutet. Es sei antipyretisch und topisch mit Zinkschüttelmixturen unter Zusatz von Chlorhexidylglukonat 1 % behandelt worden. Unter paralleler antibiotischer Therapie mit Gyrasehemmern sei der klinische Verlauf zunächst weitgehend unauffällig gewesen. Die Pusteln seien überwiegend mit Wasser gefüllt, vereinzelt eitrig gewesen. Die Temperatur sei am 12. April deutlich abgefallen. am 13. April sei einmalig 39° gemessen worden.

Unter einer zusätzlich eingeleiteten Therapie mit Acyclovir sei es jedoch zu einem Progress der Hautveränderungen gekommen. Am 13. April habe der Patient über ein Spannungsgefühl der Haut geklagt, er habe sich am 14. April aufgequollen gefühlt. Es hätten sich zunehmend Nekrosen entwickelt, gleichzeitig habe sich der Allgemeinzustand verschlechtert. Während des Fieberanstiegs am 13. April seien Dyspnoe und trockener Husten hinzugekommen.

Am 14. April sei abends Schüttelfrost beobachtet worden mit erneuter subjektiver Dyspnoe. Der Patient habe Todesangst gehabt, was zu einem ausführlichen Gespräch mit den diensthabenden Ärzten geführt habe. Röntgenuntersuchungen am 13. April und 16. April hätten pneumonische Infiltrate oder atypische Veränderungen ausschließen lassen.

Am 15. April sei der serologische Befund mit positivem IgG, aber negativem IgM auf Varizellen eingetroffen; somit hätte die initiale Verdachtsdiagnose einer Varizelleninfektion verworfen werden müssen. Unter der Arbeitshypothese einer Hypersensitivitätsreaktion mit toxischer epidermaler Nekrolyse unter Azathioprin sei diese Behandlung sofort beendet worden. Am übernächsten Tag habe sich der Allgemeinzustand des Patienten gebessert, hohe Fieberschübe seien nicht mehr beobachtet worden. Im weiteren Verlauf sei es auch zu einer Abheilungstendenz der schweren Hautveränderungen gekommen. Auch die zum Hypersensitivitätssyndrom passende Transaminasenerhöhung sei rückläufig gewesen, eine sonographische Kontrolle habe keinen Hinweis auf eine Galleabflussbehinderung ergeben.

Der Vorwurf des Behandlungsfehlers bestehe im Kern darin, dass wesentliche Befund- und Diagnose-Erhebungen versäumt worden seien. Der oben ausführlich dargestellte Krankheitsverlauf habe in den ersten Tagen der Behandlung keine Veranlassung zur Revision der Verdachtsdiagnose Varizellen-Infektion gegeben. Die zu stellende Erstdiagnose richte sich grundsätzlich stark nach Häufigkeit und Wahrscheinlichkeit. Unter diesem Gesichtspunkt könne bei einem immunsupprimierten Patienten mit fehlender Infektion in der Kindheit bei typischen Effloreszenzen eher mit einer Varizellen-Infektion als mit einer toxischen epidermalen Nekrolyse gerechnet werden.

Auch die Laboruntersuchungen seien nicht schuldhaft verzögert worden. Die viroserologische Untersuchung auf Varizellen stelle eine sehr spezielle Untersuchung dar, welche in der Routinediagnostik nicht enthalten sei, und zu einem auswärtigen Labor geschickt werden müsse. Der erste

Tag, an dem diese Untersuchung möglich gewesen wäre, sei der 12. April gewesen, an dem die Untersuchung dann auch tatsächlich veranlasst worden sei.

In dem Ärzte-Merkblatt Varizellen/Zoster 2005 sei festgehalten: Varizellen lassen sich in der Regel klinisch an den typischen Hauteffloreszenzen diagnostizieren. Ferner heißt es: „Besonders gefährdet bei einer Varizellen-Infektion sind Patienten mit Immunschwäche, bei denen es zu progredienten Krankheitsverläufen mit schweren Komplikationen kommen kann. Bei Erwachsenen meist schwerer Verlauf mit ausgeprägten Allgemeinsymptomen. Krankheitsgefühl, Kopf- und Gelenkschmerzen, Fieber und Lymphknotenschwellungen.“

### Gutachterliche Stellungnahme

Das klinische Bild eines Arzneimittel-exanthems stellt ein „Chamäleon“ dar, das viele „klassische“ Hautkrankheiten, insbesondere solche viraler Genese zu imitieren vermag. Als häufigste Auslöser gelten Antibiotika, Analgetika sowie Antiepileptika, doch kann im Prinzip jedes Arzneimittel, auch als harmlos geltende Erkältungspräparate auf pflanzlicher Basis oder Nahrungsergänzungstoffe wie Vitamine ein Arzneimittel-exanthem auslösen. Das im vorliegenden Fall inkriminierte und wahrscheinlich als auslösende Noxe anzuschuldigende Azathioprin ist im übrigen in der oben zitierten Suchliste nicht enthalten.

Der Gebrauchsinformation von Imurek (Azathioprin) ist zu entnehmen, dass es insbesondere in Kombination mit Glucocorticoiden häufiger zu schweren oder untypisch verlaufenden Infektionen durch das Varicella zoster-Virus, das Windpocken und Gürtelrose verursacht, kommen kann. Wenn somit der aufnehmende Klinikarzt,

der hinzu gerufene Pädiater sowie der später eingeschaltete Dermatologe zur Diagnose einer Varizellen-Infektion kommen, ist dies ohne weiteres nachvollziehbar. Unter den sehr seltenen (weniger als 1 von 10.000 Behandelten) auftretenden Nebenwirkungen ist im Beipackzettel aufgeführt: schwere Hautreaktionen mit Blasenbildung und/oder Ablösung der Haut, insbesondere an den Extremitäten sowie im Mund-, Augen- und Genitalbereich verbunden mit schlechtem Allgemeinbefinden und Fieber.

Diese toxische Reaktion tritt als Epidermolysis toxica acuta (Lyell-Syndrom, Stevens-Johnson-Syndrom) mit einer Häufigkeit von 1 auf 1 Million Expositionen auf und endet in einem Drittel der Fälle tödlich. Insofern ist es nachvollziehbar, dass der Patient unter Todesangst gelitten hat. Wie die hohe Letalitätssrate zeigt, gibt es keine spezifische Therapie dieses Krankheitsbildes, die einzige Reaktion besteht in einem Absetzen der auslösenden Noxe. Da es sich um eine Idiosynkrasie handelt, spielt es keine Rolle, ob das auslösende Medikament am ersten Tag der Hauteffloreszenzen oder wie im vorliegenden Fall erst nach sechs Tagen abgesetzt wird, da ein kumulativer Effekt nicht vorliegt. Die symptomatische Therapie besteht, wie bei dem Patienten praktiziert, im Austrocknen der Blasen durch Schüttelmixturen und der Gabe von Antibiotika zur Vermeidung einer lokalen Vereiterung.

Ein vermeidbar fehlerhaftes ärztliches Verhalten kann der Gutachter nicht konstatieren, die Ausführungen der beschuldigten Klinik sind in allen Punkten nachvollziehbar. Die Entwicklung der Hautreaktion von punktförmigen Rötungen ausgehend bis zur großflächigen Ablösung der Haut ist durch keine Maßnahme zu unterbrechen, wenn es, bedingt durch genetische Fakto-

ren, zu einer schweren allergischen Reaktion im Sinne eines Hypersensitivitätssyndroms kommt.

Die dermatologische Universitätsklinik Freiburg (Hauptstraße 7, 79104 Freiburg, Tel. 0761 27067230) führt für die Bundesrepublik Deutschland ein zentrales Register über das seltene Krankheitsbild des Lyell-Syndroms, dem dieser Fall gemeldet werden sollte. Dem Patienten ist zu raten, sich mit der Freiburger Hautklinik in Verbindung zu setzen, um eventuell herauszufinden, welches Medikament bei ihm die toxische Epidermolysis ausgelöst hat. Allerdings sind alle o.g. Testverfahren ein-

schließlich des Lymphozytentransformationstests wenig aussagefähig und bei einer solch schweren Hautreaktion eher kontraindiziert.

Die Therapie mit Azathioprin ist am 29. März 2010 begonnen worden, seit dem 8. April 2010 bestand hohes Fieber, das möglicherweise mit klassischen fiebersenkenden Mitteln behandelt wurde. Das Intervall zwischen Therapiebeginn mit Azathioprin und dem ersten Auftreten von Hautveränderungen am 8. April 2010 könnte für einen Kausalzusammenhang zwischen der Hautreaktion und der Einnahme des Immunsuppressivums sprechen. Eine Verlegung

in eine Spezialklinik hätte am Krankheitsverlauf nichts geändert, doch sollte in einer Fachklinik zumindest versucht werden, das auslösende Agens zu ermitteln, um zu verhindern, dass eine derart lebensbedrohliche toxische Reaktion noch einmal auftritt (Expositions-Prophylaxe).

### Juristische Stellungnahme

Vorliegend geht es um einen Fall aus dem Bereich der ärztlichen Diagnosefindung. Die ärztliche Diagnose bestimmt bekanntlich Art und Umfang der ärztlichen Behandlung. Nur eine richtige Diagnose gewährleistet auch eine richtige Behandlung. Das bedeutet umgekehrt, dass eine falsche Diagnose in der Regel zu einer falschen Behandlung führt, also einen ärztlichen Behandlungsfehler begründet.

Im vorliegenden Fall stand für die Kommission aufgrund ihrer Kenntnis vom gesamten Krankheitsverlauf fest, dass die ursprüngliche, von den am hiesigen Verfahren beteiligten Krankenhausärzten gestellte Diagnose falsch war. Statt der ursprünglich angenommenen Infektionserkrankung (Windpocken) lag in Wirklichkeit eine toxische Erkrankung (Epidermolysis) vor. Aus der objektiven Unrichtigkeit der Diagnose folgt jedoch nicht, dass den beteiligten Ärzten auch der (subjektive) Vorwurf eines vermeidbaren Diagnosefehlers gemacht werden könnte. Um die dahingehende Verschuldensfrage zu beantworten, ist zu prüfen, ob und in welcher Art und Weise die beteiligten Ärzte bei Beginn der Krankenhausbehandlung (ex ante) gegen die Standardregeln einer ärztlichen Diagnosefindung verstoßen haben.

Zwecks ordnungsgemäßer Diagnosefindung muss der Arzt

- eine Anamnese erheben
- Befunde erheben
- Anamnese und Befunde würdigen und in einer Diagnose zusammenfassen.

Auf jeder dieser Ebenen können dem Arzt Fehler unterlaufen, nämlich Anamnesefehler, Befunderhebungsfehler sowie Würdigungs- und Beurteilungsfehler (= reiner Diagnosefehler), die vielfach eine falsche Diagnose nach sich ziehen. Derartige Fehler waren hier jedoch nicht mit der gebotenen Sicherheit festzustellen. Die beteiligten Ärzte hatten eine Anamnese erhoben. Ihnen war unstreitig dabei bekannt geworden, dass der Patient als Kind keine Windpocken gehabt hatte und dass er zum stufenweisen Abbau der Kortisontherapie Azathioprin bekam.

Der Patient war auch klinisch und labormäßig untersucht worden. Bei der Beurteilung von Anamnese und Befunden mussten die beteiligten Ärzte somit in Betracht ziehen, dass es sich bei der Erkrankung um eine nicht auf die Verabreichung von Azathioprin beruhende Erkrankung oder um eine durch dieses Mittel ausgelöste Erkrankung handeln konnte. Als Azathioprinbedingte Erkrankung kam eine Virusinfektion oder eine toxische Reaktion (Epidermolysis) infrage. Da der Arzt wahrscheinlich für wahrscheinlich und unwahrscheinlich für unwahrscheinlich halten darf (vgl. Terbille, Medizinrecht § 1 Rdnr.584) durften die beteiligten Ärzte angesichts der erheblich größeren Seltenheit einer toxischen Krankheitsursache von einer Virusinfektion ausgehen, zumal auch der zur Diagnosefindung herangezogene Pädiater und der Dermatologe eine derartige Erkrankung diagnostiziert hatten. An dieser Diagnose und der aufgrund dieser Diagnose gewählten Behandlung durf-

ten sie zunächst festhalten (vgl. Terbille, a.a.O.) und brauchten keine weiteren Befunde zum Ausschluss der außergewöhnlichen toxischen Reaktionserkrankung zu erheben. Erst als die gewählte Therapie keine Wirkung zeigte und sich der Zustand des Patienten nicht besserte, sondern verschlechterte, war eine weitere Befunderhebung geboten, die dann auch mittels einer serologischen Untersuchung unverzüglich durchgeführt wurde und eine richtige Diagnose und Behandlung (Abbruch der Azathiopringabe) nach sich zog.

### Fazit

Der Einsatz des Immunsuppressivums Azathioprin erfolgt häufig zur Einsparung von Glucocorticoiden, da die Häufigkeit unerwünschter Wirkungen von Cortisonpräparaten wesentlich höher liegt als die unter einer Azathioprinbehandlung. Die statistische Wahrscheinlichkeit spricht bei einer Hautreaktion eher für eine Infektion mit dem Varizellen-Erreger als für eine toxische Epidermolysis, die um den Faktor 1.000 seltener zu beobachten ist als eine mit Hautveränderungen einhergehende Virusinfektion. Ein einmal angestoßenes, auf genetischen Faktoren begründetes allergisches Ereignis lässt sich mit medikamentösen Maßnahmen praktisch nicht beeinflussen, insbesondere wenn es sich um eine überschießende Reaktion wie beim Lyell-Syndrom handelt. Der weitere Verlauf ist mit einer höheren Letalität belastet wie bei ausgedehnten Verbrennungen gleicher Größenordnung.

### Korrespondenzadresse

Professor Dr. med. Wolfgang Rösch  
Steinbacher Hohl 32  
60488 Frankfurt am Main  
E-Mail: wolfgang.roesch@online.de

**Bezirksärztekammer Darmstadt**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Christa Nitsche, Grasellenbach, am 12. Februar.

**Bezirksärztekammer Frankfurt**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Anita Eckstaedt, Kronberg, am 1. Februar.

**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. Carl-Dietrich Flotho, Santa Ponsa, Mallorca, am 13. Februar,  
Dr. med. Christiane Köster-Dolhaine, Kassel, am 18. Februar.

**Bezirksärztekammer Marburg**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Günter Skibbe, Marburg, am 5. Februar,  
Privatdozent Dr. med. Friedrich Heubel, Marburg, am 21. Februar.

**Bezirksärztekammer Wiesbaden**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

**Schreiben Sie uns Ihre Meinung****Hessisches Ärzteblatt**

– Leserbriefe –  
Redaktion Hessisches Ärzteblatt  
Im Vogelsgesang 3  
60488 Frankfurt

E-Mail: [angelika.kob@laekh.de](mailto:angelika.kob@laekh.de)  
Telefax 069 97672-247



## Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Stefan Balan, Frankfurt  
\* 17.11.1923 † 10.6.2011

Dr. med. Olga Daus, Hanau  
\* 6.1.1923 † 12.11.2012

Dr. med. Gerhard Firmenich, Rüdesheim  
\* 1.3.1924 † 31.8.2010

Marina Hebenstreit, Wiesbaden  
\* 6.8.1958 † 26.9.2012

Dr. med. Margarete Heinrichs, Bad Arolsen  
\* 8.5.1917 † 23.1.2012

Dr. med. Gertrud Heymann-Behm, Kronberg  
\* 1.10.1918 † 11.10.2012

Dr. med. Jens-Uwe Jausch, Bad Wildungen  
\* 12.8.1954 † 20.9.2012

Dr. med. Hildegard Jensch, Nidderau  
\* 21.4.1914 † 24.4.2010

Silvia Regina Kansy, Frankfurt  
\* 25.5.1976 † 22.9.2012

Professor Dr. med. Udo Köhler, Bad Nauheim  
\* 31.12.1920 † 4.6.2012

Obermedizinalrätin Dr. med. Christa Konsolke, Wiesbaden  
\* 31.12.1923 † 10.10.2011

Dr. med. Kurt Leber, Frankfurt  
\* 26.1.1934 † 13.5.2011

Dr. med. Jürgen Lege, Bad Nauheim  
\* 31.1.1939 † 28.9.2012

Dr. med. Hans-Wilhelm Maas, Hanau  
\* 5.4.1924 † 7.1.2011

Dr. med. Annemarie Mager, Kronberg  
\* 31.1.1921 † 10.3.2012

Dr. med. Alfons Metz, Wiesbaden  
\* 27.11.1918 † 22.9.2012

Dr. med. Max Müllerleile, Oberursel  
\* 20.11.1918 † 1.10.2012

Tip Dr./Univ.Istanbul Avadis Parnakoglu, Wiesbaden  
\* 4.3.1947 † 5.9.2012

Dr. med. Wolfgang Rack, Hessisch Lichtenau  
\* 29.5.1937 † 18.4.2010

Dr. med. Dietrich Reinhardt, Bruchköbel  
\* 28.12.1937 † 20.11.2011

Dr. med. Dieter Schmitz-Hertzberg, Kassel  
\* 20.6.1921 † 5.6.2012

Dr. med. Hans-Ludwig Schönmehl, Mainz-Kastel  
\* 27.12.1923 † 3.6.2010

Luise Schradin, Kronberg  
\* 20.4.1920 † 26.8.2012

Frauke Vahrson, Lich  
\* 11.5.1935 † 27.7.2012

Dr. med. Sabine Wiehler, Frankfurt  
\* 12.7.1923 † 21.2.2010

## Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis-Nr. 060024747, ausgestellt am 21.2.2012 für Mathilde Bescherer, Marburg,

Arztausweis-Nr. 060018754, ausgestellt am 25.10.2010 für Dr. med. Fabian Bormann, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. HS/W/803/2007, ausgestellt am 17.4.2007 für Dr. med. Anja Martina Bojara, Wiesbaden,

Arztausweis-Nr. HS/F/11486, ausgestellt am 16.7.2003 für Dr. med. Bernd Burkhardt, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060025019, ausgestellt am 8.3.2012 für Charis Faoro, Marburg,

Arztausweis-Nr. 060024459, ausgestellt am 1.2.2012 für Hendrik Heers, Marburg,

Arztausweis-Nr. HS/K/9089, ausgestellt am 17.8.2005 für Dr. med. Ulrike Kircher, Gersfeld,

Arztausweis-Nr. 060017817, ausgestellt am 6.8.2010 für Dr. med. Eva Lenz, Alsfeld,

Arztausweis-Nr. HS/W/804/2007, ausgestellt am 17.4.2007 für Arne Meyer, Wiesbaden,

Arztausweis-Nr. HS/W/642/2006, ausgestellt am 24.8.2006 für Dr. rer. nat. Gerd Möller-Serr, Hünstetten,

Arztausweis-Nr. HS/D/4055, ausgestellt am 16.10.2002 für Dr. med. Ralph Neukirch, Weiterstadt,

Arztausweis-Nr. 060027055, ausgestellt am 4.9.2012 für Soveig van der Poel, Fulda,

Arztausweis-Nr. 060024480, ausgestellt am 1.2.2012 für Dr. med. Florian Rüger, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060017791, ausgestellt am 4.8.2010 für Dr. med. Benjamin Schaum, Gelnhausen,

Arztausweis-Nr. HS/W/1036/08, ausgestellt am 2.4.2008 für Dr. med. Bernd Schlieter, Schmitt-Oberreifenberg,

Arztausweis-Nr. 060024737, ausgestellt am 20.2.2012 für Dr. med. Markus Schulte-Lünzum, Frankfurt.

## Richtige Antworten

zu den Multiple Choice-Fragen „Diagnose? Leicht gemacht!“ in der November-Ausgabe 2012, Seite 723

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

## Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Elke Schneider, tätig bei Dr. med. T. Bonin, Biebergemünd-Bieber

Diana Freifrau von Rosen, tätig bei Dr. med. M. Freiherr von Rosen, Gersfeld

Nedima Jovic, tätig bei Dr. med. S. Milowski und A. Hundsdorf, vormals Praxis Dr. med. D. Drömer und Dr. med. S. Milowski, vormals Praxis Dr. med. S. Milowski, Langen

Petra Ries, tätig bei Dr. med. A. Schuster, Bensheim

Edeltraud Krahn, tätig bei Dr. med. W. Hudemann, Fulda

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

Martina Frenzl, seit 18 Jahren tätig bei Dr. med. A. Göbel, MVZ Wiesbaden

Tatjana Köhler, seit 15 Jahren tätig bei Dr. med. A. Göbel, MVZ Wiesbaden

Manuela Urban, seit 14 Jahren tätig bei Dr. med. A. Göbel, MVZ Wiesbaden

Karina Ringel, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. S. Milowski und A. Hundsdorf, vormals Praxis Dr. med. D. Drömer, Langen

Nadine Caraway, seit 15 Jahren tätig bei Dr. med. S. Milowski und A. Hundsdorf, vormals Praxis Dr. med. D. Drömer, Langen

Mediha Kurtoglu, seit 18 Jahren tätig bei Dr. med. S. Milowski und A. Hundsdorf, vormals Praxis Dr. med. D. Drömer und Dr. med. S. Milowski, vormals Praxis Dr. S. Milowski, vormals Praxis Dr. med. Hod, Langen

Christina Henseling, seit 16 Jahren tätig bei Dr. med. J. Christea, Münchhausen

Bianca Roth, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. I. Degel und M. Kleinknecht, Offenbach

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

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

Dagmar Hainz, tätig bei K.-P. Basel, W. Nechwodal und Dr. med. M. K. Jäger, vormals Praxis K.-P. Basel, Höchst

und zum **mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir der Arzthelferin

Patrizia Heinz, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. E.-M. Eisenhardt und Dr. med. U. Klatt, vormals Praxis Dr. med. H.-J. Marloff, Rosbach

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

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

Nicole Böhler, tätig bei Dr. med. Andreas Schuster, Bensheim

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

## Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2013 vom 10. Juni 2013 bis zum 26. Juli 2013

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2013 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

**30. Januar und 6. Februar 2013**

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars.

Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

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

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Sommerprüfung 2013 nicht garantiert werden kann.

Zur Abschlussprüfung im Sommer 2013 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit **nicht später als am 26. September 2013 endet,**
2. Auszubildende, die die **Abschlussprüfung vorzeitig** abzulegen beabsichtigen (i.d.R. ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
3. **Wiederholer/innen**, die in einem vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
4. sog. **Externe**, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des Arzthelferin/Arzthelfers tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

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

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

Landesärztekammer Hessen

Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

## Alternative bedarfsorientierte betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

### Neue Termine für Unternehmerschulungen in 2013 sind online!

Auch im kommenden Jahr bietet die Fachkundige Stelle Unternehmerschulungen nach DGUV Vorschrift 2 zur Qualifikation niedergelassener Ärztinnen und Ärzte an.

Bei der Anwendung der alternativen bedarfsorientierten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung wird der Unternehmer zu Fragen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes (im Betrieb) informiert und für die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen motiviert und qualifiziert.

Bei besonderen Anlässen ist der Praxisinhaber allerdings nach wie vor verpflichtet, einen Betriebsarzt oder eine Fachkraft für Arbeitssicherheit hinzuzuziehen. Dies gilt vor allem für vorgeschriebene Vorsorgeuntersuchungen durch einen Facharzt für Arbeitsmedizin oder einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin, beispielsweise bei Infektionsgefährdung oder Strahlenbelastung.

Die Motivations- und Informationsmaßnahme (6 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten an **einem** Mittwochnachmittag) umfasst sowohl branchenübergreifende als auch branchenspezifische Themen, gemäß nachstehender Aufstellung:

#### Einstieg und Einführung in den Arbeits- und Gesundheitsschutz

- Ziele und Nutzen eines ganzheitlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes
- Rechtliche Anforderungen und Unternehmerverantwortung
- Organisation des Arbeitsschutzes, Unfallgeschehen und Berufskrankheiten in der Branche
- Alternative bedarfsorientierte Betreuung, Aufgaben und Leistungen der gesetzlichen Versicherungsträger

#### Gefährdungen und Maßnahmen in der Arztpraxis

- Gefährdungen und Nutzen der Gefährdungsbeurteilung, Gefährdungen und Belastungen in der Praxis
- Infektionsgefährdung, Gefahrstoffbelastung, Hautbelastung, Vorsorgeuntersuchungen
- Impfungen, Erste Hilfe, Safety Instruments

#### Gefährdungsbeurteilung und Praxisbeispiele

- Regelkreis der Gefährdungsbeurteilung, Ablauf und Dokumentation der Gefährdungsbeurteilung
- Fallbeispiele aus der Praxis, anschl. Diskussion

#### Vertiefung und Abschluss

- Diskussion offener Punkte, Feedback, Take-Home-Message: Gesundheit in der Praxis, alternative Betreuung.

#### Folgende Termine (alternativ) stehen in 2013 zur Auswahl:

30. Januar	15. Mai	13. November
6. Februar	12. Juni*	11. Dezember
13. März*	25. September	
24. April	30. Oktober	

#### Schulungsort: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim

\* Die Unternehmerschulungen am 13. März sowie 12. Juni finden im Dr. Peter-Jäger-Bildungszentrum an den Dr. Horst-Schmidt-Kliniken (HSK), Ludwig-Erhard-Str. 101 in 65199 Wiesbaden statt.

#### Beginn/Ende: 14:00 bis 19:00 Uhr

**Kursgebühren:** 110,00 Euro (99,00 Euro für Akademiemitglieder)  
(Die Unternehmerschulung ist mit 6 Fortbildungspunkten zertifiziert)

**Kursleiter:** Professor Dr. med. Thomas Weber

Weitere Informationen erhalten Sie auch unter: <http://www.laekh.de/aerzte/betriebsaerztliche-betreuung-von-arztpraxen/index.html> oder telefonisch: Fachkundige Stelle an der Bezirksärztekammer Wiesbaden, Barbara S. Sebastian, Tel.-Nr.: 0611 97748-25, E-Mail: [barbara.sebastian@laekh.de](mailto:barbara.sebastian@laekh.de)



Preisausschreibung:

### Wilhelm P. Winterstein-Preis 2013 der Deutschen Herzstiftung

**Bewerbungsschluss: 26. Februar 2013**

Die Deutsche Herzstiftung vergibt im Jahr 2013 ein weiteres Mal den Wilhelm P. Winterstein-Preis, dotiert mit 10.000 Euro. Ausgezeichnet wird eine wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bevorzugt aus einem patientennahen Forschungsgebiet. Die Arbeit darf einen Gesamtumfang von 25 Seiten nicht überschreiten und in dieser Form noch nicht veröffentlicht worden sein. Dem Text ist eine Zusammenfassung in deutscher Sprache voranzustellen. Teilnahmeberechtigt sind Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland.

Die Bewerbungsunterlagen mit tabellarischem Lebenslauf und der Einverständniserklärung der Co-Autoren sowie deren Angabe zu ihren Arbeits-

anteilen sind einschließlich einer anonymisierten Fassung als PDF-Datei auf einem Datenträger bis spätestens 26. Februar 2013 (Poststempel) zu senden an: Deutsche Herzstiftung e.V., Vogtstraße 50, 60322 Frankfurt am Main. Alternativ kann die Bewerbung auch online erfolgen unter [www.herzstiftung.de/winterstein\\_bewerben\\_online.php](http://www.herzstiftung.de/winterstein_bewerben_online.php)

Die Preisverleihung erfolgt im Rahmen der Mitgliederversammlung der Deutschen Herzstiftung im Juni 2013 in Frankfurt am Main. Weitere Informationen sind zu erhalten von Valerie Popp (Telefon 069 955128-119) oder der Homepage der Deutschen Herzstiftung zu entnehmen.

Aufgrund §§ 5, 6a, 8, 10 und 17 Abs. 1 Nr. 7 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66-87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Mai 2012 (GVBl. I S. 126), i.V.m. § 5 Abs. 6t der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293-295), zuletzt geändert durch Satzung vom 1. Dezember 2008 (HÄBl. 1/2009, S. 72) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 24. November 2012 folgende Satzung beschlossen:

## Satzung zur Änderung der Satzung der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung

### I.

Die Satzung der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung vom 3. Dezember 2003 (HÄBl. 1/2004, S. 53-54), zuletzt geändert am 25. Mai 2011 (HÄBl. 7/2011, S. 449), wird wie folgt geändert:

- 1.) **In der Überschrift, in § 1 Absatz 1, 2 Satz 1 und § 5 Absatz 1 werden die Worte „Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung“ durch die Worte „Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung“ und in § 1 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 die Worte „Fortbildung und Weiterbildung“ durch die Worte „Fort- und Weiterbildung“ ersetzt.**
- 2.) **§ 1 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt neu gefasst:**  
„Sie führt Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen durch.“
- 3.) **§ 3 Absatz 3 wird wie folgt geändert:**
  - a) **Die Sätze 1 bis 6 werden wie folgt neu gefasst:**  
„Der ehrenamtliche Vorstand der Akademie setzt sich aus neun Ärzten zusammen: einem Vorsitzenden, einem stellvertretenden Vorsitzenden und sieben Beisitzern. Der Vorsitzende, der stellvertretende Vorsitzende und drei Beisitzer werden von der Delegiertenversammlung gewählt. Jeweils zwei Beisitzer werden von dem Präsidium der Landesärztekammer Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen benannt und bedürfen der Bestätigung durch die Delegiertenversammlung. Um die Interessen der gesamten hes-

sischen Ärzteschaft vertreten zu können, soll der stationäre (Universitätskrankenhäuser, akademische Lehrkrankenhäuser, Krankenhäuser) und der ambulante Bereich vertreten sein. Die Amtsdauer des Vorstands entspricht der der Delegiertenversammlung und beginnt am 1. Juli des auf die Wahl zur Delegiertenversammlung nachfolgenden Jahres. Bis zur Neuwahl bzw. Bestätigung bleibt der Vorstand im Amt.“

**b) Nach Satz 6 wird folgender neuer Satz 7 eingefügt:**

„Scheidet ein Mitglied während der Amtsdauer aus, so erfolgt eine Nachwahl bzw. Bestätigung für den Rest der Amtsdauer in der nächsten Delegiertenversammlung.“

**4.) § 9 wird gestrichen.**

### II.

#### Übergangsbestimmung

Die Amtszeit der am 1. Januar 2013 im Amt befindlichen Mitglieder des Vorstandes endet am 30. Juni 2014.

### III.

#### In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2013 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 24. November 2012 beschlossene Änderung der Akademiesatzung wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 28. November 2012



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

## Die Freie Universität sucht ihre ehemaligen Doktoranden

Wurden Sie, Ihre Freunde oder Bekannten an der Freien Universität Berlin promoviert? Dann würden wir Sie gerne anlässlich des 25- oder 50-jährigen Jubiläums zu Ihrer Silbernen oder Goldenen Promotionsfeier einladen.

Melden Sie sich bitte im Alumni-Büro der Freien Universität Berlin. Wir freuen uns sehr auf Ihre Nachricht!

Alumni-Büro, Freie Universität Berlin, Kaiserswerther Straße 16-18, 14195 Berlin,  
Telefon: 030 838 73 805, E-Mail: alumni@fu-berlin.de

Aufgrund §§ 5, 6a, 8, 10 und 17 Abs. 1 Nr. 7 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66-87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Mai 2012 (GVBl. I S. 126), i.V.m. § 5 Abs. 6e der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293-295), zuletzt geändert durch Satzung vom 1. Dezember 2008 (HÄBl. 1/2009, S. 72) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 24. November 2012 folgende Satzung beschlossen:

## Satzung zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen

### I.

Die Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen vom 13. Dezember 1993 (HÄBl. 1/1994, S. 30-31), zuletzt geändert am 30. März 2012 (HÄBl. 5/2012, S. 336), wird wie folgt geändert:

**Das Kostenverzeichnis als Anlage zur Kostensatzung wird wie folgt geändert:**

**Nach Gebührenabschnitt „I. 7. Zertifizierung von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen“ wird ein neuer Gebührenabschnitt „I. 8. Durchführung von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Ärzte“ wie folgt eingeführt:**

Gebührenpunkt	Gegenstand	Gebühr
<b>8.</b>	<b>Durchführung von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Ärzte</b>	<b>Euro</b>
8.1	(Zusatz-)Weiterbildungen/ (Zusatz-)Weiterbildungsblöcke 4-100 Std./UE	von 50,00 bis 2.500,00
8.2	Fortbildungen/ Fortbildungsblöcke 2-120 Std./UE	bis 2.000,00
8.3	Teilnahme an Prüfungen/ Teil- nahme an Lernerfolgskontrollen	bis 250,00

### II.

#### In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2013 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 24. November 2012 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 30. November 2012 (Geschäftszeichen: -V2B-18b 2220) gemäß § 17 Abs. 2 des Hessischen Heilberufsgesetzes genehmigte Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 6. Dezember 2012



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

### Einladung zur Fortbildungsveranstaltung für Arbeitsmediziner, Betriebsärzte und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitswesen

## „HIV, Hepatitis B und C: Was hat sich in der Beurteilung des/der infizierten Mitarbeiter/in im Gesundheitswesen geändert?“

### Eine interdisziplinäre Fortbildung anhand von Filmsequenzen

Mittwoch, 23. Januar 2013, 16:00 bis 18:00 Uhr  
Amt für Gesundheit Frankfurt am Main, Auditorium

Der Umgang mit HIV- und/oder Hepatitis B- oder C-Virus positiven Mitarbeitern im Gesundheitswesen erfordert eine fachlich fundierte Bewertung der Infektiosität, um eine Übertragung auf Patienten zu verhindern. Gleichzeitig sind berufliche, soziale und ethische Aspekte der infektiösen Mitarbeiter zu berücksichtigen.

**Schwerpunkthemen sind:** • Bewertung der Infektiosität von HIV-, Hepatitis B und/oder C-Infizierten • Konsequenzen der aktuellen Empfehlungen der DVV und GfV • Umsetzung für infektiöse Mitarbeiter an der Universitätsklinik Frankfurt/M. • Perspektive des ÖGD zum Umgang mit infektiösen Mitarbeitern • Ethische und juristische Aspekte

Die Teilnahme ist kostenlos.

Die Anerkennung als ärztliche Fortbildungsveranstaltung ist bei der Landesärztekammer Hessen beantragt. Detaillierte Informationen zu der Veranstaltung finden Sie auch auf unserer Website, [www.gesundheitsamt.stadt-frankfurt.de](http://www.gesundheitsamt.stadt-frankfurt.de)

Verbindliche Anmeldung bis zum 16. Januar 2013 unter:  
Tel.: 069 212 44 374, Fax: 069 212 45 073 oder  
E-Mail: [infektiologie@stadt-frankfurt.de](mailto:infektiologie@stadt-frankfurt.de)

**Kommentare und interaktive Diskussion mit:** • Prof. Dr. Dr. R. Gottschalk, Leiter des Amtes für Gesundheit, Frankfurt/M. • Prof. Dr. H. F. Rabenau, Leiter des Bereichs klinische Virologie des Instituts für Medizinische Virologie am Universitätsklinikum Frankfurt/M., Vorsitzender der DVV-/GfV-Kommission „HIV-Infektion bei med. Personal“ • PD Dr. Dr. Sabine Wicker, Leiterin des betriebsärztlichen Dienstes des Universitätsklinikums Frankfurt/M., Mitglied der STIKo • Dr. A. Walczok, Arzt der Abtl. Infektiologie, Amt für Gesundheit Frankfurt/M. • Dr. K. W. Schmidt, Leiter des Zentrums für Ethik in der Medizin am Agaplesion Markus Krankenhaus, Frankfurt/M. • Rechtsanwalt Christian Fencl, Fachanwalt für Arbeitsrecht, Kanzlei Scherzer II – Meyer – Fencl, Frankfurt/M.

# 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 über-  
senden per Post, online über das Formular  
Adressänderungen unter [www.laekh.de](http://www.laekh.de),  
per Mail an [meldewesen@laekh.de](mailto:meldewesen@laekh.de) oder selbst-  
verständlich per Fax 069 97672-128.

Vielen Dank!

<b>Mitgliedsnummer</b>			
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		



## Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 15. November 2012 folgende Beschlüsse gefasst:

- I. Es wird festgestellt, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in den nachfolgend genannten Planungsbereichen und Fachgruppen eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt:

Wiesbaden-Stadt	Orthopäden	ÜV
Main-Kinzig-Kreis	Augenärzte	ÜV
Wetteraukreis	Augenärzte	ÜV
Vogelsbergkreis	Hausärzte	ÜV
Vogelsbergkreis	Orthopäden	ÜV
Offenbach-Stadt	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	ÜV
Wiesbaden-Stadt	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	ÜV
Landkreis Darmstadt-Dieburg	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	ÜV
Main-Taunus-Kreis	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	ÜV
Lahn-Dill-Kreis	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	ÜV
Landkreis Limburg-Weilburg	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	ÜV

- II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für die mit „ÜV“ gekennzeichneten Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.
- III. Bei den nachfolgend genannten Planungsbereichen und Fachgruppen wird die Zulassungsbeschränkung gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 23 der Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte mit der Maßgabe abgeändert, dass Zulassungen nur in dem (in Klammern ausgewiesene Anzahl von Ärzten/Psychotherapeuten) angegebenen Umfang erfolgen dürfen:

Darmstadt-Stadt	1	Augenarzt
Frankfurt/M.-Stadt	2	Augenärzte
Frankfurt/M.-Stadt	3	Frauenärzte
Frankfurt/M.-Stadt	1	HNO-Arzt
Frankfurt/M.-Stadt	1	Hautarzt
Frankfurt/M.-Stadt	1	Nervenarzt
Frankfurt/M.-Stadt	2	Orthopäden
Offenbach-Stadt	8	Hausärzte
Offenbach-Stadt	1	Nervenarzt
Wiesbaden-Stadt	3	Hausärzte
Landkreis Bergstraße	1	Kinderarzt
Landkreis Bergstraße	1	Nervenarzt
Landkreis Darmstadt-Dieburg	1	Augenarzt
Landkreis Darmstadt-Dieburg	1	Frauenarzt
Landkreis Groß-Gerau	1	Chirurg
Landkreis Groß-Gerau	1	Frauenarzt
Landkreis Groß-Gerau	1	Hautarzt
Landkreis Groß-Gerau	1	Radiologe
Main-Kinzig-Kreis	3	Hausärzte
Odenwaldkreis	2	Frauenärzte

Odenwaldkreis	1	Urologe
Landkreis Offenbach	3	Hausärzte
Rheingau-Taunus-Kreis	1	Augenarzt
Landkreis Gießen	4	Hausärzte
Lahn-Dill-Kreis	1	Nervenarzt
Kassel-Stadt	1	Hautarzt
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	1	Hausarzt
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	2	Hautärzte
Landkreis Kassel	1	Frauenarzt
Landkreis Kassel	1	Nervenarzt
Schwalm-Eder-Kreis	1	HNO-Arzt
Landkreis Waldeck-Frankenberg	2	Hausärzte

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind innerhalb von sechs Wochen nach Erscheinen dieser Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapie, Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt/M., zu senden.

Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung insbesondere folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V.

Bei der Auswahl unter mehreren geeigneten Bewerbern soll die räumliche Wahl des Vertragsarzt-/Psychotherapeutenplatzes und ihre Beurteilung in Hinblick auf die bestmögliche Versorgung der Versicherten berücksichtigt werden.

Für Psychotherapeuten wird auf die Übergangsregelung des § 47 Abs. 4 der Bedarfsplanungs-Richtlinie hingewiesen, wonach Anträge auf Zulassung von Leistungserbringern, die bereits in einem Planungsbereich zugelassen sind, und nach Wegzug aus dem Planungsbereich eine erneute Zulassung beantragen, erst – unbeschadet der sonstigen zulassungsrechtlichen Voraussetzungen – weitere sechs Monate ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Landesausschusses beschieden werden können; dasselbe gilt für Genehmigungen zur Verlegung des Sitzes gemäß § 24 Absatz 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.

Hinweis:

Besonderheiten gelten für den Fall, in dem eine Zulassung endet und die Praxis durch einen Nachfolger fortgeführt werden soll (§ 103 Abs. 4 SGB V).

### Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 15. November 2012 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte/Psychotherapie diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten/Psychotherapeuten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder dem für den Niederlassungsort zuständigen KVH-Beratungsteam über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

Der Vorsitzende  
Rechtsanwalt Bernhard K. Werner

Planungsbereich	Haus- ärzte	Anästhe- sisten	Augen- ärzte	Chirur- gen	Frauen- ärzte	HNO- Ärzte	Haut- ärzte	fach- ärztl. tätige Inter- nisten	Kinder- ärzte	Nerven- ärzte	Ortho- päden	Psychotherapeuten			Radio- logen	Uro- logen
												ärztliche	KJP	PP		
Darmstadt-Stadt	(7)	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Frankfurt-Stadt	(33)	ÜV	(2)	ÜV	(3)	(1)	(1)	ÜV	ÜV	(1)	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Offenbach-Stadt	(8)	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Wiesbaden-Stadt	(3)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Darmstadt-Dieburg	(17)	ÜV	(1)	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Groß-Gerau	(5)	ÜV	ÜV	(1)	(1)	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV
Hochtaunuskreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Main-Kinzig-Kreis	(3)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Main-Taunus-Kreis	(4)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Odenwaldkreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)
Landkreis Offenbach	(3)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Rheingau-Taunus-Kreis	(10)	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Wetteraukreis	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Gießen	(4)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Limburg-Weilburg	(4)	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Marburg-Biedenkopf	(7)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Vogelsbergkreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Kassel-Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Fulda	(7)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Kassel		ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Schwalm-Eder-Kreis	(6)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Waldeck-Frankenberg	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Werra-Meißner-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV

neu gesperrte Planungsbereiche (siehe I)

neu geöffnete Planungsbereiche (siehe III)

weiter geöffnete Planungsbereiche

ÜV = gesperrte Planungsbereiche

offene Planungsbereiche

Über- und Unterversorgung der Planungsbereiche in Hessen mit Stand 30. Juni 2012

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt			
Darmstadt	Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Gallusviertel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)	Nordend	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)	Sachsenhausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
		Harheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
		Frankfurt am Main	Augenärztin/Augenarzt
		Bergen-Enkheim	Augenärztin/Augenarzt
		Innenstadt	Frauenärztin/Frauenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
		Innenstadt	HNO-Ärztin/HNO-Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
		Sachsenhausen	Kinderärztin/Kinderarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
		Westend	Kinderärztin/Kinderarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
		Innenstadt	Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag)
		Nordend	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater (Hälftiger Versorgungsauftrag)
		Nordend	Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
		Sachsenhausen	Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
		Nordend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
		Nordend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
		Bornheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
		Ostend	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
		Nordend	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg			
Weiterstadt	Anästhesistin/Anästhesist (Hälftiger Versorgungsauftrag)		
Dieburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)		
Planungsbereich Landkreis Bergstraße			
Hirschhorn	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)		
Lampertheim	Chirurgin/Chirurg (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)		
Planungsbereich Odenwaldkreis			
Bad König	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)		
Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau			
Groß-Gerau	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –		
Rüsselsheim	Anästhesistin/Anästhesist (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)		
Rüsselsheim	Anästhesistin/Anästhesist (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)		
Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die <b>Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Darmstadt, Pallaswiesenstraße 174, 64293 Darmstadt</b> zu senden.			
Planungsbereich Frankfurt am Main			
Westend	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –		
Planungsbereich Offenbach am Main			
Innenstadt			Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

**Planungsbereich Hochtaunuskreis**

Kronberg	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis**

Erlensee	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Bad Soden-Salmünster	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Bruchköbel	Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

**Planungsbereich Main-Taunus-Kreis**

Hofheim	Kinderärztin/Kinderarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
---------	-----------------------------------------------------------

**Planungsbereich Landkreis Offenbach**

Langen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Langen	Frauenärztin/Frauenarzt

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

**Planungsbereich Landkreis Gießen**

Allendorf/Lda.	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Wettenberg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Wettenberg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

**Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis**

Lahnau	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Wetzlar	Ärztin/Arzt für Diagnostische Radiologie (Hälftiger Versorgungsauftrag, überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

**Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf**

Biedenkopf	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

Marburg

Hautärztin/Hautarzt  
(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Marburg

Psychologische Psychotherapeutin  
und Kinder- und Jugendlichen-  
psychotherapeutin/Psychologischer  
Psychotherapeut und Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapeut  
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Marburg

Psychologische Psychotherapeutin/  
Psychologischer Psychotherapeut  
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Marburg

Psychologische Psychotherapeutin/  
Psychologischer Psychotherapeut  
(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Marburg

Orthopädin/Orthopäde  
(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung,  
Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)**Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis**

Fritzlar	Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Fritzlar	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Gießen, Bachweg 1, 35398 Gießen** zu senden.

**Planungsbereich Landkreis Fulda**

Dipperz	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg**

Rotenburg	HNO-Ärztin/HNO-Arzt
-----------	---------------------

**Planungsbereich Kassel Stadt**

Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Kassel	Internistin/Internist Schwerpunkt Pneumologie (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

**Planungsbereich Landkreis Kassel**

Hofgeismar	Augenärztin/Augenarzt
------------	-----------------------

**Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg**

Bad Wildungen	HNO-Ärztin/HNO-Arzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
---------------	-------------------------------------------------------------

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Bad Wildungen	Arzt/Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Bad Wildungen	Urologin/Urologe (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

### Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Bad Sooden-Allendorf	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
----------------------	----------------------------------------------------------------

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	Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden	Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden	Ärztin/Arzt für Neurologie und Psychiatrie (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden	Psychotherapeutisch tätige/r Ärztin/Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

### Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Schlangenbad	Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
--------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Planungsbereich Limburg-Weilburg

Weilburg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

#### Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

Ärzte, die einen Vertreter benötigen und Ärzte, die selbst eine Vertretung übernehmen möchten, werden gebeten, sich an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., Fon: 069 79502-604** zu wenden.

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

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

Bereitschaftsdienstausweis Nr. KSo466, ausgestellt am 15.10.2012, für Dr. med. Chrysanthi Varvaritou, Frankfurt.



## Soziale Hilfe in der vernetzten Welt

Als Verein „Kinderhilfe-grenzenlos e.V.“ engagieren wir uns für benachteiligte Kinder aus den Ländern der Dritten Welt. Unsere Hilfe soll direkt und unmittelbar sein. Zugleich soll

sie zu einer langfristigen, flächendeckenden Verbesserung der Lebenssituation dieser Kinder beitragen. Dies möchte der Verein durch die Nutzung des Internets als Kommunikations- und Koordinationsplattform erreichen.

Weltweit gibt es ca. 370.000 Hilfsorganisationen (FAZ, 28. Juli 2011), die bereits viel Hilfe geleistet haben und weiterhin leisten. Dieses Engagement kann mit den heutigen Möglichkeiten der Vernetzung noch eine weit- aus stärkere Wirkung gewinnen.

„Kinderhilfe-grenzenlos e.V.“ stellt ein Netzwerk zur Verfügung, welches weltweit und von jedermann kostenlos genutzt werden kann. In diesem Netzwerk besteht die Möglichkeit, Partnerschaften zu schließen, um das Wohl aller Kinder dieser Welt zu fördern:

- Partnerschaften zwischen Kindergärten und Schulen, um die materielle und ideelle Bildung dortiger Kinder zu fördern. Die Kinder hier können auf diesem Weg Lebensumstände und Sitten von Kindern in der Dritten Welt kennen lernen.
- Partnerschaften zwischen Krankenhäusern, um eine Verbesserung des Gesundheitssystems der ausländischen Partner zu erreichen. Für die hiesigen Partner bedeuten sie eine lohnende Herausforderung, sich medizinisch und karitativ einzubringen sowie Erfahrungen zu gewinnen.

In dem Netzwerk werden Adressen von interessierten Institutionen zur Verfügung gestellt, damit diese sich zu Partnerschaften zusammenfinden können. Die Idee von „Kinderhilfe-grenzenlos e.V.“ ist es auch, einen Kern der Zusammenarbeit und Koordination unterschiedlicher Initiativen zu bilden. Aktive Hilfsorganisationen können das „social network of charities“ nutzen, um Erfahrungen auszutauschen.

Dr. med. Angelika Schultze, Fulda, [www.kinderhilfe-grenzenlos.de](http://www.kinderhilfe-grenzenlos.de)